

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

REBEL ZAMBRANO MACHADO

**RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS:
ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO UM TRIPÉ INDISSOCIÁVEL E SEUS DILEMAS.**

Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

Rebel Zambrano Machado

**RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS:
ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO UM TRIPÉ INDISSOCIÁVEL E SEUS DILEMAS.**

Porto Alegre

2019

Rebel Zambrano Machado

**RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS:
ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO UM TRIPÉ INDISSOCIÁVEL E SEUS DILEMAS.**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis

Porto Alegre
2019

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Ficha Catalográfica

M149r Machado, Rebel Zambrano

Recursos financeiros em saúde nos municípios gaúchos : atenção, gestão e financiamento um tripé indissociável e seus dilemas / Rebel Zambrano Machado . – 2019.

256 p.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Nelson Reis.

1. Modelo de atenção à saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Subfinanciamento do SUS. 4. Gestão do SUS. 5. Gasto público em saúde. I. Reis, Carlos Nelson. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

Rebel Zambrano Machado

**RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS:
ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO UM TRIPÉ INDISSOCIÁVEL E SEUS
DILEMAS.**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 18 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Maria Inês Souza Bravo (UERJ)

Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves (UFRGS)

Pro. Dr. Giovane Antonio Scherer Couto (PUCRS)

Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis (PUCRS)

Porto Alegre,
2019

Atendendo ao disposto na Portaria nº 206, de 4 de setembro de 2018, enquanto ainda existe financiamento público de pesquisa, sinalizo que o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 – This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

A Yara, minha mãe, in memória, meu amor incondicional.

A tia e mãe, Maria Helena Deibler Mansur, sempre presente com seu cuidado amoroso.

A Valentina, amor da minha vida, deixo como legado, o exemplo de persistência.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis, meu orientador, pela maestria na condução desta construção. Organizado, motivador, reconhece o espaço do aluno e seus tempos, oferecendo muito mais do que autonomia. Agradeço por mais esta parceria, meu profundo respeito e admiração.

Aos professores da banca examinadora, Prof^ª Dr^ª Maria Inês Souza Bravo, Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves, Prof. Dr. Giovane Scherer por aceitarem compartilhar com essa reflexão, pelas sugestões e preciosas contribuições a este trabalho.

À colega Berenice Rojas Couto, que muito contribuiu para a minha formação e que foi uma referência ao longo da minha carreira profissional.

Ao *PPGSS* através de seus docentes, colegas e demais trabalhadores que enriqueceram a experiência de troca no meu retorno à academia como aluna, em especial à Maria Isabel Barros Bellini pelas produções conjuntas e aos colegas do grupo de pesquisa pelas viagens “ao novo e ao velho”.

À minha prima Jane Cruz Prates, maior incentivadora para a realização do Doutorado.

Ao meu marido Osvaldir pela dedicação e cuidado e ao Munir pela presença com a Valentina.

Aos colegas da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul pela aprendizagem ao longo dos anos e pelos enfrentamentos e desafios impostos a esse coletivo para a consolidação do SUS.

Aos colegas do gabinete do Departamento de Ações em Saúde (Alex, Janete, Élide, Manoela, Gabriel), ao Elson Romeu Farias e à Rianne Carvalho Peruhype o meu carinho por tudo.

A Manuela Campani um agradecimento muito especial por desbravar o desconhecido e auxiliar nessa trajetória final.

Aos ex-Secretários de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul João Gabbardo dos Reis e Francisco Paz pela oportunidade.

Aos colegas e Direção da Faculdade São Francisco de Assis pelo apoio e incentivo, mas, em especial, ao Prof. Dr. José Luiz dos Santos muito mais que um chefe é um líder capaz de aglutinar e transformar um sonho de um grupo de professores em realidade.

À Luciane Fernandes e a Elisiane Fernandes um abraço carinhoso pela parceria.

À Roselane Vial, amiga, pela revisão do trabalho.

À Cátia Murussi pelas conversas diárias, muitos cafés e pelas palavras certas, meu carinho.

Aos meus familiares que incentivaram essa busca e crescimento, principalmente, ao meu irmão Ricardo Deibler Zambrano, um entusiasta e obstinado perene que ainda se desafia no mundo do trabalho e na sua formação aos setenta anos, um exemplo por seu amor à docência e com isso contagiou muitos de nós da família para seguirem a vida acadêmica.

Aos meus amigos de longe e de perto pela paciência e carinho com que souberam esperar essa caminhada de estudos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o processo de construção pedagógico ou contribuíram para que esse momento fosse possível, o meu mais profundo e sincero agradecimento.

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis."

Fernando Pessoa

RESUMO

Esta tese tem como objeto de pesquisa os **Recursos Financeiros em Saúde nos Municípios Gaúchos: atenção, gestão e financiamento um tripé indissociável e seus dilemas**. Apresenta-se o Sistema Único de Saúde (SUS) através de suas dimensões técnica (modelo assistencial), política (modelo de gestão) e econômica (modelo de financiamento), pretendendo-se demonstrar a importância da indissociabilidade das mesmas. Foi ainda analisada a condução dos sistemas municipais de saúde dos municípios que compõem a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre, considerando-se o cenário de crise econômica e financeira das unidades federativas brasileiras. Mostra-se a perspectiva da gestão financeira desses sistemas, cotejando indicadores escolhidos para avaliar se apresentam correlação entre os seus resultados e os gastos de parte do cofinanciamento estadual no Rio Grande do Sul para a Atenção Primária à Saúde. Adotou-se no estudo o método misto, explorando-se as abordagens quantitativa e qualitativa, recorrendo-se à análise de tabelas, gráficos e estatísticas descritivas e, para a verificação de correlações entre variáveis, para efeito da análise de correlação utiliza-se o método de Pearson. Na análise qualitativa, o instrumento principal foi o relatório final das audiências públicas da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, organizadas pela Comissão Especial sobre a Sustentabilidade Financeira do SUS e com a participação dos entes federados, empregando-se a análise de conteúdo para a construção de categorias que emergiram da fala dos participantes das audiências. À luz do método misto e do percurso metodológico adotado, representou o eixo articulador entre a abordagem quantitativa e a qualitativa, entre a teoria e a prática e através desse processo o movimento das categorias epistemológicas, teóricas e axiológicas nela presentes. As categorias gramscianas aportadas e as estratégias políticas serviram como contribuições para o conhecimento da realidade, bem como instrumental para a análise e a ação. O intervalo temporal da coleta de dados foi de 2012 a 2017. Esse recorte foi definido considerando-se as mudanças na legislação para a organização do SUS, que passou a ser em redes. As narrativas feitas em relação à Política de Saúde convergem para o diagnóstico do subfinanciamento na saúde como sendo a dificuldade fulcral do sistema. Nesse contexto, esta pesquisa suporta uma narrativa diferente da que é considerada como consenso, defendendo-se a indissociabilidade entre modelo de atenção, modelo de gestão e modelo de financiamento para a sustentabilidade do SUS. Considera-se que, ao ser apontado o subfinanciamento como o maior problema do SUS, ele acaba ocultando um conjunto de dificuldades de gestão que não podem ser isoladas. Muito mais do que o subfinanciamento do SUS, o modelo hegemônico e as dificuldades na execução financeira (qualidade do gasto) representam para a pesquisadora, os verdadeiros dilemas para o sistema. Sendo assim, ao se depositarem as maiores mazelas nos recursos insuficientes para o SUS, deslocam-se as verdadeiras dificuldades e mantêm-se ocultas as questões de gestão do sistema.

Palavras-Chave: Modelo de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Subfinanciamento do SUS; Gestão do SUS; Gasto Público em Saúde.

ABSTRACT

This thesis has as research object the **Health Financial Resources in the Gaúcho Municipalities: attention, management and financing, an inseparable tripod and its dilemmas**. The Unified Health System (SUS) is presented through its technical (care model), policy (management model) and economic (financing model) dimensions, aims to demonstrate the importance of their inseparability. It was also analyzed the conduction of the municipal health systems of the municipalities that compose the Metropolitan Macroregion of Porto Alegre, considering the scenario of economic and financial crisis of the Brazilian federal units. It is shown the perspective of the financial management of these systems, comparing selected indicators to evaluate whether they present a correlation between their results and the spendings of part of the state co-financing, in Rio Grande do Sul, for Primary Health Care. A mixed method was adopted in the study, exploring the quantitative and qualitative approaches, using analysis of tables, graphs and descriptive statistics and, for the verification of correlations between variables, for the purpose of the correlation analysis the Pearson method was used. In the qualitative analysis, the main instrument was the final report of the public hearings of the Legislative Assembly of Rio Grande do Sul, organized by the Special Commission regarding the Financial Sustainability of SUS and with the participation of the federated entities using a content analysis for the construction of categories that emerged from the hearings' participants speech. In light of the mixed method and methodological path adopted, represented the articulating axis between the quantitative and the qualitative approach, between theory and practice and through this process the movement of epistemological, theoretical and axiological categories present in it. The gramscian categories employed and the political strategies served as contributions for reality knowledge, as well as instrumental for analysis and action. The data's collection time series was from 2012 to 2017. This period was defined considering the legislation changes for the SUS' organization, which became networks. Narratives made in regard to the Health Policy converge to the diagnosis of underfunding in health as the central difficulty of the system. In this context, this research supports a different narrative of what is considered as consensus, defending the indissociability between care model, management model and financing model for SUS' sustainability. It is considered that, when pointing underfunding as SUS' biggest problem, it ends up concealing a set of management difficulties that cannot be isolated. Far more than SUS underfunding, the hegemonic model and the difficulties in the financial execution (spending quality) represent, for the researcher, the real dilemmas for the system. Thus, by placing the greatest responsibilities on insufficient resources, the real difficulties are shifted and the management issues of the system remain hidden.

Keywords: Health Care Model; Primary Health Care; SUS underfunding; SUS Management; Public Expenditure on Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Projetos em disputa na área da saúde	35
Quadro 2	Legislação Complementar ao Marco Legal do SUS, 2010 – 2017	45
Quadro 3	O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS	60
Quadro 4	Síntese das normas regulamentadoras do sistema de saúde no Brasil de 1993-2006	79
Quadro 5	Composição da regionalização da Política de Saúde na Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre, segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde, identificação das Regiões de Saúde e número de municípios, nome e população total por Região de Saúde, no RS.....	117
Quadro 6	Recursos do Tesouro do Estado pagos pela SES/RS, a título de incentivos para APS, como cofinanciamento aos municípios, conforme descrição	128
Quadro 7	Ações propostas para o fortalecimento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas, câncer de colo do útero, metas executadas até outubro de 2013	151

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	A ecologia dos sistemas de atenção à saúde	59
Figura 2	Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC	74
Figura 3	Divisão das 30 Regiões nas sete macrorregiões de saúde, no RS	118
Figura 4	Comparação de saldoanuais de recursos estaduais e federais, do bloco da APS, informados no MGS pelos municípios – 2012-17	131
Figura 5	Série histórica do indicador razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, com meta a partir de 2013, com linha de tendência, por municípios da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre – 2010-17	149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Participação percentual do consumo final de saúde no PIB – 2000 a 2015	96
Tabela 2	Resumo comparativo da receita líquida de impostos e transferências, das despesas próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde e do cálculo mínimo aplicado pelo Governo do estado do Rio Grande do Sul – 2012-17	103
Tabela 3	Indicadores escolhidos no SIOPS – Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do estado do RS por habitante, Subfunções vinculadas da Atenção Básica (2.21) e da Atenção Hospitalar e Ambulatorial do RS (2.22), de 2012-17	111
Tabela 4	Inflação anual e acumulada, valores transferidos pela União, despesas de custeio da SES, despesas com pessoal e encargos sociais, percentual de repasses para municípios a título de APS, repasse para AHA pelo Tesouro do Estado e percentual de variação , 2012 - 17.....	123
Tabela 5	Saldo de recursos estaduais e federais do Bloco de financiamento da APS, por macrorregião, informados pelos municípios no MGS, de 2012-17 (R\$)	132
Tabela 6	Soma das despesas por Classificação Geral, organizada por “Não constitui Despesa”, “Constitui Despesa” e Código do Recurso”,segundo os municípios da 1ª CRS, 2012-17, (R\$).....	137
Tabela 7	Soma das despesas por classificação geral, organizada por “Não Constitui Despesa” e “Constitui Despesa” por vínculo do recurso, nos municípios da 2ª CRS, de 2012-17	140
Tabela 8	Soma das despesas por Classificação Geral, organizada por “Não Constitui Despesa”, “Constitui Despesa”, identificação do vinculodo Recurso, nos municípios da 18ª CRS, 2012-17, (R\$)	143
Tabela 9	Análise (1) de correlação e do Coeficiente de Correlação de Pearson dos indicadores escolhidos, com despesa e receita dos vínculos 4011 e 4090 do MGS – 2012-17.....	148
Tabela 10	Municípios da 1ª CRS, cobertura de ESF, cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica, em percentual, 2010-17.....	167
Tabela 11	Municípios da 2ª CRS, cobertura de ESF, cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica, em percentual, 2010-17.....	170

Tabela 12 Municípios da 2ª CRS, cobertura de ESF, cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica, em percentual, 2010-17.....	171
---	-----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agentes de Combate a Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AFC	Assistência Financeira Complementar
AHA	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ALRS	Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul
ANOVA	Análise de Variância
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
ATRICON	Associação os Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
BI	Business Intelligence
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BRICS	Brasil, Federação Russa, Índia, China e África do Sul
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCM	Chronic Care Model
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CH	Carga Horária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CM	Carta Magna
CMG	Coeficiente Municipal Geral
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde

COFIN	Comissão de Financiamento e Orçamento
COFINS	Contribuição Para O Financiamento da Seguridade Social
CONASEM	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COREDE	Conselhos Regionais de Desenvolvimento
COSEM-RS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul
CPG	Coeficiente de População Geral
CPido	Coeficiente de População Idosa
CPinf	Coeficiente de População Infantil
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEA	Data Envelope Analysis
DF	Distrito Federal
DGTI	Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação
DOE	Diário Oficial do Estado
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
ECB	European Central Bank
EJOR	European Journal of Operational Research
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFsB	Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEESSERS	Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
FEPPS	Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional

GAB/SES/RS	Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
GM/MS	Gabinete do Ministro/MS
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IFE	Incentivo Financeiro Estadual
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPE	Instituto de Previdência do Estado
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPERGS	Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
IRB	Instituto Rui Barbosa
IRPF	Imposto de Renda de Pessoa Física
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
JK	Juscelino Kubitschek
LC	Lei Complementar
MAC	Média e Alta Complexidade
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEC	Monitoramento Externo da Qualidade
MG	Monitoramento de Gestão em Saúde
MGS	Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde
MP	Ministério Público
MPR	Modelo de Pirâmide de Risco
MPS	Ministério da Previdência Social
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOAS/SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

NPM	New Public Management
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda Conjunta
PGE	Procuradoria-Geral do Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PIES	Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica
PIM	Primeira Infância Melhor
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PRI	Planejamento Regional Integrado
PRO-ADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROCERGS	Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul
PSF	Programa de Saúde da Família
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RGMS	Relatório de Gestão Municipal da Saúde
RLIT	Receita Líquida de Impostos e Transferências
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RTL	Receita Tributária Líquida
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEFAZ/RS	Secretaria da Fazenda do Estado do Rio Grande do Sul

SES-RS	Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
SIA	Sistemas de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações sobre as Internações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
TI	Tecnologia da Informação
TSB	Técnico em Saúde Bucal
TXT	Arquivo de Texto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization
WHR	World Health Report

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	24
2	RELAÇÃO ESTADO/SOCIEDADE NA CONTEMPORANEIDADE	18
2.1	A CONCEPÇÃO DE ESTADO EM GRAMSCI	18
2.2	O ESTADO E AS POLÍTICAS SOCIAIS	22
2.2.1	O Estado e a Política de Saúde	30
2.3	O CENÁRIO DE CRISE.....	36
3	O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: SEUS ASPECTOS ORGANIZATIVOS E OPERATIVOS, DILEMAS E CONTRADIÇÕES	44
3.1	LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS	45
3.2	ASPECTOS ORGANIZATIVOS, OPERACIONAIS E FLUXOS NO SUS	49
3.3	A DIMENSÃO TÉCNICA	54
3.3.1	O Modelo de Atenção às condições crônicas na Estratégia de Saúde da Família	61
3.3.2	A crise contemporânea dos modelos de atenção	75
3.4	DIMENSÃO POLÍTICA.....	78
3.4.1	A relação conflituosa entre o bem e o mal.....	84
3.4.2	A Gestão Financeira do SUS	87
3.5	DIMENSÃO ECONÔMICA	90
3.5.1	O SUS como sistema universal e seus dilemas	92
3.5.2	Os recursos da Política de Saúde.....	95
3.5.3	Os percentuais mínimos de gastos em ASPS	99
3.5.4	Os fluxos dos recursos e o Fundo Público de Saúde	104
3.5.5	O financiamento em saúde no contexto de ajuste fiscal.....	112
4	A INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE E SEUS DILEMAS	116
4.1	SUBSTRATO METODOLÓGICO	117
4.2	AS CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE: ENTRE O DISCURSO E AS PRÁTICAS PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS (REFORMAS E CONTRARREFORMAS)	121
4.3	A INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO	159
5	OS CAMINHOS E DESCAMINHOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O QUE APRENDEMOS E O QUE ESPERAMOS?	164
5.1	DE QUE GESTÃO PÚBLICA E FINANCIAMENTO SE ESTÁ FALANDO?.....	164
5.2	O EXERCÍCIO DA CIDADANIA E A EFETIVA GARANTIA DE DIREITOS	173
5.3	O QUE APRENDEMOS E O QUE ESPERAMOS PARA O FUTURO?	178

CONCLUSÃO	199
ANEXOS.....	249

1 INTRODUÇÃO

Em relação ao tema saúde, é preocupação no cenário mundial a magnitude da transição demográfica¹ e o complexo perfil epidemiológico das populações, observando-se decréscimo no número de nascimentos e aumento da população com mais de 60 anos. Importantes mudanças nutricionais, ambientais e tecnológicas, tanto em países ricos quanto nos em desenvolvimento, têm alterado a situação de saúde da população, com reflexos nos setores público e privado. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde no mundo tem sido atribuída à forma de organização dos sistemas nacionais que não atendem as condições reais de saúde das populações. E a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo enfatizada como elemento estratégico e estruturante de sistemas de saúde.

A ascensão crescente dos custos dos sistemas de saúde, o incremento do uso de tecnologia médica, novos medicamentos e a baixa capacidade de resposta dos sistemas têm provocado a preocupação de muitos governantes quanto à manutenção econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização e de maior eficiência e eficácia. Já os países em desenvolvimento lidam ainda com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com o reduzido acesso a cuidados básicos e difíceis condições sociais, econômicas e sanitárias. E nos países com sistema universal, como o Brasil, a apreensão é de como mantê-lo.

No caso brasileiro, esse panorama é agravado pela carência de profissionais preparados para uma nova lógica de assistência, assim como por uma tripla carga de doenças, com a predominância das crônicas e a presença, ainda importante, das infecciosas somadas às causas externas, que representam o terceiro maior fator de morbimortalidade no País (MENDES, 2011). No Rio Grande do Sul, projeções feitas para 2030 indicam o envelhecimento da população, com a pirâmide etária aproximando-se da estrutura de países desenvolvidos, o que exigirá respostas e arranjos adequados para o enfrentamento dessa realidade (BANDEIRA,

¹Entende-se por transição demográfica a teoria que se preocupa em compreender as transformações no crescimento demográfico natural ou vegetativo a partir das variações das taxas de natalidade e mortalidade. Essa teoria foi elaborada pelo demógrafo estadunidense Frank Notestein, em 1929, sendo amplamente utilizada desde então. Conhecer o perfil epidemiológico pode favorecer a formulação de políticas públicas visando reduzir problemas futuros decorrentes de um inadequado planejamento de ações voltadas para a prevenção de agravos e também para a promoção da saúde da população.

2018). Isso significa organizar o sistema de saúde quanto aos diferentes tipos de equipamentos imprescindíveis de acordo com as demandas das necessidades da população.

Agrega-se a esse conjunto de fenômenos seu impacto direto no financiamento da saúde. Por essa razão, na contemporaneidade, este tem sido tratado no contexto internacional sob a perspectiva de garantir a sustentabilidade dos modelos de sistemas de saúde, ou seja, como devem ser ofertadas as tecnologias de cuidado no sentido de atender a integralidade da atenção à saúde das populações. Por outro lado, os questionamentos e as reflexões, também giram em relação a como esses sistemas de saúde com caráter de universalidade garantiram acesso aos cidadãos. O cerne da discussão é quanto à manutenção das garantias previstas pelos governos para o acesso universal. Estratégias adotadas em diferentes realidades demonstram que, em alguns casos, esses sistemas apresentam características de políticas públicas de focalização².

No caso brasileiro os projetos em disputa na sociedade apresentam duas correntes claras: uma preconizando que o sistema deve ser universal, portanto, para todos e com o princípio da integralidade, com tudo para todos, articulado e concebido pelo Movimento da Reforma Sanitária, projeto também ratificado nos encontros internacionais de cuidados primários de Alma Ata a Astana; e outra defendendo que, embora o acesso seja universal, deve haver a construção de propostas de focalização da Política de Saúde no sentido de reduzir as despesas, desonerando-se quando possível, amparada na lógica do Estado mínimo.

O financiamento no Brasil configura-se como uma questão central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem sendo tratado quanto ao seu subfinanciamento³, com maior ênfase na possibilidade de garantir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde, considerando assim, os riscos de manter a garantia do avançado modelo de proteção social

²O conceito adotado neste trabalho é proposto por Van de Walle (1995), que define focalização como uma “[...] tentativa deliberada de redirecionar recursos públicos para os mais pobres através de instrumentos que buscam selecioná-los como beneficiários diretos” (p.28). Alguns autores definem uma política focalizada, onde somente determinado público-alvo tem acesso aos bens e serviços oferecidos, em oposição às políticas chamadas universais, nas quais, teoricamente, o acesso é permitido a toda a população. Contudo, mesmo uma política ou programa universal pode ser desenhado de forma a atender apenas determinados grupos e, dessa forma, serem classificados como focalizados.

³O subfinanciamento é resultado de uma série de fatores que vão desde o processo histórico do País, às suas condições geográficas continentais e à concepção do modelo que determina um sistema de saúde extremamente complexo e nem sempre eficiente. O subfinanciamento do SUS é crônico e data de sua criação. Apesar da instituição do orçamento da Seguridade Social em 1988, vinculando impostos e contribuições sobre a folha de salários, lucro e faturamento à Saúde, Previdência e Assistência Social, e da destinação de 30% desse orçamento ao gasto federal do SUS, previsto no art. 198 da Constituição Federal e nas disposições transitórias deste artigo, a saúde nunca pôde contar com a integralidade de tais recursos.

brasileiro. Esses riscos agravaram-se com a Emenda Constitucional n. 95 de 2016, que alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal (CF), instituindo um novo regime fiscal. Esse novo regime repercutiu no âmbito dos orçamentos fiscal e da seguridade social da União alterando o modelo de financiamento e impondo, para cada exercício, limites para as despesas primárias⁴. Desvinculou os recursos da receita e definiu a perspectiva de reposição corrigida pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de 12 meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária e determinando a proibição de aumento de recursos para políticas que concebem tal modelo pelos próximos 20 anos.

Outras questões basilares no sistema de saúde brasileiro precisam ser debatidas e representam também foco de inquietação, mas pouco têm sido tratadas, compreendendo diferentes variáveis no âmbito da gestão, ressaltando-se a gestão financeira e a qualidade do gasto, que se traduzem em dilemas para os gestores e a Academia. O desempenho dos sistemas de saúde precisa ser avaliado – bem como a saúde da população monitorada –, desde os indicadores propostos e pactuados pelas instâncias interfederativas até o atingimento das metas propostas.

É justamente nesse terreno que reside o foco desta tese de Doutorado em Serviço Social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e que possui como temáticas centrais a relação Estado/Política de Saúde, o financiamento dessa política, a gestão financeira, a qualidade do gasto e o impacto para a população gaúcha. Outros motes relacionados à condução e a organização do sistema de saúde serão vistos, particularmente quanto ao tensionamento entre gestão e financiamento em saúde. Desse modo, é sob a perspectiva e o olhar a partir do espaço da gestão que a tese é elaborada.

A justificativa pela escolha e abrangência dos temas centrais e os demais pontos é fruto do interesse da pesquisadora e da sua experiência profissional de quase 20 anos na gestão estadual do Sistema Único de Saúde e parte desse tempo de trabalho, atuou na Coordenação

⁴As receitas e as despesas primárias devem apresentar um resultado primário equilibrado. Tal resultado, portanto, não poderá ser deficitário, o que significa que o governo efetuou despesas superiores às receitas, excluindo-se as receitas e despesas financeiras, podendo levar a um aumento da dívida pública, pois, em regra, o governo não possui receita financeira suficiente para cobrir os juros oriundos do estoque da dívida, nem para cobrir o incremento de valor resultante do déficit primário, o que gera o chamado déficit nominal, ou seja, um crescimento da dívida pública considerados os valores financeiros e não financeiros. Receita primária. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1>. Acesso em: 12 ago. 2015.

Estadual da Atenção Primária à Saúde⁵ e também no monitoramento e na avaliação de políticas de saúde e da gestão⁶, e, nos últimos quatro anos, na direção, como adjunta do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

Outro aspecto relevante e que motivou o interesse pela temática foi ter participado da comissão técnica designada pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, através da Portaria SES/RS n.81/2016, para analisar, revisar e apresentar uma política de incentivos estaduais para prestadores de serviços públicos e privados ao SUS dentro das Redes de Atenção à Saúde. Essa experiência, além de possibilitar o conhecimento de como estava estruturado o cofinanciamento estadual em todos os níveis de atenção no SUS estadual, instigou ainda mais o interesse em compreender os dilemas do financiamento e a qualidade do gasto no Estado. Para tanto, a opção recaiu sobre a APS por sua importância e potência sob o ponto de vista de organizar os fluxos do sistema de saúde.

Na ótica acadêmica, a justificativa ampara-se no fato de a pesquisadora ter formação *stricto sensu* em serviço social e em administração pública, com interesse em gestão no campo da saúde, tendo desenhado uma carreira como assistente social, nos últimos 20 anos, com formação para a gestão bem como sua docência na graduação e no *lato sensu*. A curiosidade e um projeto de carreira construído há 39 anos, voltado para a formação permanente, instigou-a a continuar o exercício da busca e do investimento em conhecimento.

Sob o prisma da sociedade, a justificativa fortalece-se na sua disposição consciente de realizar a devolução dos resultados da tese ao Conselho Estadual de Saúde (CES), o qual contempla a representação de movimentos sociais, usuários, trabalhadores da área da saúde, prestadores de serviços e da gestão, ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), à Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul e particularmente aos municípios da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre. A publicação de artigos e capítulos de livros será uma outra estratégia no sentido de publicizar os

⁵ “Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão ‘Atenção Básica’ foi oficializada pelo Governo Federal e estadual, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de ‘Atenção Primária à Saúde’. Os autores concluem que os termos ‘Atenção Básica’, ‘Atenção Primária’ e ‘Atenção Primária à Saúde’ podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual” (MELLO et al, 2009, p.204). Adotaremos aqui a nomenclatura de Atenção Primária à Saúde.

⁶A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul mantém, desde 2003, através de Portaria SES n. 64, um grupo de técnicos monitorando e avaliando a gestão estadual, com representação de todos os departamentos da Secretaria, o qual foi atualizado pela Portaria SES nº 464/2017.

resultados da pesquisa, bem como sua socialização no âmbito da profissão. Por fim, academicamente, a tese permanecerá no repositório de teses à disposição de outros pesquisadores e profissionais interessados no assunto.

Assim, entende-se como amplamente justificada uma pesquisa sobre esse importante e complexo tema em nível de uma tese de doutoramento em Serviço Social, pois ela ocorre sob a perspectiva de compreensão dos projetos em disputa na sociedade, em particular na área da saúde, da ampliação do espaço profissional na gestão de políticas públicas e como estratégia dessa área do conhecimento para litigar as questões da política da Política de Saúde que levem, de fato, ao acesso ao direito universal à mesma. No que diz respeito às delimitações desta pesquisa, tem-se que o intervalo temporal a ser analisado compreende as principais mudanças ocorridas no SUS desde 2010, demarcadas pelo estabelecimento das diretrizes da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema. Em relação ao financiamento e à qualidade do gasto, o intervalo temporal será de 2012 a 2017, a partir da Promulgação da Lei n. 141/2012, que regulamenta a Emenda Constitucional n. 29/2000, definindo os gastos mínimos em saúde por esfera federativa. O espaço geográfico é o Estado do Rio Grande do Sul, tendo-se definido como amostra a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre.

Indiscutivelmente, os temas propostos para estudo nesta tese são árduos, mas oportunos para serem debatidos quando o SUS completa 30 anos e a sua regulamentação, embora tardia, já precisa ser repensada. Nesse caminho, muitas ainda são as agendas em aberto. Por outro lado, o mundo ocupa-se em discutir os sistemas universais e o seu financiamento. Nesse contexto, o interesse maior nesta tese é aprofundar as reflexões sobre os dilemas do SUS, seus resultados que podem expressar eficiência e eficácia, para que possa dar conta dos princípios e diretrizes e de como está estabelecido seu espírito na Constituição Federal.

Entender essas temáticas e tornar mais compreensíveis esses componentes do Sistema significa um exercício contra-hegemônico para enfrentar a concentração de poder dos operadores especialistas nas áreas financeira e contábil, assim como a insuficiência de controle e avaliação da máquina pública pela sociedade. Para tanto, o estudo abrange diferentes caminhos de análises, que devem permitir avaliar-se a possível existência de falsos ou verdadeiros dilemas, especialmente como o de confronto entre financiamento e gestão.

Portanto, considerando-se a necessidade de desvelar e problematizar tais temas, surge a questão de pesquisa desta tese: tendo como referencial fundamental o cenário de crise econômica e financeira por que, na atualidade, passam as unidades federativas brasileiras, como

ocorre a condução dos sistemas municipais de saúde no escopo da APS, na Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre?

Para responder tal indagação, formulam-se questões norteadoras capazes de direcionar o estudo no sentido de abordar o problema de pesquisa. Tais questões são:

- como ocorre a relação Estado/Política de Saúde em um cenário de crise?
- como se estruturam os três componentes básicos do SUS – o modelo técnico (de atenção à saúde), o modelo político (de gestão) e o econômico (de financiamento) –, para viabilizar os seus aspectos operacionais e fluxos?
- como ocorre a condução dos sistemas municipais de saúde, a sua gestão financeira e a composição do gasto nos vínculos 4011⁷ e 4090⁸ do Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde (MGS)⁹, dos municípios da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre, no período de 2012 a 2017, sob a perspectiva da eficiência e da eficácia?
- existe correlação entre os resultados dos indicadores da APS pactuados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e escolhidos para o estudo com a composição dos gastos nos vínculos e mesma série histórica?

As questões norteadoras formuladas têm o objetivo de conhecer a realidade proposta pelas temáticas do estudo, mas podem ser parciais ou totalmente alteradas à luz das evidências constatadas durante o processo investigativo. Para dar conta do problema de pesquisa e das questões norteadoras assinaladas, tem-se como objetivo geral:

⁷ A composição dos recursos do vínculo 4011 refere-se a: Atenção Básica (AB)/ Política Estadual de Incentivo para Qualificação da Atenção Básica (PIES) /Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) / Oficinas Terapêuticas / Redução de Danos / Rede Cegonha / Telediagnóstico em Doenças Respiratórias Crônicas / Fortalecimento da Promoção e Prevenção à Saúde.

⁸ A composição dos recursos do vínculo 4090 refere-se a: Estratégia de Saúde da Família (ESF) / Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) / ESF Quilombola / ESF Indígena / Saúde Bucal / Saúde Bucal Indígena / Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) / ESF Prisional / Residência Médica / Combate ao Racismo Institucional / Rede de Informática / Saúde do Homem / Combate as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) /AIDS.

⁹Sistema *online*, desenvolvido pela SES, com suporte técnico da PROCERGS, para a geração da prestação de contas trimestral do Relatório de Gestão Municipal da Saúde (RGMS) módulo financeiro, a partir dos arquivos TXT contábeis, conforme padrão estabelecido nas Portarias da SES/RS [586/2006](#) e [078/2008](#). A determinação da vinculação de ingresso de quaisquer recursos em órgãos públicos está prevista na Portaria Interministerial nº 163, de 04 de maio de 2001, da Secretaria do Tesouro Nacional.

- analisar a Condução dos sistemas municipais de saúde dos municípios que compõem a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre quanto ao escopo da APS, considerando-se o cenário de crise econômica e financeira das unidades federativas brasileiras.

Como objetivos específicos, o estudo apresenta:

- caracterizar a relação entre Estado e Política de Saúde, contemplando as conjunturas mais recentes do cenário de crise e os desafios que desta se colocam à Política de Saúde;
- estudar a organização do SUS a partir dos três componentes básicos do Sistema, o modelo técnico (de atenção à saúde), o modelo político (de gestão) e o modelo econômico (de financiamento), considerando seus aspectos operacionais e fluxos;
- analisar a Condução dos sistemas municipais de saúde sob a perspectiva da gestão financeira e cotejar se os indicadores escolhidos para o estudo apresentam correlação com os gastos de parte do cofinanciamento estadual para a APS.

O referencial epistemológico desta tese está amparado em Antonio Gramsci (1891-1932), privilegiando, portanto, uma abordagem em uma perspectiva dialética. A escolha de Antonio Gramsci como um dos pensadores inseridos na tradição marxista deve-se à sua proposta de ação política, que se apresenta como uma contribuição ainda relevante na atualidade. Na tessitura da obra de Gramsci, depara-se com a explicação dos processos sociais, o desvelamento das diferenças da sociedade capitalista, o caráter das lutas de classe, assinalando as possibilidades históricas de cada uma delas no processo de construção da hegemonia. É justamente nesse jogo contraditório entre as classes que Gramsci trata as relações sociais, compreendendo-as enquanto processos totais e demonstrando os antagonismos que as engendram.

Sua obra postula a formulação de um planejamento estratégico-tático, com o objetivo de viabilizar a expansão da força política e social da classe trabalhadora de forma que esta conquiste o poder e, além disso, substancialmente objetiva instrumentalizar o sujeito coletivo para a ação. As principais categorias gramscianas escolhidas são: Estado, hegemonia e contra-hegemonia, na perspectiva da Teoria Ampliada do Estado.

Esta pesquisa tem abordagem quantiqualitativa, por isso a escolha recaiu no método misto, desdobrando-se o estudo em diferentes momentos metodológicos. A triangulação dos dados será feita utilizando-se como pano de fundo as categorias de Gramsci, os critérios de eficiência e eficácia propostos por Donabedian e o postulado de coerência (TESTA, 1992). Trata-se, assim, de uma pesquisa com dados secundários.

Os métodos mistos combinam os métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com os emergentes das qualitativas, com formas múltiplas de coleta e análise dos dados, contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e também análises textuais. Nesse tipo de método, o pesquisador fundamenta a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados afiance um entendimento melhor do problema pesquisado, no que se acredita, e, por essa razão, a escolha recaiu sobre esse método, considerando-se a complexidade dos componentes estudados (CRESWELL, 2007).

A utilização de métodos mistos em pesquisa tem sido crescente em inúmeros campos do conhecimento. A conjugação de elementos qualitativos e quantitativos possibilita ampliar a obtenção de resultados em abordagens investigativas, proporcionando ganhos relevantes para pesquisas complexas realizadas em diferentes campos do conhecimento. Por fim, “[...] surge a triangulação das fontes de dados de forma a buscar convergência entre o quantitativo e o qualitativo” (CRESWELL, 2007, p. 32-33).

Nessa mesma linha de pensamento, entende-se que adensar conhecimentos sobre a pesquisa social cada vez mais se constitui em tarefa fundamental do Serviço Social, na medida em que não é possível propor intervenções consistentes que não se pautem numa análise crítica da realidade e dos contextos nos quais se inserem sujeitos, grupos, instituições e sociedades (PRATES, 2012). Sob essa perspectiva e levando-se em consideração a proposta do estudo e seus diferentes momentos metodológicos, o método misto é o que se apresenta como o mais recomendável.

O aporte metodológico da pesquisa articula diferentes técnicas e procedimentos para atingir os resultados na perspectiva quantiqualitativa. Aponta dilemas, contradições e os componentes indissociáveis do Sistema Único de Saúde em um contexto de crise.

Nessa lógica, a gestão da saúde será avaliada na perspectiva da condução do sistema municipal, que trata da capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução destas. Por fim, o desempenho dos serviços de saúde e as ações de Condução da mesma estão todos relacionados com a melhora da saúde da população (PRO-ADESS)¹⁰.

¹⁰O PRO-ADESS tem como objetivo contribuir para o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde brasileiro ao produzir subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores de todas as esferas administrativas e disseminar informações sobre o desempenho do SUS nos seus distintos âmbitos. Esse projeto teve início em 2001, com a participação de uma rede de pesquisadores vinculados a sete instituições de

A *Condução (stewardship)*, para a OMS, consiste no gerenciamento cuidadoso e responsável do bem-estar da população, a verdadeira essência do bom governo discutido no Relatório Mundial de 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Idealmente, ela poderia facilitar um princípio de organização do poder na sociedade que transcendesse o econômico e estivesse baseado no interesse comum, revigorando o sentido de finalidade social e restabelecendo a confiança na função do Estado e sua legitimidade, bem como recuperando e modernizando a ideia de bem comum como um conjunto de valores coletivos (PRO-ADESS, 2003). O condutor (*steward*) do sistema de saúde tem a responsabilidade de assegurar que este opere segundo os princípios da governabilidade. E a “qualidade” da governabilidade afeta o ambiente no qual o sistema de saúde opera (PRO-ADESS, 2003).

A OMS tem explorado também os aspectos da governabilidade associados a medidas de eficiência. Planejar, gerenciar modelos de atenção e o funcionamento do fundo público na saúde têm se apresentado como desafios. Por isso, a análise recorrerá aos critérios de eficiência e de eficácia como medidas avaliativas. Na perspectiva de avaliação de eficiência e de eficácia, será usado no estudo o referencial oferecido por Donabedian (1990), que ampliou o conceito de qualidade e o aproximou da área da saúde, utilizando o que denominou “sete pilares da qualidade”, dos quais serão empregados os de eficiência e eficácia.

A **eficiência** é uma medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo. A **eficácia** é a capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias (DONABEDIAN, 1994).

Portanto, fazendo-se uma aproximação dos conceitos de Donabedian com o proposto nesta tese, a eficiência é um critério econômico que reflete a habilidade do gestor do SUS para tomar decisões gerenciais voltadas à geração do maior volume de serviços de assistência à saúde possível com os recursos disponíveis. Já a eficácia é um critério que reflete a habilidade desse mesmo gestor para tomar decisões gerenciais voltadas à organização do sistema municipal de

saúde, ou seja, com crescimento do gasto de recursos em APS e melhores resultados de indicadores.

Por isso, em uma primeira perspectiva de análise, é interessante identificarem-se os determinantes associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. A caracterização das condições de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida conforma uma segunda dimensão da avaliação, que permite conhecer a magnitude dos problemas e a sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Os gestores devem ter o diagnóstico da população, seu perfil epidemiológico claramente identificado, possibilitando a tomada de decisão de forma mais consistente.

Agregam-se algumas das atribuições do gestor municipal, definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹¹, aqui denominada APS, esclarecedoras da direção do estudo. Para tanto, destacam-se as seguintes: organizar, executar e gerenciar os serviços e as ações de APS de **forma universal**¹², permitindo que esta atue como a **porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS**¹³, programando as ações a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população; organizar o fluxo de pessoas conforme as necessidades de saúde a partir das linhas de cuidado, garantindo a organização na Rede de Atenção à Saúde, mantendo a vinculação e a coordenação do cuidado. Além destas, há ainda **destinar recursos municipais** para compor o financiamento tripartite da APS e **ser corresponsável**, junto ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Saúde, pelo **monitoramento da utilização dos recursos** da APS transferidos ao município.

Portanto, a lógica que orientará metodologicamente esta pesquisa está construída a partir do entendimento dessas responsabilidades básicas do gestor municipal e de estratégias

¹¹A PNAB teve sua última atualização através da Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017.

¹² Os grifos neste parágrafo são para chamar a atenção do leitor sobre os aspectos mais elementares definidos pela política de saúde, PNAB, como atribuições da gestão municipal.

¹³ O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população e pela responsabilização na atenção contínua e integral. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

adotadas que conduzam à melhoria das condições de saúde da população do município. Assim, observam-se, quanto à Condução dos sistemas municipais de saúde e à gestão financeira, as seguintes:

- garantir acesso universal e a APS como porta de entrada preferencial;
- inserir o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em sua rede de serviços como a estratégia prioritária para a organização da APS;
- melhorar os resultados dos indicadores no mínimo ao que foi pactuado em relação às metas para os indicadores da APS;
- captar os recursos de incentivos estaduais disponíveis aos municípios;
- gastar 100% dos recursos financeiros no bloco de financiamento da APS, no ano do repasse;
- demonstrar crescimento de gasto de recursos na APS.

A pesquisa documental caracteriza-se por dados secundários do Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde, de Relatórios Anuais de Saúde (RAG), de Resoluções CIB, Resoluções do CES, dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Portal BI¹⁴ e do Relatório da Comissão Especial da Assembleia Legislativa do RS sobre a sustentabilidade financeira do SUS e a participação dos entes federados¹⁵. O estudo foi constituído, ainda, por uma pesquisa bibliográfica que levou à seleção e à análise de documentos necessários ao conhecimento das características do financiamento em saúde no Brasil.

Abordagem quantitativa

¹⁴O Portal BI foi desenvolvido utilizando ferramentas de *Business Intelligence* (BI), que permitem apresentar de forma sintética e visual informações sobre saúde dos municípios e do Estado do RS, facilitando aos gestores acompanhar a situação da saúde do município, região e/ou do Estado. Apresenta três categorias: operacional, que agrupa painéis referentes a dados mais analíticos e detalhados para consulta, facilitando o acompanhamento dia-a-dia; gerencial, que organiza temas mais sintéticos nessa área; e, estratégica, que contém painéis de alto nível, voltados à direção para o acompanhamento e apoio nas tomadas de decisões.

¹⁵Essa Comissão Especial foi criada em outubro de 2016, na AL do Estado do Rio Grande do Sul, sob a presidência do Deputado Tarcísio Zimmermann, tendo sido aprovado seu relatório final em 26/04/2017, o qual também será usado como documento na análise. Uma comissão especial é considerada temporária e criada para apreciar determinada matéria, extinguindo-se ao término da legislatura, ou antes, quando alcançado o fim a que se destina ou expirado seu prazo de duração. O acesso aos conteúdos e a gravação das audiências estão disponíveis por meio eletrônico no [site](#) ou no setor de taquigrafia da Assembleia Legislativa.

Os dados quantitativos do estudo serão analisados através de tabelas, gráficos e estatísticas descritivas. Para a verificação de correlações entre variáveis, será utilizada a Análise de Correlação de Pearson, e para as comparações entre as macrorregiões, poderá ser utilizado o teste de Análise de Variância (ANOVA). O *software* empregado será o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Os dados podem ser apresentados de forma desagregada, com o objetivo de melhor demonstrar os resultados.

Os dados obtidos durante a coleta foram registrados em uma tabela de movimentação financeira com controle de receita, despesa, investimento e saldo do total de recursos para a APS, por ente federado, dos 497 municípios do Estado, com série histórica de 2012 a 2017, sendo informados pelos municípios, quadrimestralmente, no MGS. Os dados foram extraídos do Sistema de Monitoramento de Gestão em Saúde (MG), criado pela PROCERGS, empresa pública gaúcha, para acompanhamento do movimento dos recursos financeiros utilizados que devem ser apresentados nos Relatórios Detalhados Quadrimestrais Municipais e nos Relatórios Anuais de Gestão Municipal.

Outras bases de dados foram consultadas para a elaboração de tabela e gráficos, como o Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde, E-gestor, BI Gestor Municipal desenvolvido utilizando ferramentas de Business Intelligence, que permitem apresentar de forma sintética informações da saúde dos municípios e do estado.

Amostra – Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre

Esse território é composto pelas 1^a, 2^a e 18^a Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)¹⁶. A opção pela Macrorregião Metropolitana¹⁷ dentre as outras seis ocorreu em função de que ela abarca quase 50% da população do Estado, inclui 89 municípios, com diferentes portes populacionais e tipos de problemas. Essa região concentra também a maioria dos municípios com mais de 100.000 habitantes, os quais têm muita dificuldade para organizar seus

¹⁶ As CRS são uma estrutura administrativa descentralizada da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, estruturadas com as diferentes funções da SES, que têm o papel de representá-la em todas as regiões de saúde do estado. No Rio Grande do Sul, são 19 CRS para atender um conjunto de 30 regiões de saúde que compõem os 497 municípios gaúchos.

¹⁷ As sete macrorregiões também representam um desenho de regionalização no Estado do RS.

sistemas de saúde e, em consequência, dificuldades de financiamento. Outra observação é que trabalhar com os gastos abertos de cada um dos 497 municípios, mesmo que apenas em dois vínculos e com a série histórica como o pretendido, seria inviável em razão do tempo da pesquisa. Então, os dados abertos dessa macrorregião são os seguintes:

- receita de recursos dos vínculos 4011 e 4090, relativa ao cofinanciamento estadual para a APS, por município, captada pelo gestor, informados no MGS, com a série histórica de 2012 a 2017;
- detalhamento da composição dos gastos realizados e informados no Relatório 4, descritivo da despesa, do MGS, dos vínculos 4011 e 4090. A classificação será por natureza da despesa¹⁸ e elemento de despesa¹⁹;
- indicadores de saúde, com informações extraídas do Portal Gestor Estadual do Business Intelligence, que permite apresentar de forma sintética e visual as informações de saúde dos municípios e do estado do RS. Essas informações do Portal são atualizadas semanalmente a partir das bases do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações sobre as Internações Hospitalares (SIH), do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de outros, sob a coordenação do Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI) da SES/RS. Os indicadores²⁰ aqui tratados compõem o elenco proposto pelo Governo Federal e pactuados na Comissão Intergestora Regional (CIR) e em CIB²¹. Do conjunto, foram escolhidos quatro – Indicador de proporção de internações por condições

¹⁸A classificação por natureza da despesa engloba Pessoal e Encargos Sociais, Juros e Encargos da Dívida, Outras Despesas Correntes, Investimentos, Inversões Financeiras, Amortização da Dívida e Reserva de Contingência.

¹⁹Elemento de despesa tem por finalidade identificar os objetos de gasto, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins.

²⁰A ficha técnica de cada indicador escolhido para consulta consta dos Anexos 1 – número novos de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano; 2 – razão de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária; 3 - razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária; e 4 – indicador de proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica.

²¹ Instâncias de pactuação previstas no SUS em âmbito estadual.

sensíveis à Atenção Básica (ICSAB); razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária; razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária e número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, sendo apresentados os resultados anuais, por município da Macrorregião Metropolitana, com a série histórica de 2012 a 2017, acostados aos gastos dos municípios;

- incentivos captados pelos gestores municipais da Macrorregião referentes ao cofinanciamento estadual para a APS, conforme resoluções e portarias em vigor no RS.

- cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família (eSF) e de equipes de Atenção Básica (eAB).

Perspectiva qualitativa

A análise qualitativa será realizada através dos registros que envolvem desde áudio e transcrição até o relatório final das audiências públicas da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, organizadas pela Comissão Especial sobre a Sustentabilidade Financeira do SUS e com a participação dos entes federados. Será utilizada a análise de conteúdo para a construção de categorias que emergirem da pesquisa.

Ao trabalhar-se com a concepção de sujeito coletivo²², os participantes das audiências públicas têm uma referência grupal. Essas audiências contemplam diferentes visões do Governo Federal, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS-RS), dos legislativos municipais, do Tribunal de Contas do Estado (TCE), do Tribunal de Contas da União (TCU), do Gestor

²² “Os sujeitos coletivos expressam consciências partilhadas, são sujeitos que lutam por vontades históricas determinadas. Por isso é tão importante o conhecimento das cambiantes dinâmicas societárias, das múltiplas expressões da questão social” (MARTINELLI, 2011, p.5). Os sujeitos coletivos são entendidos como aqueles possuidores de determinadas vontades históricas (OLIVEIRA, 1989).

Estadual, através da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, do Conselho Estadual de Saúde, de sindicatos e outras entidades da sociedade civil organizada e de representações de classe, podendo, portanto, caracterizar-se pelo coletivo que pensa, decide, critica, controla e dirige o SUS.

Os resultados qualitativos serão obtidos através de pesquisa e análise documental, que proporciona o exame para tratamento analítico, ou o reexame para procurar interpretações novas e/ou complementares nos diferentes documentos e recursos utilizados na pesquisa. Para essa abordagem do estudo, também se optou pela análise de conteúdo, pretendendo-se trabalhar com registros e documentos que não se mostram explícitos. Entende-se que o escopo desse material pode oferecer a visão que os entes federados têm do financiamento do SUS e seus dilemas e o que acreditam que permitirá a sustentabilidade do Sistema.

Dessa maneira, a análise de conteúdo “[...] aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...]” (BARDIN, 1994, p. 38). Ela representa uma técnica inestimável para o estudo dos símbolos e das características da comunicação como forma de se compreender o homem, sua história, seu pensamento e suas instituições.

A primeira etapa da análise de conteúdo refere-se à necessidade de “[...] desagregação de uma mensagem em seus elementos constitutivos chamados unidades de registro” (RICHARDSON, 1989, p. 188). A opção escolhida entre as unidades de registro não gramaticais foi a análise temática. A mesma diz respeito “[...] a uma afirmação sobre o sujeito da oração. Isto é, uma frase ou uma frase composta, a partir da qual podem-se formular diversas observações” (RICHARDSON, 1989, p. 190).

A análise em base temática tem sido amplamente utilizada, principalmente como unidade de registro para estudos de opiniões, crenças, dentre outras, consistindo em “[...] descobrir o ‘sentido’ que o autor deseja dar a uma determinada mensagem” (RICHARDSON, 1989, p. 190). Esse processo deve ainda privilegiar a classificação das unidades de registro a partir de uma referência mais ampla do contexto no qual aparecem. Em relação aos procedimentos adotados para a fase de análise e interpretação dos dados e conclusões, demonstrar-se-á a construção dos passos metodológicos (MACHADO, 1997, 1998). Portanto, esses passos terão como base o referencial teórico já apresentado quanto à técnica de análise de conteúdo.

Delinear-se o financiamento para a política pública de saúde no Brasil em quadros de crise econômica, política e fiscal, conformados com a adoção de emendas impositivas, entrada de capital estrangeiro, crescimento da participação do setor privado e o desfinanciamento sucessivo no setor, não é tarefa fácil. A isso também deve ser acrescida a importância da reflexão sobre a condução de sistemas de saúde e de sistemas de serviços de saúde²³. No entanto, é preciso o desvelamento de tais matérias, e o Serviço Social pode contribuir seguramente para essa discussão. Para tanto, é preciso ressaltar ainda que, a partir da reflexão e da articulação do referencial utilizado, algumas releituras de autores foram feitas, adotando-se suas ideias como ângulos de análise possíveis ou como forma qualificar a crítica pretendida.

Os capítulos que organizam esta tese estão estruturados para atender o problema de pesquisa, as questões norteadoras do estudo e seus objetivos geral e específicos. Para tanto, divide-se a tese em cinco capítulos e as conclusões.

A introdução como um capítulo oferece uma síntese, não exaustiva, dos principais dilemas debatidos no cenário internacional e no Brasil sobre a Política de Saúde, enfatizando-se o financiamento e a gestão. Apresenta-se a motivação para a realização do estudo e a experiência da pesquisadora. Aponta-se a gestão como perspectiva de análise e dimensiona-se o percurso metodológico da tese, que é complementado no quarto capítulo, sugerindo o formato da triangulação de dados. Definem-se os critérios quanto à Condução dos sistemas municipais de saúde e a gestão financeira.

No segundo capítulo, evidenciam-se a discussão da concepção de Estado em Gramsci e suas categorias, para se compreenderem as políticas sociais nos marcos da sociedade capitalista contemporânea. As categorias gramscianas acredita-se que podem servir também para qualificar o entendimento das atuais estratégias político-econômicas adotadas nessas sociedades.

A política de saúde é discutida enquanto uma política pública que compõe o modelo de proteção social no Brasil. Na perspectiva desta tese, demonstra-se que o modelo vem

²³Os sistemas de serviços de saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). É utilizada a denominação sistema de serviços de saúde para diferenciá-la de sistema de saúde, expressão entendida, conforme Mendes (2002), como a manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada e resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas sociais mais ou menos complexos. Assim, um sistema de saúde é diferente e mais que um sistema de serviços de saúde.

privilegiando o mercado como agente principal do bem-estar dos indivíduos, conformando um perfil conservador da proteção social brasileira e que encontra sustentação no credo teórico neoliberal. Associam-se a isso um cenário de crise econômica, social e financeira pela qual passa o País e as refrações da "questão social" por conta do papel do Estado, ou seja, do conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. Esse capítulo tece o fio condutor teórico explicativo do estudo.

No terceiro capítulo, mostra-se o SUS com suas múltiplas diretrizes, princípios, aspectos organizativos e operacionais, que resultam na complexidade do sistema. Assinala-se que a legislação estruturante que complementa o marco jurídico da política de saúde também não está sendo capaz de promover as mudanças esperadas e de garantir os preceitos constitucionais de direitos da população. Revigora-se a discussão da APS como possibilidade de afiançar a universalidade do SUS e sua importância como coordenadora do cuidado, ordenadora e articuladora da rede de atenção à saúde.

Ainda nesse capítulo, procura-se demonstrar a articulação dos três componentes fundamentais do sistema de saúde, quais sejam: o técnico, que aborda o modelo assistencial e se refere a como os recursos são alocados e disponibilizados à população para a prestação de ações e serviços de saúde; o político, que trata do modelo de gestão; e o econômico, que diz respeito ao modelo de financiamento. Apresenta-se a discussão sobre o dilema da universalidade, a crise no financiamento do SUS e como se dá a gestão financeira, com as especificidades de funcionamento do Fundo Público de Saúde.

No quarto capítulo, são divulgados os resultados da pesquisa a partir da condução dos sistemas municipais de saúde da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre sob o enfoque da eficiência e da eficácia, relacionando-as com as dimensões e os critérios definidos de avaliação e o aporte teórico proposto. Neles, enunciam-se as contradições e os dilemas do SUS sob as perspectivas em análise neste estudo, enfatizando a indissociabilidade entre financiamento, gestão e resultados, objetivando a necessária garantia de direitos. A triangulação dos dados será feita a partir das categorias gramscianas escolhidas e o postulado de Coerência de Testa.

No quinto capítulo, propõe-se um retorno à teoria como possibilidade para erigir uma outra perspectiva da realidade, mediada pelo exercício da pesquisa e dos nexos possíveis a partir do estudo. Ele se desdobra nos caminhos e descaminhos na trajetória para a consolidação do SUS em seus 30 anos, como um empreendimento de síntese quanto às aprendizagens e às

expectativas em relação ao Sistema Único de Saúde. Enfatizam análises que ratificam as diretrizes da Declaração de Alma-Ata em Astana, que ocorre quarenta anos depois dessa declaração.

Argumenta-se a indissociabilidade entre as dimensões técnica (atenção à saúde), política (gestão) e econômica (financiamento), exigindo-se um alinhamento entre elas, como forma de garantir o postulado de coerência na Política de Saúde. Aponta-se a premência para o avanço do exercício da cidadania como condição necessária para a garantia de direitos. Contextualiza-se a gestão pública demarcando as mudanças que têm sido sugeridas em relação a qualificar e adotar a gestão por processos e resultados, potencializando os espaços de cogestão, de gestão colaborativa e a consolidação dos princípios da governança no setor público e na saúde em particular. Essas mudanças são essenciais considerando-se o fato de que a gestão das políticas públicas já se depara com a possibilidade de análises de prospecção de cenários e de uso da rede de inteligência artificial para qualificar o diagnóstico, a tomada de decisão e o planejamento.

Por fim, no último capítulo, formalizam-se as conclusões e algumas sugestões para a continuidade de pesquisas sobre os temas abordados. Procura-se ressaltar os principais resultados do estudo, reafirmando-se a indissociabilidade entre as dimensões técnica (atenção à saúde), a política (gestão) e a econômica (financiamento) do SUS. As sucessivas aproximações com o objeto do estudo aferiram a compreensão sobre o cofinanciamento em saúde, permitindo demonstrar as contradições entre os discursos e as práticas de saúde, momento que se sustenta a tese da tese.

2 RELAÇÃO ESTADO/SOCIEDADE NA CONTEMPORANEIDADE

Para demonstrar a relação Estado/Sociedade na contemporaneidade, utiliza-se um marco referencial que apresenta a concepção e a conformação do Estado moderno. Optou-se por descrever o Estado ente político enquanto uma matriz de análise conceitual a partir de uma perspectiva dialética com referencial gramsciano.

A importância do Estado na sociedade como agente econômico perpassa as orientações dos postulados liberal, keynesiano e neoliberal, demarcando suas divergências, com o objetivo de melhor compreender-se a essência dessa relação e sua repercussão no campo das políticas sociais, em particular sobre a Política de Saúde. Ao tratar as mudanças desencadeadas no processo de contrarreformas para tais políticas, procura-se contextualizar sinalizando-se o recrudescimento do conservadorismo nos tempos atuais e seu impacto na Política de Saúde, dentro de um quadro de crise. Este capítulo pretende, portanto, situar a relação Estado e saúde com enfoque na natureza dessa ligação, evidenciando, os projetos em disputa, ou seja, de um lado, com suas bases no Estado democrático de direito e, de outro, no Estado mínimo.

Apresenta-se o cenário de crise social, política e econômica, definindo-a como uma crise orgânica a partir do referencial e das articulações propostas por Gramsci, e seus efeitos no embate estabelecido entre as ideias amparadas no projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, assim como o conflito relacionado às políticas sociais e os desafios que essas perspectivas colocam, particularmente para a Política de Saúde na atualidade. Esses elementos oferecem o estofamento explicativo para as reflexões e discussões pretendidas nesta tese, preparando, assim, os argumentos para a triangulação de dados da pesquisa. O capítulo aborda, desse modo, um cenário de crise delineado no sentido de qualificar sua extensão e demonstrar seus conflitos e impactos em relação à política de saúde.

2.1 A CONCEPÇÃO DE ESTADO EM GRAMSCI

Gramsci é um pensador marxista cuja obra alcança uma visão crítica e histórica dos processos sociais. Empenha-se na interpretação de tais processos para o desvelamento das desigualdades da sociedade capitalista e no caráter das lutas de classe sob a ótica da burguesia e das massas trabalhadoras, reconhecendo e evidenciando um jogo contraditório nessas relações.

Toma o marxismo como método de análise concreta do real em suas diferentes determinações. Se, por um lado, Marx²⁴ se ateve a apontar o caráter de classe do Estado, por outro, Gramsci²⁵ pretendeu desvendar as mediações que esclarecem essa dominação apresentando uma teoria marxista da ação política.

O pensamento gramsciano sobre o social e o político abrange o princípio da totalidade, demarcando que esses campos não são desvinculados do fator econômico, ou seja, da relação entre infraestrutura e superestrutura. Esse pensamento sobrevém, principalmente, da militância política e está intensamente penetrado pela inquietação com a construção de um novo projeto civilizatório capaz de subjugar os desafios da modernidade e construir uma democracia econômica, política e social.

A estrutura e as superestruturas formam um “bloco histórico”, isto é, o conjunto emaranhado ao mesmo tempo contraditório e desconexo das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção (GRAMSCI, 1991b). No bloco histórico, as forças materiais são o conteúdo, e as ideologias são a forma, sendo essa separação entre forma e conteúdo meramente didática, posto que as forças materiais não seriam historicamente concebíveis sem forma, e as ideologias seriam fantasias individuais sem as forças materiais (GRAMSCI, 1991b).

A importante contribuição teórica de Gramsci reside em ter apresentado o Estado capitalista não se impondo apenas pela coerção e pela violência, mas também por consenso e por persuasão. Por meio das instituições da sociedade civil, a ideologia da classe dominante tanto é difundida como preservada. Sob a perspectiva de que as ideologias são historicamente necessárias, elas têm uma validade que é “psicológica”, pois “organizam” as massas humanas, formam o terreno sobre o qual os homens se movimentam e adquirem consciência de sua posição e lutam (GRAMSCI, 1991a). Ele ainda identifica a ideologia como sendo distinta da estrutura e afirma que não são as ideologias que modificam a estrutura, mas, sim, vice-versa.

²⁴Karl Marx (1818-1883) foi filósofo, sociólogo e jornalista, nascido na Prússia. Suas principais obras foram o **Manifesto Comunista** e **O Capital**. Em economia, estabeleceu a base para a melhor compreensão sobre o trabalho e sua relação com o capital.

²⁵Antônio Gramsci (1891-1937) era um teórico italiano. Suas principais obras são **Concepção Dialética da História, Os Intelectuais e a Organização da Cultura** e **Cadernos do Cárcere**.

O âmbito da cultura enquanto espaço de desenvolvimento da consciência crítica do ser social, que o torna capaz de intervir na realidade, também é recuperada por Gramsci e está na centralidade do projeto por ele proposto. A cultura está relacionada com a transformação da realidade, de forma que, através da "[...] conquista de uma consciência superior [...] cada qual consegue compreender seu valor histórico, sua própria função na vida, seus próprios direitos e deveres" (GRAMSCI, 1987, p. 24). Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas "[...] 'originais'; significa, também e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, 'socializá-las' por assim dizer; transformá-las, portanto, em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral" (GRAMSCI, 1991b, p. 13).

Quando Gramsci fala de "direção intelectual e moral" enquanto hegemonia afirma que essa direção também é exercida no campo das ideias e da cultura, manifestando a capacidade de conquistar o consenso e de formar uma base social, pois hegemonia "[...] é algo que opera não apenas sobre a estrutura econômica e sobre a organização política da sociedade, mas também sobre o modo de pensar, sobre as orientações ideológicas e sobre os modos de conhecer" (GRUPPI, 1991, p.5). A hegemonia representa a capacidade de direção cultural e ideológica que é apropriada por uma classe e exercida sobre o conjunto da sociedade civil. A hegemonia não se traduz como política apenas, mas também como um fato cultural, moral, de concepção de mundo; é um processo de unificação do pensamento e da ação.

O Estado constitui-se das organizações ou dos aparatos dirigentes da vida social, tais como a escola, a Igreja, os sindicatos e outros. Por isso, em condições de hegemonia, a burguesia materializa o Estado com as instituições dirigentes tanto da ação como da produção e da reprodução dos valores sociais, transformando-se essa realidade no que Gramsci denomina Estado ampliado²⁶. Esse conceito é adotado como "[...] o resultado das relações orgânicas entre [...] sociedade política e sociedade civil" (GRAMSCI, 2002, p.139). Em tal situação, essas instituições representam e se comportam como aparatos ideológicos do Estado.

O Estado, dessa forma, pousa sobre uma base cultural resguardado por uma malha concreta contra as revoluções, contra as invasões graves, e sua ação, que é a mesma do grupo

²⁶ Em relação à identificação entre o Estado e o governo, Gramsci apresenta uma concepção ampliada do Estado, observando que na "[...] noção geral de Estado entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido, poder-se-ia dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, 'hegemonia revestida de coerção'" (GRAMSCI, 1991b, p. 149).

social dominante, é ampla e capilarizada. Sua hegemonia conforma massas humanas de cidadãos, porque estão ligadas ao modo de vida burguesa e a ele consentem e aderem. Nesse sentido, a hegemonia não significa apenas a subordinação de uma classe em relação à outra, mas a capacidade das classes na construção de uma visão de mundo, ou seja, de efetivamente elaborar uma "reforma intelectual e moral". A preocupação de Gramsci é, pois, com a transformação dessa visão de mundo, com a elevação das condições de vida das classes subalternizadas e com a sua inclusão no cenário histórico, excluídas que sempre foram dos processos histórico-sociais (COUTINHO, 2011).

Por Estado deve-se entender, na concepção gramsciana, “[...] além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil” (COUTINHO, 2011, p. 268-269). A sociedade civil, nesse contexto, apresenta-se como o “[...] conjunto dos organismos chamados ‘privados’²⁷ e que corresponde à função de hegemonia que o grupo dominante exerce sobre toda a sociedade [...]” (GRAMSCI, 1987, p. 1.518), ou seja, as organizações responsáveis pela elaboração ou difusão de ideologias. A ampliação do Estado passa, portanto, por uma incorporação da hegemonia e de seu aparelho ao Estado. Isso significa que o Estado deve ser assistido além do aparelho governamental, incluindo o aparelho privado da hegemonia, isto é, a sociedade civil. Gramsci, no caderno 6, estabelece uma equivalência entre aparelho de hegemonia privado e sociedade civil, sendo que o aparelho de hegemonia se reveste de uma dupla dimensão: econômica e político-cultural.

Conceito-chave em Gramsci é o de sociedade civil, onde procura mostrar que ela é o espaço no qual se organizam os interesses em confronto e também onde se tornam conscientes os conflitos e as contradições. Mas o Estado deve ser compreendido como um “[...] equilíbrio da Sociedade política com a Sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a sociedade nacional inteira exercida através das chamadas organizações privadas, como a Igreja, os sindicatos, as escolas, etc.) [...]” (GRAMSCI, 1987, p. 224). É seu o conceito de Estado ampliado, que deve ser cunhado como perspectiva para analisar as sociedades contemporâneas mais desenvolvidas.

²⁷A denominação "privados" não aparece em contraposição ao que é público, nem nega o caráter de classe desses organismos e suas diferentes formas de expressão, na medida em que a sociedade civil não é um espaço homogêneo, mas permeado por contradições.

A complexidade das relações Estado/sociedade sob a perspectiva do capitalismo constitui-se hoje como eixo fundamental para pensar as transformações do capitalismo contemporâneo, com as novas formas de expressão do Estado, da sociedade civil e, conseqüentemente, com os processos de construção da hegemonia nesse cenário histórico. É justamente a partir da crescente socialização da política constatada nas sociedades contemporâneas que Gramsci elabora sua teoria "ampliada" do Estado, indicando que o poder estatal, nesse novo contexto, não se expressa apenas através de seus aparelhos repressivos e coercitivos, mas também de uma nova esfera do ser social que é a sociedade civil. O que confere originalidade ao seu pensamento o novo nexos que estabelece entre economia e política, entre sociedade civil e sociedade política, esferas constitutivas do conceito de Estado ampliado (COUTINHO, 2011).

Nessa perspectiva, é essencial a superação do Estado enquanto órgão de coerção e manutenção dos privilégios e das desigualdades, defendendo que a democratização das suas funções é indispensável (GRAMSCI, 1991b). Nesse sentido, o projeto político das classes subalternas deve visar à separação de determinados aparatos ideológicos da sua adesão ao Estado, objetivando tornarem-se instituições de hegemonia sob sua direção. Gramsci entende, ainda, que a hegemonia é a capacidade de dirigir e de conquistar alianças, traduzida na competência de fornecer uma base social ao Estado proletário. A revolução é compreendida como reforma intelectual e moral, “[...] considerando que a hegemonia do proletariado representa a transformação, a construção de uma nova sociedade, de uma nova estrutura econômica, de uma nova organização política e também de uma nova orientação ideológica e cultural” (GRUPPI, 1991, p. 2). A hegemonia é conquistada antes do poder e é uma condição essencial para este.

A concepção de Estado e as reformas estruturais que vêm sendo encaminhadas, articuladas e coordenadas pelo Governo Federal têm o apoio total do Congresso e de coalizões governamentais. O conjunto de medidas desenhadas em emendas constitucionais trouxe em seu bojo reflexos diretos para a área social, os quais qualificam a relação entre o Estado e as políticas sociais, demonstrando o avanço conservador e a fragilidade da garantia de direitos. Por isso, na sequência procura-se detalhar melhor a relação Estado e as políticas sociais.

2. 2 O ESTADO E AS POLÍTICAS SOCIAIS

No Brasil, após 1930, houve a criação de um sistema de proteção social que se configurou, até fins da década de 1980, sob dois modelos de seguro social: médico-previdenciário e assistencial. O Governo Vargas representou, naquele momento histórico, o alicerce para grandes mudanças no sistema produtivo brasileiro. Nesse contexto, o Estado legitimou-se perante a classe trabalhadora elevando o enfrentamento da “questão social”²⁸ ao *status* de política. Essa prática é característica dos governos democráticos populistas entre os anos de 1946 e 1963 (FLEURY, 2004).

A reorganização do capitalismo em escala global ocorreu do final da Segunda Guerra Mundial até meados da década de 1970 do século passado, com alterações nas formas de acumulação e na divisão internacional do trabalho. Esse movimento foi sentido no centro do capitalismo, mas também na periferia do sistema.

No centro dessa dinâmica encontra-se o agravamento da *questão social*, expressão das lutas de classe frente ao aprofundamento da exploração e da dominação capitalistas, provocando respostas defensivas da classe trabalhadora em seu movimento de resistência e defesa de direitos conquistados historicamente (BRAVO et. al., 2015, p. 368)

O período de crescimento econômico e de acesso aos direitos sociais pelos trabalhadores foi obstruído com o surgimento da crise estrutural do capitalismo na década de 1970. Isso ampliou suas dificuldades de expansão e reprodução pela queda tendencial da taxa de lucro, estimulando contratendências para conter as crises de acumulação, o que promoveu regressividade nos direitos sociais e acentuada precarização do trabalho. Esse período é caracterizado por um processo de desgaste de todas as dimensões da vida social (MÉSZÁROS, 2011). Assim, o processo de escolha de políticas públicas²⁹ para uma sociedade “[...] reflete os conflitos de interesse, os arranjos feitos nas esferas de poder que perpassam as instituições do Estado e da sociedade como um todo” (HOFLING, 2001, p. 38).

No caso das políticas sociais, estas referem-se a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HOFLING, 2001), sendo esse espaço permeado pela luta de classes. As respostas às demandas por proteção social e por igualdade

²⁸“Por questão social, entende-se o amplo espectro de problemas sociais que decorrem da instalação e da expansão da industrialização capitalista” (MARTINELLI, 1989, p. 54).

²⁹As políticas públicas podem ser compreendidas como o “Estado em ação” (GOBERT, MULLER, 2007); enfim, isso significa o Estado implantando um projeto de governo através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade.

não se organizam da mesma forma em todas as sociedades, porque isso ocorre em função de sua dinâmica econômica, social e do seu arranjo e legitimação, ou seja, das condições políticas implicadas e de como se constitui a questão social. A política social precisa ser entendida enquanto uma contradição em torno da qual “[...] uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta afastar o risco de sua fratura” (CASTEL, 1995, p. 18). Nessa mesma lógica, a questão social deve estar organizada de diferentes formas “[...] em torno de uma problemática que, num dado momento histórico, apresenta a uma sociedade um risco de ruptura, testando sua tolerância, no campo social e político, a processos determinados de exclusão social” (CARDOSO, JACCOUD, 2005, p. 184).

Para que se possa contextualizar o significado das políticas sociais no Brasil, é preciso resgatar que, em seu processo histórico, elas sempre se revestiram de formas tradicionais de clientelismo e serviram como um mecanismo regulador das relações sociais. Nesse sentido, as políticas sociais, ao mesmo tempo em que “sanavam” falhas no sistema capitalista, criavam novos mecanismos de cooptação e controle. E é importante, ainda, entenderem-se os padrões da relação entre Estado e sociedade, que, no Brasil, se têm qualificado, “[...] através dos séculos, por uma burocracia estatal pesada, toda poderosa, mas ineficiente e pouco ágil, e uma sociedade acovardada, submetida, mas, por isto mesmo, fugidia e frequentemente rebelde” (SCHWARTZMAN, 1988, p. 14).

Entre as décadas de 1980 e 1990, o País defrontou-se com uma extensa agenda de reformas no que se refere ao papel do Estado para a ação social, o que resultou em importantes alterações no Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS). As crises do capitalismo no final da década de 1990 e ainda no início dos anos 2000 afetaram o Brasil, período em que aumentou o desemprego, com salários baixos, ampliando sobremaneira as desigualdades sociais, provocando, com isso, a ampliação da insatisfação e também de tensões populares.

É preciso reconhecer-se que a Constituição de 1988 demarcou as bases para uma importante mudança na intervenção social do Estado, ampliando os direitos sociais, e, assim, “[...] o campo da proteção social sob responsabilidade estatal apresenta impactos relevantes no que diz respeito ao desenho das políticas, à definição dos beneficiários e dos benefícios” (CARDOSO, JACCOUD, 2005, p. 183). Dessa forma, a Seguridade Social amplia a proteção social brasileira dando a está um caráter singular na formalização dos direitos imprescindíveis à manutenção da vida. Nessa mesma linha, a proteção social é um direito básico de pertencimento a uma sociedade e sugere um pacto social de proteção regido pelos princípios de universalidade, solidariedade e eficiência (MACHINEA, 2007).

A ampliação das situações sociais reconhecidas como objeto de garantias legais de proteção e submetidas à regulamentação estatal implicaram significativa expansão da responsabilidade pública em face de vários problemas cujo enfrentamento se dava, parcial ou integralmente, no espaço privado. A intervenção estatal, regulamentada pelas leis complementares que normatizaram as determinações constitucionais, passou a referir-se a um terreno mais vasto da vida social, tanto com o objetivo de equalizar o acesso a oportunidades, como com o de enfrentar condições de destituição de direitos, riscos sociais e pobreza (CARDOSO, JACCOUD, 2005).

É preciso considerar-se que vários dispositivos com perfil marcadamente socialdemocrata, aprovados na Constituição Federal de 1988, no Brasil, tais como a ampliação de direitos sociais, a universalização da cobertura destes e o comprometimento com a sua garantia, foram outorgados quando o referencial teórico neoliberal passava a ser o fundamento para a formulação de política econômica no País e os negava por princípio (PEREIRA, 2012). Isso desencadeou um combativo processo de desfiguração das conquistas sociais previstas na Constituição, iniciando pelas leis complementares e ordinárias ou pela ausência delas. Na perspectiva da seguridade social, isso pode ser constatado no funcionamento de forma cada vez mais precarizada das políticas de saúde, previdência e assistência social que compõem esse sistema, o que descaracteriza os avanços projetados e garante o perfil conservador da proteção social no País (FAGNANI, 2005).

A construção de tais sistemas estatais responde, de um lado, à emergência dos conflitos sociais gerados nas economias capitalistas e, de outro, às demandas por igualdade gestadas num contexto de lutas pela democracia. Os conflitos sociais associados ao processo de industrialização das sociedades modernas impulsionaram o Estado a intervir e a instituir certas garantias na medida em que se ampliou o reconhecimento da incapacidade da esfera econômica para suprir, via mercado, um conjunto de necessidades consideradas socialmente relevantes. Por sua vez, a construção de sistemas estatais de proteção social é impulsionada por uma ampliação da demanda por igualdade e autonomia entre os indivíduos no contexto de organização política das sociedades modernas, seja para enfrentar problemas advindos da ampliação da participação, seja para dar retorno à questão da baixa participação política e fraca institucionalização democrática.

Pelas características de concentração e distribuição do excedente que o Estado assume, esse movimento das classes sociais — o conflito — inclina-se a se transfigurar em demandas por recursos que o Estado possa dispor, porque assim como o Estado capitalista, por um lado,

exclui as classes dominadas, por outro, deve ser capaz de responder a uma parte de suas demandas. Enfim, se o Estado “[...] exclui as chamadas classes dominadas, tem, em certa medida, que incluir alguns de seus interesses” (KOWARICK, 1985, p. 2).

Portanto, o Estado assume a função de distribuição, o que significa extrair as sobras do excedente econômico, objetivando repartir sobejos na razão direta em que possa controlar e desmobilizar a população que se enquadra nos bolsões de pobreza. De outro modo, o papel de redistribuir representaria “[...] reduzir o espectro da desigualdade social, equalizando oportunidades” (DEMO, 1995, p. 60). Nessa lógica, ainda, não se pode entender o acesso das demandas ao Estado nem só pela capacidade de organização dos trabalhadores, nem apenas pelas exigências da acumulação. Dessa forma, as demandas sociais realizam-se no âmbito da estruturação política, ou seja, nas disputas das classes sociais.

A política social no contexto atual do capitalismo brasileiro não está, em relação a suas definições e rumos, imune a “[...] influências internacionalmente hegemônicas, que, embora se processem de forma diferenciada, não estão desconectadas.” Portanto, isso quer dizer que as mudanças observadas no que se refere aos fundamentos e práticas “[...] não ocorrem de forma isolada, unilateral e autônoma” (PEREIRA, 2012, p. 729). Ao fim e ao cabo, referem-se à parte do movimento mundial de reestruturação capitalista, com início na década de 70 do século passado, sustentada na crença do referencial teórico neoliberal, influenciando a economia brasileira que também passou a privilegiar o mercado como o lócus referencial para o bem-estar dos indivíduos.

Ao refletir-se sobre a política social no Brasil, assim como nos demais países da América Latina, é necessário considerar-se que o que condiciona a oferta de benefícios e serviços é a ausência de mecanismos efetivos de controle social, terminando por subordinar-se a uma lógica perversa e sem critérios de transferência de recursos públicos ao setor privado (SOARES, 2012). Isso se traduz, por exemplo, em uma frágil ou quase nula estrutura de controle e avaliação, no caso da Política da Saúde, o que não garante a transparência necessária, inviabilizando que o controle social tenha as informações mais importantes. Isso impacta de forma essencial em resultados oferecidos à população, que não tem garantido o acesso aos serviços, e, se pensar na acessibilidade, não se poderá avaliar os resultados em termos de qualidade desse acesso.

A partir do período de redemocratização do País, o foco principal da política social migrou ostensivamente das necessidades humanas para as necessidades do capital (GOUGH,

2003). Isso significa que se voltou prioritariamente para satisfazer as necessidades de lucro do capital como condição universal e necessária para a sobrevivência do capitalismo. Nesse contexto, a incorporação das demandas das classes subalternas configura-se no acesso aos direitos de cidadania (MENDONÇA, 2008), reivindicados através da organização coletiva dos trabalhadores e materializados por meio de políticas sociais.

Se, por um lado, as políticas sociais e os programas delas provindos podem representar respostas a um processo de lutas das classes trabalhadoras na busca por conquistar seus direitos de cidadania, por outro, “[...] tais programas — ao serem institucionalizados e administrados pelo Estado — são burocratizados, esvaziados de seus componentes políticos, de modo a diluir o conteúdo de classe das lutas reivindicatórias [...]” (IAMAMOTO, 1992, p. 106). A construção de uma consciência de classe deve se dar pelas práticas democráticas como um processo construído pelos sujeitos políticos e não como massa de manobra, contrariamente à vanguarda do partido que desejava excluir as massas do processo de decisão da política (BRAVO et. al., 2018).

As políticas sociais são visadas por ataques e transformações que as convencionam para as determinações mercantis do capital. O capitalismo na contemporaneidade caracteriza-se pela centralidade e pela dominação do capital financeiro.

Como o capital portador de juros demanda da economia mais do que ela pode dar, a sua incidência sobre as economias dependentes é potencializada sobre todas as possibilidades possíveis de extração de valor presente e futuro, inclusive a criação de novos produtos sobre benefícios da seguridade social (SALVADOR, 2010, p.60)

A reforma do Estado, que também pode ser compreendida como contrarreforma, é outra estratégia, partindo-se do princípio de que o Estado se afastou de suas funções básicas ao expandir sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. Reafirma o diagnóstico de que há o esgotamento da estratégia estatizante e, portanto, deve ocorrer mudanças no estilo de administração pública burocrática a favor da adoção de um modelo gerencial que tenha como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado passaria a ter o papel apenas de promotor e regulador no mercado (PEREIRA, 1996).

Há uma tendência a se afirmar uma disputa entre projetos políticos antagônicos na sociedade capitalista e na realidade brasileira. A prática, a partir da influência de Gramsci, é compreendida como filosofia da práxis, como contradição historicamente determinada. A

dimensão política, que se diferencia de uma lógica partidarizada, faz com que o enfoque político, pedagógico, educativo e ideológico de Gramsci ganhe força na construção do Serviço Social crítico. Além disso, a dimensão ético-política revela a importância de se fortalecerem interesses públicos coletivos e universais em detrimento de interesses individuais, o que reforça o projeto profissional crítico do Serviço Social no século XXI (NEVES, 2017, p.35).

O Estado representa, assim, “[...] todo o complexo de atividades práticas e teóricas com o qual a classe dirigente não só justifica e mantém o seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados” (GRAMSCI, 2000b, p. 331), incorporando-os à esfera estatal e suprimindo suas tentativas de autonomia (SIMIONATTO, COSTA, 2014, p. 74). Nesse jogo político em disputa, o governo de Michel Temer (2016/2018) tem se caracterizado por uma “[...] restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores” (BRAVO et.al., 2018, p. 12).

A Nova Direita é “uma poderosa – às vezes até mesmo estridente – crítica com uma firme base ideológica” (GEORGE, WILDING, 1994, p.15, tradução nossa). Essa crítica ao Estado de Bem-Estar e ao tipo de proteção social difundida a partir dele sedimenta-se, ainda, em pelo menos seis postulados essenciais que, na visão dos simpatizantes dessa corrente, caracterizam a instituição protetiva e seus defensores. Tais postulados tratam da impossibilidade de criação de um Estado de Bem-Estar completo e abrangente, da visão equivocada sobre a natureza humana e a ordem social, das ideias erradas sobre o próprio modelo desse Estado, da ameaça que esse Estado representa para a liberdade, da ineficiência e ineficácia desse tipo de criação; e, por último, dos seus estilos econômicos, social e politicamente prejudiciais (GEORGE; WILDING, 1994).

Em que pese a universalização do acesso conquistado pelas políticas sociais, ainda um conjunto amplo de dificuldades configura-se em torno delas. Nessa perspectiva, a focalização sistemática foi implementada mediante uma reestruturação instrumental de eficácia positiva para os objetivos do governo em detrimento do caráter universal. A “racionalização dos gastos” supõe melhor alocação dos recursos no ataque às expressões mais aparentes da barbárie social, porém fracassam na superação destas, funcionando mais como “um paliativo” que despolitiza, mantêm a desmobilização, estigmatiza e culpabiliza a pobreza, além de, muitas vezes, serem “mais dispendiosas do que as políticas sociais” (PEREIRA; STEIN, 2010, p. 117).

Entretanto é necessário reconhecer-se a existência de princípios diferenciados, mas que podem ser contraditórios em determinadas áreas, particularmente no que diz respeito à Seguridade Social. Ela reafirma o caráter contributivo da Previdência Social, mas concorda com uma intervenção diferenciada em relação aos trabalhadores rurais. Embora afirme a universalidade da Assistência Social devendo a ser oferecida a quem dela necessitar, todavia define os grupos identificados por vulnerabilidades tradicionais, como é o caso de crianças, idosos ou portadores de deficiência, o que se traduz na focalização dentro do sistema universal (CARDOSO, JACCOUD, 2005).

Contudo tem-se buscado atender a universalidade, porém apenas na Política de Saúde tem se avançado. Ainda assim, a garantia é parcial, posto que nem todos os brasileiros têm acesso e atenção integral, não sendo garantida a proteção a todos os cidadãos (CARDOSO, JACCOUD, 2005).

A estratégia utilizada pela Nova Direita repudia e desacredita a ideia de universalidade, mesmo que, em regra, não se posicione de forma radicalmente adversa à proteção social (PEREIRA, 2013). A convicção da impossibilidade de edificação de um Estado de Bem-Estar que seja abrangente, completo e universal é sustentada em três argumentos essenciais. Primeiramente, por defender que a busca pela universalidade da proteção social ignora a natureza da ordem espontânea que hipoteticamente rege todas as coisas. Depois, pela essência da crítica à proteção social pública universal, na equivocada certeza de que a cobertura protetiva universal pode ser alcançada por meio de planejamento racional. E, por último, pela crença em uma classificação natural como produto da atividade humana, mas isolada do escopo da decisão humana (GEORGE; WILDING, 1994).

Em momentos importantes de crise financeira, agudiza ainda mais a relação entre Política de Saúde, assim como as demais políticas sociais, e a economia, já naturalmente tensionada, visto que o governo entende tais políticas como área de gasto e não exatamente de produção. Nesses momentos de crise, a área econômica governamental impõe limites ou cortes mais severos aos gastos sociais, inclusive na saúde, sob o argumento da preservação do equilíbrio financeiro. Essa estratégia não deixa de estar atrelada ao modelo de proteção social preconizado no País, com recorte conservador em sua essência. Na sequência, estuda-se a relação Estado e Política de Saúde.

2.2.1 O Estado e a Política de Saúde

Considerar a Política de Saúde uma política social, pressupõe concordar-se com a assertiva de que a saúde é um direito inerente à condição de cidadania, logo, torna os cidadãos legítimos usuários do sistema de proteção social. A política social apresenta uma dinâmica multifacetada, o que significa que compreende um conjunto de ações no sentido de distribuir recursos, caracterizando-se como ação de proteção social (FLEURY, OUYERNEY, 2012).

As narrativas em torno das ideias principais para a Política de Saúde, portanto, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização, a regionalização e a hierarquização do sistema, a participação popular, o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública também se traduziram nas ideias do movimento sanitário. Não se trata aqui de apenas garantir um sistema mais efetivo e eficiente, mas claramente, de construir valores fundamentais para a sociedade. Essa perspectiva evidencia-se nos valores e nas propostas políticas que orientaram o movimento sanitário (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

O movimento sanitário, ou o movimento da democratização da saúde enquanto um movimento da Reforma Sanitária, significou um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomaram a saúde como referência fundamental, atravessando as conjunturas (PAIM, 2008). Ele envolveu um importante número de profissionais e também várias categorias profissionais da área da saúde, mas os médicos tiveram um papel fundamental.

Em meados da década de 1970, surgiu um movimento que postulava a democratização da saúde e que ficou conhecido como “movimento sanitário”. Dele partiu a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), entretanto ela não se resume ao movimento sanitário. A ideia da Reforma Sanitária apareceu como resposta à crise da saúde durante a ditadura brasileira e como referência cultural resultante da leitura de experiências de outros países, a exemplo da Itália (BERLINGUER et al., 1988). Como movimento de ideias, portanto um movimento ideológico, transformando-se em movimento social (GOHN, 2004), poderia certamente sustentar uma proposta, um projeto e um processo (PAIM, 2008), que, ao pretender incidir sobre as relações de poder, se transformaria num movimento político. “Para além das relações sociais de produção, cabe considerar as relações sociais políticas e as relações sociais ideológicas que vão constituindo sujeitos individuais e coletivos” (PAIM, 2008, p. 628), nessa perspectiva o movimento e a Reforma apresentam uma contribuição determinante para o momento político vivido na época.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pretendida deve ser compreendida enquanto um movimento político-ideológico e um fenômeno social, também histórico e que se constituiu como uma reforma social (ESCOREL, 1988). Embora sabendo que a proposta pretendia como práxis a reforma geral, ao mesmo tempo reconhecia que apresentaria como desfecho uma reforma parcial – setorial e institucional.

O ano de 1984³⁰ foi decisivo para que se avançasse e conquistasse a democracia no Brasil em 1985. Essa conquista possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que se configurou como um divisor de águas para a saúde (PAIM, 2007). Na Conferência é ratificado a saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como recomendando a organização de um sistema único de saúde, democrático, descentralizado, com atribuições específicas pelas três esferas interfederativas, garantindo a participação social na formulação, assim como, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde.

A partir dessa Conferência a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização de saúde que naquela época cunhou-se de Reforma Sanitária (PAIM, 1987, p. 235). Entende-se que os atrelamentos entre o Estado e a política de saúde não ocorrem em uma configuração linear, automática, e não constituem vínculos de tipo causal. Ao mesmo tempo, compõem relações complexas de natureza política, socioeconômica e histórica.

Em suma, a gênese da relação Estado/saúde na era moderna é a expressão da regulação estatal da saúde para a nova ordem social e econômica emergente – a ordem burguesa – e centrada na reprodução da força de trabalho. No entanto, tal regulação expressa as contradições e conflitos entre o global (todo) e o setorial (parte) (ELIAS, 2004, p. 42).

No capitalismo avançado, novas necessidades são satisfeitas e criadas por meio da transformação de diferentes acontecimentos em mercadorias, tal como a saúde. A saúde transformada em mercadoria “[...] pressupõe a organização da produção das mesmas dentro da racionalidade do capital. Assim, certas trocas mediadas pelo dinheiro, que não se convertiam em capital no processo de reprodução, passam a ser absorvidas” (AROUCA, 1975, p.166).

³⁰ Esse período viveu-se um grande movimento no País pelas “diretas já” (1984), que foi responsável pelo avanço de algumas questões sobre as eleições democráticas no país, uma vez que reivindicava a realização de eleições diretas para eleger o presidente do Brasil.

Submeter o cuidado médico à categoria de mercadorias exige o controle e a racionalização do trabalho envolvido nesta produção específica.³¹

A política de saúde³², como as demais políticas sociais, está sujeita a múltiplos determinantes, frequentemente contraditórios. Esta política abarca aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, o que significa ser extremamente complexo isolar a participação de cada um desses elementos em momentos determinados (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

As estratégias praticadas pelos Estados nacionais e também acompanhadas pelo Brasil a partir da segunda metade da década de 1990 traduziram-se em uma contrarreforma³³ não viabilizando os avanços necessários para concluir e regulamentar as Leis estruturantes do SUS (BRAVO et al., 2015). Esse movimento representou a diminuição do público e ampliação dos interesses privados, repercutindo na abrangência e na forma do conjunto das políticas públicas e, também, portanto do sistema de proteção social.

“A partir dos anos 2000, ressaltam-se algumas experiências organizativas nos campos sindical e dos movimentos sociais, nos quais é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada apenas pelo refluxo, mas também pela resistência a processos de cooptação e conformismo” (BRAVO et. al, 2015, p. 399)

Nessa perspectiva, dois projetos estão em disputa, por um lado o da Reforma Sanitária e gravado na Constituição Federal de 1988 e, por outro, o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999). Nessa lógica, como bem demonstram as três últimas décadas, muitas são as agendas em aberto.

Entre essas agendas do Sistema Único de Saúde, constatam-se que: a equidade ainda não foi alcançada, demonstrado pelo acesso e acessibilidade precários; um sistema com fluxos,

³¹ Para tanto, é imperativo transformar este trabalhador independente em trabalhador em geral, que produza ou transfira mais-valia.

³² Nesta tese o conceito de política que será adotado é o de *public policy*, que apresenta uma dimensão e relação com orientações para a decisão e ação e que trata do conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, do processo de construção e atuação dessas decisões. Dessa forma, uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, o seu tratamento ou a sua resolução, mas o escopo do problema deve ser coletivamente relevante” (SECCHI, 2010).

³³ De acordo com orientações do Banco Mundial e baseado no diagnóstico da necessidade de um Estado Mínimo, com a redução de suas funções, inclusive na área social, repassando ao mercado a responsabilidade de execução.

que não tem garantido a universalidade e a integralidade do cuidado, da recuperação e da reabilitação em tempo oportuno; a fragilidade do controle social, quanto a representatividade da sociedade civil organizada, do funcionamento dos conselhos e da articulação com os movimentos sociais. Aqui são citados apenas alguns temas e que não se esgotam nesse escopo, mas demonstram a necessidade ainda de avanços para a concretização dos princípios da Reforma Sanitária, portanto, muitos são os desafios.

Esse conjunto de normas compõe os princípios básicos que devem conduzir as ações e os serviços públicos de saúde para oferecerem “[...] ao direito à saúde as grandes bases de sua proteção” (AITH, 2017, p. 61). E, na atualidade, “[...] compete ao Estado garantir a saúde do cidadão e da coletividade mediante políticas sociais e econômicas que evitem o risco da doença e garantam o acesso às ações e serviços públicos de saúde” (SANTOS, 2012, p.58).

A política de saúde apresenta uma dinâmica própria complexa e de extrema importância no desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro, tendo em vista que, a partir dessa lógica, que o sistema adquire forma concreta e age diretamente sobre a realidade social. Essa política social encontra-se na interface entre Estado, sociedade e mercado (FLEURY, OUVÉRY, 2012).

Para tanto, isso requer mudança das “[...] práticas políticas e correntes, vigentes nas três esferas de governo, de partidização da máquina pública e apropriação das políticas sociais pelos governantes em prol da lógica de sua reprodução política” (ELIAS, 2004, p.41). Precisa-se reconhecer que o Estado moderno é portador sim de limites reais, não devendo ter fins próprios, mas assegurar os fins necessários à sociedade.

O movimento de “[...] obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988” do Estado brasileiro era fortemente difundido sob o pretexto de que a crise econômica e social vivida pelo País e se centrava na ineficiência orçamentária e administrativa dos setores públicos (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, P. 147). Para tanto, apresentou-se como opção a privatização do setor público e a transferência das responsabilidades constitucionais outorgada ao Estado para a sociedade civil, em um processo de desmonte dos direitos da Seguridade Social.

Em momentos importantes de crise financeira, agudiza-se ainda mais a relação entre a política de saúde, assim como as demais políticas sociais, e a economia, já naturalmente tensionada, visto que o governo as entende como área de gasto e não exatamente de produção. Na crise, a área econômica governamental impõe limites ou cortes mais severos aos gastos

sociais, inclusive na saúde, sob o argumento da preservação do equilíbrio financeiro. Essa estratégia não deixa de estar atrelada ao modelo de proteção social com recorte conservador em sua essência. Essa lógica será mais detalhada no capítulo que tratará do financiamento à saúde.

A política social, ao ter garantidos direitos e deveres, foi responsável não só pelo aumento do gasto público na área social, mas também pela complexificação da relação entre Estado e sociedade (PEREIRA; STEIN, 2010). Por isso, as políticas sociais assumiram conotação histórica, institucional e normativa, diferentemente do ocorrido em períodos anteriores. A universalidade enquanto princípio talvez seja o que melhor caracteriza essa relação no sentido de buscar a materialização desses direitos, particularmente na saúde.

No Brasil, antes de se consolidar um modelo institucional capaz de assegurar, de fato, um padrão de proteção social universal, fortaleceram-se estratégias focalistas e discriminatórias de atenção social orientadas por organismos multilaterais [...] (PEREIRA, STEIN, 2010, p. 70).

Dentre os organismos multilaterais que fortaleceram as estratégias focalistas estão o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Portanto, a despeito disso, surge o discurso da focalização como estratégia por ser mais racional do que a universalidade. Em contraponto, o SUS define a universalidade e a integralidade como princípios que devem ser garantidos pelo sistema. Nessa perspectiva, o papel do Estado é retomado, e as ideias cunhadas no ideário neoliberal e de padrão do Estado mínimo são assumidas.

A discussão atual é sobre as dificuldades em manter o princípio da universalidade no SUS, pois ele impõe um gasto público além dos patamares possíveis, que se associa à crise financeira já existente internacionalmente, mas sentida no Brasil com mais força a partir de 2015, com sério impacto na capacidade do gasto. Esse movimento, ainda acompanhado de uma grave crise institucional e política no País, parece terreno propício para introduzir mudanças nos direitos já assegurados. Quando o Estado não intervém, ou seja, está a reboque dos acontecimentos, nasce a corrente ideológica ditatorial de direita, com seu fortalecimento pelo Executivo (COUTINHO, 2011).

Os direitos conquistados na política de saúde precisam ser melhor materializados sob a perspectiva de acesso, acessibilidade e de sua ampliação, portanto, aumentando o gasto e qualificando-o para que se possa pensar em uma política de saúde que atenda com qualidade aos brasileiros. Isso significa o desprezo por “[...] políticas públicas compensatórias focalizadas

para grupos mais vulneráveis e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social” (BRAVO et. al., 2018, p.10).

À exemplo de vários países cuja estrutura jurídica do direito à saúde adota um modelo universalista, também no Brasil os resultados nem sempre corresponderam às expectativas. O SUS, ao longo de sua história,

[...] é vítima do subfinanciamento crônico, da falta de investimentos adequados, da difícil repartição das competências entre as instâncias federal, estaduais e municipais, de um modelo assistencial anacrônico e, em alguns casos, da organização deficiente, o que resulta na sua incapacidade em oferecer aos cidadãos brasileiros um elenco de ações e serviços de saúde eficiente, completo e oportuno (BARROS, 2015, p. 5).

A Constituição privilegia, dentre as normas jurídicas específicas de reconhecimento e proteção do direito à saúde, as consignadas nos artigos 194 e 195 - que versam sobre a seguridade social - e, em particular, os artigos 196 a 200 - que tratam da saúde e que oferecem a base jurídico-constitucional da proteção do direito à saúde no País. Mesmo assim, ainda se precisa garantir muito do conjunto de seus preceitos constitucionais previstos (AITH, 2017).

Como demonstra-se a partir das informações contidas no Quadro 01, a seguir, dois são os projetos que convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999).

Quadro 1 - Projetos em disputa na área da saúde

ESPECIFICAÇÕES	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
Base	Estado democrático de direito	Estado mínimo
Premissas	Saúde: direito social e dever do Estado	Parcerias e Privatizações
Temas	Ampliação das conquistas sociais Democratização do acesso Déficit social Financiamento efetivo	Crise financeira Dicotomia entre universalização e focalização Diminuição dos gastos sociais Déficit público
Estratégias de ação	Descentralização com controle social	Refilantropização

FONTE: BRAVO, Maria Inês Souza, BOSCHETTI, I Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, 2009.

Os projetos em disputa apresentados no Quadro 01 até o presente permanecem sob tensão, pois a Reforma Sanitária tinha também um projeto democrático de sociedade. Desde seu movimento inicial os profissionais da saúde envolvidos também lutavam por uma sociedade

mais justa, livre, democrática, com forte participação dos cidadãos. De outro lado, como demonstram as informações do referido Quadro o tensionamento ainda se faz presente com todas as variáveis estruturantes desse projeto privatista. Portanto, de uma crise financeira e um déficit público, com cortes importantes em políticas e programas de cunho social, que muitas vezes tem se traduzido em adotar a focalização mesmo com a universalidade como princípio, o que é um vigoroso contrassenso. As múltiplas parcerias, por vezes escamoteando as dificuldades de gestão direta e de uma descentralização disfarçada que se traduz por privatizações, neste caso, a devolução das questões sociais ao mercado para que este dê conta com respostas para aquilo que ele mesmo acaba criando, caracterizando esse projeto em disputa como o do Estado mínimo.

A incapacidade de oferecer aos cidadãos esse elenco de ações e serviços de saúde, ainda é ampliada, considerando-se o teor da crise na atualidade. Essa crise, compreendida como orgânica, apresenta diferentes dimensões, sugerindo um cenário complexo, com impacto negativo para a garantia dos direitos mínimos e os avanços necessários para a política de saúde. Por essa razão, passa-se a contextualizá-la.

2.3 O CENÁRIO DE CRISE

No curso do século XX, estabeleceu-se uma relação mais próxima entre Estado e sociedade e entre políticas públicas e direitos de cidadania³⁴ como produto de movimentos democráticos e com uma maior intervenção do Estado, desempenhando um papel regulador na economia e na sociedade³⁵. Nesse período, apoiado pelas ideias e recomendações de Keynes, o Estado apresentou um papel regulador entendendo que era necessário intervir na economia para assegurar a flutuação dos níveis das atividades econômicas, de consumo e de emprego. Esse fato traz reflexos firmados em compromissos com o pleno emprego, com o ingresso e/ou ampliação de diferentes serviços. A bem da verdade no Brasil desde a Era Vargas mantem-se a política econômica baseada na matriz com meta de crescimento da produção industrial e da

³⁴ Como é o caso da Constituição Federal, da Reforma Sanitária e do marco legal da política de saúde.

³⁵ A sua primeira forma, final do século XVIII e depois nos séculos XIX e XX, é também conhecida como nacional-desenvolvimentismo ou neomercantilismo. Na América Latina o nacional-desenvolvimentismo foi executado a partir dos anos de 1930. No Brasil, vem sendo aplicado, portanto, desde 1930, tanto por regimes autoritários quanto democráticos. Então, passou pelo Estado novo, milagre econômico, governo de Juscelino Kubitschek, governo Fernando Henrique Cardoso e nos governos do partido dos trabalhadores.

infraestrutura, com participação ativa do estado, como base da economia e o consequente aumento do consumo.

As transformações operadas no capitalismo mundial, particularmente a partir de 1970, refletem-se na gravidade da desigualdade estrutural. O pensamento dominante no capitalismo moderno – a ideologia neoliberal – cumpre a função social de defesa das transformações operadas na vida social pela ofensiva do capital. A sociedade burguesa, constituída na propriedade privada dos meios de produção, é justamente o que oferece acostamento para a reprodução de um paradigma instituído na posse privada de tudo. O processo de mundialização do capital

[...] e a implantação das políticas neoliberais – em todas as suas consequências – implicaram o empobrecimento e a desmobilização política dos trabalhadores: contribuíram para a crise dos partidos e das entidades de classe dos trabalhadores, e, com o fim das experiências socialistas, para que a apologética capitalista propagasse o seu triunfo, anunciando o ‘fim da história’ (BARROCO, 2011, p. 207).

Aloja-se no sistema capitalista e em sua economia mundial algo muito além de uma crise econômica, uma crise de paradigma, tratando-se, portanto, de uma crise orgânica³⁶. Para Gramsci, esta última, ocorre no momento em que as “contradições inconciliáveis na estrutura” – derivadas do desalinhamento entre o avanço revolucionário das forças produtivas e a conservação de antigas relações sociais de produção – não são mais contidas dentro dos limites impostos pela superestrutura. Rompem-se, assim, os laços entre estrutura e superestrutura, e o bloco histórico ameaça desagregar-se completamente, abrindo um período histórico de convulsões políticas, econômicas e sociais (GRAMSCI, 2002).

O conceito de crise orgânica em Gramsci deve ser apreendido a partir de uma perspectiva de totalidade, pois engloba uma dupla dimensão: a econômica e a política. Para ele, as crises econômicas, a despeito do novo aparato institucional e ideológico do Estado ampliado, não podem ser eliminadas do modo de produção capitalista, já que decorrem das contradições inerentes desse sistema social e por originarem mudanças revolucionárias.³⁷ Entretanto, elas

³⁶As reflexões teórico-metodológicas de Gramsci relativas às crises estão presentes no Caderno 13 (1932-1934), com destaque para as notas §17, §23 e §24. Gramsci anota que uma crise deve ser analisada não apenas como fenômeno imediato e conjuntural, mas como um movimento orgânico, considerado na multiplicidade dos seus componentes e nas suas dimensões globais (GRAMSCI, 2000).

³⁷ Gramsci desenvolve uma nova visão sobre os efeitos das crises econômicas sobre o proletariado e a possibilidade das revoluções em períodos de turbulência do capitalismo. Aponta para a existência de questões econômicas para desencadear crises orgânicas, mas não as vê como determinantes. Assim, atribui à economia “[...] um peso secundário, que não é capaz, numa sociedade ocidental, de romper mecanicamente o equilíbrio social existente e levar à revolução socialista. Isto só pode ocorrer mediante a presença de sujeitos históricos conscientes de suas concepções de mundo e organizações coletivas para a revolução.” (CASTELO, 2011, p. 7)

“[...] podem apenas criar um terreno mais favorável à difusão de determinados modos de pensar, de pôr e de resolver as questões que envolvem todo o curso subsequente da vida estatal” (GRAMSCI, 2002, p. 44)

Assim, a questão econômica pode ser mais ou menos decisiva dependendo da correlação de forças de cada momento histórico. “A questão particular do mal-estar ou do bem-estar econômicos como causa de novas realidades históricas é um aspecto parcial da questão das relações de força em seus vários graus” (GRAMSCI, 2002, p. 45).

Esses momentos de transformação social resultam de três tipos fundamentais de situações históricas: processo regressivo ou crise aguda, processo progressista ou de prosperidade e estagnação das forças produtivas (CASTELO, 2011). O aparecimento dessa janela histórica provocada pela crise orgânica é uma das importantes oportunidades que os movimentos sociais e políticos antissistêmicos têm para acumular força e contestar o sistema vigente, abrindo efetivo espaço para a revolução social. Entretanto, é interessante lembrar-se que tal conjuntura também cria espaço para os movimentos reacionários das classes dominantes, muitas vezes operados por meio de golpes e ditaduras (GRAMSCI, 2002). Assim, é fundamental observar-se que, “[...] quando se verificam estas crises, a situação imediata torna-se delicada e perigosa, pois abre-se o campo às soluções de força, à atividade de potências ocultas representadas pelos homens providenciais ou carismáticos” (GRAMSCI, 2002, p. 60).

Um segundo aspecto não menos importante da crise orgânica é o seu viés político, que, conforme Gramsci, é a propriedade basilar da crise em uma sociedade ocidental. Ela manifesta-se no plano superestrutural (ideológico-político) como uma “crise de autoridade”, ou como uma “crise de hegemonia”, explicada por Gramsci na nota § 23 do Caderno 13 e expressa a seguir.

O processo é diferente em cada país, embora o conteúdo seja o mesmo. E o conteúdo é a crise de hegemonia da classe dirigente, que ocorre ou porque a classe dirigente fracassou em algum grande empreendimento político para o qual pediu ou impôs pela força o consenso das grandes massas (como a guerra), ou porque amplas massas (sobretudo de camponeses e de pequenos burgueses intelectuais) passaram subitamente da passividade política para uma certa atividade e apresentam reivindicações que, em seu conjunto desorganizado, constituem uma revolução. Fala-se de ‘crise de autoridade’: e isso é precisamente a crise de hegemonia, ou crise do Estado em seu conjunto (GRAMSCI, 2002, p. 60).

Pode-se, a partir do pensamento de Gramsci, explicar que a crise, embora resultante do modo de produção e de troca, “[...] reflete profundamente a esfera política, uma vez que circunstâncias imediatas produzidas por situações econômicas expressam conjunturas políticas estratégicas. Daí que, no centro de suas reflexões, economia e política estabelecem um vínculo profundo” (GOMES; ROJAS, 2017, p.19).

Assim, a crise é abalizada pela “[...] perda dos referenciais erigidos sob o paradigma do *fordismo*, do keynesianismo, do Welfare State e das grandes estruturas sindicais e partidárias [...]” (MOTA, 2015, p. 3). Em relação à crise de 2008³⁸, também com a mesma extensão, e considerando-se a tese de Gramsci sobre crise, constata-se que não se trata de uma simples crise cíclica do capitalismo, está-se “[...] senão frente a uma crise geral do capitalismo” (GOMES; ROJAS, 2017).

Então, ao pensar-se a crise no Brasil, a realidade convoca que se analise a trama de aspectos interligados - políticos, econômicos, financeiros, sociais - como uma crise orgânica em movimento, considerando-se a variedade dos seus enredos, bem como as suas dimensões. Nessa perspectiva, entende-se a crise iniciada como orgânica, pois suas dimensões se alastram interna, externa e horizontalmente.

Essa crise que começou em meados do século passado e as mudanças do capitalismo na sua sequência, particularmente em relação ao peso do capital financeiro, abrem espaço para reflexões em relação ao predomínio do denominado capital fictício, que se movimenta entre inúmeros mercados financeiros, sem um real lastro no cenário produtivo (CHESNAIS, 1996).

Ainda, o Brasil, diversamente em relação a outros países latinos, “[...] não seguiu o caminho de ajuste a partir da crise do petróleo de 1974, optando por uma estratégia de crescimento com endividamento (UGÁ, 1989, p. 315). Essa opção acabou por se refletir na crise de 1979-84, pois, “[...] frente à escassez de capital no mercado internacional e às decorrentes elevações das taxas de juros e, por outro lado, em face do acúmulo de déficits na balança comercial, aquela política mostrou-se inviável” (UGÁ, 1989, p. 316).

Em conjunturas de crise econômica, diante de um quadro recessivo e somado à política de contenção do déficit público, o gasto social sofre impacto negativo, como o que se observa no cenário brasileiro. Expressam-se as contradições entre a imperativa ação do Estado e quanto ao padrão de produção e circulação como uma exigência do sistema mundializado. Em consequência, têm-se, a partir disso, diferentes formas de encaminhamento das políticas econômicas, realizando reajustes e reordenamentos internos e externos sempre que as

³⁸A partir do ano de 2008 o cenário econômico mundial passou a viver uma crise como não se observava desde a Grande Depressão de 1929, quando o capitalismo viveu sua pior crise econômica. Diferente das anteriores essa se tratou de uma **crise financeira**, dessa forma, representou um colapso no sistema global de especulação econômica para a obtenção de lucros. Essa crise de 2008 teve o seu ápice com o estouro da chamada “**bolha imobiliária**” nos Estados Unidos.

exigências do capital se fazem necessárias e com diferentes respostas às refrações da questão social impostas por uma dimensão de uma crise orgânica. Sob essa perspectiva, os fatos políticos e seus desdobramentos que nos últimos anos se evidenciaram no Brasil não podem ser abordados sem se considerarem a “[...] reestruturação do capital instaurada com a crise registrada em 2008 nos países centrais, a retração econômica da China, a falência dos projetos social-democráticos e o desgaste dos governos progressistas na América Latina” (SEMERARO, 2016, p.1). Entretanto, o cenário das últimas duas décadas tem apresentado para o País epílogos políticos abissais.

Entre 2005 e 2006, eclodiu uma onda de corrupção política no País, o “mensalão”³⁹, tendo como protagonistas alguns integrantes do alto escalão dos Poderes Executivo e Legislativo, envolvendo vários partidos políticos mediante compra de votos de parlamentares no Congresso Nacional do Brasil. No ano de 2007, o Supremo Tribunal Federal (STF), tribunal máximo do País, iniciou o julgamento dos 40 nomes denunciados pelo Procurador Geral da República em crimes como formação de quadrilha, peculato, lavagem de dinheiro, corrupção ativa, gestão fraudulenta e evasão de divisas. O STF recebeu praticamente todas as denúncias feitas contra cada um dos acusados, o que os fez passar da condição de denunciados à condição de réus no processo criminal, devendo defender-se das acusações que lhes foram imputadas perante a Justiça e, posteriormente, devendo ser julgados pelo STF.

Em junho de 2013, os entes federados brasileiros enfrentaram uma das maiores manifestações populares⁴⁰ da história do Brasil, depois de “Diretas Já” e do *Impeachment* do Presidente Collor. A eleição para presidente da República ocorreu em 2014 tendo como pano de fundo esses acontecimentos. Venceu a Presidente Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores, no segundo turno, com 51,64% dos votos válidos contra 48,36% do segundo colocado, fazendo com que esta tenha sido até então a eleição mais acirrada no Brasil desde a redemocratização.

³⁹O neologismo mensalão, popularizado pelo então deputado federal Roberto Jefferson, em entrevista que deu ressonância nacional ao escândalo, é uma variante da palavra mensalidade, usada para se referir a uma mesada paga a deputados para votarem a favor de projetos de interesse do Poder Executivo. Embora o termo já fosse conhecido por outras razões, segundo o deputado, já era comum nos bastidores da política, entre os parlamentares, para designar essa prática ilegal.

⁴⁰Motivados inicialmente pelo aumento do preço das passagens do transporte coletivo nas capitais, os manifestantes posteriormente voltaram sua pauta de reivindicações para outros temas após o cancelamento do aumento dos preços das passagens em várias cidades. Os protestos reuniram mais de um milhão de pessoas simultaneamente nas ruas de 80 cidades e se transformaram nas maiores manifestações de rua do país em mais de duas décadas.

No final de 2014, o país viu-se imerso numa crise aberta. De fundamento aparentemente econômico, de início, rapidamente se configurou em crise política[...]" (MARQUES, ANDRADE, 2016). O acontecimento mais significativo e talvez o que tenha impactado o País foi o *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff, com início em dezembro de 2015 e concluído em 2016. O processo caracterizou-se por polêmicas e divergências de opiniões no Parlamento e na sociedade⁴¹, o que o diferencia do ocorrido com Fernando Collor, em 1992. Paralelamente a esse fato, surgiu já ocorre uma investigação que concorreu para a instabilidade. A “Operação Lava Jato”⁴² da Polícia Federal tratava de um esquema bilionário de propinas, de lavagem e desvio de dinheiro envolvendo a Petrobras, grandes empreiteiras e políticos. Portanto, a eleição foi marcada por uma volubilidade devido às manifestações de 2013 e às crises política e econômica que já afetavam o País. A crise econômica brasileira ganhou os contornos de crise social.

A recessão econômica, agravada por uma política de austeridade, produziu milhões de desempregados. Conforme dados do segundo trimestre de 2018 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, o total de trabalhadores desempregados, desalentados (isto é, que já deixaram até de procurar emprego) e subocupados (trabalham menos de 40 horas por semana e gostariam de trabalhar mais) já alcança 27,7 milhões de pessoas, o que corresponde a 24,7% da força de trabalho (IBGE, 2018). Isso vem refletindo-se na queda da renda dos trabalhadores, e o desemprego comprime o orçamento familiar de modo sensível.

A crise, antes de ser política, ética ou econômica, é social, ou seja, é uma desorganização intensa nos fluxos interativos da convivência social, uma agitação que atrapalha as opções de novos caminhos. A crise só se faz sentir na vida e na convivência social porque é uma alteração da confiança ampliada socialmente. Nessa esteira, no Brasil, observa-se o aumento do uso de álcool e outras drogas, de suicídios, violência e da criminalidade, complexificando ainda mais as questões sociais.

As soluções para a crise social mais profunda – com todas as suas consequências éticas, político-institucionais e econômicas – não virão de novos arranjos políticos de ocasião, mas passam necessariamente por uma eleição que coloque a política como fulcro das soluções. As

⁴¹Parte importante dos brasileiros entendeu o processo como golpe político, contando com forte resistência dos movimentos sociais e de organizações sindicais, portanto, o governante que assume é considerado como ilegítimo.

⁴² A Operação Lava Jato é o nome dado para a investigação da Polícia Federal do Brasil iniciada em 17 de março de 2014 para apurar um esquema de lavagem de dinheiro suspeito de movimentar mais de 20 bilhões de reais.

grandes inflexões estruturais na história brasileira foram provocadas por decisões tomadas em momentos de grande crise e desafio nacional e até mesmo internacional (FIORI, 2015).

O Brasil vive em 2018, um cenário de disputas políticas polarizadas⁴³ sem precedentes, com um governo sem legitimidade e que tem encaminhado uma série de políticas com a desregulamentação de direitos. As mudanças nas relações de trabalho e a contrarreforma da Previdência, aguardando para ser votada, marcham em direção a um modelo social privado, sinalizando grandes dificuldades para a manutenção dos direitos sociais consagrados na Constituição. Isso posto, é importante considerar-se o potencial em gestação nas crises e nas diversas insurgências no País e no mundo, essencial para se compreender melhor o que vem acontecendo na atualidade. Portanto, as crises e seus impactos são recorrentes para as políticas sociais e, em particular, para a política de saúde.

O caráter da crise é capturado de maneira distinta, e as respostas não são parecidas. Duas são as principais correntes de interpretação possíveis de se identificarem na atualidade. Uma que percebe a crise como decorrente de uma profunda reestruturação produtiva, com implicações sobre a vida dos trabalhadores e quanto à forma de atuação do Estado. O afastamento do Estado da economia e de outros tantos aspectos da vida cotidiana seria por conta de uma ideologia de recorte neoliberal. A outra, diferentemente da anterior, vê a crise, como cíclica, periódica ou conjuntural (MÉSZÁROS, 2006).

Entretanto, essa crise que se descreve é orgânica, ou seja, basilar, porque afeta o ajuste político na sua totalidade, mas apresenta também variáveis essenciais. Ela manifesta-se, inclusive, na política como um de seus períodos complementares e é, sim, estrutural do sistema capitalista, pois “[...] é uma crise estrutural universal” (MÉSZÁROS, 2006, p. 79). Inicialmente, ela afeta o capital de forma universal, não apenas a órbita produtiva. De outro lado, sua abrangência é global, pois atinge todos os países. E, ainda, quanto à temporalidade, é contínua, não se caracterizando como conjuntural. Alcança um complexo social em sua totalidade e penetra todos os espaços, com consequentes refrações da questão social, tais como a pobreza, as consequências do desemprego, a fragmentação familiar pelo abandono e/ou uso e abuso de álcool e outras drogas.

⁴³Foi em situações de alta polarização e incerteza social que surgiram forças políticas obscurantistas e fundamentalistas, sempre com apoio da elite financeira.

A ofensiva ideológica para afiançar a reprodução dessa realidade passa pela reforma do Estado e pela redefinição de estratégias que devem ser estruturantes de uma nova cultura e sociabilidade, fundamentais à constituição de uma reforma intelectual e moral⁴⁴.

[...] conduzida pelo grande capital para estabelecer novos pactos e parâmetros para o atendimento das necessidades sociais – sem romper com a lógica da acumulação e do lucro. Essa reforma busca transformar o cidadão sujeito de direitos num consumidor; os trabalhadores em empreendedores e os desempregados em utentes da assistência social (MOTA, 2012, p. 4).

A Saúde pública e as mudanças para um SUS de qualidade estiveram relacionadas a ampliação da estratégia de saúde da família, do programa Bolsa Família, a da cobertura dos agentes de saúde, permitindo maior cobertura de vacinação das crianças e de consultas de pré-natal, os recursos para a atenção básica cresceram 222%, em termos reais. Os investimentos para construção, ampliação e reformas nas Unidades Básicas de Saúde foram significativos. Um dos programas de maior impacto foi o Mais Médicos⁴⁵.

Nessa perspectiva, ao desenhar-se um cenário de crise na atualidade, remete-se à importância de também se compreender a complexidade do Sistema Único de Saúde. O SUS enquanto modelo da política pública, definida como a política de Estado para essa área, apresenta diferentes dimensões que precisam ser discutidas. Suas dimensões técnica, política e econômica, assim como a dinâmica das macrofunções dos sistemas de serviços de saúde levam às variáveis e nós críticos que o sistema apresenta. As dimensões continentais do País, suas diferenças em relação ao perfil epidemiológico, a morbimortalidade e as diretrizes e princípios do SUS apontam a importância de se compreenderem as peculiaridades e os dilemas dessa política pública. Dessa forma, apresentam-se os componentes estruturantes, operativos e os fluxos do SUS, assim como as relações necessárias para, no capítulo da análise dos resultados, se estabelecerem os nexos necessários.

⁴⁴ Entendida aqui a partir das contribuições de Gramsci.

⁴⁵ O Mais Médicos é um programa de provimento de médicos para as áreas mais vulneráveis no País e que não tinham equipe de saúde da família. Em 2016, o programa tinha 18.240 médicos, atuando em 4.058 municípios, atendendo a quase totalidade dos entes federados municipais, com uma importante expansão desde sua criação.

3 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: SEUS ASPECTOS ORGANIZATIVOS E OPERATIVOS, DILEMAS E CONTRADIÇÕES

O Sistema Único de Saúde no Brasil é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo e constitui-se pelo ordenamento orgânico, em uma rede única regionalizada e hierarquizada de ações e serviços coordenados por três grandes diretrizes: a descentralização, com comando único por esfera de governo; a integralidade da atenção, com ajustamento da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do conjunto de necessidades de saúde da população; a participação popular, com garantia de controle dos usuários sobre o conjunto das ações e dos serviços de saúde no País. É orientado ainda, pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, entendida como a garantia de atenção à saúde, em todos os níveis, a todo e qualquer cidadão; equidade, que significa assegurar ações e serviços em todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, desde a lógica de Redes de Atenção à Saúde; e integralidade que considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

A complexidade imposta para a manutenção desse sistema de saúde com o alcance, as diversificações e as peculiaridades constitucionais como o SUS determina a existência de regramentos que propiciem um funcionamento mais orgânico para atender o preconizado na Carta Magna (CM). Tal complexidade, neste capítulo, será abordada sob a perspectiva de três grandes dimensões: técnica, política e econômica (TOBAR, 1998). A dimensão técnica relaciona-se com o modelo assistencial, traduzindo-se no conjunto de recursos e serviços que são organizados para atender as necessidades da população; a dimensão política trata do modelo de gestão e contempla as questões administrativas desse escopo; por fim, a econômica, é relativa ao modelo de financiamento e ao funcionamento do Fundo Público de Saúde.

Essa abordagem demonstrará os princípios organizativos, operacionais⁴⁶ e os fluxos⁴⁷, o que deve possibilitar a apresentação, de forma não exaustiva, também dos seus principais dilemas e contradições contemporâneas. Outros aspectos serão discutidos, dentre eles a

⁴⁶ A implantação do SUS tem sido orientada por instrumentos chamados de normas operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais.

⁴⁷ Numa rede, o espaço dos fluxos é composto por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede, que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede, que são os nós da rede (CASTELLS, 2000, p. 437-438).

dinâmica das macrofunções: regulação, financiamento e prestação de serviços dos sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2002). O capítulo trata ainda da legislação complementar ao marco regulatório do SUS, por isso estruturante, a qual exhibe implicações diretas para as dimensões em estudo.

3.1 LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS

Os quase 30 anos desde a criação do sistema de saúde no Brasil não foram suficientes para garantir a implementação de todos os princípios constitucionais preconizados para a política de saúde. Nesta última década, foram introduzidas mudanças importantes em relação às diretrizes, regulamentações, execução financeira e orçamentária, traduzindo-se parte delas em um realinhamento do modelo para atingir tais princípios e algumas atenderam aos interesses de diferentes grupos. A seguir, sintetizam-se as principais mudanças ocorridas, na primeira década deste século, da Legislação Complementar ao Marco Legal do SUS (Quadro 02).

Quadro 2 - Legislação Complementar ao Marco Legal do SUS, 2010 – 2017

ANO	LEIS, DECRETOS E PORTARIAS
2010	- Portaria n. 4.279 , de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2011	- Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 , que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. - Portaria n. 2.488 , de 21 de outubro de 2011, que cria a Política Nacional de Atenção Básica.
2012	- Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro, de 2012 , elaborada com o intuito de regulamentar a Emenda Constitucional 29, publicada em 13 de janeiro de 2012 e que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo, além de revogar os dispositivos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.689/93.
2017	- Portaria n. 2.436 , de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

FONTE: BRASIL, Legislação Social. CONASS, 2003.

A nova diretriz, publicada em 2010, através da Portaria n. 4.279, define que a organização do SUS ocorra pela Rede de Assistência à Saúde (RAS). Isso altera a conformação

do Sistema, exigindo uma nova dinâmica permanente e, ao mesmo tempo, implicando que os trabalhadores tenham um novo papel, o de articuladores dessa rede. Para tanto, tal mudança prevê um papel importantíssimo para a APS como o centro de comunicação da rede, devendo contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da APS. Contudo deve considerar a prevalência de problemas de saúde de pessoas que vivem em um determinado território, realizando a gestão das filas de espera garantindo um planejamento ascendente nessa área. Esse arranjo como forma de funcionamento dos serviços de saúde atende o que preconiza a Política Nacional e a Constituição Federal, com diretrizes explícitas nessa direção, tais como a hierarquização, a regionalização, o planejamento ascendente e a integralidade da atenção.

Essa estratégia RAS é antagônica às práticas cristalizadas e aos interesses sedimentados que caracterizam historicamente a organização dos serviços de saúde na sociedade brasileira, ou seja, a oferta pelos interesses do mercado. Dessa forma, a conformação de rede como resposta provoca uma inversão do modelo⁴⁸, o que significa que as necessidades da população é que devem demandar serviços, assim a lógica que deve ser reconstruída é a da organização do sistema a partir da demanda e, por conta disso, entendida como “usuário centrada

Sob esse enfoque, o tensionamento da gestão com o mercado é sempre presente, implicando a existência de estratégias de monitoramento e avaliação do sistema. Essa inversão trata da organização de um movimento contra-hegemônico no sentido de romper com aquela forma de organização dos serviços e do modelo biomédico instituído e praticado no País até 1988⁴⁹, o qual polarizava o curativo e o preventivo, o individual e o coletivo, com práticas assistenciais intensamente centradas em hospitais e na clínica como forma de compreender a doença, por isso, denominado modelo hospitalocêntrico. Esse tipo de clínica influenciado pela Escola norte-americana via modelo flexneriano, “[...] fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, [teve] profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo, na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde” (SCHERER, M. D. A. et. al., 2005, p. 54)⁵⁰. Isso implica que, para efetivamente se alterarem

⁴⁸Os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (ELIAS, 2004).

⁴⁹Amparado na Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que tratava da organização do sistema de saúde.

⁵⁰O uso do termo flexneriano origina-se de análises sobre o processo de trabalho em saúde. Há estudos que buscam entender a organização do trabalho em saúde a partir de um referencial de análises sociológicas, observando as similitudes e as diferenças entre o trabalho típico de produção artesanal e a divisão do trabalho do modo capitalista de produção.

as formas de organização dos serviços necessário, será preciso mudar a lógica da formação do profissional médico, no entanto esse movimento deverá ocorrer na formação de todos os trabalhadores da área da saúde, constituindo-se num processo contra-hegemônico.

A RAS não é uma proposta técnica nova, pois já era conhecida desde 1920, com a publicação do Informe Dawson, que criou o modelo por solicitação do governo inglês e como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial⁵¹ (Informe Dawson, 1964). No Brasil, esse movimento para repensar o modelo a partir de experiências internacionais, só ocorreu tardiamente, e colocado em prática nas primeiras décadas deste século. Portanto, o modelo criado por Dawson guarda relação com o preconizado na proposta brasileira de redes.

Outras experiências nessa mesma direção foram registradas na última década do século passado, nos Estados Unidos, que recuperaram a definição clássica de sistemas integrados de saúde e definiram uma configuração para a estrutura da rede (SHORTELL et. al., 1995a; SHORTELL et. al., 1995; TODD, 1996; YOUNG E MCCARTHY, 1999). Assim, o Brasil, assumiu a necessidade de reorganizar o Sistema de Saúde para garantir a sua implementação, sustentabilidade e evitar a fragmentação⁵², priorizando a APS como porta de entrada preferencial do sistema (primeiro acesso) e o centro de comunicação com os demais níveis e tecnologias disponíveis.

A regulamentação do SUS, através do Decreto n. 7.508, só ocorreu 28 anos após a promulgação da Lei nº 8080, que criou o SUS, o que demonstra claramente a correlação de forças e disputas no cenário de conquistas avançadas na Constituição. Embora tais conquistas tenham sido concebidas no texto constitucional, não se materializaram, pois, a ideologia presente na condução do País as negava por princípio. O decreto ratifica a lógica das redes complementando o modelo, com foco também na organização dos espaços de gestão interfederativa e de governança no Sistema.

As portarias da última década, uma que criou e a outra que alterou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), confirmaram as redes de atenção e o município como o executor

⁵¹Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

⁵² “Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se desorganizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros e, que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população, garantindo os princípios do SUS” (BRASIL, 2015a, p.23).

da APS, garantindo a descentralização do sistema e das ações, conforme prevê o Decreto nº 200, de 1967. Reafirmam a APS, de forma clara, como a responsável pelo cuidado e ordenadora da rede, com papel importante, senão fundamental, nessa organização, suas operações e nos fluxos.

No que diz respeito à mudança da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, embora tenha provocado muita polêmica, pois o debate com a sociedade não foi suficiente e muito menos com o Conselho Nacional de Saúde, em que pese o Ministério da Saúde ter feito uma consulta pública, mas que também foi criticada por ter sido rápida, os resultados eram os esperados pelas discussões travadas durante meses com os estados sobre os eixos das mudanças a serem consolidadas. As mudanças mais significativas que ocorreram foram:

- a inclusão do Agente de Combate a Endemias (ACE), qualificando o trabalho de vigilância na AB;
- a definição de composição de uma equipe mínima e de carga horária para a Atenção Básica, o que não é de todo ruim, pois deve ser garantido um atendimento ampliado em relação ao atual;
- a determinação de carga horária de 40h para todos os profissionais da ESF, fez com que perdesse a disputa pelo fracionamento da carga horária, bem como os cirurgiões dentistas que pleiteavam a mesma configuração de carga horária dos médicos da Portaria anterior;
- a determinação de que o número de ACS e ACE, por equipe, deverá ser definido de acordo com a base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos) em nível local. Esse ponto trata da principal mudança da nova portaria, pois possibilita ao gestor municipal a definição quantitativa, demonstrando que o tensionamento feito pelos gestores surtiu efeito, mesmo com todo o movimento dos profissionais e de suas entidades representativas;
- a qualificação na descrição das ações em saúde a serem desenvolvidas por todos os profissionais da Atenção Básica, ressaltando a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos locais de regulação, e segurança do paciente, propondo medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos.

Nesse sentido, ressaltam-se os aspectos organizativos, operativos e os fluxos mais importantes do SUS extraídos dessa legislação e que imputam complexidade ao sistema e a importância fundamental a quem conduz esse processo de ter a compreensão desse escopo e de

tais princípios em movimento. Nessa lógica, apresentam-se, a seguir, os princípios organizativos, bem como os fundamentos, os atributos e os componentes da RAS.

3.2 ASPECTOS ORGANIZATIVOS, OPERACIONAIS E FLUXOS NO SUS

Entre os princípios organizativos da RAS, podem-se elencar: a economia de escala, a disponibilidade de recursos, a qualidade e o acesso da população aos serviços de saúde (ALETRAS, et. al., 1997; FERGUSON E GODART, 1997; CARR-HILL et. al., 1997; MENDES, 2011). Nessa perspectiva, eles se apresentam da forma que segue:

Na economia de escala e de escopo, os serviços que devem ser ofertados de modo disperso revelam que há recursos suficientes e que a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Um exemplo de serviços que devem ser dispersos são as unidades básicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Já aqueles que devem ser concentrados beneficiam-se da economia de escala, uma vez que os recursos são escassos e a distância tem menor impacto sobre o acesso. Esse princípio tem sido acompanhado de uma discussão quantitativa sobre os procedimentos, ou seja, os serviços devem garantir a realização de tantos procedimentos quantos forem necessários para viabilizar o financiamento. Essa lógica está sedimentada em que o serviço, ao efetuar muitos procedimentos, deve apresentar a composição de equipe necessária. Além desse aspecto, também o quantitativo pode reduzir erros no processo⁵³.

A **disponibilidade de recursos** engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. A existência de recursos é tão importante quanto sua alocação, mas a sua disponibilidade é que determinará o seu grau de concentração de maneira direta.

A **qualidade dos serviços** deve garantir que eles sejam focados nos usuários, baseados em evidências, ofertados em tempo oportuno, seguros para eles, prestados em consonância com padrões ótimos predefinidos, submetidos a medidas de *performance* nos níveis de estrutura,

⁵³Exemplo dessa lógica é a realização de partos em estruturas com até 20 leitos, chamados de Hospitais de Pequeno Porte (HPP), que demonstram que o risco de morte do recém-nascido por causas relacionadas ao parto é 10 vezes maior quando comparado partos em maiores hospitais que fazem mais de 365 partos/ano. Isso está relacionado à existência de uma equipe completa para a realização do procedimento, condições de estrutura e qualidade do processo de trabalho. Por isso o RS em 2017 avançou na regionalização do parto e nascimento, usando esse ponto de corte e dos vazios assistenciais. Com esses números o RS foi um dos poucos estados brasileiros a atingir as metas pactuadas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

processos e resultados, realizados de forma humanizada, equitativos e operados com escala adequada (INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2009).

O **acesso** deve ser estabelecido a partir de quatro requisitos: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde, a severidade percebida na condição que gera a necessidade de busca dos serviços, a efetividade esperada desses serviços e a distância dos mesmos (CARR-HILL, PLACE E POSNETT, 1997). Assim, quando há conflito entre os princípios de escala e acesso – o que é comum em regiões de baixa densidade demográfica -, deve prevalecer o acesso sobre a eficiência do sistema (BRASIL, 2015a).

O acesso⁵⁴ à saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas. O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população, por isso o conceito de acessibilidade⁵⁵ deve estar presente. Parece importante o conceito de equidade e de abordagem geográfica como construção da "base territorial".

Entre os fundamentos e atributos para a construção da RAS, ainda se encontram a região de saúde, as formas de integração e os níveis de atenção (MENDES, 2011).

A **região de saúde** é a área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS. São normalmente denominados distritos, territórios ou regiões sanitárias. Cada estado do Brasil tem um desenho diferente, mesmo que atendendo o que preconiza a mesma legislação. Essa concepção pode ser construída em nível local, mas exige que se amplie para um território maior, por exemplo, a rede materno infantil, que deve contar com vários serviços dispersos e, em alguns casos, concentrados, atendendo mais de uma região e localizando-se em uma macrorregião, como no caso de subespecialidades importantes como genética, cárdio, dentre outras. No Rio Grande do Sul foram definidas 30 regiões de saúde, mas os gestores continuaram utilizando também o desenho de sete macrorregiões de saúde já existente.

A **integração** para a construção das RAS tem como objetivo garantir um *continuum* de atenção à saúde, podendo ser classificada em: horizontal e vertical. A integração vertical

⁵⁴Então o acesso é definido como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde (MILLMAN, 1993). Trata, enfim dos recursos que facilitam ou atrapalham, enquanto barreiras os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento (DONABEDIAN, 1973).

⁵⁵ A acessibilidade envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para obter os serviços (DONABEDIAN, 1973). Ainda, pode ser analisada quanto a disponibilidade, comodidade e aceitabilidade (SHIMAZAKI, 2009).

refere-se à articulação e à coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciada (primária, secundária ou terciária), objetivando agregar valor aos serviços. A integração horizontal diz respeito à junção de unidades e serviços de saúde de uma mesma natureza, no intuito de agregar serviços em uma mesma cadeia produtiva para obter ganhos de escala por meio de fusão ou aliança estratégica.

A organização do sistema de saúde por níveis de atenção exige que a distribuição dos serviços assistenciais seja feita com base em uma escala. Conforme essa escala, deve se repetir também entre os grupos de serviços de nível terciário em relação ao secundário (MENDES,2011). No Brasil, o SUS está organizado por níveis de atenção, portanto, a sua descentralização e capilaridade são responsáveis por promover um atendimento mais próximo à população, uma vez que cada um desses níveis corresponde a um determinado conjunto de serviços assistenciais disponibilizados aos usuários, sendo alguns de maior ou menor complexidade. Tais categorias, determinadas pela OMS, buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos.

No nível primário de atenção, também denominado de Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde⁵⁶, nesta tese será utilizado APS para referir a esse nível de atenção. E é nele que estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. É desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, conforme previsto na PNAB.

As ações são organizadas pela esfera municipal e traduzem-se em um filtro capaz de organizar o fluxo de serviços nas redes de atenção à saúde desde as linhas de cuidado⁵⁷ e

⁵⁶“Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão ‘Atenção Básica’ foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de ‘Atenção Primária à Saúde’. Os autores concluem que os termos ‘Atenção Básica’, ‘Atenção Primária’ e ‘Atenção Primária à Saúde’ podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual sendo incluído na nova Política Nacional” (MELLO et. al., 2009, p.204).

⁵⁷“Linha do cuidado é a “[...] imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário no sentido de atender as suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que

diretrizes clínicas⁵⁸. Elas desempenham o papel primordial de promover políticas direcionadas tanto à prevenção de doenças como à preservação do bem-estar nas comunidades.

Deve-se entender esse nível primário de atenção como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Aqui, a tecnologia disponível não é necessariamente avançada. Os equipamentos são voltados para diagnóstico e terapêutica. Já em relação à capacitação dos profissionais de saúde, trata-se de uma formação mais ampla, com a fundamental presença de médicos de saúde da família e clínicos gerais. Em que pese o conjunto de limitações nesse nível, o percentual de resolução dos casos que chegam ao nível primário de atenção é grande.

No nível secundário, o atendimento é especializado ou de média complexidade, portanto, é onde se encontram os laboratórios, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os hospitais e outras unidades. Nesses estabelecimentos, podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas. Em termos de disponibilidade tecnológica, os equipamentos presentes no nível secundário são mais sofisticados que os do primário. A expectativa é que os casos recebidos no nível secundário, encaminhados pelo nível primário, possam ser atendidos satisfatoriamente por meio do trabalho de profissionais especializados e da utilização dos equipamentos que compõem essa etapa de atenção. Na assistência à saúde prestada aos usuários nesse nível, também estão presentes os serviços de urgência e emergência. Sua organização é feita com base nas regiões de saúde ou em macrorregiões de cada estado, devendo apresentar tanto ambulatórios como hospitais.

No nível terciário de atenção à saúde, estão os hospitais de grande porte (alta complexidade), estatais ou privados, embora aqueles que se apresentavam somente como privados, na atualidade, prestam serviços ao SUS de forma complementar. Isso ocorre porque eles recebem filantropia e, além disso, subsídios públicos para desenvolver determinados projetos⁵⁹, ou porque são comprados serviços para o sistema quando necessário. Nessas

participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social” (FRANCO e MAGALHÃES, 2003, p.50).

⁵⁸São documentos científicos que têm o objetivo de definir condutas consideradas mais adequadas para diagnóstico, tratamento e prevenção, através da integração da evidência científica com a experiência clínica, e de melhorar a qualidade dos cuidados à saúde dos pacientes. A elaboração da diretriz segue uma metodologia previamente estabelecida e orientada aos autores, compondo-se de revisão sistemática da literatura sobre o tema abordado, seleção dos artigos de interesse, análise crítica desses artigos e, finalmente, redação do texto com definição dos níveis de evidência para as recomendações feitas.

⁵⁹O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) foi desenvolvido para colaborar com o seu fortalecimento. É financiado com recursos de isenção fiscal (Contribuição para o

instituições, podem ser realizadas manobras mais invasivas, caso haja necessidade, intervindo em situações nas quais a vida do usuário do serviço está em risco. No aparelhamento dos estabelecimentos do nível terciário, estão presentes máquinas de tecnologia avançada. O objetivo nesse nível de atenção à saúde é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida sempre que preciso.

O Brasil organiza-se em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios –, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica, mas devem funcionar de forma solidária e complementar. Entretanto, são 26 estados, o Distrito Federal e 5.560 municípios e levando-se esse aspecto em consideração a complexidade ganha uma outra dimensão, pois em cada um dos sistemas podem existir diferenças muito significativas.

Por outro lado, existe a tendência de que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento direto⁶⁰ com os prestadores de serviço. No caso do Rio Grande do Sul a rede de prestadores de serviços ao SUS conforme dados do CNES na competência julho deste ano era constituída por 6.895 estabelecimentos de diferentes tipos. Segundo o tipo de gestão, 81,19 % dos estabelecimentos estão sob a gestão municipal, 11,34% sob gestão dupla e 7,4%, sob gestão estadual. Considerando-se a esfera jurídica dos estabelecimentos, 68,82% estão cadastrados como administração pública, 22,81% como entidade empresarial, 6,28% como entidade sem fins lucrativos e 2,09% como pessoa física. Até a competência de agosto de 2018, um total de 153 municípios detinha a gestão de todos os estabelecimentos de saúde localizados em seus territórios, e, dentre estes, 63 municípios possuíam estabelecimentos hospitalares. Outro grupo de 37 municípios possuía a gestão de

Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e cota patronal do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e que apoiam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira. Entre eles, o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital Samaritano, a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, e outros.

⁶⁰A Portaria de Consolidação GM/MS nº 01, de 28/09/2017, que trata das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS, no Título III, afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão de que trata a Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006 para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios. Ainda, em 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro, que altera mais uma vez a forma de financiamento e para dispor sobre a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

todos os estabelecimentos ambulatoriais. Um terceiro grupo de 115 municípios tinha a gestão de um ou mais prestadores ambulatoriais (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O presente estudo focará a análise no nível de atenção primário pela importância que ele reserva à organização ou à reorganização do sistema de saúde e por corresponder sua responsabilidade de execução ao município. O nível secundário, que trata da média complexidade, é de responsabilidade do município e do estado, e o terciário que é relativo à alta complexidade, é de responsabilidade do estado e da União de formas complementares. Entretanto, como os entes interfederativos têm responsabilidades solidárias e é necessário a delimitação das mesmas, cada vez mais de forma clara. Os princípios e atributos apresentados oferecem um caráter intrincado para o SUS, o que determina que suas dimensões técnica, política e econômica tenham que estar claras o suficiente para a sua melhor condução. Por isso, a seguir, detalha-se cada uma delas.

3.3 A DIMENSÃO TÉCNICA

Essa dimensão relaciona-se com o modelo assistencial, que é como todos os recursos são organizados no território para atender a população. Trata, portanto, a forma de organização das relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários), que são mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) adotadas no processo de trabalho em saúde, com o propósito de intervir sobre problemas (danos e riscos), assim como em necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 1998).

O modelo de atenção à saúde que se está tentando implementar no Brasil abarca componentes de diferentes modelos, quando propõe ações e intervenções de promoção, proteção, recuperação e reabilitação para indivíduos e suas famílias, resguardando o âmbito da comunidade. Isso ocorre transversalmente através de diferentes serviços assistenciais, como, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, mas também sob a ótica da vigilância em saúde, que abrange a ambiental, a epidemiológica e a sanitária (PAIM, 1999).

Outro modelo que também influenciou a organização da saúde no Brasil, concebido na década de 1970 do século passado e conhecido como campo da saúde, orientou a reformulação de políticas de saúde no Canadá. Ele considera quatro pólos: ambiente, biologia humana, estilo de vida e sistema de organização dos serviços. Dessa forma, o perfil epidemiológico poderia ser melhor explicado pelos determinantes ambientais e estilo de vida do que propriamente pelas intervenções no sistema de saúde (LALONDE, 1974). Tal modelo

foi referendado pela primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, a qual teve como marco a Carta de Ottawa, enfatizando os determinantes da saúde. Nesse sentido, as combinações tecnológicas a serem acionadas estariam relacionadas mais com esses determinantes (TEIXEIRA, 2002). Além disso, deverá considerar a organização do sistema de saúde em redes.

As redes, portanto, não são apenas um arranjo poliárquico⁶¹ entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011). E é preciso que se tenha um amplo conhecimento das necessidades da população para determinar o perfil de demanda das redes de atenção à saúde, invertendo-se a lógica da oferta (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2011). Por isso, o Plano de Saúde, enquanto um dos instrumentos de gestão é importante, pois deve partir do diagnóstico da população para a definição de ações e serviços necessários na Rede de Atenção à Saúde, constituindo-se no marco de seu planejamento.

A organização do SUS está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços e de gestão). São eles que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o art. 198 da CF. A Constituição, ao definir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, por consequência, definiu o modelo de atenção à saúde e também a sua forma organizativa (SANTOS, 2011). Para tanto, a epidemiologia⁶², enquanto uma das ciências da saúde, ao ser aportada, garante o conhecimento das condições ambientais e gerais em que vive a população, bem como instrumentaliza a definição das necessidades de saúde e os serviços de saúde a serem oferecidos.

Para dar conta desse nexo, a APS deve ser qualificada e, sendo assim, nas Redes de Atenção à Saúde devem ser considerados sete atributos e três funções. Os atributos são: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Em relação às funções,

⁶¹As redes poliárquicas de atenção à saúde, “[...] mesmo respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem as relações verticalizadas, conformando-se em redes policêntricas horizontais” (MENDES, 2011, p.178).

⁶²A epidemiologia trata do estudo da morte e de doenças que ocorrem em determinada população, em determinado lugar. Ela define o perfil demográfico e o perfil de morbimortalidade em relação aos agravos, às doenças agudas e crônicas; as doenças evitáveis e àquelas tratáveis precocemente.

trata-se de resolubilidade, comunicação e responsabilização. Só se consegue uma APS de qualidade quando todos os atributos e funções são atendidos.

Na década de 1990 do século passado, o Brasil lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) como era definido em seu início, o que significou uma síntese do que o País já tinha de conhecimento em termos de modelos e também de experiências externas, principalmente com foco nos modelos canadense, cubano e inglês. Em 1991, o Ministério da Saúde, a partir de experiências experimentadas no Nordeste, expandiu-o para todo o País, incluindo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MENDES, 2012). Ambos permanecem até o momento como modelo que deve ser, preferencialmente, usado para a organização desse nível de atenção. Em relação ao Programa de Agentes Comunitários e as mudanças ao longo da história eles foram incorporados na concepção da Estratégia de Saúde da Família.

A opção do Governo Federal, ao institucionalizar o PSF como a política nacional de APS, foi adotá-lo como uma estratégia de organização do SUS, sendo denominado posteriormente de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O desenho da ESF, no caso brasileiro, é o mais adequado, porque, além de se adequar aos princípios do SUS, garantindo os seus atributos e funções, institui como foco a saúde da família.

A proposta de reorganização do sistema, no caso brasileiro, contempla a APS como eixo fundante, e a estratégia de saúde da família como modelo⁶³. Por isso, entende-se oportuno identificar as evidências de sua utilização na literatura internacional. A robusta revisão da literatura existente, produzida em distintos países, com estudos sob diferentes perspectivas relacionados à APS demonstra resultados positivos. Um dos estudos clássicos que associou a APS, em 11 países desenvolvidos, com resultados sanitários constatou que os países com baixo escore para a APS obtinham resultados sanitários piores, particularmente em relação aos indicadores de saúde da criança (STARFIELD, 199). Outro resultado importante desse estudo e que também alimentou a orientação para a definição de incentivo do cofinanciamento estadual no RS⁶⁴ foi que as maiores taxas de médicos de família por população estavam associadas a melhores resultados sanitários, particularmente em relação às populações mais pobres.

⁶³ Importante que se registre o reconhecimento da estratégia de saúde da família no SUS como caso de sucesso na ampliação do acesso, destacado na plenária da Conferência Global sobre APS, realizada em Astana, Cazaquistão, em outubro do corrente ano.

⁶⁴ Resolução n. 503/2013 CIB/RS.

Investigações realizadas por simpatizantes do modelo Medical Home concluiu que os sistemas de saúde balizados na APS estavam vinculados à maior qualidade da atenção e a menores custos, principalmente quando a APS estava baseada em evidências (GRUMBACH et. al., 1999). O atendimento da população, quando feito por um sistema com forte orientação para a APS, apresentou uma maior probabilidade de oferecer os cuidados apropriados e melhorou a adesão aos tratamentos (MENDES, 2015).

Outra evidência encontrada foi a partir da revisão sistemática feita pela HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS, 2004. A conclusão desse trabalho revelou uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde. Outra característica identificada foi sob o ponto de vista da efetividade e da eficiência, demonstrando a superioridade dos sistemas com APS forte.⁶⁵

Um outro estudo encontrado sobre revisão é o de 107 trabalhos feito pela HEALTH EVIDENCE NETWORK, 2004. Em seus resultados, as evidências mostraram que os sistemas baseados numa APS forte estavam associados a melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares⁶⁶, muito comuns no território relativo à amostra escolhida para análise nesta tese.

Também estudos sobre hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostraram que os sistemas baseados na APS permitiram reduzir internações. Na região das Américas, a experiência da Costa Rica mostrou que as reformas baseadas na APS melhoraram os resultados sanitários e a equidade, reduzindo a mortalidade infantil e a mortalidade de adultos. No Relatório Mundial de 2008⁶⁷ o documento apresenta estudos sobre os princípios e atributos da APS. Pesquisas realizadas demonstram, por exemplo, que, para cada 10% de aumento na cobertura populacional da ESF, havia uma redução média de 4,5% na taxa de mortalidade infantil (MACINKO et. al., 2006; 2007).

Uma das revisões demonstrou que países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) que apresentaram uma APS forte reduziram os anos

⁶⁵HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. European primary care. The Hague: Minister of Health, Welfare and Sports. Publication n. 2004/20E, 2004.

⁶⁶ Esses óbitos estão entre as três principais causas de óbito no estado.

⁶⁷ O relatório enfatiza a necessidade de implementação da APS pelos Governos.

potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma frágil APS (MACINKO et. al., 2003).

Mesmo existindo vários estudos e evidências robustas sobre a importância da APS e de seu papel na estruturação de sistemas de saúde e a de relação significativa entre uma forte APS e melhores níveis de saúde, sua valorização política, econômica e social ainda é baixa no Brasil e em muitos lugares do mundo (MENDES, 2012).

Esses resultados estão fundamentados no fato de que a APS cuida das condições de saúde mais frequentes no território, o que não significa que elas sejam simples. Isso é determinante para que ela se concretize como estratégia de reordenamento do sistema de saúde. Ela deve dar conta da quase-totalidade dos problemas mais frequentes para os cuidados primários.

Acredita-se que uma equipe de APS bem estruturada resolva entre 80% e 95% dos problemas de saúde de sua população, pois cerca de 50% dos diagnósticos mais comuns respondem por mais da metade da demanda das unidades básicas de saúde (SAMPAIO, 2004). Dados brasileiros têm demonstrado que uma APS organizada pode resolver de 87,5% a 91% dos problemas, esse resultado demonstra a potência de uma APS resolutiva. Dessa forma, a APS representa um nível de atenção custo/efetivo, pois pode atender quase toda a demanda que chega (BRASIL, 2011; MENDES, 2015).

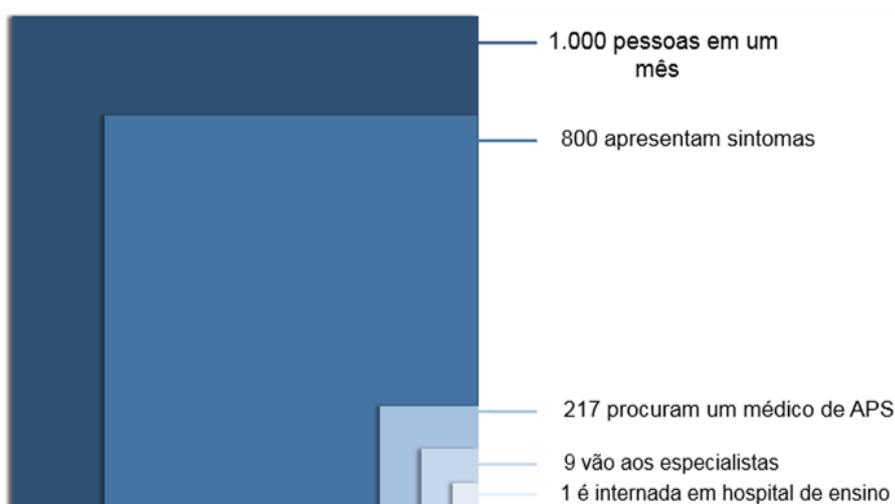
Estudos internacionais demonstraram a natureza complexa da demanda na APS (STARFIELD, 2002). Também pesquisas brasileiras recentes (GUSSO, 2009; LANDSBERG et. al., 2012; TAKEDA, 2013) permitiram compreender-se melhor a composição da demanda na APS do SUS (MENDES, 2015).

A maior demanda na APS trata de eventos agudos, que se traduzem em demanda espontânea, mas também de condições crônicas, que são aquelas relativas à demanda programada e, em alguns momentos, com cuidados preventivos (MENDES, 2015). É importante destacar-se “[...] a prevalência de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, depressão dentre outras, pois estas são responsáveis por 60% do ônus decorrente das doenças no mundo” (PIMENTEL et. al., 2011, p. 176). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que a APS deve estar preparada para atender de forma adequada os casos de HIV/AIDS, diabetes, depressão, e outros, objetivando controlar as doenças ou os agravos de maior relevância.

Para tanto, o interesse no conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes é crescente, no sentido de adequar as práticas de saúde. Reconhecer a demanda ambulatorial na rede pública é uma tarefa para a avaliação e alocação de serviços, bem como para a orientação da gerência, programação e planejamento em saúde (PIMENTEL et. al., 2011). Assim, os gestores devem ter o aporte de conhecimento para adequar o planejamento às necessidades de saúde.

O modelo de ecologia dos sistemas de saúde mostra como as ações de planejamento, educação e pesquisa podem ser orientadas para responder às demandas da população, segundo estudo realizado em 1961 por White et. al. e depois replicado em 2001. Esse estudo tem sido utilizado até hoje como subsídio avaliar a demanda por consultas e para o planejamento como um todo. A lógica do modelo é apresentada na Figura 1.

Figura 1 - A ecologia dos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Green LA et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl. J. Med.*, 344: 2021-2025, 2001

O trabalho resumido na Figura 1 assinala que de cada 1.000 pessoas, em um mês, 800 apresentam sintomas. Destas 800, 327 consideram procurar cuidados médicos, e 217 chegam a um consultório médico. Das 800 pessoas, 21 chegam a um ambulatório hospitalar, 13 a um serviço de urgência e emergência, 14 recebem atenção domiciliar, oito são hospitalizadas e uma interna-se num hospital de ensino (GREEN ET. AL., 2001). Esse estudo mostra que, de cada 1.000 pessoas, 217 devem procurar a APS (MENDES, 2015). Dados considerados para melhor organizar o planejamento das ações em saúde no território.

A seguir apresenta-se o Quadro 03, aproximando-se demanda e oferta e possibilitando considerar as dificuldades de respostas do sistema de saúde brasileiro.

Quadro 3 - O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
Por condições agudas	Consultas médicas
Por condições crônicas agudizadas	Consultas de enfermagem
Por condições gerais e inespecíficas	Trabalhos em grupo
Por condições crônicas não agudizadas	Vacinação
Por enfermidades	Rastreamento de câncer de colo de útero
Por pessoas hiperutilizadoras	Visitas domiciliares
Por demandas administrativas	Dispensação de medicamentos
Por atenção preventiva por atenção domiciliar	Solicitação, coleta e/ou realização de exames
Por autocuidado apoiado	Fornecimento de atestados médicos

FONTE: Mendes, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: BRASIL, 2015.

A perspectiva apresentada sugere as dificuldades da APS em responder às demandas da população e reforça a importância de se observar o postulado de coerência⁶⁸ no planejamento (TESTA, 1992). Ao se analisarem as informações do Quadro 03 constata-se, que a APS tem uma demanda ampla e uma capacidade de resposta mais limitada, indicando um descompasso. Apresenta mais condições de solucionar demandas por condições agudas e/ou condições crônicas agudizadas, entretanto, ela não deve, pelas características do quadro, ser capaz de atender às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras e por autocuidado apoiado⁶⁹. Pode, de forma parcial, apresentar solução por atenção preventiva, por demandas administrativas e por atenção domiciliar.

⁶⁸O postulado de coerência é tirado da proposta apresentada ao XII Congresso Interamericano de Planejamento, La planificación posible em La prospectiva sociopolítica de América Latina, por Jorge Giordani, Carlos Matus, Mario Testa e Lourdes Yero.

⁶⁹ O autocuidado apoiado consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde. As ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras caracterizam o **autocuidado**. Já as intervenções da equipe de saúde para auxiliar as pessoas a qualificarem este processo caracterizam o **apoio ao autocuidado** (Cavalcanti, Oliveira, Manual de Autocuidado Apoiado, 2012).

Essa constatação mostra a importância de se pensar e estruturar um modelo de atenção que dê conta das necessidades da população. Então, procura-se, no próximo item, introduzir o modelo de atenção que se busca implementar no Brasil.

3.3.1 O Modelo de Atenção às condições crônicas na Estratégia de Saúde da Família

Em primeiro lugar, o Ministério da Saúde prioriza desde meados dos anos 90 do século passado a Estratégia de Saúde da Família como modelo de organização para a APS e de reorientação do modelo assistencial, por sua vez afirma que deve ser escolhido preferencialmente. Ele é coerente com os princípios do SUS e a lógica preconizada para o cuidado e a atenção à saúde da população. Para tanto, o Modelo de Cuidado das Condições Crônicas (MCCC) na APS aponta o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família como um dos desafios atuais da APS frente ao cenário de transição epidemiológica e demográfica.

A partir da literatura internacional foi construído o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), com base no padrão Chronic Care Model (CCM)⁷⁰, mas com adaptações necessárias ao SUS (Mendes, 2011). Ele foi desenvolvido objetivando responder às situações de saúde, com mudanças de transição demográfica e perfil epidemiológico das populações e de alta prevalência de condições crônicas em relação ao perfil dos sistemas de saúde existentes para enfrentar essas mudanças (Figura 2).

Esse modelo incorpora outras propostas e precisa ser lido em três colunas. Na da esquerda, sob a perspectiva do Modelo de Pirâmide de Risco (MPR), a população total é estratificada em subpopulações de riscos. Nessa lógica, uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: de 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condições simples, com autocuidado apoiado; de 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas com condição complexa relativamente à gestão da condição de saúde; e 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa, exigindo a gestão de caso como intervenção.

⁷⁰Esse modelo foi desenvolvido pela equipe do Mac Coll Institute for Health Care Innovation, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas.

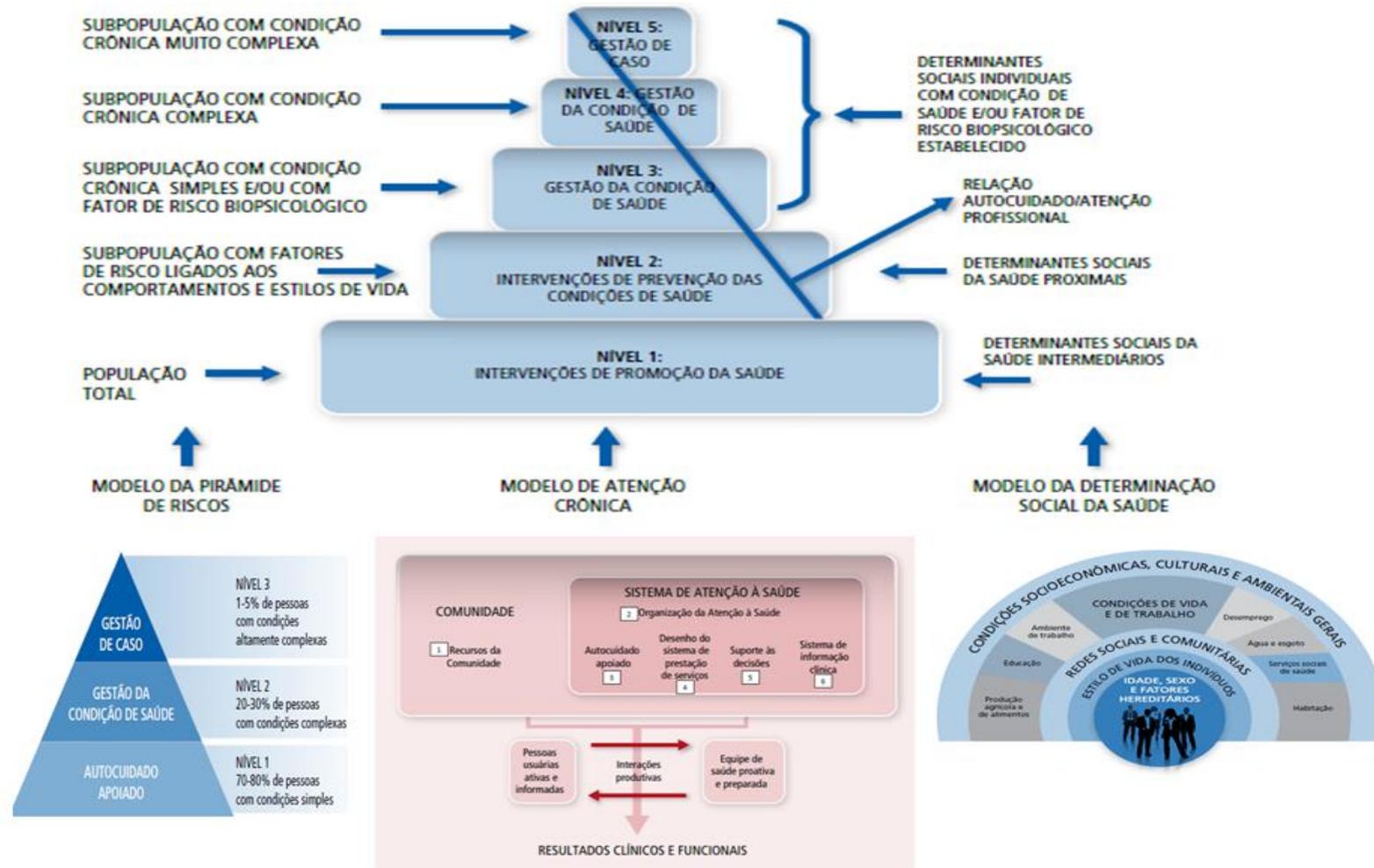
Na coluna da direita, o modelo que vai influenciar é o de determinação social da saúde de DAHLGREN E WHITEHEAD (1991), contemplando seus diferentes níveis: intermediários, proximais e individuais. O modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em camadas concêntricas diversas, segundo seu nível de abrangência, a partir de uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. Esse modelo explora as interações, como estilos de vida individuais que estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais relacionam-se com o ambiente mais amplo (MENDES, 2012).

A coluna do meio, segundo o CCM, está dividida em cinco níveis relativos a intervenções de saúde, observando os determinantes e a população, classificados em intervenções promocionais, preventivas e gestão da clínica. Esse modelo⁷¹ é o que se acredita que está consubstanciado e visivelmente estruturado para ser aplicado na APS, no momento, e com as características de transição demográfica e epidemiológica já descritas do caso brasileiro.

O MACC também incorpora a lógica do modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que é o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas, englobando os âmbitos macro, meso e micro nele propostos. Esses níveis interagem e influenciam de forma ativa uns aos outros. Isso significa que existe uma rede de retroalimentação em que episódios de um âmbito influenciam os demais.

⁷¹O detalhamento do modelo pode ser consultado no livro O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família (MENDES, 2012).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC



FONTE: MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

A construção desses modelos pretende dar conta da complexidade e da evolução acelerada do mundo contemporâneo. O tipo de adoecimento é diferente e exige outros cuidados. Isso impõe, para acompanhar tais transformações, a necessidade de sistemas de saúde que se adaptem ao processo. Essa adaptação é complexa, pois as dificuldades para a implementação estão diretamente relacionadas a como esses sistemas nacionais de saúde estão estruturados, levando a uma crise dos modelos quando não se observam as mudanças na sociedade. Atender o que está preconizado na proposta do modelo não é tarefa fácil, implicando na crise contemporânea dos modelos de atenção, que será objeto de estudo na sequência.

3.3.2 A crise contemporânea dos modelos de atenção

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde pode ser evidenciada nos setores público e privado de saúde e é provocada “[...]por transições demográficas, tecnológicas, epidemiológicas, nutricionais e ambientais e que alteram a situação de saúde, tanto de países ricos quanto em desenvolvimento” (BRASIL, 2014, p.8), gerando um descompasso entre as condições de saúde das populações e a capacidade de enfrentamento dessas situações pelos sistemas de saúde. Por isso, é necessário promoverem-se mudanças adequando os modelos de atenção à realidade de cada país.

Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, e as doenças reemergentes, como a dengue e febre amarela; a transição prolongada e a falta de resolução da transição em sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (MENDES, 1999, p. 52)

Os sistemas de serviços de saúde foram construídos, historicamente, para atender as condições agudas. “As transições epidemiológica e demográfica mudaram o objeto dos sistemas de serviços que passou a ser constituído, predominantemente, pelas condições crônicas” (EPPING-JORDAN, 2003, p. 33), exigindo novas tecnologias de intervenção. Por isso, “[...] vários países estão redesenhando seus modelos e inovando no que diz respeito ao gerenciamento das condições crônicas” (EPPING-JORDAN, 2003, p. 11).

No Brasil, essa realidade apresenta ainda um cenário de tripla carga de doenças, ou seja, a predominância das doenças crônicas, além da existência significativa de doenças infecciosas,

agregadas às causas externas, que estão em terceiro lugar como maior fator de morbimortalidade (MENDES, 2011). Essa crise brasileira é também produto de uma sociedade capitalista, fragmentada, onde estão presentes “[...] visceralmente relações entre determinação/condicionamento entre propósitos e o método/organização, sendo assim, qualquer possibilidade de compreensão impõe que essas relações sejam analisadas nas condições particulares de cada formação econômico-social” (GIOVANELLA, 1990, p.131).

Ao se discutir um método de planejamento, promove-se um modo geral de análise dessas relações para sociedades capitalistas e dependentes, diferenciando-as dos países capitalistas desenvolvidos. São essas necessárias relações entre propósitos, método e organização que precisam ser alinhadas (TESTA, 1992).

O momento de transição epidemiológica que expressa a carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade que vem ocorrendo no mundo desenvolvido, e mais aceleradamente nos países em desenvolvimento, indica um crescimento substancial das condições crônicas, especialmente das doenças crônicas. Transição esta que deve ser entendida como mudanças “[...] na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez [...]” (BRASIL, 2015a, p.13) e se associa a “[...] outras transformações demográficas, sociais e econômicas” (SANTOS-PRECIADO Et. al., 2003, p.145), que podem caracterizar uma população específica, mas também outras, em função do conjunto de transformações.

Isso significa que, ao se somarem as mortes causadas por HIV, doença de chagas, tuberculose e hepatites virais às doenças infecciosas e parasitárias, as condições crônicas correspondem a 48% do total (BRASIL, 2015a). Isso implica reestruturar-se o Sistema de Saúde para que possa responder a essa nova realidade, posto que “[...]os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde” (BRASIL, 2015a, p.23).

Além da descrição anterior, outras questões podem ser também mencionadas como componentes da crise do modelo de atenção, tais como: a existência de uma APS frágil que não consegue desenvolver seus atributos essenciais, os limites no direito à saúde em relação ao acesso a serviços e tecnologias da indústria médico-hospitalar e o necessário redesenho do *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro.

Portanto, é fundamental a sintonia entre essas necessidades, as condições de saúde e a forma de organização do sistema. Isso se traduz no Postulado de Coerência, que deve

fundamentar a organização dos sistemas de saúde interpretando os “[...] problemas de saúde enquanto problemas sociais e sua compreensão e análise do Poder, na sociedade e no setor” (GIOVANELLA, 1990, p. 130). O enfrentamento desses problemas deve superar limites setoriais e contemplar o contexto social analisado e interpretado em sua totalidade, rompendo com análises parciais (TESTA, 1992).

Os sistemas de saúde precisam evitar a fragmentação. Nesse sentido, o tratamento das condições crônicas requer integração para garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e os prestadores de serviços e através do tempo. Essa integração também inclui a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema incluindo iniciativas de prevenção. Serviços integrados garantem um melhor acompanhamento longitudinal, recursos racionalizados, com resultados mais adequados. O gerenciamento das condições crônicas exige mudanças no estilo de vida e no comportamento diário dos usuários, com um papel central de responsabilidade do paciente no sistema.

Um dos componentes importantes da crise contemporânea do Sistema de Saúde e que antagoniza com o Postulado de Coerência (TESTA, 1992) é a não observação da situação da tripla carga de doenças – infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; crescimento das causas externas; forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada) –, com um sistema voltado preferencialmente às condições agudas e ainda com forte foco na oferta e não nas necessidades de saúde (BRASIL, 2014).

O SUS apresenta um grau de coordenação e, assim, de integração no funcionamento da sua rede assistencial aquém do que seria necessário (CUNHA, CAMPOS, 2011). Possivelmente, algumas características da legislação, bem como o funcionamento parcial do chamado pacto federativo, colaboram fortemente para essas dificuldades e para um resultado muito heterogêneo (VASCONCELOS, 2002). Como obstáculo existe, ainda, a frágil presença dos estados na gestão da rede de serviços e programas, dificultando a conformação das redes, a regionalização e a continuidade de projetos e prioridades, “[...] que acabam excessivamente vulneráveis a sazonalidades e conveniências eleitorais” (CUNHA e CAMPOS, 2011, p.962). Para além desses grandes empecilhos,

[...] que poderiam ser chamados de estruturais, existem também problemas de ordem organizacional ou gerencial, que, embora intimamente relacionados aos primeiros, caracterizam-se por estarem na dependência - em grande medida - de atores locais, como gestores e trabalhadores (CUNHA, CAMPOS, 2011, p.962).

Os serviços públicos de saúde no Brasil também se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial, em grande parte como decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços. Dentre outros pontos que serão tratados nesta tese, existe quase um consenso nacional de que se o SUS, se continuar funcionando dessa forma fragmentada, com foco nas especialidades e na atenção secundária e terciária ampliará o subfinanciamento já existente, dificultando ainda mais sua sustentabilidade.

Diante disso, muitas das mudanças necessárias ou são tardiamente introduzidas ou são inconsistentes frente à realidade brasileira. A complexidade do sistema quanto a sua concepção, organização e operação determinam que os sujeitos sociais envolvidos tenham conhecimento do cenário e de escopo de suas abordagens, ações e impacto. Nessa lógica, a gestão do sistema é condição central, por isso, procura-se explorar esta dimensão a seguir.

3.4 DIMENSÃO POLÍTICA

Essa dimensão trata da gestão, portanto, tangencia a condução do sistema⁷², que consiste no gerenciamento cuidadoso e responsável do bem-estar da população. O modelo de gestão no SUS é compartilhado entre os três entes federativos (União, estados e municípios), a partir das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, onde foi instituído o comando único em cada esfera de governo. Com atribuições solidárias, mas também em muitos momentos concorrentes, esse modelo foi sendo construído ao longo dos anos. Para ilustrar o período anterior à sua regulamentação, apresenta-se o Quadro 04, Síntese das normas regulamentadoras e normas assistenciais, culminando com o Pacto pela Vida⁷³.

⁷²Essa categoria já foi descrita, assim como foram apresentadas as perspectivas metodológicas que foram utilizadas no capítulo introdutório da tese.

⁷³ Para a busca da legislação completar do SUS até 2003, ver publicação Legislação do SUS (CONASS, 2003).

Quadro 4 - Síntese das normas regulamentadoras do sistema de saúde no Brasil de 1993-2006

ANOS	PORTARIAS E NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
1993 NOB/93	Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993, estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, que formaliza a municipalização e cria transferência automática e regular de recursos para os municípios e habilita municípios como gestores.
1996 NOB/96	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Como instrumento de regulação do SUS, essa NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil. Avança, portanto, na descentralização e caracteriza as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos, descreve melhor a gestão.
2001 NOAS/01	Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Cria o Plano Diretor de Regionalização (PDR), ordenando a regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal.
2002 NOAS/02	Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS 01/2002, aprovada pela Portaria GM/MS 373 de 27/02/2002, reafirma a regionalização como base para a configuração dos sistemas hierarquizados de serviços de saúde e como estratégia para a equidade, busca o fortalecimento do comando único do gestor do SUS sobre os prestadores de serviços e o incremento das funções de gestão frente aos novos desafios.
2006	O Pacto pela Saúde cria o Pacto pela Vida; O Pacto em defesa do SUS e o Pacto da Gestão do SUS. Detalha o repasse mínimo de recursos que municípios, estados, Distrito Federal e União devem destinar, por ano, à saúde; define a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS.

Em um movimento cíclico, a preocupação das portarias e normas esteve com foco ora na regionalização da saúde, ora nas definições das responsabilidades sanitárias e dos processos de gestão. Para tanto, elas foram definindo as competências – responsabilidades e prerrogativas de cada esfera de governo dentro do Sistema, objetivando induzir e estimular mudanças, regular a relação entre seus gestores e, enfim, normatizar o SUS.

A nova dinâmica na organização e na gestão do sistema de saúde teve como principal foco o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS. Esse contexto acarreta a imperiosa

prática da negociação permanente entre os gestores, função estratégica de condução político-institucional no âmbito do SUS.

Contudo, o conhecimento da situação de saúde da população e o uso dos diferentes sistemas de informação para a tomada de decisão são mais do que desejáveis, e determinantes para o gestor. A competência de gerir recursos de modo racional, visando à eficiência do sistema, é outro requisito fundamental, exercitando o cotejamento da relação necessidades/capacidade de oferta (TEIXEIRA, 2004).

O manejo de métodos e técnicas de planejamento para a formulação e a implementação de propostas de ação conforma, ao lado da capacidade de negociação e de gestão de recursos, o conjunto de habilidades essenciais do gestor de saúde (MATUS, 2000; MOTTA, 1997). A utilização dessas informações no processo de tomada de decisão incide sobre a necessidade de agregar o conhecimento epidemiológico às práticas de gestão, associada à compreensão da relação entre organização de serviços e enfrentamento dos problemas prioritários de saúde da população sob a responsabilidade sanitária daquele gestor, de forma que incorpore em sua formação gerencial tais quesitos.

Para compreender-se a construção e a dinâmica de gestão da política de saúde, sete aspectos são essenciais (FLEURY; OUVÉRY, 2012):

- a) a definição de objetivos, pois essa política se edifica a partir da busca do atendimento de objetivos definidos e pactuados como garantidores de padrões de proteção mínimos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar da população;
- b) a definição de um planejamento com estratégias, planos, políticas, instrumentos e técnicas no sentido de monitorar e avaliar as condições sociais de existência da população;
- c) o desempenho de papéis políticos e econômicos, devido a que ela lança efeitos em diversas relações sociais simultaneamente;
- d) a construção de espaços, arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios;
- e) a apropriação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais provenientes dos mais distintos sujeitos presentes no contexto do país;
- f) o desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que concebem os resultados de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, mas que também permeiam, amparam e interligam os mesmos ao sistema de proteção social;

- g) a concepção de referenciais éticos e valorativos da vida social, ou seja, a asseveração e a difusão de valores éticos, de justiça e igualdade, de referenciais sobre a natureza humana fundada em evidências cientificamente legitimadas de ideias de organização política e social.

O fortalecimento da capacidade de governo dos dirigentes do sistema público de saúde inclui sua formação como líder e a apropriação de conhecimentos acerca das mudanças necessárias nos sistemas de trabalho e no desenho organizativo das instituições sob seu comando (MATUS, 2000). Aqui, é importante observar-se o cuidado que se deve ter quanto à implementação da contrarreforma neoliberal do Estado com a proposição de se efetivarem as políticas por uma ampla gama de instituições “não governamentais”, “não lucrativas” e voltadas ao desenvolvimento social (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Ao gestor, seja em qual instância estiver do sistema, cumpre “[...]um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento, das condições materiais oferecidas aos trabalhadores para sua ação etc., mas não governa sozinho” (FEUERWERKER, 2014, p. 68). Os gestores são atingidos por uma multiplicidade de variáveis potencializadas por alguns encontros, despotencializadas por outros. A política, nos espaços de governo, também é fabricada de forma micro. Daí que essa complexidade do mundo do cuidado tem consequências para o modo de se pensar a política e a gestão em saúde (FEUERWERKER, 2014).

Ao afirmar a noção de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato⁷⁴ mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se estrutura a partir de tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer essa produção. Por isso, é fundamental a gestão estar implicada na constituição sob esse aspecto, encorajando novos processos criativos, que possam materializar um cuidado muito mais acolhedor (MENHRY, 2002).

Incontestavelmente, precisa-se observar determinados princípios quando se trata de reorganizar o cuidado e a gestão na saúde. São eles: gestão participativa e colegiada, construção

⁷⁴Menhry denomina “[...] o trabalho feito em ato de ‘trabalho vivo em ato’, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto – o aço – chamamos de ‘trabalho morto’” (MENHRY; FRANCO, 1998, p. 281) e convida a olhar, neste trabalho, a dimensão “[...] que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos” (MENHRY; FRANCO, 1998, p. 281).

de rede integrada de serviços, ampliação do acesso através da abertura de novos serviços e reorganização dos processos de trabalho, humanização em saúde, que se traduz em trabalhadores comprometidos com a produção do cuidado ao usuário e qualificação da atenção e da gestão, com garantia de uma gestão do trabalho eficaz e da ação interdisciplinar, incorporando novas tecnologias, recursos financeiros e controle social, através de ações estratégicas que buscam a inovação em saúde (PINTO; FRANCO; MAGALHÃES; MENDONÇA, GUIDORENI; CRUZ; MERHY et. al., 2012).

E aqui é importante entender-se do que se trata, quando se traz o conceito de inovação, porque inovar “[...] no setor público é efetivamente desenvolver uma condição nova em seus pressupostos e nas suas ações” (KLERING; ANDRADE, 2006, p. 78), mas sempre levando em conta a perspectiva da coletividade. Dessa forma, a gestão é entendida como um lugar onde se produz aprendendo e também, ao mesmo tempo, se reconstrói a própria subjetividade (CAMPOS, 2000; COÊLHO; COUTO, 2009). Contudo, há um paradoxo no País, o qual se caracteriza

[...] pela afirmação de experiências inovadoras na atenção e na gestão pública, ao mesmo tempo em que é o lugar da desvalorização da vida e exclusão social. Sustentar projetos com características democratizantes em longo prazo nas redes de saúde tem sido cada vez mais difícil, trazendo para análise a sustentabilidade do SUS (COÊLHO, 2015, p. 22).

Um acesso para a superação poderá ser a compreensão da variedade de planos e sujeitos sociais constitutivos das organizações e da gestão em saúde. É essencial reconhecer-se que a “força” de todos esses processos é micropolítica e que, para a sua instauração a favor da autonomia, é necessário agir sob diversos espaços em que gestores, trabalhadores e usuários transitam para produzir-se e encontrar-se em mútua afetação–na vida e no sistema de saúde (FEUERWERKER, 2014). Sob outra perspectiva isso reforça que os sujeitos se reinventam a cada período, determinando novas maneiras de ser dentro de um social que ao me modificar, acaba também estruturando minha subjetividade ou coletiva.

Pensar a gestão sob essa lógica distancia-se de modelos de gestão que significavam apenas aporte financeiro. Assim, reitera-se que,

[...] ao propor formas organizativas democráticas e participativas – visando a construção de uma nova ética, de solidariedade e transparência-, está propondo a formação de sujeitos sociais democráticos imbuídos de uma nova ética integrante de sua própria personalidade, transformada, portanto, em força material. (GIOVANELLA, 1990, p.50)

Na atualidade, os modelos de gestão na saúde estão mais voltados para a organização do trabalho por processos. A gestão por processos é uma mudança paradigmática e deve ser incorporada pela cultura da organização em contraponto a uma burocracia pesada e inflexível (LIMA et. al., 2010). Contudo, alguns desafios se colocam na prática: a dificuldade de exercer cogestão, garantindo uma forma democrática de tomada de decisões; o apoio institucional de forma mais participativa e continuada, a insuficiência de informações qualificadas para análise diagnóstica dos serviços das redes temáticas; soma-se ainda, a precária rede informatizada para registro, ferramenta eletrônica necessária e adequada para o desenho da rede, dentre outros (CONASS, 2012).

Diante disso, as organizações de saúde, independentemente da instância interfederativa e do tamanho, são sempre complexas. Seus processos são padronizados por regras impostas pelo governo, os trabalhadores são especializados e de diferentes áreas, o que implica interesses nem sempre convergentes. Gerenciar uma organização de saúde pressupõe o entendimento de toda essa complexidade (SCARPI, 2010).

As organizações não têm garantido que as práticas se complementem, possibilitando a solidariedade na assistência e a inclusão de práticas colaborativas. Isso e muitas outras questões relativas as relações e condições de trabalho têm acarretado, por um lado, a falta de motivação dos profissionais e, de outro, incentivo ao envolvimento dos usuários. Por isso, a gestão participativa é importante como um instrumento valioso na construção dessa mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas também eficiente (BRASIL, 2004). Quando o processo e a metodologia de trabalho são adequados, consegue-se o envolvimento e o comprometimento de todos aqueles que têm uma contribuição efetiva na elaboração e na execução das transformações necessárias, onde as pessoas e os processos deixam de ser parte do problema para se tornarem parte da solução (COSTA, 2010).

A organização orientada por processos está surgindo como a forma organizacional dominante no século XXI (HAMMER, 1998). Faz sentido definir-se uma estrutura organizacional em torno de um processo como fluxo de trabalho. Os processos precisam atravessar políticas, conceitos e relações, portanto, ocorrer de forma transversal e mediatizadora. Isso implica uma nova maneira de trabalhar e de gerenciar o trabalho (GONÇALVES, 2000). A gestão por processos organizacionais difere da gestão por funções tradicionais por pelo menos três motivos: ela emprega objetivos externos, os empregados e recursos são agrupados para produzir um trabalho completo e a informação segue diretamente para onde é necessária, sem o filtro da hierarquia (STEWART, 1992) possibilitando maior

sentido no trabalho. O modelo de gestão precisa de negociação e práticas colaborativas (HAMMER; STANTON, 1999), não compreende apenas uma ação basicamente racional ou técnica e, sim, apresenta dimensões científicas, técnicas, valorativas e estéticas (FERNANDES et al, 2009). As pessoas precisam aprender a trabalhar em ambientes de colaboração, de compartilhamento. Assim, a essência da gestão por processo é a coordenação das atividades realizadas por diversas equipes de diversas áreas.

A gestão por processos apoia-se no emprego de um preceito de medidas baseado em processos (*process-centered measurement system*), ou seja, em um sistema de medição centrada no processo. Esses sistemas dão ênfase às variáveis e medidas referentes aos processos e não às unidades verticais. As metas adotadas pelas instituições, por exemplo, são as dos processos e não aquelas adotadas tradicionalmente pelas áreas técnicas ou por políticas. A modernização gerencial contemporânea propõe a organização do trabalho por meio de processos, permitindo a definição do fluxo de trabalho e a integração horizontal de todas as etapas. A orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades, utilização mais adequada dos recursos, eliminação de etapas redundantes e, principalmente, pelo refinamento das interfaces entre os processos executados (LIMA et. al., 2010).

As três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde (regulação, financiamento e prestação de serviços) ocorrem por meio de um *mix* estatal/privado. Portanto, essa gestão se dá no sentido amplo, não se reduzindo apenas ao gerenciamento de sua rede própria de prestação de serviços. A magnitude e o grau de autonomia dessa gestão, por vezes, se confundem, pois, os três entes federados têm sob sua responsabilidade as três dimensões do sistema (a política, a técnica e a econômica), bem como as três macrofunções em cada instância. E é justamente isso que engendra a complexidade do sistema. Isso leva a pensar-se sobre a necessidade de qualificar os processos e seus resultados.

Outra discussão que se associa nesse contexto é a do perfil do gestor de saúde. Por isso, trata-se o tema sob a perspectiva da relação conflituosa entre a dimensão técnica e a política.

3.4.1 A relação conflituosa entre o bem e o mal

O nexos entre política e gestão no SUS refere-se à distinção clássica entre os conceitos de política e administração, considerando-se que a política seria relativa ao âmbito da tomada de decisão pelos governantes eleitos ou por aqueles por eles designados e a administração diz

respeito ao espaço onde decisões são implementadas e materializadas pela ação do corpo organizado de servidores do Estado, portanto, a burocracia. Nessa leitura, a burocracia não teria vontade própria e agiria por delegação da autoridade legítima (VASCONCELOS, 2002; VASCONCELOS; BRITO, 2004).

Na prática, a distribuição dos cargos da máquina pública depois que os partidos ganham a eleição é feita entre os membros dos partidos de coalizão, mas nem sempre observando o critério técnico e/ou de conhecimento necessário na área pública para a qual estão sendo indicados. No entanto, esse tema não é tão simples de ser discutido. Não se trata apenas de se constituir num jogo ou importante moeda de troca entre partidos ou da garantia de uma racionalidade técnica na direção da administração pública e na condução das políticas sociais. Portanto, não é somente estar “[...] imune ao jogo partidário, posição que se identifica com a ideia de autonomia da burocracia [...]” (CASTRO et. al., 2006, p.53), argumento utilizado pela burocracia estatal, mas também criticado por diversos analistas. Entre as diferentes correntes de críticos, encontra-se a seguinte afirmação:

[...] o ideal de uma administração racional é estar a serviço do interesse público: mas não é um critério realista para avaliar o comportamento dos governos democráticos. A política da administração pública não pode ser eliminada: porque isso seria um projeto com visões autoritárias. A única coisa que podemos fazer é controlar as formas que esse uso assume e moderar sua magnitude (PRZEWORSKI, 2004, p.72)⁷⁵.

A relação entre política e gestão é compreendida pelo senso comum em relação a política de saúde como uma relação negativa e quase sempre motivada pela percepção de que os agentes políticos tomam decisões contrárias à lógica da racionalização do sistema para atender interesses pessoais ou de grupos aliados com fins eleitorais. Essa ponderação e a visão crítica de setores da burocracia estatal e das corporações instigam a disputa em que se destacam os argumentos de que a condução das políticas sociais deveria nortear-se por uma racionalidade técnica, refratária ao jogo político partidário, posição que parte da ideia de autonomia da burocracia, também censurada por inúmeros analistas (VASCONCELOS, 2004).

Ao se fazer referência à política, aqui, está-se tratando a política como mobilizadora dos sujeitos na disputa do governo ou do poder do Estado (VASCONCELOS, 2004).

⁷⁵No original: *El ideal de una 'administración racional al servicio del interes público' es atractivo: pero no es una vara realista para evaluar el comportamiento de los gobiernos democráticos. No se puede eliminar la política de la administración pública: eso es un proyecto con visos autoritarios. Lo único que podemos hacer es controlar las formas que dicha utilización asume e moderar su magnitud.* (PRZEWORSKI, 2004, p.72)

Entretanto, também se refere à ação do Estado nas diferentes dimensões da vida social, como no caso da política de saúde.

Na área das organizações em geral e também na da saúde, ao se analisar seu cotidiano e sua micropolítica, a visão que se opõe ao mundo da política e que imputa virtudes à razão técnica/burocrática como a correlação de força mais importante não condiz com a realidade. Isso porque, no que diz respeito à micropolítica “[...] que move as organizações burocráticas e profissionais, também imperam o jogo de interesses e a disputa de poder entre os grupos, corporações e indivíduos que viabilizam alianças para triunfar [...]” (CASTRO et. al., 2006, p.53-54), são projetos em disputa e não diferentemente do que é adotado pela macropolítica, seja facilitando, seja permeando interesses privados ou partidários.

O acordo e a adesão dos diferentes sujeitos que operam a política num sistema federativo, com gestão compartilhada pelas esferas de governo e um combinado conjunto de instituições de diferentes complexidades e prestação de serviços, como no SUS, são condição elementar para o seu sucesso.

Se, por um lado,

[...] a efetivação da Política de Saúde, no contexto de um Estado marcado por uma tradição elitista, clientelista, patrimonialista e homogeneizado por forças políticas identificadas com o ideário social conservador que permeia transversalmente o conjunto das instituições setoriais, será marcada por contradições de difícil superação (VASCONCELOS in CASTRO et. al., 2006, p.54),

por outro,

[...] a persistência dos padrões de política e de gestão do sistema e a continuidade de muitos programas implementados no Sistema de Saúde, bem como a manutenção das práticas sanitárias e assistenciais na maioria dos serviços, revelam a força do instituído no cotidiano das instituições e as dificuldades das iniciativas instituintes produzirem novas institucionalidades (VASCONCELOS in CASTRO et. al., 2006, p.56).

A potência dessas reproduções acaba por dificultar avanços concretos em termos de resultados. Isso significa que essa trama que emoldura a máquina pública e, assim, o Sistema não pode ser desconsiderada quando se trata da gestão em saúde. Necessário seria contar-se com agentes políticos com maior conhecimento da política de saúde, tão complexa e que exige habilidades muito além de administração, peculiaridades fundamentais para o seu pleno e efetivo desenvolvimento, uma vez que a adoção de novas práticas da burocracia resgata a

compreensão de que os interesses mais importantes e fundamentais são as demandas concretas da população.

3.4.2 A Gestão Financeira do SUS

As ações e serviços de saúde, implementados pelos entes federados (estados, municípios e distrito federal), são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente considerados no Orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas fundo à fundo, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e/ou outros instrumentos similares.

Os recursos financeiros do SUS devem ser depositados em conta especial, exigindo uma conta para cada bloco, entretanto com a Portaria 3992 de 28/12/2017, teve alterado a forma de transferência dos recursos financeiros⁷⁶ em cada esfera de sua atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O Ministério da Saúde deve monitorar, por meio de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios.

A modalidade de transferência caracteriza-se pelo pagamento direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios não habilitados em Gestão Plena de Sistema. Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares – SIH e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, contemplando ações de Assistência de Média e Alta Complexidade, também observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura calculada com base na tabela de serviços do SIA e do SIH. Os municípios em plena recebem um teto diretamente do governo federal e para os demais são transferidos recursos do teto do estado (CONASS, 2011)

A atividade financeira do Estado se realiza a partir da obtenção da receita pública, execução da despesa pública e gestão do orçamento público (elaboração, aprovação e controle). A gestão financeira do SUS é complexa, tendo em vista que deve observar inúmeras regras, em cada nível federado que compõem o sistema único, o que exige uma estrutura de controle

⁷⁶A forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento quando se tratarem de recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento.

interno e externo. Nessa perspectiva o fluxo de recursos entre os entes deve ser observado, bem como o cumprimento dos investimentos mínimos que devem ser aplicados (COUTTOLENC, ZUCCHI, 1998).

As finanças públicas devem observar três grandes funções:

- função alocativa que é o processo pelo qual o governo divide os recursos para utilização no setor público e privado;
- função distributiva do governo, ou seja, trata da distribuição de rendas e riquezas, buscando assegurar a equidade, afiançando uma sociedade menos desigual;
- função estabilizadora, relativa as demais políticas econômicas, objetivam promover o emprego, o desenvolvimento e a estabilidade, diante da inépcia do mercado, para dar conta de tais objetivos.

As finanças públicas além de garantir a manutenção da administração e dos serviços públicos (da máquina pública), acabam por repercutir na economia do País e de ajuste de seus desequilíbrios. As decisões tomadas sobre a administração de recursos emanam de uma autoridade política e, estão, da mesma forma, sujeitas a uma fiscalização rigorosa por parte dessa autoridade, dessa forma, constituem-se pontos que completam a natureza das finanças públicas (CONASS, 2011).

Para compreender melhor a gestão financeira é preciso que se identifique as diferenças entre custos, gastos e despesas. E mais, como um dos objetivos desta tese é avaliar a qualidade do gasto, para tanto utilizou-se dois vínculos do MGS. Então, é oportuno tratar os conceitos de investimentos, perdas e desperdícios.

Os gastos realizados com o atendimento das necessidades da área de saúde pública devem observar as diretrizes e princípios do SUS e serem destinados às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito, além de estar em conformidade com objetivos e metas explicitados nos respectivos Planos de Saúde. Parece elementar, porém é necessário atentar, no âmbito de cada nível de gestão do SUS, para aquilo que concorre efetiva e diretamente, na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Assim, a distinção de gastos pode ser feita em três grandes categorias no setor público:

[...] gastos de funcionamento do governo como aqueles necessários à manutenção das atividades governamentais, sejam elas atividades-meio ou atividades-fim; – gastos de investimento do governo, que de algum modo incorporam ao capital público e ao capital social, na forma de projetos; – gastos de financiamento do governo, destinados a operações de repasse,

transferência, subvenções etc. que na ponta acabarão se tornando gastos de financiamento ou de investimento (MIRANDA FILHO, 2006, , p. 28).

Sob outra perspectiva, mas que também está relacionado a gestão financeira são os processos de planejamento do setor público, que constituem-se em um corpo de tarefas e procedimentos relacionados à elaboração dos orçamentos, dessa forma significa a determinação dos meios necessários e dos seus custos, relativos a cada item do programa de trabalho que um órgão ou entidade pretende cumprir num determinado exercício. A função de orçamentação, por fim é constituída por um conjunto de tarefas que se refere ao controle das atividades da organização por meio do planejamento fiscal e da contabilidade. Para tanto, esses processos envolvem o detalhamento dos programas e ações constantes dos planos de governo, bem como em programações setoriais ou financiamento para outro ente federativo executar na área da saúde. Isso pressupõe a explicitação das responsabilidades por unidades administrativas e o detalhamento dos programas de trabalho a cargo de cada uma destas em ações geograficamente localizadas ou orientadas para fins específicos por meio de subprojetos ou subatividades orçamentárias (COUTTOLENC, ZUCCHI, 1998).

Ao fim e ao cabo alguns fenômenos no escopo das finanças podem resumir em parte sua abrangência: o econômico, visto que existe uma administração de recursos materiais escassos sujeitos a usos alternativos; o político-sociológico, que presume visto que a política financeira é fruto de uma decisão da autoridade que governa a vida de uma sociedade; o jurídico, pelo qual as decisões se manifestam na forma de atos legais; o ético, visto que as receitas e despesas públicas atendem também a critérios de uma distribuição mais justa da riqueza; e ainda, o contábil, já que as receitas e despesas públicas devem ser registradas e classificadas para determinar os resultados dos movimentos de valores efetuados no setor público (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que o SUS é fruto de um movimento sociopolítico, amparado por sujeitos sociais, que, no contexto da transição política para a democracia, conseguiu introduzir na agenda setorial do Estado e de suas instituições a proposta de reforma sanitária, orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade e da participação popular e que ainda hoje os mantém.

A função balizadora do SUS é maior do que simplesmente ofertar atenção à saúde por meio de postos de saúde e hospitais para atender cidadãos doentes. A proposta é que seja possível atuar antes disso, através da organização de todo um conjunto de ações sanitárias que possam ofertar melhores condições de saúde ao conjunto da sociedade e não só resolver

situações de adoecimento. Dessa forma, organizado com o objetivo de proteger o cidadão, acredita-se que o SUS deve promover e recuperar a saúde, a partir de seu reconhecimento social como um valor humano fundamental a ser protegido pelo Estado (AITH, 2017). Para que isso ocorra, é preciso um financiamento com desembolso contínuo que ofereça condições elementares para essa construção. Então, a dimensão econômica do sistema que trata do modelo de financiamento é que vai garantir o conjunto de preceitos e diretrizes propostos pelo SUS. Por isso, é mais uma das dimensões trabalhadas na tese.

3.5 DIMENSÃO ECONÔMICA

Essa dimensão envolve as questões do modelo de financiamento do Sistema de Saúde. O assunto sobre financiamento permaneceu sob o domínio historicamente da área econômica e das instâncias de orçamento, planejamento e gestão das organizações governamentais, entretanto é um modelo que precisa ser compreendido e debatido. Trata-se nesse contexto, de importante disputa de poder e, justamente, por isso, esteve o tema concentrado durante muito tempo com alguns setores e, que justamente tem contestado a existência de recursos cativos.

A partir de 1988, o sistema de saúde brasileiro utilizou diferentes mecanismos de financiamento, no entanto “[...] ainda persistem as dificuldades para atingir o volume de recursos necessários à melhoria dos serviços ofertados à população” (BRASIL, 2013, p.7). As importantes crises do período, ainda conviveram com a perda de recursos e/ou as crônicas dificuldades de organização do sistema, dos serviços, bem como a qualidade do gasto público nessa área. O contingenciamento adotado para a busca do equilíbrio das contas tem ocorrido sucessivamente à custa das políticas sociais na forma de cortes orçamentários.

Por outro lado, ainda, assiste-se à reorientação do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, enquanto um movimento de contrarreforma, que parte do pressuposto de que o Estado se afastou de suas funções básicas ampliando sua presença no setor produtivo e, por isso colocando em risco o modelo econômico. Sua estratégia e discurso consideram o esgotamento do modelo estatizante e da administração burocrática, isso tudo a favor de um modelo focado na descentralização, na eficiência, no controle de resultados e na redução dos custos. (BRAVO, 2000). A cautela e atenção são necessárias considerando que a estratégia utiliza um discurso, neste caso, que acaba por encontrar eco uma vez que utiliza um dos princípios do SUS (descentralização), bem como da administração pública (eficiência) e o

atendimento dos demais pelas orientações das auditorias operacionais interna e externa, para justificar seu diagnóstico e, por isso, também é importante observar-se o entendimento de custo na área pública, diferenciando-o de despesa⁷⁷.

Em que pese tudo isso, também é preciso considerar o aumento de gastos com saúde tanto pelo crescimento da população e ampliação de coberturas do sistema, quanto o alto investimento tecnológico que tem sido feito para atender e acompanhar as mudanças nas práticas de saúde. Somando-se a esse cenário a importante transição demográfica e a mudança do perfil epidemiológico da população mundial, exigindo mais investimentos, mesmo, sob o cenário existente de crise orgânica já desenhada no segundo capítulo.

Entende-se que essa discussão é densa, complexa e não pode ser expressa sob uma única perspectiva, uma vez que são muitos os aspectos que impactam no financiamento. Por isso, neste estudo serão tratados apenas alguns deles, não se pretendendo esgotar o assunto. As outras dimensões já apresentadas nesse capítulo também guardam relação e impacto direto nesta última e, por isso mesmo, foram abordadas.

O financiamento representa um dos componentes estruturantes do Sistema de Saúde conformando-se em um ponto essencial para a sustentabilidade do SUS. De modo geral todos os países enfrentam problema semelhante na manutenção de seus sistemas de proteção social, mas particularmente, os que apresentam sistema universal de saúde. Tal debate mantém-se atual e necessário na perspectiva refletir sobre a condução e seus dilemas para garantir os recursos financeiros em volume suficiente, com fluxo certo, assegurando o direito à saúde da população, posto que, a partir do volume de gastos em saúde é possível compreender a prioridade que é dada por cada País a este setor.

⁷⁷A diferença conceitual entre despesa e custo tem particular interesse no contexto atual. Enquanto a despesa é o desembolso financeiro correspondente a qualquer ato de gestão do governo, o custo mede o consumo de recursos na produção de um bem ou serviço (custo do produto). O custo também mede o consumo de recursos pelas atividades das organizações governamentais (custo da atividade ou de processo). O conhecimento do custo dos serviços públicos é fundamental para o atingimento de uma alocação eficiente de recursos. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos (NUNES, 1998).

3.5.1 O SUS como sistema universal e seus dilemas

O SUS como um sistema universal é definido pela garantia de cuidado integral (individual e coletivo), exigindo a coordenação entre serviços de diferentes complexidades, com predomínio da administração e prestação públicas de serviços. Essa concepção o difere da cobertura universal em saúde, que foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, voltadas para reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde. O debate internacional tem se centrado na polarização dessas duas concepções (GIOVANELLA et al, 2018).

As crises e transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira impactam diretamente nos avanços e recuos da consolidação do SUS. E, da luta por um destino comprometido com a redução das desigualdades, em busca de equidade, de direitos e da democracia. A implementação do SUS tem ocorrido de forma heterogênea e descontinuada, isto pelo nível de interesse e pelas cíclicas mudanças dos gestores (CAMPOS, 2018).

Os dilemas do SUS não são distintos de outros países que possuem sistema de saúde com tal característica. As narrativas passam por insuficiência de recursos ou subfinanciamento, dificuldades de fixação de profissionais, fragmentação e integração e universalidade e segmentação de sistemas, as importantes mudanças demográficas e epidemiológicas, com a tripla carga de doenças, no caso brasileiro, entre outras.

Os problemas não são poucos, entretanto as questões discutidas no plano macropolítico envolvem segmentação e universalização, tratam, portanto, de disputas que tangenciam políticas sociais que apresentam recortes de focalização mesmo dentro da universalidade e, por outro lado do projeto claro e assumir que a focalização é a alternativa a ser adotada para as políticas sociais.

No plano micro é imperativo que a organização do sistema, ou seja, o modelo assistencial dê conta para atender as demandas em razão das condições de saúde da população e da carga de doenças. Assim, um modelo que apresente respostas às condições agudas e, fundamentalmente, as condições crônicas, mas também, a violência, garantindo o postulado de coerência preconizado por (TESTA, 1992). Essa lógica determina uma qualidade de respostas às demandas do SUS, sem o que não apresentará eficácia e o custo será muito maior.

Sob outra perspectiva, no plano micropolítico as dicotomias em relação a fragmentação e a integração⁷⁸, ainda ocupam as agendas, mas ratificam as redes de atenção como respostas a essa questão. A constituição de redes de atenção é dinâmica, nunca está concluída, pois como o foco é “usuário centrado”, cada nova necessidade dos cidadãos e não contemplada na rede já existente deverá ser um novo ponto de atenção a ser vinculado a rede existente. Por isso, entende-se que o principal papel dos técnicos hoje é de articuladores de redes de atenção.

Independentemente dos avanços que o SUS tenha percorrido, ainda “[...] permanecem problemas a compreender e a superar. Isso implica desvendar prospectivamente os caminhos desse sistema público [...]” (MENDES, 2017, p.93). É preciso considerar que, na história do SUS, nenhum governo realmente priorizou a saúde, possibilitando assim efetivar a completa materialização do sistema. Isto é expresso, pelo frágil embate do Governo Federal aos pontos mais críticos e recorrentes do SUS, sendo eles a política de pessoal, o fluxo entre os 3 níveis e a organização dos níveis secundário e terciário de atenção, entre outros.

A inexistência da definição de diretrizes gerais para as políticas de recursos humanos no SUS, bem como a ausência de respostas regionais frente ao desafio dessa perspectiva, as dificuldades de recrutamento de profissionais médicos, mas também de fixação dos mesmos nos territórios, o despreparo dos profissionais para o exercício das práticas na saúde, o corporativismo desmedido são algumas das características existentes.

No entanto, não existe consenso sobre melhor alternativa a ser adotada para melhorar o provimento e a fixação dos médicos, pois são muitas as experiências no território brasileiro, mas raras com êxito para o tema, porém algumas delas passam pela criação de uma carreira de Estado, pelo menos para os médicos. O Brasil vem adotando uma estratégia desde 2013 para o provimento de médicos e que permanece até o momento, que é através do programa “Mais Médicos”⁷⁹. Essa estratégia pensou na reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática

⁷⁸ Muitas têm sido as contribuições de pesquisadores sobre essa temática, mas, principalmente, de Mendes (2001).

⁷⁹ A Lei n. 12.871, de 22 de Outubro de 2013, que Institui o Programa Mais Médicos tem como objetivos diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira.

suficiente e de qualidade para os alunos; o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e a promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde. Para tanto, admite o médico participante e o intercambista, hoje com uma dimensão importante em todo o País.

No Rio Grande do Sul a importância dessa política pública de provimento de médicos para a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF) atende aos municípios gaúchos de pequeno porte populacional⁸⁰, com impacto vital aos mesmos e aos municípios maiores, com aglomerados populacionais de maior vulnerabilidade social e que necessitam com maior intensidade das políticas públicas, considerando que além do recrutamento e seleção ser realizada pelo nível central, ele também está arcando com o impacto financeiros do Programa. Essa política representa hoje o provimento de 60% das Equipes de Saúde da Família do Rio Grande do Sul, envolve 384 municípios aderidos ao Programa, com 1.322 vagas do Programa Mais Médicos no Estado do Rio Grande do Sul.

É praticamente consensual entre especialistas a importância de aumentar a cobertura e a qualidade dos serviços na atenção primária, área que responde pelo atendimento de 80 a 90% dos problemas de saúde nas unidades de saúde. Como porta de entrada preferencial para o SUS, esse modelo favorece atendimento perto do local de moradia e cuidado continuado. O prontuário eletrônico é uma ferramenta que deve estar disponível em toda a rede, entretanto isso ainda não é uma realidade, a distribuição por escala como forma de organização da rede e um sistema de regulação mais bem estruturado tanto para urgência e emergência como para o atendimento especializado e leitos.

Talvez a narrativa mais inibidora (paralisante) delas, considerando as perspectivas para continuar a implementação do SUS, seja o subfinanciamento. Na maioria dos países o crescimento dos gastos em saúde excede o crescimento geral da economia (ROY, 2018). Um dos argumentos mais comuns é de que esse subfinanciamento se inicia com a própria criação do SUS. A criação do orçamento da seguridade social, tendo em sua base a vinculação de impostos e contribuições sobre a folha salarial, lucro e faturamento à Saúde, Previdência e Assistência Social e, a definição da destinação de 30% deste montante direcionado ao gasto do SUS no âmbito federal, consagrado no art. 198 da Constituição Federal não foi suficiente para garantir o repasse integral desses recursos. É preciso considerar que “[...] à definição do

⁸⁰ Os pequenos municípios no Rio Grande do Sul, ou seja, até 5.000 habitantes representam 44% do total dos municípios gaúchos e, um segundo corte com menos de 10.000 habitantes são 66%.

orçamento da seguridade social estava fadada a fracassar, dado que suas políticas estão fundadas em princípios diferentes, tornando inevitável a disputa de recursos em seu interior na primeira dificuldade” (MARQUES, 2017, p.35). Na outra seção procura-se ampliar a discussão.

3.5.2 Os recursos da Política de Saúde

Para adensar a discussão sobre o financiamento é importante considerar que, se de uma forma existe sim subfinanciamento, de outra é possível melhorar o escopo dos gastos. É justamente sob essa perspectiva que se assenta esta tese.

O Brasil em relação ao seu PIB gasta em saúde tanto quanto a média entre os países da OCDE e mais do que seus pares econômicos e regionais.⁸¹ O gasto total com saúde no Brasil (9,1% do PIB) é comparável à média dos países da OCDE (9%) e superior à média de seus pares estruturais e regionais (6,7% e 7,2%, respectivamente).

Sob outra perspectiva, ao contrário da maioria de seus pares, menos da metade do gasto total em saúde no Brasil, mais precisamente 42%, é gasto público (IBGE, 2018). Este percentual é significativamente inferior à média entre os países da OCDE (73.2%) e aos países de renda média comparáveis ao Brasil (59%), apenas acima da média dos países do grupo BRICS (46%)⁸² (ARAÚJO, LOBO, 2018). Por isso, a análise não pode ser feita pelo total gasto sem desagregar o gasto privado em relação ao público, que no Brasil, o gasto privado tem sido maior que o público, pois nos países mencionados os percentuais são gastos diretamente pelo governo. O gasto *per capita* no setor público (R\$1.131,94) representa 75% do gasto *per capita* no setor privado (R\$1.538,70) (IBGE, 2018).

A partir das informações contidas na Tabela 1 – demonstra-se a participação do gasto total de saúde em relação ao PIB, de 2000 a 2015, incluindo o gasto privado (famílias e instituições sem fins de lucro) e o do governo. Essa Tabela traz resultados importantes para serem analisados.

⁸¹Os pares econômicos são os países de renda média e os regionais, países da América Latina como Chile, México e Colômbia.

⁸² Brasil, Federação Russa, Índia, China e África do Sul (BRICS).

Tabela 1 - Participação percentual do consumo final de saúde no PIB – 2000 a 2015

ANOS	FAMÍLIAS E INSTITUIÇÕES SEM FINS DE LUCRO A SERVIÇO DAS FAMÍLIAS %	GOVERNO %	TOTAL%
2000	4,7	3,5	8,2
2001	4,9	3,5	8,5
2002	4,8	3,7	8,5
2003	4,7	3,5	8,2
2004	4,7	3,5	8,2
2005	4,7	3,4	8,3
2006	4,7	3,6	8,3
2007	4,7	3,5	8,2
2008	4,5	3,5	8,0
2009	4,7	3,5	8,4
2010	4,4	3,6	8,0
2011	4,3	3,5	7,8
2012	4,5	3,4	7,9
2013	4,6	3,5	8,2
2014	4,9	3,7	8,7
2015	5,2	3,9	9,1

Fonte: Conta Satélite ⁽¹⁾ de Saúde IBGE, retropolação ⁽²⁾ da série de consumo final de bens e serviços de saúde, capturado em 24/06/2018.

Nota:1Conta Satélite tem como objetivo sintetizar informações sobre as Atividades Econômicas, Bens e Serviços de Saúde de acordo com a estrutura do Sistema de Contas Nacional. Ver mais informações em

<http://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticasa/TS>.

2 Retropolação trata de Deflacionamento: toma um valor do presente e o leva para o passado, retirando o efeito da inflação. O deflacionamento usa um índice de preços, e a retropolação usa um índice de quantidades.

Os dados em relação ao percentual gasto pelo Governo nessa série histórica apresentada na Tabela 1 se manteve dentro de uma tendência. O pequeno crescimento do percentual de gasto total nesse período foi suportado pelo crescimento dos gastos privados em percentual maior que o dos gastos públicos, incluindo o pagamento direto do próprio bolso pelas famílias ou instituições, na configuração de pré-pagamento a planos e seguros de saúde, reproduzindo essa lógica em uma tendência histórica de 15 anos.

O Brasil possui, ainda, um padrão de gastos não condizente com um sistema universal (SOARES; SANTOS, 2014). Na medida em que o Governo Federal participa de forma frágil com os outros entes federados, conjuga poucos esforços para o financiamento, assumindo não estar cumprindo suas funções constitucionais, “[...] ficando sujeito aos desdobramentos políticos e sociais decorrentes” (COELHO, 2016, p. 25). Países com maior gasto público com saúde em relação ao gasto total com saúde “[...] possuem melhores condições de vida e saúde [...]” (COELHO, 2016, p. 16), excluindo-se os Estados Unidos, que não apresentam um sistema de saúde universal.

Ao se observarem os dados da série histórica da Tabela 01, que trata do consumo final de saúde em relação ao PIB, de 2000 a 2015, constata-se que os últimos governos não tem priorizado essa política, particularmente quanto ao financiamento e, assim fragilizando a perspectiva de garantia do direito à saúde, a partir do modelo de proteção social gravado na Constituição Federal.

É interessante constatar-se a lógica inversa, que “[...] para o Reino Unido, Espanha e Austrália a maior parte do financiamento é público (entre 70% e 85%), o que é uma característica dos países europeus” (PEDROSO; MALIK, 2016, p.6). Outro dado que se agrega à análise é o de que, em 2015, 24% da população⁸³, conforme a ANS, tinha plano de saúde. Portanto, 76% da população contava apenas com recursos públicos para a assistência e os 24% restantes, embora com plano de saúde, também poderiam acessar o SUS, o que pode se constituir em possíveis iniquidades.

Embora a Emenda Constitucional 29⁸⁴ tenha sido aprovada ainda em 2000, somente em janeiro de 2012 teve a sua Lei Complementar nº 141 promulgada, definindo claramente os gastos mínimos por esfera interfederativa e reafirmando a classificação do que são as ações e os serviços de saúde. Como, quando foi promulgada a Lei nº 141, o orçamento do ano de 2012 já tinha sido elaborado, as repercussões do aumento de gastos eram esperadas a partir de 2013. Ainda, na Tabela 1, o que se observa pelos dados é que o aumento do gasto público foi inexpressivo nos três últimos anos da série histórica, quando se esperava o aumento em função

⁸³ Em 2016, eram 23,4%, em 2017 totalizaram 22,7% e, em 2018, permaneceu inalterado o percentual do ano anterior. Essa retração possivelmente se deu em função da crise financeira no País e do aumento do desemprego.

⁸⁴A EC 29 promoveu alterações nos artigos 34, 35, 156, 160, 167, 198 da Constituição Federal e acrescentou nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias o art. 77.

da obrigatoriedade do gasto, mas o que se constata é acréscimo do gasto privado no mesmo período.

O Sistema Único de Saúde, enquanto política de Estado, com recursos cativos no Brasil, não tem sido suficiente para assegurar as garantias constitucionais. O SUS é produto de quase 30 anos de lutas e transformações no setor de saúde. No entanto, esse tempo não assegurou

[...] as propostas de um sistema de saúde exclusivamente público (ficando reservado um papel complementar para a iniciativa privada, mediante contrato de direito público, dando preferência a convênios com instituições filantrópicas) bem como a existência de um percentual de recursos cativos para a saúde no orçamento da Seguridade (FLEURY, 1994, p. 225-226).

Os recursos cativos, ou seja, os valores mínimos a serem aplicados anualmente por União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde foram ratificados pela Lei Complementar nº 141/2012. A União deve aplicar o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos dessa lei complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Este, deverá elevado, todo ano, até 2020, quando alcançará 15%.

Os estados, igualmente devem aplicar em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos⁸⁵, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Aos municípios e ao Distrito Federal cabe aplicar em ações e serviços públicos de saúde, ao menos 15% da arrecadação dos impostos⁸⁶. Mesmo com a existência de tais garantias, o discurso quase unânime no Brasil de que existe subfinanciamento na área da saúde é também uma realidade enfrentada por outros países.

No Brasil, o financiamento na saúde não pode ser analisado apenas sob a perspectiva das fontes de receita, mas também pela forma como se estruturam os gastos. O movimento aqui tem sido de um maior accountability⁸⁷ da gestão e dos agentes públicos do município, porque estão

⁸⁵Impostos a que se refere o [art. 155](#) e dos recursos de que tratam o [art. 157, alínea “a” do inciso I](#) e o [inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal](#).

⁸⁶Impostos a que se refere o [art. 156](#) e dos recursos de que tratam o [art. 158](#) e a [alínea “b” do inciso I do caput](#) e o [§ 3º do art. 159, todos da Constituição Federal](#).

⁸⁷“O conceito de Accountability remete à responsabilização e à prestação regular de contas por parte do gestor à população” (UGÁ, PORTO e PIOLA, 2012, p.397).

mais próximos nas decisões de arrecadação e de gasto. Essa lógica está atrelada ao retorno a ser obtido, que “[...] depende de orientações políticas, que definem as prioridades do gasto, e que, portanto, devem ser medidas por seu impacto e contribuição para o desenvolvimento socioeconômico” (BRASIL, 2013, p. 10).

A capacidade de financiar os sistemas de saúde em muitos países tem sido motivo de reflexões e discussões, em razão das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, que tem demandado mais recursos e por mais tempo; ainda se associa o aumento da expectativa de vida, com a expansão de tecnologias e oferta de medicamentos. Os custos e a demanda são crescentes, entretanto estudos apontam que a inovação tecnológica é responsável pela inflação do setor nos últimos anos. Em consequência os custos com serviços e assistência à saúde subiram mais que a inflação (BRASIL, 2013)

Finalmente, os gastos devem convergir para a melhoria da saúde da população, tendo em vista que é o resultado que se espera da condução dos sistemas de saúde. Ao fim e ao cabo os serviços de saúde devem estar submetidos aos princípios que guiam as boas práticas do cuidado: qualidade, acessibilidade, equidade, eficiência, transparência, responsabilidade e inovação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Dessa forma, constata-se também que “[...] não é preciso apenas gastar muito, mas gastar bem com saúde, e gastar bem significa manter sistemas universais de saúde e em bom funcionamento” (COELHO, 2016, p. 16), conforme chama atenção a autora. Nos países desenvolvidos, que já investem parcela considerável do seu PIB na saúde, as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência, a efetividade e a equidade nos gastos, uma vez que maior nível de dispêndios é condição insuficiente para alcançar melhores condições de saúde e nem resolve, por si só, as iniquidades no acesso aos serviços (HSIAO, 2007).

3.5.3 Os percentuais mínimos de gastos em ASPS

Depois da promulgação da Lei nº 141 de 2012, que define as ASPS e os gastos mínimos, muitos técnicos têm se voltado para esse tema. Os valores estão em disputa pelos diferentes sujeitos do processo e, também, juridicamente. De um lado o Governo incluindo no cálculo despesas consideradas controversas e de outro os Conselhos refazendo os cálculos e publicizando percentuais bem menores.

No caso do Rio Grande do Sul o Conselho Estadual de Saúde - CES/RS contesta a Secretaria de Estado da Fazenda em relação a uma série de despesas entendidas como controversas, divergindo, em termos da aplicação das ASPS no Estado. Os pontos polêmicos são vários, e entre eles são apontados:

- despesa inscrita em restos a pagar não processados (despesas empenhadas no exercício e não liquidadas) até o limite das disponibilidades financeiras;
- considerando-se a Despesa Liquidada Total, o Estado só passou a atingir o índice mínimo de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências (RLIT), fixado pela Emenda Constitucional nº 29/2000, com o incremento dos gastos da Corsan, os quais foram considerados nos cálculos de 2007 até 2012. Não obstante, e também de acordo com o determinado pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE), os gastos em saneamento efetuados pela Corsan foram retirados do cálculo das despesas em ASPS a partir de 2013.

Para uma análise mais detalhada, será utilizado o ano de 2016, como referência, mas nos demais também se encontram questionamentos quanto aos gastos controversos. Em 2016, no Grupo **Outras Despesas Correntes** foram empenhados R\$ 2,19 bilhões nos recursos vinculados à saúde dos quais R\$ 2,15 bilhões foram gastos pela Secretaria da Saúde (98,16%), e o restante da despesa foi efetuada pela Secretaria da Segurança Pública, sendo R\$ 27,1 milhões pela Brigada Militar (1,24%) e R\$ 214 mil pela Polícia Civil (0,01%). Em **Encargos Financeiros** do Estado, houve a apropriação de R\$ 13,0 milhões (0,59%) relativos à Contribuição Patronal ao Fundo de Assistência à Saúde, para o ressarcimento de despesas com atendimentos prestados aos ex-combatentes da Força Expedicionária Brasileira. Já a Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS), ao contrário de anos anteriores, não teve nenhum valor empenhado.

Dessa forma, foram consideradas computáveis as despesas com as Secretarias da Saúde, Secretaria da Segurança Pública/Brigada Militar (os valores foram investidos no projeto 6132 – Manutenção da Área de Saúde da Brigada Militar); Segurança Pública/Polícia Civil (projeto 6329 – Manutenção da Área da Saúde da Polícia Civil), com a FEPPS, com Encargos Financeiros do Estado o valor foi aplicado nos Projetos 2668 – Contribuição Patronal ao Fundo de Assistência à Saúde (FAS)/RS-IPERGS – PE Civil e Ex-Combatentes – e 2645 – Indenização, Reembolsos, Restituições e outros Encargos).

No Grupo de Despesas Investimentos, nos recursos vinculados à saúde, foram empenhados R\$ 23,0 milhões, dos quais R\$ 22,5 milhões (97,79%) foram realizados pela Secretaria da Saúde, e o restante foi lançado pela Secretaria da Segurança Pública, onde foram investidos R\$ 500 mil (2,21%) dos recursos informados pela Segurança referentes ao projeto 5490 – Materiais Hospitalares Área da Saúde da Brigada Militar.

A despesa contabilizada no Recurso 006, vinculado à saúde, no Grupo de despesas Pessoal e Encargos Sociais, totalizou R\$ 1,26 bilhão, onde estão incluídos R\$ 427,8 milhões relativos às contribuições ao IPERGS para assistência médica, dos quais R\$ 16,8 milhões se referem às contribuições para assistência à saúde dos servidores da Secretaria da Saúde e da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde, e o restante corresponde a contribuições ao IPE Saúde lançadas em Encargos Financeiros do Estado e demais fundações e autarquias. Ainda quanto às contribuições ao IPE Saúde, foram acrescidos R\$ 81,4 milhões, apropriados como gastos em ASPS, contabilizados em outros recursos não vinculados à saúde referentes à assistência à saúde dos servidores dos demais poderes e órgãos da Administração Direta.

Ainda, no mesmo grupo de despesas e no Recurso 006, constatou-se a quantia de R\$ 23,0 milhões constituída por contribuições previdenciárias calculadas sobre a folha de pagamento de inativos. Foram também adicionados R\$ 271,3 milhões aos gastos com ações e serviços públicos de saúde relativos à cobertura do déficit no pagamento das aposentadorias e pensões de servidores da Secretaria da Saúde, contabilizados nesse Recurso, no Projeto 8323 - Complementação Financeira.

Essas despesas, embora incluídas nos cálculos foram objeto de pedido de esclarecimento junto ao Governo do Estado, para verificar a possibilidade de apropriação na aplicação em ASPS. No entanto, para o CES, não são aceitas tais despesas pelo entendimento de que são controversas e não estão adequadas ao que preconiza a Lei n. 141.

Nesse contexto, o próprio TCE no Relatório e Parecer Prévio sobre as contas do Governador de 2016, aponta que as despesas com o pagamento da folha de pessoal ativo de outros órgãos do Estado fora da Secretaria da Saúde, e não vinculados ao SUS, devem ser esclarecidos com a finalidade de verificar os critérios adotados pelo Órgão para identificação e apropriação destas despesas em ASPS, haja vista a dificuldade em identificar as atividades desenvolvidas pelos servidores de outros órgãos cuja remuneração foi apropriada como tendo sido realizada efetivamente em ações de saúde. Exemplo disso são as ações destinadas exclusivamente aos policiais militares, civis e inativos dessa Corporação que não atendem ao

princípio da universalidade e igualdade, não se enquadrando, portanto, como gastos em ASPS, como preconiza a LC n. 141/2012.

Outro item, mencionado na Informação, diz respeito às despesas com o pagamento de inativos e pensionistas e respectivos encargos sociais, recomendando a Procuradoria-Geral do Estado (PGE) pleitear junto ao Supremo Tribunal Federal a inconstitucionalidade de Lei Complementar n. 141/2012, haja vista o entendimento de que essa norma veda o aproveitamento das despesas com o pagamento de assistência à saúde de servidores públicos do Estado, bem como, o pagamento de aposentadorias e encargos sobre a folha de inativos e pensionistas da Secretaria da Saúde, descritas como “controversas” e que foram aproveitadas junto aos gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), tendo culminado com o atendimento dos gastos com a saúde, embora, na concepção da PGE, carecessem de medida legal, cabível e concreta. Isso acaba por reforçar o entendimento do CES em relação aos gastos controversos.

A metodologia de cálculo ainda não é consenso pelo conjunto de instâncias de controle da execução, assim divergindo CES, SES, TCE, Secretaria da Fazenda e PGE. Outro aspecto que merece análise são os fluxos dos recursos no SUS e o funcionamento do Fundo Público de Saúde. Então para analisar os dados do Rio Grande do Sul, optou-se por construir o Tabela 02, um comparativo resumido da receita líquida de impostos, das despesas próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde e do cálculo mínimo aplicado pelo Governo do estado do Rio Grande do Sul, de 2012 a 2017, o que se permite visualizar melhor os resultados. A fonte do quadro é uma síntese das Resoluções 04/2016, 08/2016, 10/2016, 05/2018 e 06/2018 do CES-RS e os dados do Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal no SIOPS do estado, capturado em 08/07/2018. Utilizaram-se vários documentos para o esclarecimento da metodologia de cálculo⁸⁸.

⁸⁸ Na metodologia de cálculo, foram utilizados o Relatório e o Parecer Prévio Sobre as Contas do Governador do Estado Exercício de 2016; a Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS); a Nota técnica 06/2012 do CONASS de 14 de fevereiro de 2012, a Lei Complementar n. 141, 13 de janeiro de 2012, a Regulamentação da EC 29/00; o Relatório da Comissão de Financiamento e Orçamento (COFIN) do CNS de 13 de janeiro de 2012, com os destaques, comentários e questionamentos preliminares sobre a Lei Complementar n. 141.

Tabela 2 - Resumo comparativo da receita líquida de impostos e transferências, das despesas próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde e do cálculo mínimo aplicado pelo Governo do estado do Rio Grande do Sul – 2012-17

ANOS	RLTI (R\$)	VALORES PARA CUMPRIR 12% CONFORME LC N. 141 (R\$)	VALORES APLICADOS PELA SES EM ASPS, CONFORME CES (R\$)	PERCENT. TOTAL APLICADO DA RLTI EM ASPS, CONFORME CES ¹	PERCENT. MÍNIMO EM ASPS INFORMA DO PELA SES NO SIOPS
2012	20.272.115.829,72	2.432.653.899,56	1.328.077.896,31	6,55	9,71
2013	22.819.647.994,85	2.738.357.759,38	2.420.374.935,04	10,60	12,47
2014	24.788.491.948,22	2.974.619.033,79	2.208.155.736,81	8,91	12,72
2015	26.256.701.336,81	3.150.804.160,42	1.922.494.303,15	7,32	12,20
2016	29.176.431.353,40	3.538.931.251,13	2.132.965.805,38 ⁽²⁾	7,31 ⁽³⁾	12,12
2017	30.841.560.548,48	3.700.987.265,81	2.082.542.260,88 ⁽⁴⁾	6,75 ⁽⁵⁾	12,24

FONTE: Sistematizado pela autora a partir das Resoluções 04/2016, 08/2016, 10/2016, 05/2018 e 06/2018 do CES/RS, Demonstrativos da Lei de Responsabilidade Fiscal no SIOPS, capturado em 08/07/2018.

- (1) Percentuais calculados pelo CES aplicado RLTI em ASPs, excluindo as despesas consideradas controversas.
- (2) O CES não concorda com o valor aplicado em 2016 em ASPs e informado pela SES.
- (3) O CES rejeitou o RAG 2016, por não cumprir o percentual mínimo de 12%, conforme ata da 16ª Plenária Ordinária, em 27/09/2018, mas a Resolução 05/2018, ainda não foi publicada
- (4) O CES não concorda com o valor aplicado em 2017 em ASPs e informado pela SES.
- (5) O CES rejeitou o RAG 2017, por não cumprir o percentual mínimo de 12%, conforme ata da 16ª Plenária Ordinária, em 27/09/2018, mas a Resolução 06/2018, ainda não foi publicada.

Como já foi mencionado anteriormente a Lei Complementar 141 foi promulgada em 13/01/2012, dessa forma, não poderia ter reflexos na execução daquele ano, pois o orçamento de 2012 já tinha sido aprovado em meados de 2011. Com isso, o previsto era de a partir de 2013 fosse possível identificar um aumento de recursos.

Conforme evidencia-se pelos dados apresentados no Quadro 4, os percentuais mínimos aplicados da RLTI em ASPs, conforme o CES e, dessa forma, excluindo do cálculo as despesas controversas, o percentual mínimo definido pela LC 141 não é cumprido em nenhum ano da série histórica de 2012 a 2017. Nesse período, o ano de 2013 apresentou o melhor percentual, mas o que não se manteve nos anos seguintes. Justamente ao contrário, os percentuais foram caindo, com o menor desempenho em 2017. Esse resultado também poderia ser esperado, pois a crise financeira que perpassa todos os níveis interfederativos tem se agravado e, no último ano foi a mais sentida, independentemente de ter ou não cálculos de despesas controversas. Essas informações serão essenciais para a análise no próximo capítulo, visto que demonstra os valores aplicados para cumprir a Lei Complementar 141.

Em relação ao governo federal no Conselho Nacional de Saúde (CNS), no ano de 2018, nada consta em resoluções que trate da avaliação do Relatório Anual de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde de 2017. Entretanto, no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) o gasto em saúde informado pelo Ministério foi de 15,77%. O RAG do MS relativo ao ano de 2016 não foi aceito pelo CNS, e a resolução não está publicada no site, por não ter aplicado o percentual mínimo em ASPS. Entretanto, no SIOPS, o percentual informado pelo MS foi de 14,70% naquele ano. Nos demais, também não foi possível localizar as resoluções que tratam do assunto.

3.5.4 Os fluxos dos recursos e o Fundo Público de Saúde

A Portaria n. 204 de 29 de janeiro de 2007⁸⁹ do Ministério da Saúde cria os blocos de financiamento e regulamenta tanto o financiamento quanto a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, assim como, seu respectivo monitoramento e controle. Então, os recursos federais destinados a esse fim passaram a ser organizados e transferidos para estados e municípios e são constituídos por componentes de acordo com as especificidades de suas ações e serviços de saúde pactuados. Os seis blocos de financiamento estavam definidos, até dezembro de 2017, como atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento.

A APS recebe recursos do gestor federal em duas modalidades: Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável. O PAB fixo é um valor que só se altera conforme a população do município, e o PAB variável são diferentes incentivos⁹⁰ que devem ser captados pelos gestores e que se modificam de acordo com a implementação de ações e/ou de programas, com o desempenho do gestor e da sua equipe. Seus respectivos componentes são: saúde da família; agentes comunitários; saúde bucal; incentivo – povos indígenas; incentivo – sistema

⁸⁹ A Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017, consolidou as normas sobre financiamento. Aqui, vale esclarecer-se que o texto dessa portaria foi revogado pela Portaria do MS n. 2.048/2009, que aprovou e estabeleceu o regulamento do SUS. O efeito legal desse regulamento foi prorrogado, por diversas vezes, até 5 de março de 2013, pela Portaria do MS n. 373/2012, mesmo tendo sido publicado o Decreto n. 7.508 em 2011, que regulamenta o SUS e dispõe sobre sua organização.

⁹⁰Os incentivos são recursos para ações que servem como indutores de determinadas práticas, conforme as estratégias definidas pelo gestor federal e/ou estaduais.

penitenciário; incentivo – saúde do adolescente –; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e outros.

A Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é também constituída por dois componentes. O primeiro é o limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) o outro é o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

O bloco da Vigilância em Saúde que tem por objetivo a observação e a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Seus componentes são: vigilância e promoção da saúde e vigilância sanitária.

A Assistência Farmacêutica possui três componentes: o básico, que são medicamentos e insumos essenciais destinados a assistência a doenças e agravos mais prevalentes; o especializado, que são medicamentos para a assistência integral à saúde, destinados à implementação das linhas de cuidado, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e, por fim, o estratégico, que são os medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias, destinados ao tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas como o HIV/AIDS, a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras.

O bloco da Gestão também apresenta dois componentes relacionados com a qualificação da gestão do sistema, portanto, que são componentes e funções estruturantes do SUS, e a implantação de ações e serviços de saúde, particularmente nas áreas de saúde mental, urgências e emergências, formação, dentre outros.

O último bloco é o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático fundo a fundo, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto encaminhado ao Ministério da Saúde pelo ente federativo interessado.

A regra não permitia aos entes federativos o uso e a transferência de recursos entre os blocos, que não para o motivo pelo qual os receberam. Isso, segundo os gestores, mas não somente, teve como resultado um volume considerável de recursos parados em contas⁹¹. Por pressão dos gestores foi publicada a Portaria do Ministério n 3992, de 28 de setembro de 2017, que trata de novos procedimentos para repasse de recursos destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, alterando a forma de repasse dos recursos em 2 blocos ao invés dos 6.

Importante reforçar que desde a Portaria n. 204/2007, os blocos de financiamento sempre se caracterizaram por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos 5 blocos de custeio, exceto o Bloco de Investimento, que se caracterizava por ter contas correntes vinculadas a cada projeto, evitando confundir com convênios. A forma de transferência de todos os recursos financeiros para custeio passa a ser em uma única conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento.

A característica orçamentária sempre esteve presente nos grandes grupos de funcionais programáticas que delineavam cada um dos blocos de custeio, ou seja, atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS. Só analisando o grupo da atenção básica, observando os planos de trabalho anteriores que eram 21 agora passaram para 4, portanto, piso da atenção básica (PAB) variável, agentes comunitários de saúde, custeio da atenção à saúde bucal e PAB fixo. Isso representa que todos os demais incentivos serão incluídos aqui, tais como\; consultório de rua, unidades básicas fluviais, núcleo de apoio ao saúde da família (NASF), programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ), saúde da família e os demais diluindo-se no bloco de custeio e/ou mesmo se pensar os 4 eixos residuais.

Esses grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde (PAS). Os recursos em conta devem atender ao que foi pactuado pelos entes federativos e consignados, particularmente nos Planos Estaduais e/ou Municipais de Saúde e, também na PAS, sendo a prestação de contas feita através do Relatório Anual de Gestão. Assim sendo, a lógica reforça a utilização dos instrumentos de gestão para o controle. Caso exista saldo o gestor

⁹¹ Este assunto será melhor detalhado no capítulo desta tese

poderá utilizar conforme as necessidades da área. Outra estratégia possível será a utilização dos recursos da conta para pagamento de compromissos outros e depois devidamente compensados.

A Portaria separa absolutamente e de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro. Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas, era justamente essa flexibilidade que era pleiteada pelos gestores. Entretanto, é fundamental que se registre que esta mudança exigirá das áreas técnicas e ações programáticas o monitoramento e avaliação das ações pactuadas, implicando por outro lado, em uma dificuldade ainda maior para acompanhamento pelos Conselhos Municipais, demandando um esforço para auxiliar e instrumentalizar o controle social para tais mudanças.

Como o período deste estudo trata de uma série histórica de 2012 até 2017, a lógica que será utilizada aqui ainda será a dos seis blocos. Então, os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento eram transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo⁹², em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos, não podendo ser transferidos para outros.

Sob outra perspectiva, é essencial a compreensão do que são consideradas as Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) como forma de controle dos gastos. A discussão sobre o percentual mínimo aplicado em ASPS não é tranquila para nenhuma esfera interfederativa, embora a lei seja clara nesse sentido. Portanto, os gastos mínimos em cada esfera de governo devem ser acompanhados.

Uma ampla gama de problemas determina a capacidade de resposta dos serviços de saúde no caso brasileiro. E muitas delas se mantêm atuais, portanto ao lado da:

[...] falta de dinheiro; do uso político clientelista das políticas de saúde por parte das esferas federal, estaduais e municipais; das disputas entre os diferentes ministérios sociais por recursos financeiros; da intensa campanha neoliberal para desmoralizar qualquer ação competente por parte do setor público; da ausência de uma legislação adequada à importância das políticas sociais no interior dos governos e da frágil estrutura tributária dos governos municipais, que convivem com uma grande retração dos gastos federais e estaduais no setor; convivemos com uma profunda crise de falta de eficácia e

⁹² O fundo é um mecanismo de gestão instituído pelo poder público e trata-se de uma opção para administrar recursos permitindo aos gestores atuarem de forma mais ágil e seletiva (REIS, 2016).

efetividade dos serviços de saúde, públicos e privados (MERHY In: TEIXEIRA, 1998, p.1).

Essa discussão sobre a suficiência de recursos e/ou sobre a qualidade do gasto atravessa o sistema de saúde em todos os seus níveis de atenção. Embora não exista uma única resposta ou um único viés de análise, é importante a reflexão sobre o tema, particularmente em momentos de crise como o atual, o que impõe um uso o mais adequado possível dos recursos.

O financiamento sugere eficiência e eficácia nos gastos, captação e mobilização dos recursos, com a expectativa de retorno na medida em que o objeto proposto é atingido. A eficiência é um princípio incluído por meio da Emenda Constitucional (EC) n. 19, publicada em 5 de junho de 1998. Ela trata do dever de se utilizarem os recursos disponíveis de modo econômico e de forma que alcance, com os custos previstos, os maiores benefícios possíveis, atendendo os requisitos de especificidade e qualidade (BRASIL, 2007).

Uma das críticas feitas ao fluxo era a de que, ainda que os recursos fossem passados fundo a fundo⁹³, eram “carimbados” pelos blocos de financiamento e por ações específicas definidas previamente a seu desenvolvimento e, dessa forma, não garantiam a autonomia dos municípios na aplicação livre dos recursos em nível local e, portanto, a sua melhor utilização na lógica desse ente interfederativo (MARQUES; MENDES, 2007). Essa realidade foi alterada, a partir de janeiro do corrente ano, pela Portaria n. 3.292, que disciplina o repasse e a utilização de recursos mais livremente. No entanto, resta saber, se abertura dos blocos de financiamento e as dificuldades inerentes ao controle financeiro e orçamentário da execução pelos órgãos fiscalizadores e o controle social no SUS poderão apresentar um melhor padrão de uso dos recursos com resultados diretos na saúde da população.

Contudo, é preciso considerar-se a necessidade de integração executiva das ações e serviços de saúde no sentido de mobilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados e dos municípios para a prestação de assistência à saúde da população. Isso deverá acarretar a melhoria da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a mais adequada organização das ASPS, evitando, assim, a duplicidade de meios para fins idênticos e, ao mesmo tempo, garantindo uma direção única de comando em cada esfera de governo.

⁹³A Lei n. 14.368, de 25 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE), n. 228, de 26 de novembro de 2013, dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde, e o Decreto n. 51.054, de 19 de dezembro de 2013, aprova o seu regimento interno.

No Brasil, o Fundo Público adotou um ajuste limitado, seja no padrão de financiamento do Estado em geral, seja na contribuição para a ampliação dos gastos das políticas sociais. Ele exerce, dentre outras funções na economia capitalista, a garantia de um conjunto de políticas sociais que asseguram direitos e permitem também a inserção das pessoas no mercado de consumo e afiança vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, além de subsídios e renúncias fiscais (SALVADOR, 2010).

Fundo Público é uma modalidade de gestão de recursos e não uma pessoa jurídica. É uma unidade gestora dos recursos orçamentários e financeiros destinados a atender as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pelo Estado, tal como previsto na Seção II, Capítulo II, Título VIII, da Constituição da República Federativa do Brasil e legislação complementar. Os recursos financeiros do Fundo Estadual da Saúde (FES) são relativos ao ingresso de receitas para ele ou para a Secretaria da Saúde destinados nas formas da lei. A gestão financeira e orçamentária dos recursos do FES é executada por intermédio de uma junta de coordenação financeira e orçamentária, integrada por três membros, sob a supervisão direta do Secretário da Saúde.

OS recursos do Fundo de Saúde devem ser definidos no orçamento do município ou do estado em consonância com os respectivos planos de saúde aprovados pelos conselhos de saúde. Estes devem estar de acordo com as metas que o governo pretende atingir no próximo exercício (BRASIL, 2007). Dessa forma, a programação financeira deverá ser feita pela Secretaria de Saúde, estimando os recursos necessários para pagamento das despesas, observadas as fontes orçamentárias e as disponibilidades financeiras, bem como o controle do ingresso de recursos no fundo. A programação financeira do Fundo de Saúde, e as receitas próprias destinadas a ele, de acordo com a EC n. 29/2000, devem ser repassadas mediante cronograma específico e acordado entre as Secretarias de Finanças, Fazenda e Saúde, com as especificações das respectivas fontes para essa finalidade.

As disputas pelos recursos financeiros não ocorrem somente no Governo Federal, mas reproduzem-se nos outros entes federados. Essas disputas acontecem por diferentes interesses e/ou interesses conflitantes (REIS, 2016). O Fundo Especial, caso em que se classificam os Fundos da Saúde⁹⁴, constitui-se em exceção ao chamado princípio da unidade de tesouraria,

⁹⁴ Os fundos especiais de natureza contábil e/ou financeira, não dotados de personalidade jurídica, previstos nos artigos 71 a 74 da Lei 4320 de 17 de março de 1964, criados no âmbito de qualquer dos Poderes, devem apresentar o código 120-1 na tabela de natureza jurídica. Suas características encontram-se descritas na nota explicativa, destacando-se que esses fundos públicos de saúde não são dotados de personalidade jurídica.

que é a base da gestão por caixa único, como consta no art. 56 da Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964, que dispõe sobre as normas gerais de Direito Financeiro aplicadas a todas as esferas governamentais e em vigor até o momento, portanto, não concorrendo com outros órgãos, pelo menos no que diz respeito à receita federal.

Isso se traduz no fato de que quem tem o poder de decisão dos fluxos, da liberação e dos usos dos recursos financeiros, quando o Fundo não se separa do caixa único, são as Secretarias Estaduais ou Municipais da Fazenda. Nessa lógica, implica que mesmo existindo percentuais mínimos a serem executados⁹⁵, bem com as ASPS definidas e aprovadas pelos Planos Estaduais e/ou Municipais de saúde, essas secretarias têm disputado os recursos com outras políticas sociais e, mesmo, com outras áreas do governo. Nessa perspectiva, a área da saúde tem se tornado refém dessa lógica.

É preciso considerar-se, ainda, que tal situação contraria o que está expresso nas características do funcionamento dos Fundos Públicos de Saúde. Estes acabam se traduzindo, a bem da verdade, em simples contas contábeis (REIS, 2016), não lhes sendo reservada ou garantida a autonomia administrativa e financeira que podem ser previstas na legislação de criação dos mesmos. Ao fim e ao cabo, os fundos transformaram-se em unidades apenas executoras de pagamentos, e isso, na medida em que os recursos são repassados pelo caixa único. Os Fundos Públicos meramente contábeis são criados para gerir recursos vinculados, não possuindo personalidade jurídica, receita e nem patrimônio próprios.

A CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM) esclarece que o Ministério da Previdência Social (MPS) exige que os fundos públicos tenham CNPJ diverso do município, conforme preconizado pela Lei nº 9.717/1998, que define a natureza das unidades gestoras para emissão de Certificado de Regularidade Previdenciária. No Brasil, o fundo público adotou uma conformação limitada, seja no padrão de financiamento do Estado em geral, seja na contribuição para a ampliação dos gastos das políticas sociais.

Na análise do gasto social do governo central, do período de 2002 - 15, realizada pelo Tesouro Nacional, constatou-se que o principal item de gasto com saúde dizia respeito ao atendimento ambulatorial, hospitalar e emergencial, variando em torno de uma média de 44,0% de todas as despesas com saúde (BRASIL, 2015). Esse resultado ratifica a inversão do modelo assistencial preconizado, com a valorização do cuidado em outra lógica, descaracterizando os

⁹⁵ Os recursos, aqui, tratam-se de receita própria de cada esfera interfederativa, definida pela EC n. 29/2000.

atributos de longitudinalidade e integralidade da atenção, conforme pode ser acompanhado pelos dados da Tabela 03, apresentada a seguir.

Tabela 3 - Indicadores escolhidos no SIOPS – Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do estado do RS por habitante, Subfunções vinculadas da Atenção Básica (2.21) e da Atenção Hospitalar e Ambulatorial do RS (2.22), de 2012-17

ANOS	DESPESA TOTAL COM SAÚDE SOB A RESPONSABILIDADE E DO ESTADO POR HABITANTE	SUBFUNÇÃO VINCULADA ATENÇÃO BÁSICA	SUBFUNÇÃO ASSIST. HOSPITALAR AMBULATORIAL
2012	396,48	7,17	37,38
2013	331,77	10,78	56,80
2014	369,11	5,48	59,01
2015	372,12	5,12	57,08
2016	393,02	6,61 ¹	54,67 ²
2017	407,97	5,87 ³	58,86 ⁴

Fonte: SIOPS, Ano-Base: 2012 a 2015, valores relativos ao 6º Bimestre, UF: Rio Grande do Sul – RS. Código: 43

(1) O percentual não foi informado no SIOPS, por isso foi retirado do RAG 2016; (2) O percentual não foi informado no SIOPS, por isso foi retirado do RAG 2016; (3) O percentual não foi informado no SIOPS, por isso foi retirado do RAG 2017; (4) O percentual não foi informado no SIOPS, por isso foi retirado do RAG 2017.

O que os dados do Quadro 5 mostram é que a despesa total com saúde sob a responsabilidade do RS por habitante, na série histórica, apresentou uma tendência com pequeno aumento a cada ano, com exceção do ano de 2013, que reduziu e foi justamente quando foi o maior percentual de recursos aplicados na subfunção atenção básica. O que se constata pelos dados é que exceto os anos de 2012 e 2013, os percentuais de gasto nessa subfunção não oscilaram muito permanecendo numa média de 5,77, no ano de 2013 foi desenvolvido um trabalho com os municípios ampliando o cofinanciamento estadual. Portanto, era de se esperar que o desempenho de 2013 continuasse como repercussão da Lei n. 141. No entanto, o que se observa pelos dados do quadro é um aumento exponencial da subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Foi essa subfunção que absorveu o aumento de despesa a partir de 2012 e que vem progressivamente aumentando. Isso reforça que se o modelo de atenção não for alterado em um breve espaço de tempo o estado não conseguirá arcar com essa despesa, precisando incluir o custeio da máquina e pessoal.

De fato, o País vive, há tempos, intensos conflitos por recursos financeiros para assegurar uma política pública universal da saúde. A dinâmica no processo de financiamento

do SUS se por um lado, sugere que dois dos objetivos da EC nº 29/2000 podem ter sido atingidos, ou seja, a garantia de alocação de recursos por meio do estabelecimento de pisos (limites mínimos) obrigatórios e a ampliação dos recursos aplicados por estados, Distrito Federal e municípios, por outro, evidencia que essas esferas de governo, principalmente a municipal, esgotaram as possibilidades de alocação adicional de recursos próprios para o financiamento do SUS diante de outras obrigações constitucionais que devem cumprir, tais como: educação, cultura, esportes, mobilidade urbana, dentre outros. Essa dinâmica também está sendo avaliada neste estudo.

Sob tal perspectiva a garantia do direito fundamental à saúde, bem como os demais direitos sociais, enfrentam dificuldades de financiamento em momentos de desequilíbrio das contas públicas (VIEIRA, 2016). Assim, é oportuno compreender o financiamento no contexto de ajuste fiscal.

3.5.5 O financiamento em saúde no contexto de ajuste fiscal

O País experimenta um período de crise econômica, discussões direcionadas outra vez para o corte e/ou diminuição de gastos públicos, particularmente dos gastos sociais, pela tese “reinventada” de que o Estado, no Brasil, está superendividado em razão do alto custo das políticas sociais universais e que adiante disso, o Estado custeia um modelo de Seguridade Social luxuoso e paternalista. Reaparece no cenário econômico uma conclamação teórica mais conservadora que propõe em sua agenda a diminuição do custeio público de vários bens sociais, dentre os quais a saúde pública, a fim de tornar o Estado financeiramente equilibrado. Nesse contexto, a solução proposta passa pela limitação de despesas (QUEVEDO et. al., 2017).

A Emenda Constitucional n. 86/2015 inseriu um dispositivo na Constituição Federal “[...] com resultado negativo para o planejamento e a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, agravando o processo de subfinanciamento do SUS (FUNCIA, 2017, p. 34). Essa EC do orçamento impositivo estabelece a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais em 0,6% da Receita Corrente Líquida aplicadas para a saúde, o que implica que parte dos recursos poderão ser utilizados com base em interesses de redutos eleitorais.

A EC n. 95, que também ficou conhecida como a Emenda do Teto de Gastos, estabelece um novo regime fiscal, instituindo uma regra para as despesas primárias do Governo Federal com duração de 20 anos, ou seja, até 2036, mas com possibilidade de revisão em 10 anos (MENDES, 2017). Nessa nova regra, o gasto primário do Governo Federal fica limitado a um teto definido pelo montante gasto do ano anterior reajustado pela inflação acumulada medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Dessa forma, o novo regime fiscal implica um congelamento real das despesas do Governo Federal, o que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao PIB e ao número de habitantes (devido ao crescimento da população ao longo dos anos). Isso significa que, de acordo com tal regra, os gastos públicos não vão acompanhar o crescimento da renda e da população.

A motivação para a promulgação da EC n. 95/2016, cuja proposta de emenda constitucional (PEC) foi encaminhada pelo Governo Federal ao Congresso Nacional em meados de junho/2016 e tramitou na Câmara dos Deputados como PEC n. 241 e no Senado como PEC nº 55, foi a necessidade de reduzir o déficit primário (diferença negativa entre as receitas primárias e as despesas primárias) por meio de um ajuste fiscal concentrado na redução das despesas primárias nos próximos 20 anos e sem medidas para aumentar a receita como revisão tanto da regressividade tributária como da renúncia fiscal. Portanto, o objetivo último desta medida é gerar superávit primário para financiar as despesas financeiras que, diferentemente das primárias, não terão nenhuma limitação até 2036 e também não serão auditadas (MENDES, 2017).

Em síntese, o Brasil está submetido a um “pacto” da austeridade, ou seja, a uma política de longo prazo fundada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado em suas funções de indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social. Nessa lógica, os recursos públicos para a garantia dos direitos sociais como saúde, educação, previdência e assistência social estão comprometidos. Com isso, transfere-se responsabilidade para o mercado no fornecimento de bens e serviços sociais, demonstrando a transformação de direitos sociais em mercadorias. Muitas são as evidências sobre o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas, assim como sobre as medidas que podem mitigar os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde (VIEIRA, 2016).

As evidências a respeito dos efeitos negativos das crises econômicas e das medidas de austeridade para o bem-estar das populações e, nessa perspectiva, para a recuperação do crescimento econômico, fazem contraponto aos resultados obtidos por países que, ao invés de cortarem gastos, decidiram poupá-los, preservando as políticas de proteção social (STUCKLER, BASU, 2014). Essas questões são temas da atualidade e têm desafiado a consolidação de uma proposta clara de como, nos próximos anos, o Estado brasileiro atenderá a saúde da população. Isso constatado, a redução da aplicação de recursos não traz a fiança de que os recursos existentes na saúde apresentam qualidade no gasto e tampouco que as garantias do direito à saúde da população brasileira sejam mantidas e viabilizadas na lógica pretendida quando da realização do pacto social e das conquistas e garantias de direitos individuais e coletivos, que almejavam promover uma ampla cobertura da seguridade social.

Essa política de seguridade tornou-se uma das maiores propostas de proteção social de todo o mundo, mas não se concretizou por completo, ainda mais agora, diante do recrudescimento da ofensiva neoliberal no País. Com o desmonte do financiamento das políticas sociais, em particular a da saúde, como foco deste estudo, seus avanços estão ameaçados.

Através desse ajuste fiscal que está em curso desde 1993, o qual prioriza a realização de superávits primários para o pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública, o Governo Federal está se apropriando das contribuições sociais destinadas à seguridade social. O desfinanciamento das políticas sociais e da saúde, em particular, acaba por liberar esses recursos para os condutores das políticas econômicas atenderem aos interesses do capital (SALVADOR, 2018). Isso tem sido sustentado pelo discurso dos déficits para justificar contrarreformas, rediscutindo o papel do Estado na área social.

O ajuste fiscal no contorno sugerido pelo Governo é recessivo e retarda o processo de crescimento econômico, com prejuízo para as condições de vida da maioria da população, especialmente como decorrência do desemprego e da queda dos níveis de renda (MENDES, 2017). As medidas de austeridade estão relacionadas à adoção de políticas que exigem grande sacrifício da população, seja porque aumentam a carga tributária, seja pela implementação de políticas que restringem a oferta de bens e serviços públicos, com cortes de despesas afetando de forma importante os estratos mais vulneráveis da população (VIEIRA, 2016).

Essa perspectiva remete à análise necessária de como os recursos cativos do cofinanciamento estadual da saúde estão sendo executados no Rio Grande do Sul, no âmbito da

APS. O exame sobre dispêndios realizados, a partir dos registros contábeis⁹⁶, classificados por natureza da despesa, dos vínculos 4011 e 4090 do MGS, pelo conjunto de municípios definidos na amostra deste estudo, ao longo do período na série histórica proposta, poderá ser analisado sob diferentes aspectos no próximo capítulo.

Serão também avaliadas as falas dos agentes políticos envolvidos nas audiências públicas da Comissão Especial da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, que trataram da “Sustentabilidade Financeira do SUS e da participação dos Entes Federados”, a partir de uma base de análise temática e das categorias que desse processo emergirem, alicerçadas no referencial teórico e epistemológico, já desenhado. Será feita a triangulação dos dados, procurando a convergência entre o quantitativo e o qualitativo, possibilitando o avanço com os achados da pesquisa e responder à questão de pesquisa, ao ter como referencial fundamental o cenário de crise econômica e financeira pelo qual, na atualidade, passam as unidades federativas brasileira, como ocorre à condução dos sistemas municipais de saúde na Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre. O escopo do próximo capítulo pretende buscar a relação entre financiamento, gasto, gestão e seus dilemas no SUS, com ênfase na centralidade do dilema gestão e financiamento.

⁹⁶A contabilidade pública trata da escrituração das rendas e gastos públicos de entidades com personalidade jurídica de Direito Público.

4 A INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE E SEUS DILEMAS

Neste capítulo, pretende-se responder ao problema de pesquisa e às questões norteadoras, bem como aos seus objetivos. Nessa direção, sustenta-se que deve existir a indissociabilidade entre a dimensão técnica (modelo de atenção), a dimensão política (modelo de gestão) e a dimensão econômica (modelo de financiamento) para o Sistema Único de Saúde brasileiro. Para tanto, apresenta-se o substrato metodológico como forma de delimitar como serão abordados e apresentados os achados da pesquisa.

Também se almeja assinalar as contradições entre o discurso dos sujeitos sociais presentes na arena dessa temática e suas práticas, seus projetos em disputa, pautando as discussões quanto aos dilemas para a consolidação do SUS. Assim, recorre-se à análise quantiqualitativa simultaneamente, ilustrando as categorias que emergiram da análise qualitativa em contraponto com os resultados quantitativos.

Estabelece-se uma linha lógica para avaliar a condução dos sistemas municipais de saúde que passa pela captação de recursos, enfatizando-se a gestão financeira dos municípios na perspectiva da APS, demarcando-se a suficiência de recursos para o escopo estudado, bem como a composição e a qualidade do gasto, em busca de uma correlação entre receita, despesa, saldo e o resultado dos indicadores escolhidos para a pesquisa.

Por fim, o capítulo está estruturado em três partes. A primeira contém o substrato metodológico que especifica e qualifica o percurso metodológico escolhido para a pesquisa apresentado no capítulo introdutório desta tese. A segunda trata os resultados propriamente ditos nas perspectivas quantitativa e qualitativa, os quais pretendem oferecer o fio condutor da análise dos dados, caracterizando-se pela abordagem das contradições existentes na execução da Política de Saúde. Analisa-se a condução dos sistemas municipais de saúde, que representam a amostra do estudo, principalmente sob a perspectiva da gestão financeira e da garantia de acesso. A terceira parte procura estabelecer os argumentos para demonstrar que deve ser buscada a indissociabilidade entre atenção, gestão e financiamento, pautada pelo postulado de coerência de TESTA (1992).

4.1 SUBSTRATO METODOLÓGICO

A divisão da SES/RS no estado dá-se sob três dimensões. Primeiramente em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, estrutura administrativa da Secretaria, ou seja, a representação e a extensão de suas competências no nível regional e a interlocução com o nível local, os municípios e seus trabalhadores. Em outra dimensão, estão a descentralização, a hierarquização e a regionalização, que se distribuem em 30 regiões de saúde. A terceira dimensão também se refere à regionalização, apresentando uma divisão por macrorregiões que, no RS, são em número de sete: Metropolitana, Missioneira, Cento Oeste, Norte, Sul, Serra e Vales. Essa taxonomia foi ratificada pela Resolução CIB/RS n. 188/18 que trata do Planejamento Regional Integrado (PRI).

Para efeitos desta pesquisa, optou-se por uma dimensão geográfica, como amostra, com recorte macrorregional, considerando-se a regionalização da SES/RS, pois se supõe que, a partir da análise de uma macrorregião, seja possível generalizar as conclusões para o estado como um todo. Sendo assim, elegeu-se a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre, que congrega sete regiões de saúde, conforme constatado a partir das informações contidas no Quadro 05, posto que essa macrorregião é composta por 89 municípios, contemplando uma população de 4.930.075 habitantes, correspondendo a 41,36% da população total do estado. Ela abrange três Coordenadorias Regionais de Saúde, ou seja, a 1ª CRS (regiões 6, 7 e 8), 2ª CRS (regiões 9 e 10) e a 18ª CRS (regiões 4 e 5), que se responsabilizam pela interlocução com suas respectivas regiões de saúde.

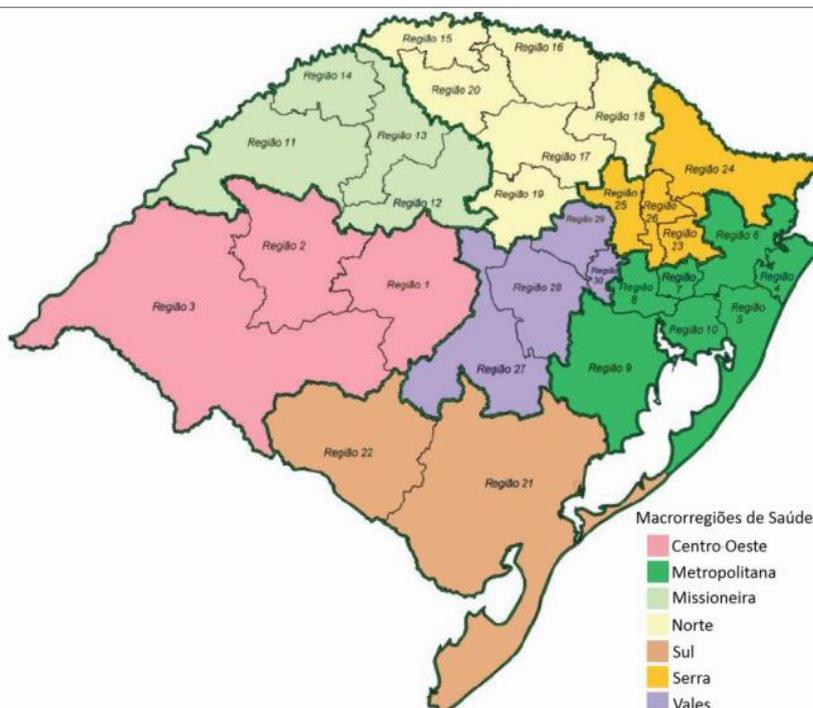
Quadro 5 - Composição da regionalização da Política de Saúde na Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre, segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde, identificação das Regiões de Saúde e número de municípios, nome e população total por Região de Saúde, no RS

CRS	N. DA REGIÃO	N. DE MUNICÍPIOS POR REGIÃO DE SAÚDE	NOME DAS REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO TOTAL
1	6	8	Vale do Paranhana/Costa da Serra	227.980
	7	15	Vale dos Sinos	808.275
	8	18	Vale do Caí / Metropolitana	763.887
2	9	19	Carbonífera / Costa Doce	407.298
	10	6	Capital / Vale do Gravataí	2.349.279
18	4	12	Belas Praias	151.463
	5	11	Bons Ventos	222.598

FONTE: Monitoramento e Avaliação do DAS, SES/RS, 2018.

Na Figura 03, destaca-se a divisão do estado nas 7 macrorregiões⁹⁷ e a composição de suas 30 Regiões de Saúde. A macrorregião escolhida como amostra é a área de cor verde da Figura.

Figura 3 - Divisão das 30 Regiões nas sete macrorregiões de saúde, no RS



FONTE: Assessoria de Planejamento, SES/RS, 2017.

A Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre guarda características próprias de uma região metropolitana, tendo sofrido um intenso processo de urbanização, o que organizou a malha urbana das cidades nesse perímetro. Muitos desses municípios próximos à capital deixaram no passado recente a característica de cidade – dormitório, pois passaram a ter suas respectivas atividades produtivas e geradoras de empregos.

⁹⁷Resolução CIB/RS n. 555/12, que cria as 30 Regiões de Saúde no Estado do RS para atender o preconizado no Decreto n. 7.508/2011, que regulamenta a Lei n° 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS; a Resolução CIT n° 01/2011 estabelece diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde no SUS, nos termos do Decreto 7.508/2011 e da Resolução n° 499/14, CIB / RS, que altera a configuração das regiões 15, 17 e 20.

No que se refere à saúde, a maioria deles é referência de acesso para todo o estado, já que concentram os serviços de alta complexidade. As regiões do Litoral Norte apresentam características importantes, com uma sazonalidade no verão que chega a atender uma população flutuante de aproximadamente 2 milhões de pessoas.

Ao se analisar a condução dos sistemas municipais e seus dilemas, são apresentados os resultados da pesquisa, discorrendo-se sobre a indissociabilidade entre atenção, gestão e financiamento em saúde. Embora se tenha tratado dessas dimensões de forma isolada no Capítulo 3, aqui se pretende demonstrar como ocorre a dinâmica e os reflexos entre elas, sustentando-se a importância da indissociabilidade entre as mesmas.

Nessa perspectiva, elas precisam existir de forma harmônica e simultânea, com destaque para uma relação necessária entre propostas, métodos para alcançá-las e organização, a fim de garantir o postulado de coerência e encontrar estratégias de manutenção dos princípios e diretrizes consignados para o SUS (TESTA, 1992). O papel do Estado mínimo no cenário brasileiro associado a uma crise orgânica exige pensar-se estratégias políticas que realmente garantam os direitos da população, rompendo com a hegemonia de mercado.

Para tanto, é importante considerar-se que a ampliação da base social deve ser levada em conta, e seu desenvolvimento se “[...] processa com o consentimento e apoio de grupos aliados e até mesmo de grupos antagônicos. A ampliação da base social da classe fundamental, através de um sistema de alianças e a conquista de outros grupos pelo consenso, constitui aspectos fundamentais para o estabelecimento de um aparato hegemônico” (GRAMSCI, 1978b, p. 22). Nesse sentido, se as classes subalternas pretendem criar um novo bloco histórico devem desenvolver seu próprio aparato hegemônico, com uma direção política e ideológica própria. Portanto, o primeiro passo seria romper com o sistema hegemônico da classe dirigente e a ideologia dominante (PORTELLI, 1977).

Como se utilizou o método misto, reúnem-se aqui os elementos qualitativos e quantitativos, possibilitando ampliar-se a obtenção dos resultados na abordagem investigativa. Organizam-se e sistematizam-se as respostas às questões norteadoras e aos objetivos, aspectos inerentes à triangulação pretendida das fontes de dados, buscando a convergência entre as duas perspectivas.

Para a análise quantitativa, utiliza tabelas, gráficos e estatísticas descritivas. Assim, a condução dos sistemas municipais de saúde será avaliada segundo os critérios definidos, no

capítulo introdutório, quanto à eficiência, à gestão financeira e à captação de recursos variáveis para a APS no âmbito estadual. Por conta disso, apresenta-se o conjunto de incentivos, como recursos financeiros disponíveis e os captados pela Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre.

Para se avaliar a gestão financeira e a dimensão do financiamento no escopo da APS dos municípios que compõem a amostra, serão apresentadas as receitas, as despesas e os saldos do bloco de financiamento da APS a partir de informações prestadas pelos municípios no MGS. Agregam-se, ainda, dados sobre a reprogramação dentro do próprio bloco e as transferências entre blocos de financiamento autorizadas e pactuadas na CIT, em 2015, e também as bases do novo movimento de reprogramação no estado, em 2017. Apresenta-se a correlação entre receita, despesa e saldo nos vínculos 4011 e 4090 e os indicadores escolhidos para a pesquisa.

Já os dados qualitativos provêm dos registros das falas gravadas em áudio e do Relatório Final da Comissão Especial sobre a Sustentabilidade Financeira do SUS e a participação dos Entes Federados da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Para tanto, os resultados são apresentados a partir da aplicação da técnica de análise de conteúdo. Essa Comissão realizou audiências públicas⁹⁸ também descentralizadas, pelo estado, conforme as regiões funcionais dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Coredes)⁹⁹, com uma ampla participação envolvendo a representação de: gestores dos três níveis federados, Legislativo estadual e municipais, Comissão de Saúde da ALRS, Conselhos de classe profissional, Conselho Estadual de Saúde e municipais, sindicatos, trabalhadores e sociedade civil.

Os resultados do produto dessa análise são expressos de forma categorizada, e o conteúdo demonstrado nas categorias construídas representa o tratamento dos dados e a elaboração do resultado a partir das manifestações dos sujeitos nas audiências públicas

⁹⁸A audiência pública é uma das formas de participação e de controle popular da Administração Pública no Estado Social e Democrático de Direito. Ela propicia ao particular a troca de informações com o administrador, bem como o exercício da cidadania e o respeito ao princípio do devido processo legal em sentido substantivo. Seus principais traços são a oralidade e o debate efetivo sobre matéria relevante, comportando sua realização sempre que estiverem em jogo direitos coletivos (SOARES, 2002).

⁹⁹Os COREDES, criados oficialmente pela Lei Estadual n.10.283 de 17 de outubro de 1994, são um fórum de discussão para a promoção de políticas e ações que visam ao desenvolvimento regional. Seus principais objetivos são a promoção do desenvolvimento regional harmônico e sustentável, a melhoria da eficiência na aplicação dos recursos públicos e nas ações dos governos para a melhoria da qualidade de vida da população e a distribuição equitativa da riqueza produzida, o estímulo à permanência do homem na sua região e a preservação e recuperação do meio ambiente. São 28 regiões e estão estabelecidos na estrutura na Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão.

promovidas pela Comissão. O processo de construção das categorias reveladas na investigação obedeceu aos passos metodológicos apresentados no capítulo introdutório (MACHADO, 1997, 1998).

As categorias iniciais constituíram-se a partir das ideias-chave contidas nos enunciados dos sujeitos e serão apresentadas em contraponto com os resultados quantitativos, tendo sido agrupadas em unidades de contexto mais amplo, compondo as categorias intermediárias e estruturadas, além de considerar as questões norteadoras da pesquisa. Através de um aprofundamento da análise, buscando uma superação, obteve-se um novo reagrupamento mais abrangente e ainda pelo retorno à teoria — para sua adequação no confronto com os dados —, avançando-se para que, num esforço maior de síntese, pudessem emergir as categorias finais, que representam um retorno ao todo, agora acrescido e modificado, com uma outra leitura a partir da prática social obtida pelo processo de pesquisa.

Os resultados estão estruturados de forma inversa ao movimento de construção das categorias de análise, portanto, os tópicos do capítulo, exceto este, constituem-se nas categorias finais da pesquisa. Essa estrutura desde o uso do referencial epistemológico escolhido, acredita-se, atende a triangulação dos dados entre os resultados quantitativos e qualitativos, compondo a análise sobre a tese da tese. No próximo item, trata-se, então, da primeira categoria final que emerge da análise no processo de pesquisa.

4.2 AS CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE: ENTRE O DISCURSO E AS PRÁTICAS PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS (REFORMAS E CONTRARREFORMAS)

As contradições que se revelam e que aqui se pretende tratar despontam pelos conflitos e pelos projetos em disputa ao longo da consolidação do SUS, um sistema público, complexo e que, por isso mesmo, ainda não deu conta de todas as garantias preconizadas na CF de 1988. Na área da saúde, esses projetos expressam as tensões entre as pautas da Reforma do Estado e as da Reforma Sanitária, portanto, de reformas e contrarreformas.

O SUS é um sistema que propõe a universalidade e a equidade, mas, ao mesmo tempo, precisa materializar-se em uma realidade de incomensuráveis diferenças, tanto na questão da dimensão geográfica e suas múltiplas situações, quanto na ausência de uma política de desenvolvimento econômico e social que dê guarida ao conjunto de demandas e tensões por políticas sociais, já que nunca se desenvolveu no Brasil o Estado de Bem-Estar Social tal qual nos países desenvolvidos. E isso tudo ocorrendo em um cenário com “[...] mercados privados dinâmicos e em ascensão, que disputam os recursos do Estado e das famílias, espoliam a

possibilidade de consolidação de um sistema de saúde de fato único e igualitário, reiteram a estratificação e as desigualdades sociais” (MACHADO et al., 2017, p. 5159).

As disputas são constantes, com destaque para os grupos empresariais com interesse na expansão da mercantilização da saúde em geral. Os níveis de atenção secundária e terciária são os maiores beneficiados com a distribuição dos recursos, e vale observar-se o conteúdo do Relatório do Banco Mundial, elaborado a pedido do Governo Federal, denominado “**Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**”, que conclui que o País gasta mais do que arrecada e aloca seus recursos de maneira pouco eficiente, ressaltado pelo economista-chefe do Banco Mundial para o Brasil e também o principal autor do relatório Antonio Nucifora.

Nos meandros da gestão, as práticas comuns assumidas pelos prestadores são de resultados insatisfatórios, tencionando a gestão de tal forma que muitas vezes ela se torna refém e acaba por conceder os pleitos pretendidos. O que é preciso que se entenda é que isso se refere a dinâmica de mercado, assim como a ausência de uma política consistente de monitoramento, controle e avaliação pela gestão. Isso determina a necessidade de romper com os interesses cristalizados e a cultura de que os resultados tanto qualitativos como quantitativos não representam um problema substancial, posto que essa realidade torna ainda mais complexo a garantia dos direitos à saúde.

Por isso, não é possível se concordar com a afirmação pelo representante do CNS de que não existe interesse da iniciativa privada no SUS, conforme argumenta quando trata do cálculo *per capita*, diário do SUS para atender a população “[...] por R\$ 3,00 não haverá ninguém no setor privado disposto a prestar serviço por esse preço” (ALRGS, 2017). Existe o interesse claro do mercado, que tenciona pela oferta e que pelo poder de barganha que possui atinge seus objetivos, conforme pode ser observado pelos dados da Tabela 04.

Os dados da Tabela foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), de alimentação obrigatória e acesso público, e que é um instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional, que determina a aplicação mínima de recursos em ASPS.

Tabela 4 - Inflação anual e acumulada, valores transferidos pela União, despesas de custeio da SES, despesas com pessoal e encargos sociais, percentual de repasses para municípios a título de APS, repasse para AHA pelo Tesouro do Estado e percentual de variação , 2012 - 17

ANO	INFLAÇÃO ACUMULA DA (%)	TRANSFERÊNCIA DA UNIÃO (R\$)	DESPESAS CORRENTES (CUSTEIO) (R\$)	DESPESAS DE PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS (R\$)	VALORES REPASSADOS AOS MUNICÍPIOS (R\$)	REPASSE PARA AHA (R\$) A
2012	5,84	896.143.601	3.259.033.903	895.173.129	305.924.458	808.730.670
2013	5,91	880.333.929	2.356.358.039	1.119.930.167	397.252.769	2.062.292.703
2014	6,41	937.590.355	2.653.933.670	1.216.894.975	226.858.823	2.408.873.412
2015	10,67	866.768.811	2.773.919.704	1.375.673.108	172.455.487	2.373.009.350
2016	6,29	841.362.783	3.025.259.033	1.354.449.392	292.639.232	2.404.919.801.
2017	2,21	799.247.379	3.247.743.642	1.1.315.715.	270.272.434	2.701.498.605
Variação%	44,57	17,86	0,34	46,97	78,34	234,04

FONTE: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal, sistematizado pela autora, 2018.

Os dados do Tabela 04 mostram que o custeio da SES, que envolve despesas para o funcionamento da máquina, embora represente o maior valor de desembolso de recursos em termos de valores, teve a menor variação, ou seja, de 0,34%. As despesas com Pessoal e Encargos sociais foi de 46,97% e apresentaram uma pequena variação acima da inflação acumulada. Os valores de transferências aos hospitais representaram uma variação de 234,04%, enquanto os repasses aos municípios tiveram uma variação de 78%, de qualquer forma, bem acima da inflação acumulada para o período. Mesmo que se trate de um setor que incorpora tecnologias facilmente, existem dificuldades reais de regulação assistencial e de acesso, seja como for “[...] incrementos na inclusão, no acesso, na qualidade exigem cuidado racional com o gasto e combate ao desperdício.” (COELHO, 2016, p.24). Isso significa, portanto, que é preciso o equilíbrio entre receita e despesa, ou seja, a preocupação deve ser com o que e como gastar. Por outro lado, deve-se observar, também, o consenso, a partir de robustas evidências já apresentadas, de que os sistemas de saúde devem se organizar a partir da APS.

Consideram-se ainda contradições as narrativas sobre a sustentabilidade do SUS e as práticas de gestão que atribuem ao financiamento a centralidade e seu maior problema. A representação do CNS na audiência afirma que “[...] a discussão não pode ficar limitada aos chamados problemas de gestão” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Ele avança na análise afirmando que “[...]a saúde sempre é olhada como uma área em que, quanto mais dinheiro se põe, mais vai para o ralo” (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento, mas não só, o que exige dos entes federados a busca pelo incremento da eficiência do Sistema. Corroborando com essa leitura o diagnóstico de que a eficiência¹⁰⁰ média dos serviços primários de saúde é estimada em 63% (ou seja, uma ineficiência de 37%) e que seria possível reduzir os gastos em 23% na saúde primária mantendo os mesmos níveis de resultados. Por outro lado, o aumento da alocação de recursos teria pouca probabilidade de melhorar o desempenho, pois a maior parte dos municípios também apresenta baixa produtividade, o que indica problemas de gestão. Por fim, a ineficiência está concentrada nos municípios menores e aplica-se a uma pequena parcela das despesas de saúde, pois na verdade, as despesas estão concentradas nos

¹⁰⁰A análise utilizada foi a Envolvória de Dados (*Data Envelope Analysis*, (DEA), um método não paramétrico para estimar as fronteiras de produção. Segundo a metodologia DEA, desenvolvida formalmente por Charnes, Cooper e Rhodes (1978), a eficiência é definida como a razão entre produtos (*output*) e insumos (*input*), e a fronteira representa o nível máximo de produtos que pode ser produzido com base nos insumos e tecnologias disponíveis.

grandes municípios (onde vivem mais pessoas) e que são mais eficientes. (BANCO MUNDIAL, 2017).

Para determinar a ineficiência, dentre as variáveis apresentadas, o Banco afirma que ela resulta principalmente da fragmentação do sistema público de saúde. Por isso, A importância da organização da rede de atenção à saúde, pode ser traduzida como a articulação dos pontos de atenção necessários para atender às demandas da população, assim como a clara definição das referências, o papel da APS nesse processo e do processo regulador do Estado. Dessa forma, são inúmeras as variáveis que vão reverberar na qualidade do acesso e da acessibilidade ao SUS, portanto, na saúde da população. Em consequência, exigirá um diálogo amplo, incluindo os três entes federativos, conselhos de saúde, movimentos sociais, sindicatos e muitos outros grupos. Acredita-se que quanto antes o País se debruçar e iniciar esse debate, enfrentando seus problemas, mais cedo será possível transformar essa realidade. E, uma questão central é **Gastar Mais ou Melhor?**

As categorias iniciais da análise de conteúdo que se revelaram no processo de pesquisa estão associadas ao “[...] financiamento e suas múltiplas dimensões (financiamento integrado, subfinanciamento, desfinanciamento) e sua incapacidade de responder as demandas, a necessidade de buscar novas fontes estáveis de financiamento, um financiamento adequado e uma melhor partilha de recursos entre os entes federados” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Não tratam de inverter a lógica de estruturação do sistema, portanto de organizar o SUS a partir das necessidades de saúde da população, de uma atenção organizada para o perfil de transição demográfica e o perfil epidemiológico do País, adotando práticas de gestão que potencializem os resultados. Por isso, é importante responder aos questionamentos feitos durante uma das audiências públicas [...] para que queremos mais recursos para o SUS? Esse questionamento também precisa ser incorporado ao debate. Para quê? Para assegurar a mudança no modelo de atenção, para que a atenção básica seja ordenadora do cuidado e para valorizar os servidores públicos” (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Pretende-se aqui problematizar a gestão e o financiamento para a APS a partir dos resultados da pesquisa, utilizando-se a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre como amostra sob o olhar quanto à condução dos sistemas municipais de saúde, enfatizando a gestão financeira e o acesso. Inicia-se essa análise ressaltando que tanto o gestor federal quanto o

estadual não aplicam os percentuais mínimos em ASPS por ente federado,¹⁰¹ conforme análise dos Conselhos de Saúde (Nacional e Estadual), o que os coloca em uma posição de não cumprimento das suas funções constitucionais e, portanto, sujeitos aos desdobramentos políticos e sociais decorrentes (COELHO, 2017).

A gestão estadual em nenhum dos anos da série histórica de 2012 a 2017 aplicou os 12% da receita, segundo o Conselho Estadual de Saúde, que questiona os gastos e indica aqueles que são controversos, também explicados no terceiro capítulo. Entretanto, o auditor do Tribunal de Contas do Estado, na audiência pública, explica que eles passaram “[...] a acompanhar as aplicações do gestor estadual do RS e junto aos Municípios Gaúchos em Ações e Serviços Públicos de Saúde. As aplicações do Estado do RS, no período de 2001-2016, foram baseadas na EC Estadual nº 25/1999¹⁰²[...]” (RIO GRANDE DO SUL, 2017), logo, utilizando o percentual de 10%, não atendendo ao que é definido na legislação federal. Já para os municípios, as aplicações obedeceram, conforme o Tribunal, “[...] a Emenda Constitucional 29 de 2000 e a Lei 141 de 2012” (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Essa perspectiva pode ter uma dimensão jurídica, considerando-se que a Emenda Constitucional 29 não foi aplicada, pois pelos cálculos do CES, em nenhum ano da série histórica apresentada (2012-17) atingiu 10%, exceto em 2013. Sobre esse ponto, em relação à aplicação dos percentuais mínimos, também a Promotoria de Justiça do Ministério Público discorda do TCE, afirmando que a análise feita pelos auditores e que depois é encaminhada ao Ministério Público de Contas, muitas vezes não é ali acolhida, mas é contrariada pelos Conselheiros do Tribunal de Contas, conforme o argumento a seguir:

Os conselheiros podem dizer que foram apontados problemas, mas que entendem que foram explicados e então se acolhem as contas. O Ministério Público do Estado não está vinculado a isso. Isso é uma ferramenta, um entendimento do Tribunal de Contas, que por diversas vezes aconteceu e que a gente não concorda. Em virtude disso, nós ajuizamos ações em anos repetidos, tivemos acolhimento do Judiciário, e o que ocorre é que sempre que chegamos nos tribunais superiores é dito que, apesar de termos razão, que tal situação não deveria ter sido posta como percentual da saúde, não há possibilidade de agora, após um determinado tempo, nós repormos isso, porque iríamos quebrar o Estado [...] (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

¹⁰¹ No Capítulo 3, consta a discussão e os dados do Estado.

¹⁰²No artigo 1, Parágrafo 3.º; O Estado deverá aplicar em ações e serviços de saúde, no mínimo 10% (dez por cento) da sua Receita Tributária Líquida, excluídos os repasses federais oriundos do Sistema Único de Saúde, considerando ações e serviços de saúde os Programas Saúde no Orçamento do Estado.

Esse argumento citado pela Promotoria de Justiça em relação ao Judiciário de que embora o Ministério Público tenha razão, não é possível acatar como percentual da saúde, pois nessa perspectiva e o tempo demandado o Estado quebraria, caso tivesse que aplicar de forma retroativa os recursos. Tal posição coaduna com outros setores da administração pública contrários aos recursos cativos¹⁰³.

“No campo político-partidário-ideológico, à direita ou à esquerda, não faltam defensores de posições contrárias às estratégias que promovam a vinculação de recursos a qualquer área das políticas públicas” (TEIXEIRA, 2004, p.91). Talvez por isso possa ser explicado por que o Conselho Estadual de Saúde não aprova os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da SES/RS, pelo fato de o Estado não cumprir os percentuais mínimos e essa pauta ser encaminhada para as diferentes instâncias de controle e sem nada acontecer.

No contexto do argumento de que os recursos não são suficientes e de que existe subfinanciamento na saúde, o CNS afirma que o diagnóstico sobre as dificuldades relacionadas a problemas de gestão é uma “falsa questão”, por isso justifica que os recursos diários para a saúde são ínfimos e questiona se o problema real é “mais gestão ou mais recursos?” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Nessa lógica, é presumível que os gestores municipais tivessem como estratégia a maior captação possível de recursos variáveis, tanto no Governo Federal como no estadual, assim como a utilização da totalidade dos recursos pelos outros entes federados. Por essa linha de raciocínio, realizou-se uma avaliação dos recursos variáveis da SES para a APS e a sua captação¹⁰⁴ pelos municípios, conforme Quadro 06.

Os incentivos criados para cofinanciamento da APS no RS têm sustentado o modelo da ESF como o modelo a ser priorizado para a organização do cuidado e do SUS, por ser ele estratégico para o fortalecimento da APS e de seus resultados. Por isso, o cofinanciamento estadual apresenta, a exemplo do Governo Federal, diferentes incentivos atrelados a essa estratégia.

¹⁰³Com relação ainda aos recursos cativos a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) na Carta Compromisso que encaminhou aos candidatos nesta última eleição, apresenta 10 pontos considerados fundamentais para a melhoria da saúde no Brasil, sendo o primeiro deles “Acabar com o teto de gastos em educação e saúde”, e segundo “[...] ampliando o investimento no SUS com prioridade para as regiões com vazios assistenciais.” O primeiro compromisso em um momento de disputas tão complexo, de crise, com um ajuste fiscal sob essa política também é extremamente temerário tal sugestão, pois serão necessárias disputas inclusive com os outros setores no sentido de garantia da continuidade dos recursos. Se mesmo a existência de dispositivo constitucional não é suficiente, como seria então caso tivesse a desvinculação de recursos pretendida.

¹⁰⁴ A abrangência do levantamento foi o da amostra, pois o interesse da pesquisadora é também avaliar se os recursos de cofinanciamento impactam em resultados.

Todo o esforço do Governo Federal e do estadual em ampliar e consolidar a Estratégia de Saúde da Família com ênfase nos atributos essenciais e derivados da APS¹⁰⁵ está embasado na compreensão de que essa estratégia poderá ser decisiva para a materialização do SUS, pelo seu potencial organizativo do sistema.

Quadro 6 - Recursos do Tesouro do Estado pagos pela SES/RS, a título de incentivos para APS, como cofinanciamento aos municípios, conforme descrição

INCENTIVO	FONTE	VALORES R\$	CAPTAÇÃO PELA MACRO	OBSERVAÇÕES
SAÚDE PRISIONAL Implementação de Equipes – Projeto 1883	Resolução CIB/RS n. 257/2011	De 8.220,00 a 14.220,00	16 equipes	36 equipes incluindo a Macrorregião. Os valores são proporcionais por faixas conforme população carcerária
SAÚDE INDÍGENA - Ampliação qualificação da ESF - Projeto 6300	Portaria SES/GAB n° 946/2015	1.000,00 a 4.000,00	5 municípios 16 Unidades de ESF Indígena	Ver portaria. Os valores são proporcionais à população. Município Sede Polo Base 11; Polo Base 11 e 66 municípios
Quilombolas Projeto 6300	Resolução CIB/RS n. 098/2013	115.000,00	49 mun. 87 comum.	Referência 50% de acréscimo no incentivo financeiro do piso de AB Variável / ESF, pago MS
- Articulador Jovem - Projeto 6254	Resolução CIB/RS - 311/2014	12.800,00		Repasse mensal 1 município e 2 jovens
Racismo Institucional - Projeto 6254	Resolução CIB/RS n. 636/2013	De 10.000,00 a 25.000,00 (valor em 2 repasses ano)		Em 2018 <u>não está sendo pago</u> porque nenhum município apresentou relatório técnico.
2º Enfermeiro para equipes de ESF	Resolução CIB/RS n. 503/2013	4.000,00 ou 5.000,00	5 enfermeiros 4 municípios	110 no estado
Médico de Família e Comunidade	Resolução CIB/RS n. 503/2013		58 médicos	222 incluindo os da macro cadastrados no estado com esse CBO no SCNES, não incluem os médicos com CBO de Médico da ESF
TSB Mod. II	Resolução CIB/RS n. 636/2013	41.000,00	41	84 no estado, incluindo a macro
ACS	Portaria GAB/SES/RS n. 391/16	481,65 em 2 vezes	3.299 ACS	21.762 total, incluindo a macro (50%) Total do AFC R\$ 963,30 por ACS 50% = R\$ 481,65 em 2 parcelas desse valor
NAAB	Resolução CIB/RS 403/2011	8.000,00	13 equipes	113 total do estado
Redução de Danos	Resolução CIB/RS 234/2014	DE 3.000,00 a 6.000,00	5 equipes em 3 municípios	33 municípios

¹⁰⁵ Esses atributos orientam-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e como atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Oficina Terapêutica	Resolução CIB/RS 404/2011	1.500,00	51 oficinas em 36 municípios	294 oficinas em 212 municípios incluindo macro
Primeira Infância Melhor - PIM	Portaria GAB/SES/RS n. 578/2013	Na faixa de 500,00 a 1.000,00 por visitador/ mês	Visitadores: 293 Crianças: 3.024 Famílias: 2.820 Municípios:32	Visitadores: 2.698; Crianças: 59.356; Famílias: 53.960 Munic.:247, incluindo a macro.
eSFsB	Portaria 405/2016	5.000,00	85 municípios e 245 equipes	997 equipes no estado
eSF (sem saúde bucal)	Portaria 405/2016	4.000,00	776 equipes	1.161 equipes no estado

FONTE: Departamento de Ações em Saúde, SES/RS, dados sistematizados pela autora, 2018.

Ressalta-se que mais da metade das equipes de Saúde da Família do estado estão na macrorregião Metropolitana, o que deve representar um impacto importante na organização da atenção à saúde. Uma das estratégias principais para qualificar a APS é ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais que compõem as equipes, com pessoal preparado para trabalhar em um modelo assistencial que privilegie práticas acolhedoras, ampliação do acesso e acompanhamento longitudinal, possibilitando um exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e mais participativas. A inserção dessas práticas em equipes da APS tem suscitado novas modelagens de produção do cuidado, uma vez que, nesse nível de atenção, o modelo tecno-assistencial em disputa requer também o manejo das tecnologias leves¹⁰⁶, inscritas tanto nas relações quanto no vínculo, na escuta qualificada e no acolhimento. Apresenta-se de forma mais detalhada apenas uma resolução e seus recursos para entendimento da captação enquanto uma das atribuições da gestão.

Os recursos apresentados no Quadro 06, e que compõem particularmente a Resolução CIB/RS n. 503/13 RS, tratam justamente da discussão que vinha sendo feita sobre a importância do fortalecimento da APS com incentivos a título de recursos variáveis, estimulando práticas, modelos e clínica qualificada, caracterizando-se por cofinanciamento no Estado, portanto, devem também ser captados pelos gestores. O que os dados do mesmo Quadro 06 demonstram é a baixa captação de recursos para a APS pelos municípios da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre¹⁰⁷. Nessa perspectiva, os municípios acabam utilizando recursos do PAB (federal e estadual) e investindo muito mais os recursos próprios. A Política Estadual de Incentivo para

¹⁰⁶A definição de tecnologia inclui os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Elas podem ser classificadas em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (MERHY et al., 1998).

¹⁰⁷ Os demais municípios do estado acompanham essa tendência.

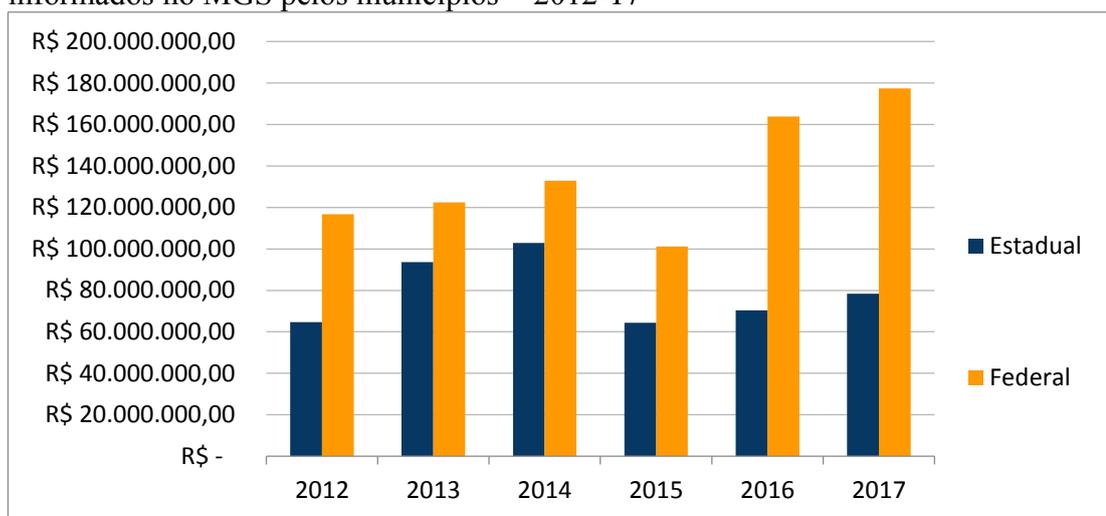
a Qualificação da Atenção Básica (PIES) teve sua última alteração pela Resolução CIB/RS n. 020/18, que dispõe sobre o Financiamento Estadual para Atenção Básica dentro dessa Política.

No Rio Grande do Sul, o PIES é entendido como o PAB fixo estadual e a distribuição procura atender o preconizado no SUS de alocar os recursos considerando critérios que descrevem o princípio da equidade. Portanto, os coeficientes fixos para distribuição são de 57% do recurso entre os municípios de acordo com: coeficiente de população total do município em relação ao total de habitantes do estado do Rio Grande do Sul (CPG); coeficiente da população com cinco anos do município em relação ao total de crianças de até cinco anos no estado do Rio Grande do Sul (CPinf); coeficiente de população maior de 60 anos do município em relação ao total de idosos do estado do Rio Grande do Sul (CPido); inverso da receita tributária líquida *per capita* do município (RTL); e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)¹⁰⁸. Assim cada município terá configurado um Coeficiente Municipal Geral (CMG).

Assim, para compreender-se a questão das dificuldades de suficiência de recursos no escopo da APS, realizou-se um censo (497 municípios) para identificar o fluxo destes recursos, acompanhando o saldo, receita, investimento e despesa, quadrimestralmente, por ente federado, na série histórica de 2012 a 2017, dos recursos do bloco da APS. Portanto, os dados coletados se referem ao acompanhamento da prestação de contas dos municípios no MGS em relação aos recursos do bloco de financiamento da APS e os saldos existentes nesse bloco, o que apresenta-se de forma agregada no Figura 04 e após na Tabela 05 comparando as macrorregiões.

¹⁰⁸ O Índice de Vulnerabilidade social é uma medida de desigualdade entre os municípios quanto à proporção de população em situação de vulnerabilidade, definida pela proporção de domicílios em situação de pobreza e pela menor densidade populacional. Essas condições sociais de vida são importantes determinantes de desigualdades em saúde entre as populações. O desenvolvimento do IVS foi um avanço, no estado, na adequação da distribuição de recursos para o financiamento da Atenção Básica visando à equidade em saúde. Para acessar a Nota Técnica explicativa do cálculo, ver Resolução CIB/RS n.163/12.

Figura 4 - Comparação de saldo anuais de recursos estaduais e federais, do bloco da APS, informados no MGS pelos municípios – 2012-17



FONTE: MGS, SES/RS, 2018.

Os dados do Gráfico demonstram que os saldos maiores se referem aos recursos federais e é uma tendência linear no período, com exceção de 2015, que o Governo Federal interrompeu por um período novas habilitações e, com isso, impactou no repasse aos municípios.

Na Tabela 05, considerou-se como saldo anual os valores do último quadrimestre, por ano, de 2012 a 2017, relativos a todos os recursos estaduais e federais, somados recebidos pelos municípios e informados por eles na prestação de contas¹⁰⁹ feita no MGS, no bloco da APS, os quais são apresentados por macrorregião.

¹⁰⁹A prestação de contas no MGS é feita por quadrimestre com exceção de 2012, quando era trimestral.

Tabela 5 - Saldo de recursos estaduais e federais do Bloco de financiamento da APS, por macrorregião, informados pelos municípios no MGS, de 2012-17 (R\$)

MACRO-REGIÕES	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Estadual R\$	Federal R\$	Estadual R\$	Federal R\$	Estadual R\$	Federal R\$	Estadual R\$	Federal R\$	Estadual R\$	Federal R\$	Estadual R\$	Federal R\$
Metropolitana	22.295.316,59	52.632.974,45	27.235.926,66	43.834.203,73	45.525.237,78	51.792.065,61	28.323.969,49	35.686.508,03	27.183.924,58	62.807.801,87	34.176.467,48	73.527.174,98
Sul	11.988.558,92	16.135.293,05	16.967.807,45	17.016.761,62	17.191.928,96	23.212.407,17	10.857.967,44	15.427.237,53	12.120.307,59	22.044.033,23	8.627.904,76	18.285.826,34
Serra	6.651.692,06	11.001.182,67	8.510.777,47	13.701.909,90	8.049.086,17	15.623.239,96	6.198.324,20	14.488.855,42	7.743.521,36	23.043.751,78	6.750.428,03	19.647.953,92
Norte	9.084.721,23	11.210.441,06	15.334.420,94	14.633.217,28	9.754.777,33	12.028.823,86	6.411.106,63	8.390.641,65	6.835.109,81	16.031.357,88	11.327.122,72	22.035.742,62
Vales	5.003.112,09	10.750.078,28	8.058.930,46	11.965.052,73	6.545.462,61	12.177.965,04	4.453.947,36	11.162.601,34	6.037.689,81	13.775.636,68	5.145.961,02	13.899.833,51
Missioneira	7.308.007,60	12.867.194,39	12.858.232,97	17.806.659,44	10.945.307,46	14.076.003,08	4.971.578,67	10.118.682,97	6.656.539,03	17.673.368,89	9.055.664,44	19.930.162,77
Centro-Oeste	2.359.434,37	2.199.442,00	4.676.634,11	3.456.826,72	4.852.588,87	3.960.131,72	3.092.262,88	5.937.375,74	3.743.745,93	8.524.319,21	3.234.514,03	10.109.415,75
TOTAL	64.690.842,86	116.796.605,90	93.642.730,06	122.414.631,42	102.864.389,18	132.870.636,44	64.309.156,67	101.211.902,68	70.320.838,11	163.900.269,54	78.318.062,48	177.436.109,89

Fonte: Dados extraídos do MGS e elaborados pela autora, 2018.

Conforme os dados da Tabela 05, em todos os anos da série histórica permanecem saldos expressivos de recursos, tanto estaduais como federais, no bloco da APS. Constatou-se também que, de 2012 até 2014, os saldos dos recursos federais se mantiveram no mesmo patamar, enquanto houve um aumento de 62% no saldo dos recursos estaduais, no mesmo período. A sistematização dos incentivos estaduais nesses anos e a ampliação do investimento para atender a Lei n. 141 de 2012 podem ser o motivo desse aumento. Entretanto, foi apenas em 2013 que ocorreu, conforme o CES, um percentual total maior aplicado da RLTI em ASPs, conforme Tabela 2 (capítulo 3). Em 2014, não houve o repasse integral dos recursos, ficando os últimos seis meses pendentes de pagamento no final do governo (2011/2014). Iniciou-se 2015 com uma crise financeira e política ainda pior, sentida por todos os entes federados.

A partir de 2015¹¹⁰ até 2017, pelos dados da Tabela 5 observou-se uma tendência de redução no saldo dos recursos estaduais, o que, em parte, se deve à diminuição de recursos repassados em razão da crise de finanças no Estado, mas, de qualquer forma, houve um acréscimo de 8,2% dos saldos nos mesmos de 2015 a 2017. Em relação aos recursos federais, o acréscimo foi de 61,7% no mesmo período. Os saldos dos recursos estaduais e federais, em 2017, traduzem-se no saldo final da série histórica, tendo em vista que a cada ano o sistema parte do saldo do ano anterior e, ao final, somando-se os recursos dos dois entes federados, tem-se o montante geral de R\$ 255.754.172,37, sendo R\$ 107.703.642,46 referentes à Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre.

As dificuldades de execução financeira na administração pública são muitas e ainda persistem, a despeito de ter-se galgado alguns avanços e introduzido novas tecnologias na área de compras. Entretanto, torna-se necessária a adoção de mecanismos que considerem os descompassos entre o preconizado no marco legal e a capacidade executória de cada nível, para potencializar o conjunto de recursos e insumos de toda ordem existentes e que possuam, a habilidade de negociar e articular o processo político intra e intergovernamental que está em jogo nas disputas.

Essas dificuldades, maiores ou menores, apontam a complexidade que é administrar um sistema de saúde e seus gastos. Por conta disso, tal sistema muitas vezes sofre revezes, quando as contas não são aprovadas e/ou as despesas são glosadas. Entretanto, uma questão é central:

¹¹⁰Em 2015, ocorreram mudanças de troca de governo, nos âmbitos federal e estadual, período que os processos são mais morosos e muito provavelmente pela importante restrição financeira porque tem passado o Rio Grande do Sul.

os recursos não estão sendo gastos em sua totalidade, pelo menos no escopo do bloco de financiamento da APS.

Esses resultados de saldos robustos em toda a série histórica causam estranheza, uma vez que os argumentos, de forma generalizada, são de que faltam recursos e o SUS é subfinanciado. Porém, esse fenômeno de saldos elevados em contas ocorreu em todo o País, com os três entes federados, sob a alegação de que os blocos “engessavam” a gestão para usar os recursos. Por essa razão, o Ministério da Saúde pactuou na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em 23 de julho de 2015, a possibilidade de reprogramação dentro do próprio bloco e de remanejamento¹¹¹, no âmbito dos blocos de financiamento, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos estados, do DF e dos municípios, através da Portaria GM/MS nº 1.073, de 23/07/2015. O Rio Grande do Sul também acompanhou esse movimento, e a Pactuação foi realizada na reunião da CIB/RS de 21/08/2015.

Esse movimento de recursos¹¹² no Rio Grande do Sul, pactuado em CIB representou 111 remanejamentos aprovados entre blocos de financiamento, sendo que os três principais blocos que os receberam foram: APS (37), Assistência Farmacêutica (31) e MAC (20), tendo o restante dirigido aos demais blocos. O remanejamento de recursos só para a APS foi de R\$10.544.417,44, e entre o MAC e a Assistência Farmacêutica, que receberam os maiores valores, totalizou o montante de R\$ 19.722.086,74.

Somando-se a isso, a reprogramação de recursos, que é o movimento dentro dos próprios blocos de financiamento, foi de R\$39.942.647,45, e entre os processos, de remanejamento e reprogramação envolveu 158 municípios. Quanto, ao Fundo Estadual de Saúde, foi remanejado para o teto MAC R\$ 63.354.693,50 e feita a reprogramação de R\$ 21.239.454,49 dentro dos blocos, isso pactuado na CIB/RS n. 212/15, com uma movimentação total pelo FES de R\$ 84.594.147,99.

No ano de 2017, ocorreu uma nova pactuação através da Resolução CIB/RS n. 515/17, aprovada em 28/11/2017, para a reprogramação e o remanejamento de possíveis recursos disponíveis nos fundos municipais até 31/12/2016. Como os municípios não encaminharam suas demandas à Comissão Intergestora, uma nova Resolução CIB/RS n. 299, de 20/08/18,

¹¹¹ O remanejamento não permitia a retirada de recursos do bloco da APS.

¹¹² Esse movimento foi pactuado no estado a partir da Resolução CIB/RS n. 212/15 e pelas Resoluções CIB/RS 278/15, 310/15, 312/15, 322/15, 362/15, 438/15, 439/15, 346/15.

alterou o artigo 4º da Resolução CIB/RS n. 515/17 e foi republicada no DOE em 01/10/2018, ampliando o prazo para encaminhamento das solicitações.

Como categoria intermediária do estudo qualitativo, todos os discursos registrados nas audiências públicas estão centrados no subfinanciamento do SUS como “[...] elemento fundante da garantia de direitos e determinante para a sustentabilidade do sistema, evitando a perda de direitos[...]” (RIO GRANDE DO SUL, 2017), caracterizando-se como um retrocesso. Sob essa perspectiva, “[...] o financiamento passa a ser uma questão central [...]” “[...] e é verdade –, que o SUS enfrenta um processo de subfinanciamento desde a sua criação [...]”, e a tendência conforme o CNS, é que com “[...] a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em dezembro, a situação ficará cada vez pior. “Nós vamos sair do subfinanciamento e passar para o desfinanciamento [...]” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Essa linha de argumentação remete a se supervalorizar o subfinanciamento em detrimento da gestão, ou do modelo de atenção. Essa lógica acaba, de certa forma, por escamotear as outras questões (gestão e modelo de atenção), mas que são problemas tão importantes quanto os recursos de financiamento.

Embora já se saiba que existem saldos de recursos não utilizados, no sentido de melhor se compreenderem os gastos no âmbito dos sistemas municipais de saúde, realizou-se uma análise de todos os dispêndios registrados no MGS através do Relatório 4, dos vínculos 4011 e 4090, considerando-se como parâmetro¹¹³ o manual para prestação de contas do Tribunal de Contas do Estado, a Lei n. 141/2012, que define o que são despesas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e ainda as Resoluções CIB/RS pactuadas e que definem onde poderiam ocorrer os gastos do PIES, portanto dos recursos de cofinanciamento estadual para a APS.

As despesas em análise foram associadas em 13 grandes grupos: assistência social, bens imóveis, bens móveis, consórcio, geral, hospitalar, insumos gerais, odontologia e farmacologia, outros, pessoal, t.i., terceiros, transferência financeira, em cada um dos vínculos. Esse acompanhamento foi feito em uma série histórica de 2012 a 2017, de todas despesas informadas no ano, em cada um dos dois vínculos, por cada um dos 89 municípios da Macro Metropolitana

¹¹³Outra perspectiva que pode ser utilizada como parâmetro para avaliar as ASPS é pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). O Ministério da Saúde publicou também a Portaria MS/GM n. 841, de 2 de maio de 2012, que estabelece a RENAMES no âmbito do SUS. As ações e serviços descritos na RENAMES contemplam, de forma agregada, toda a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do (SUS). A RENAMES 2012 foi elaborada a partir das definições do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 e estruturada de acordo com a Resolução n. 2/CIT, de 17 de janeiro de 2012. As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços da RENAMES devem ser realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

de Porto Alegre. A classificação adotada para a análise ocorreu por natureza de despesa¹¹⁴ e elemento de despesa¹¹⁵.

O maior problema enfrentado nesse momento do estudo foi a existência de que se chegasse ao credor para identificar corretamente a despesa. Outro aspecto foi que as informações prestadas pelos municípios não são padronizadas, mesmo existindo base legal para isso, portanto, um mesmo tipo de despesa era colocado de formas diferentes na prestação de contas (abreviações diferentes, denominações diferentes, implicando que fosse muito mais complexo e moroso realizar um agrupamento para análise. Desse modo, as despesas que não estavam abertas e/ou que não era possível enquadrar como ASPS foram classificadas como “não constituem despesas adequadas”. A análise feita sobre o gasto foi de apenas dois vínculos, o 4011 e 4090 informados no MGS.

Embora o banco de dados tenha sido feito por município, a apresentação será pelas CRS e os municípios a elas vinculados, sendo então apresentados os resultados da seguinte forma: 1ª, 2ª e a18ª CRS, que compõem a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre. Isso é importante porque também possibilita-se avaliarem as especificidades de cada macrorregião em relação ao gasto no bloco de financiamento da APS.

Ao longo da análise, identificaram-se inúmeras situações que sugerem a necessidade de um olhar mais atento por parte dos diferentes órgãos de acompanhamento e de controle, bem como da gestão estadual. Essa parte do estudo e seus resultados demonstram como são gastos os recursos aportados como cofinanciamento estadual para a APS.

A Tabela 6 representa a síntese dos gastos dos vínculos 4011 e 4090, classificados em “constituem despesas” e “não constituem despesas” dos municípios da 1ª CRS e que constituem a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre. Para o resultado construiu-se um banco de dados, com classificação das despesas. Entendeu-se que ao chegar ao elemento de despesas, isso poderia qualificar a análise.

¹¹⁴A classificação por natureza de despesa engloba Pessoal e Encargos Sociais, Juros e Encargos da Dívida, Outras Despesas Correntes, Investimentos, Inversões Financeiras, Amortização da Dívida e Reserva de Contingência.

¹¹⁵Elemento de despesa tem por finalidade identificar os objetos de gasto, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins.

Tabela 6 - Soma das despesas por Classificação Geral, organizada por “Não constitui Despesa”, “Constitui Despesa” e Código do Recurso, segundo os municípios da 1ª CRS, 2012-17, (R\$)

1ª CRS							
Classificação	NÃO		NÃO Total	SIM		SIM Total	Total geral
Agrupamento	4011	4090		4011	4090		Total geral
Assistência social	908.655,79	129.235,08	1.037.890,87	1.900,00	0,00	R\$1.900,00	1.039.790,87
Bens imóveis	1.362.731,46	414.143,89	1.776.875,35	1.013.285,62	216.441,78	1.229.727,40	3.006.602,75
Bens móveis	764.409,41	910.238,57	1.674.647,98	2.056.517,90	172.515,18	2.229.033,08	3.903.681,06
Consórcio	15.100.690,38	16.303.306,75	31.403.997,13	0,00	0,00	0,00	31.403.997,13
Geral	35.963,60	R\$49,00	36.012,60	1.394.434,02	128.157,94	1.522.591,96	1.558.604,56
Hospitalar	21.572.766,93	8.048.404,39	29.621.171,32	18.007,35	9.530,00	27.537,35	29.648.708,67
Insumos gerais	478,56	454,60	933,16	276.685,82	31.401,20	308.087,02	309.020,18
Odonto/farmaco	9.590,92	3.100,00	12.690,92	2.768.872,14	655.836,84	3.424.708,98	3.437.399,90
Outros	81.719,60	17.682,55	99.402,15	990,50	0,00	990,50	100.392,65
Pessoal	263.277,64	717.534,60	980.812,24	5.642.649,34	23.198.869,18	28.841.518,52	29.822.330,76
T.i.	0,00	0,00		1.061.192,29	1.381.016,84	2.442.209,13	2.442.209,13
Terceiros	10.181.688,98	1.635.651,52	11.817.340,50	1.770.908,66	92.017,79	1.862.926,45	13.680.266,95
Transf.financeira	2.113.472,37	1.915.800,06	4.029.272,43	0,00	0,00	0,00	4.029.272,43
TOTAL GERAL	52.679.201,95	30.155.448,18	82.834.650,13	16.202.848,60	26.113.494,47	42.316.343,07	125.150.993,20

FONTE: Relatório 4 do MGS, SES/RS, 2018.

Os dados constantes na Tabela 6 oferecem algumas constatações importantes. Primeiro, é necessário ressaltar-se mais uma vez que os recursos repassados do cofinanciamento estadual e que constam no bloco de financiamento da APS são para serem gastos¹¹⁶ nesse escopo. Os mesmos ainda mostram que as despesas não adequadas no vínculo 4011 foram feitas inicialmente com hospitais e depois com Consórcios, já no vínculo 4090, invertem-se os gastos, ficando em primeiro lugar os repasses para os consórcios e depois as despesas hospitalares. Na coluna que apresenta o somatório do não aplicado adequadamente entre os dois vínculos, o repasse aos consórcios fica em primeiro, seguido por despesas hospitalares. Os gastos não adequados no vínculo 4011 representaram quase três vezes os valores de gastos considerados adequados no mesmo vínculo.

A soma dos gastos não adequados entre os dois vínculos, de R\$ 82 milhões, representou o dobro do valor do total das despesas adequadas, que foi de R\$ 42 milhões. O total por grupo classificado ficou, a maior parte, com o gasto concentrado no consórcio, seguido por despesas hospitalares e em terceiro, por pessoal.

Nas despesas adequadas, em primeiro lugar está pessoal, com R\$ 28 milhões entre os vínculos, tendo sido utilizado o maior valor do vínculo 4090. No gasto total geral dos municípios da 1ª CRS e nos 2 vínculos, despesas com consórcio está em primeiro lugar, seguido de pessoal e hospitalares. Isso representa que, dos recursos destinados à APS, como cofinanciamento estadual, parte significativa é alocada na AHA.

O que se constata pelos dados da Tabela 6 é que a Assistência Hospitalar e Ambulatorial está disputando os recursos por dentro da APS. Sob essa perspectiva, o Consórcio¹¹⁷ significa um “operador” que atravessa a estrutura da rede construída no SUS. Ele é invisível nas redes de atenção do sistema e, como não se caracteriza como estabelecimento de saúde, tampouco tem cadastro no CNES. Os consórcios são contratados diretamente pelos municípios, mas, em alguns casos, também recebem pagamentos do Tesouro Estadual a título de “qualificação e financiamento da Rede de Atenção”, consolidando a Regionalização da saúde, portanto,

¹¹⁶A classificação pode ser localizada no Capítulo Introdutório.

¹¹⁷O Consórcio público é uma pessoa jurídica criada por lei com a finalidade de executar a gestão associada de serviços públicos, têm ampla abrangência, com prioridades definidas pelos consorciados, que podem ser a União, os estados, o Distrito Federal e/ou os municípios, os quais, no todo ou em parte, destinarão pessoal e bens essenciais à execução dos serviços transferidos. Na Macrorregião encontra-se o Consórcio Público da Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre.

apresentam seu faturamento ao SUS. Em outros casos, é o prestador quem recebe pela produção quando fatura contra o SUS, embora seja contratado pelo consórcio. No entanto, esses municípios continuam demandando para o gestor estadual acesso e procedimentos relativos à AHA. É importante que se registre que em se tratando da AHA, não existe um padrão único. Nessa lógica, cada especialidade médica, cada exame para diagnóstico, em cada região de saúde tem uma negociação diferente, não havendo um único critério, o que possibilita que na conta de chegada, cada prestador fature valores diferentes para um mesmo procedimento. Na conta de partida, estão os valores da Tabela SUS, que determina, por exemplo, R\$ 11,00 para a consulta médica.

Essa área é muito mais densa do que a APS sob as perspectivas de fluxo e dinâmica, exigindo que, além de conhecimentos muito peculiares de cada prestador do estado, haja um conjunto de informações sobre todos os recursos a contratualizar, afora o parecer das políticas de saúde sobre o que precisa ser oferecido em cada realidade do lócus regional. Nessa esteira de argumentos, o que se evidencia nesse escopo de atenção são regras muito mais flexíveis e o acompanhamento mais complexo, mas que, de qualquer forma, deve ter estruturado a área de monitoramento, controle e avaliação. Isso implica que o controle social tenha muito mais dificuldades de compreender o acesso e a acessibilidade oferecidos no SUS.

Promover a inversão do modelo assistencial não é tarefa fácil, mas acima de tudo, exige decisão política. Isso significa que muitas devem ser as tensões traduzidas em demandas urgentes ou fechamento de serviços desassistindo a população. Esse nível estratégico de mudanças deveria repercutir nos indicadores de processo e de resultado.

As despesas classificadas como consórcio, ao serem desagregadas, tratam de: demais serviços de terceiros, serviço médico hospitalar, odontológico e laboratorial, material farmacológico, material hospitalar, material de consumo, medicamentos, serviços técnicos profissionais, material para distribuição gratuita, material de procedimentos para a saúde, material odontológico, serviços médicos especializados, serviços de estagiários, entre outras despesas. Como pode ser observado, é utilizada mais de uma nomenclatura para o mesmo tipo de despesa.

A próxima Tabela 7 apresenta os dados dos municípios da 2ª CRS. Nessa regional, encontram-se quatro (Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão) dos nove municípios com mais de 100 mil habitantes da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre.

Tabela 7 - Soma das despesas por classificação geral, organizada por “Não Constitui Despesa” e “Constitui Despesa” por vínculo do recurso, nos municípios da 2ª CRS, de 2012-17

2ª CRS							
Classificação	NÃO		NÃO	SIM		SIM	Total geral
Agrupamento	RS Gasto 4011	R\$ Gasto 4090	Total R\$	R\$ Gasto 4011	R\$ Gasto 4090	Total R\$	R\$
ASSISTÊNCIA SOCIAL	6.016.612,64	2.556.066,72	8.572.679,36	0,00	0,00	0,00	8.572.679,36
BENS IMÓVEIS	1.973.341,42	982.599,00	2.955.940,42	211.654,59	181.483,68	393.138,27	3.349.078,69
BENS MÓVEIS	542.447,43	408.712,92	951.160,35	1.346.569,70	177.337,21	1.523.906,91	2.475.067,26
CONSÓRCIO	36.360.426,45	44.203.480,66	80.563.907,11	0,00	0,00	0,00	80.563.907,11
GERAL	0,00	0,00		975.197,73	147.376,26	1.122.573,99	1.122.573,99
HOSPITALAR	23.105.610,28	9.288.634,68	32.394.244,96	39.210,25	0,00	39.210,25	32.433.455,21
INSUMOS GERAIS	2.950,00	0,00	2.950,00	371.194,26	122.299,38	493.493,64	496.443,64
ODONTO/FARMACO	0,00	0,00	0,00	4.944.631,87	800.549,96	5.745.181,83	5.745.181,83
OUTROS	527.694,12	385.527,39	913.221,51	396,00	9.358,50	9.754,50	922.976,01
PESSOAL	554.523,85	1.239.744,64	1.794.268,49	14.034.318,90	12.011.621,58	26.045.940,48	27.840.208,97
T.I.	75,00	0,00	75,00	2.712.489,64	209.209,72	2.921.699,36	2.921.774,36
TERCEIROS	3.636.451,55	1.621.649,27	5.258.100,82	6.140.021,25	320.814,15	6.460.835,40	11.718.936,22
TRANSF.FINAN.	3.198.114,75	3.285.904,94	6.484.019,69	0,00	0,00	0,00	6.484.019,69
TOTAL GERAL	75.918.247,49	63.972.320,22	139.890.567,71	30.775.684,19	13.980.050,44	44.755.734,63	184.646.302,34

FONTE: Relatório 4 do MGS, SES/RS, 2018.

Na 2ª CRS, para a análise dos municípios, também se utilizou do Relatório 4 do MGS, que abre as despesas dos vínculos 4011 e 4090 em uma série histórica de 2012 a 2017. Os gastos totais da CRS foram de R\$ 184 milhões nos dois vínculos analisados, sendo R\$ 139 milhões de despesas não adequadas e R\$ 44 milhões de gastos adequados.

Entre as despesas adequadas, os dados da tabela mostram despesas com pessoal em primeiro lugar, com R\$ 26 milhões, onde foi gasto quase todo o recurso, seguido por pagamento de terceiros e, depois, por despesas com odonto/farmaco. O gasto maior foi no vínculo 4011, e é justamente nele que a maior parte do cofinanciamento estadual é repassado aos municípios.

Quanto às despesas não adequadas, o consórcio surge novamente nessa CRS, só que com valores muito superiores – R\$ 80 milhões considerando-se o gasto nos dois vínculos, o que representa 43% do total gasto por esse conjunto de municípios. Nessa CRS, têm-se cinco municípios acima de 100 mil habitantes, incluindo a capital, o que deve influenciar no aumento da utilização do Consórcio como extensão de suas redes locais. Em segundo lugar, estão despesas hospitalares, com R\$ 32 milhões, seguidas por assistência social, com R\$ 8 milhões.

O Consórcio público deve fornecer ao gestor municipal ou estadual as informações financeiras necessárias para que todas as receitas e despesas realizadas com recursos repassados em virtude de contrato de rateio sejam consolidadas e contabilizadas¹¹⁸ nas contas dos entes consorciados, em conformidade com os elementos econômicos e as atividades ou projetos atendidos. Esse procedimento visa permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2014). Contudo, o controle social só acompanha as despesas finais, e isso se entra na análise detalhada dos gastos, observando os relatórios quadrimestrais, o relatório anual, a programação em saúde e a pactuação de indicadores.

As despesas classificadas como Assistência Social estão relacionadas a diferentes tipos de despesas, e nenhuma delas pode ser computada: material de copa e cozinha, centro de reintegração social, casa de carnes, estofaria, balas, bombons, mercado (atacado), alimentação, gêneros alimentícios, restaurantes entre outros. Esse resultado demonstra que os recursos da saúde e, em particular da APS, além das disputas internas, entre os níveis de atenção, ainda

¹¹⁸O Consórcio público intermunicipal, no âmbito do SUS está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do Chefe do Poder Executivo, representante legal do Consórcio, inclusive quanto à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos de rateio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

concorrem com outras políticas em alguns municípios. A Tabela 8 apresenta as despesas dos municípios que compõem a 18ª CRS, localizados no Litoral Norte e integram a macrorregião metropolitana de Porto Alegre.

Tabela 8 - Soma das despesas por Classificação Geral, organizada por “Não Constitui Despesa”, “Constitui Despesa”, identificação do vínculo do Recurso, nos municípios da 18ª CRS, 2012-17, (R\$)

18ª CRS							
	NÃO		NÃO Total	SIM		SIM Total	Total geral
	4011	4090		4011	4090		
ASSIST. SOCIAL	2.020.132,88	2.257.082,38	4.277.215,26	879,20	0,00	879,20	4.278.094,46
BENS IMÓVEIS	463.368,98	42.786,91	506.155,89	150.373,51	7.346,39	157.719,90	663.875,79
BENS MÓVEIS	94.974,90	11.354,00	106.328,90	1.935.062,60	183.665,53	2.118.728,13	2.225.057,03
CONSÓRCIO	1.294.149,80	665.787,16	1.959.936,96	48.041,86	0,00	48.041,86	2.007.978,82
GERAL	0,00	675,00	675,00	437.554,42	93.746,20	531.300,62	531.975,62
HOSPITALAR	3.685.394,85	323.542,53	4.008.937,38	0,00	0,00	0,00	4.008.937,38
INSUMOS GERAIS	0,00	0,00	0,00	101.607,41	19.135,75	120.743,16	120.743,16
ODONTO/FARMACO	0,00	0,00	0,00	2.529.928,14	213.835,50	2.743.763,64	2.743.763,64
OUTROS	117.761,09	8.119,69	125.880,78	227,00	0,00	227,00	126.107,78
PESSOAL	216.017,97	288.862,81	504.880,78	3.349.743,71	8.339.695,27	11.689.438,98	12.194.319,76
T.I.	0,00	0,00	0,00	986.871,75	205.934,73	1.192.806,48	1.192.806,48
TERCEIROS	1.745.629,22	94.469,37	1.840.098,59	653.476,03	51.792,61	705.268,64	2.545.367,23
TRANSF.FINAN.	2.758.372,48	2.754.376,62	5.512.749,10	0,00	0,00	0,00	5.512.749,10
TOTAL GERAL	12.395.802,17	6.447.056,47	18.842.858,64	10.193.765,63	9.115.151,98	19.308.917,61	38.151.776,25

FONTE: Relatório 4 do MGS, SES/RS, 2018.

As informações constantes na Tabela 8 apresentam as despesas dos municípios que compõem a 18ª CRS, localizada no Litoral Norte e integrantes da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre. Em relação à análise das despesas dos municípios da 18ª CRS, surgem diferenças em frente às demais. O total geral de gastos nos vínculos do estudo é de R\$ 38 milhões, sendo R\$ 18 milhões de despesas não consideradas adequadas e de R\$ 19 milhões de adequadas. Entre as despesas não adequadas, está o maior valor de recursos em transferências financeiras, e, como a informação não é aberta, adotou-se a mesma lógica anterior para a classificação. E em segundo lugar, o gasto está com a Assistência Social, e, em terceiro com Consórcio.

Já nas despesas consideradas adequadas, o maior investimento foi em odonto/fármaco, seguido de Bens Móveis e despesas com Pessoal. As despesas relacionadas a Bens Móveis variam entre: material elétrico, aparelhos e utensílios domésticos, material para manutenção, mobiliário em geral, veículos diversos, locação de bens móveis, entre outros. A assistência farmacêutica tem sido um grande nó para as gestões do SUS, pois as demandas são cada dia maiores e muitas vezes com demandas judiciais. As despesas com pessoal abrangem toda a folha, ou seja, todas as despesas com salário, férias, gratificação, diárias, indenizações, inclusive com o pagamento de salário de Prefeito e Vice-Prefeito.

Ao se analisarem os dados desagregados dessa CRS, constatou-se que muitos municípios utilizam esses recursos para pagamento de despesas meio, tais como água e esgoto, energia elétrica e telefonia. A aquisição de materiais de manutenção de veículos, assim como de combustíveis e lubrificantes, parece, pelo volume, ser direcionada para o abastecimento e a manutenção de toda frota de veículos dos municípios.

Ressalta-se que, para classificar neste estudo o que é ASPS e se a despesa realizada é adequada ou não, se utilizaram dois instrumentos para fundamentar a análise: a Lei Complementar n. 141 de 12/01/2012, e as Resoluções pactuadas em CIB e que definem em que os recursos do PIES podem ser gastos, além das orientações do Tribunal de Contas do Estado, que também devem ser seguidas. Essas regras não são de todo contempladas pelos municípios, pois, ao se desagregarem os dados e para também obter um dicionário para classificar todas as despesas, foram necessários muitos meses e um grande investimento de tempo, uma vez que para um mesmo tipo de despesa, os municípios utilizavam classificações diferentes. Os valores e a classificação adotados pelos municípios muitas vezes exigiram que se buscasse a identificação do credor para definir a despesa.

Mesmo que eventualmente alguma despesa tenha sido classificada de forma equivocada, isso foi diluído na análise do conjunto de todas as despesas do período não comprometendo os resultados. Os resultados da pesquisa reforçam a dificuldade dos gestores municipais em gastar no bloco de financiamento da APS, e quando o fazem, parte dele não é empregado de acordo com as legislações pertinentes. Isso significa que os recursos da saúde acabam por atender demandas de outra política pública.

No cenário da Política de Saúde o que é demonstrado pelos dados é que também os recursos da APS são gastos em AHA. Isso, ocorrendo de forma direta ou por contratação de serviços dos Consórcios, dificulta sobremaneira que se estabeleça uma lógica de planejamento das demandas, prejudicando a concretização do postulado de coerência (TESTA, 1992). As contratações, terceirizações e até quarteirizações acabam por absorver parte significativa dos recursos da APS, assim como a prática de complementações e incentivos repassados tanto a prestadores como aos municípios tem sido de difícil acompanhamento, não atendendo a uma ação administrativa padrão ou parametrizada. Essa lógica dificulta a compreensão pelo controle social e, conforme o depoimento na audiência pública de um agente comunitário de Porto Alegre “[...] temos que fazer a nossa parte enquanto controle social e precisamos nos qualificar para isso” (RGS, 2017). Dessa forma, um outro momento metodológico da pesquisa foi avaliar a relação: receita, despesa dos recursos repassados nos vínculos 4011 e 4090 do MGS e o resultado dos indicadores escolhidos.

O interesse em avaliar a existência de relação entre o cofinanciamento estadual para a APS e os resultados de indicadores desse nível de atenção ocorreu em função das seguintes questões centrais. Primeiramente, porque os gestores estão captando poucos recursos variáveis para a APS no âmbito estadual. Depois, porque permanecem saldos de recursos significativos a cada ano. Do total gasto, nem tudo é para a APS. Por fim, o monitoramento do desempenho dos indicadores, no geral, mostra que as metas nem sempre são atingidas. Em consequência, há a necessidade de se repensar, em conjunto com os gestores municipais, um novo formato de cofinanciamento no Rio Grande do Sul. Assim, a análise do cenário é importante no sentido de se tomar a medida mais adequada. Para tanto, devem ser considerados os aspectos da crise orgânica estabelecida, bem como, e em particular, da crise fiscal.

Ao longo dos anos, a SES já experimentou diferentes formatos de cofinanciamento, inclusive vinculou o repasse de cofinanciamento estadual a resultados de indicadores¹¹⁹ –

¹¹⁹ Em 2003, o Programa Saúde Para Todos da SES/RS passou a incentivar os municípios a aderirem e ampliarem o número de Equipes de Saúde da Família (eSF) e de Saúde Bucal (eSB), instituindo o Incentivo Financeiro

cobertura vacinal, acompanhamento de gestantes desde o primeiro trimestre de gestação, acompanhamento de hipertensos e diabéticos –, mas a estratégia não foi mantida por muito tempo, já que existiam dificuldades políticas para a suspensão de recursos e continuidade daquele modelo, mesmo tratando-se de ações relacionadas ao processo de trabalho mais elementar em uma unidade de saúde que oferece o cuidado territorializado, sendo a porta de entrada preferencial do SUS. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) era considerado um “sistema pagador”, pois, ao não apresentar a produção por três meses consecutivos, o Governo Federal acionava o estado para encaminhar a suspensão do recurso. Na época, era o único sistema que adotava tal características. No momento, já existe um rol de indicadores pactuados, mas que, na sua maioria, não atingem as metas. Além disso, não se conta hoje com um sistema de informação para acompanhamento.

Esse rol de incentivos foi criado em conjunto com os gestores municipais, tendo sido designado um grupo de trabalho por resolução CIB/RS, com representação por porte populacional de municípios através do COSEMS. O CES declinou do convite, e durante dois anos foi estruturada a proposta de cofinanciamento e pactuada em CIB. De qualquer forma, a realidade é dinâmica, e precisa-se rever tais processos.

Uma das questões norteadoras do estudo era justamente poder avaliar se o cofinanciamento estadual para a APS de alguma forma impactava seus indicadores. Isso também qualificaria o processo de pactuação dos indicadores, mantendo a consistência e a coerência na avaliação e definição de metas para cada um deles. Mesmo a pactuação tendo um período maior, acabaria ajustando-se as metas quase que anualmente.

Para tanto, estabeleceu-se a relação entre receita/despesa e indicadores. Nessa parte do estudo, só foram utilizados os recursos da APS repassados nos vínculos 4011 e 4090 (receita) contabilizados pelos municípios da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre. Isso representa os gastos nesses dois vínculos (despesa), bem como alguns indicadores escolhidos do rol pactuado para a APS, pelos três níveis de governo (resultados), em uma série histórica de 2012 a 2017.

Do rol de indicadores¹²⁰, a escolha recaiu sobre os seguintes:

Estadual (IFE). A estratégia adotada foi expandir as equipes e avaliar as ações, vinculando o IFE ao cumprimento de metas monitoradas pelo SIAB. A metodologia adotada previu o encaminhamento da proposta de incentivo à Comissão Intergestora Bipartite, emitindo posteriormente as portarias sobre o IFE. A transferência dos recursos aos municípios ocorreu a partir de junho de 2003 (TERRA, Osmar et al, 2004).

¹²⁰As fichas de qualificação dos indicadores pactuados e que foram escolhidos para estabelecer a correlação constam no Anexo 1.

- **número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.** Esse indicador é importante em razão de seu desempenho ruim no Rio Grande do Sul e, particularmente na Macrorregião Metropolitana. Ele também é utilizado como indicador sentinela para avaliar a qualidade do pré-natal;
- **razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.** Indicador de processo, importante para o diagnóstico de um dos três principais motivos de óbito entre as mulheres gaúchas por neoplasias de colo do útero e porque o gestor municipal tem discricionariedade sobre seus resultados;
- **razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.** O câncer de mama também está entre os principais tipos de neoplasias no estado;
- **proporção de internações por condições sensíveis à atenção Básica (ICSAB).** Indicador de avaliação da estratégia de saúde da família, pois contabiliza as internações que não seriam necessárias caso o acompanhamento fosse realizado no território como o esperado.

Não se utilizou nenhum indicador de mortalidade, pois a série histórica não comportava uma possibilidade de análise adequada. Os indicadores escolhidos têm relação com a rede materno-infantil, que foi uma das redes que teve o maior investimento em termos de organização nos últimos anos. Três dos indicadores selecionados estão direcionados para a saúde da mulher, e o outro é utilizado para avaliar o modelo de atenção da estratégia de saúde da família.

A seguir, apresenta-se, na Tabela 9, a síntese do resultado da correlação dos 89 municípios. Esse processo foi possível porque as despesas e receitas foram transformadas em taxas, o que permitiu a comparação entre os municípios.

Tabela 9 - Análise (1) de correlação e do Coeficiente de Correlação de Pearson dos indicadores escolhidos, com despesa e receita dos vínculos 4011 e 4090 do MGS – 2012-17

INDICADORES	TAXA DESPESA/RECEITA											
	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
1 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	0,076	0,482	0,023	0,831	-0,032	0,767	-0,022	0,836	-0,017	0,874	-0,017	0,874
2 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,228	0,033*	-0,042	0,700	-0,139	0,201	0,085	0,429	-0,073	0,498	-0,201	0,059
3 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,156	0,146	0,074	0,495	-0,094	0,387	-0,168	0,117	-0,093	0,389	0,005	0,965
4 - Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) 2012	-0,123	0,255	-0,129	0,230	0,065	0,550	0,025	0,819	0,102	0,343	-0,046	0,668

FONTE: Pesquisadora, 2018.

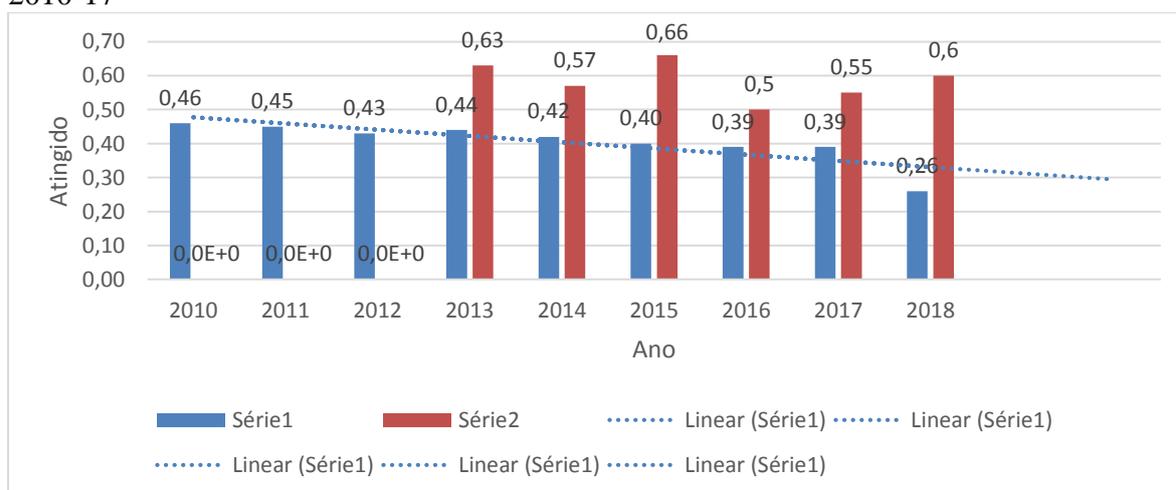
NOTA: O **r** – coeficiente de correlação de Pearson; O **p** – nível de significância do coeficiente de correlação.

Através dos resultados da Análise de Correlação e do Coeficiente de Correlação de Pearson¹²¹, verifica-se que não há correlação significativa entre a relação despesa/receita e os indicadores analisados, com exceção do ano de 2012, quando se observou uma correlação direta e significativa entre a relação despesa/receita e o indicador razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária. Constata-se que, quanto maior o gasto em relação a receita, maior é o resultado para esse indicador, ($r=0,228$; $p=0,033$) e, para que se tenha uma correlação significativa o valor de p deve ser menor ou igual a 0,05.

Cada um desses indicadores se traduz em mecanismos que propiciam a qualificação e/ou a ampliação do acesso à APS. Dessa forma, pretende-se, com eles, a redução dos casos de sífilis congênita, qualificando o pré-natal, ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico realizado a cada três anos, a ampliação da razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade, possibilitando um diagnóstico precoce de neoplasias, e a redução de internações por causas sensíveis à APS.

Buscou-se observar a série histórica do indicador que apresentou correlação, e para isso, confeccionou-se a Figura 5. A definição de metas para o indicador só iniciou em 2013, momento em que nele aparece a barra vermelha para comparar.

Figura 5 - Série histórica do indicador razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, com meta a partir de 2013, com linha de tendência, por municípios da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre – 2010-17



FONTE: Portal BI, SES/RS, capturado em 20/11/2018.

¹²¹Em estatística descritiva, o Coeficiente de **Correlação de Pearson**, também chamado de "coeficiente de **correlação** produto-momento" ou simplesmente de "p de **Pearson**" mede o grau da **correlação** (e a direção dessa **correlação** - se positiva ou negativa) entre duas variáveis de escala métrica (intervalar ou de razão), inclusive reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados.

Segundo os dados do Figura 5, a partir de 2013, quando foi definida uma meta para esse indicador, em nenhum ano ela foi atingida. A linha de tendência ainda apresenta um movimento de queda dos resultados.

Ao se analisar o período em que a correlação foi significativa, identificou-se que a SES/RS, em 2012, realizou capacitação em coleta de citopatológico, em Porto Alegre, em parceria com o Hospital Nossa Senhora da Conceição, para os coordenadores regionais da política de saúde da mulher e enfermeiros da rede dos municípios da Macrorregião Metropolitana, que foi envolvida no processo de atualização ainda em 2012, estendido para o conjunto do estado em 2013.

A organização do SUS em redes priorizou o eixo das ações transversais – as Redes Temáticas particularmente – na APS e as ações de prevenção e controle do câncer dentre outras. De 2011 em diante, não só houve mais recursos, como também se reorganizaram processos de trabalho e a rede de serviços, qualificando o acesso.

O Brasil acompanhou o cenário mundial com o aumento da mortalidade proporcional por câncer. Tal realidade está diretamente relacionada com a transição demográfica e epidemiológica verificada no País, evidenciando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), dentre elas o câncer.

Com chances altíssimas de cura, se forem descobertos e tratados adequadamente em estágios iniciais da doença, os cânceres do colo do útero e de mama tiveram seu controle reafirmado como prioridade no Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado pela presidenta da República, em março de 2011. (BRASIL, 2014, p. 59)

Considerando essa premissa o Governo Federal tem, especialmente na última década, investido na ampliação e na consolidação da linha de cuidado do câncer de mama e de colo do útero, o que deve repercutir nos resultados. Em razão da organização da atenção integral à saúde da mulher no País (Brasil, 2014), apresenta-se o Quadro 7.

Quadro 7 - Ações propostas para o fortalecimento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas, câncer de colo do útero, metas executadas até outubro de 2013

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO		
Ações	Metas	Executado
1 – Realizar 12 milhões de exames citopatológicos de rastreamento, por ano, em todas as faixas etárias	100% 12 milhões	70% 8,4 milhões
2 – Ampliar o acesso aos exames citopatológicos de rastreamento na faixa etária entre 25 a 64 anos, chegando até 75% em 2014	75% 9 milhões	73% 6,6 milhões
3 Reduzir a menos de 5% os exames considerados insatisfatórios	5%	1,1%
4 Fortalecer o controle de qualidade dos exames citopatológicos 4.1. Programa Nacional de Qualidade de Citopatologia 4.2. Repasse de recursos para Unidades Federadas para releitura de até 10% das lâminas de exames citopatológicos por meio de monitoramento externo de qualidade (MEQ)	- -	Portaria publicada 7
5 Induzir o aumento da escala de produção dos laboratórios das Regiões Norte e Nordeste - 150.000 lâminas/ano 5.1. Projetos aprovados e com empenho realizado	5	4
6 Implantar 20 novos centros especializados em diagnóstico e tratamento de lesões iniciais nas Regiões Norte e Nordeste 6.1 Convênios e contratos de repasse celebrados	20	28 propostas referentes a 37 serviços, sendo que destas 21 pagas

FONTE: BRASIL, Relatório de Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS, 2014.

Nessa lógica, a preocupação com o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero foram ações estratégicas que instituíram a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito). Essa ação objetiva determinar os padrões de qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS.

Entre 2011 e 2013, o Ministério fez investimentos financeiros através de convênios com estados e municípios para a aquisição de equipamentos, estruturação e expansão de serviços considerados necessários para qualificar a rede de cuidado das pessoas com câncer desde o diagnóstico até o tratamento, inclusive com incentivo para o fortalecimento do complexo industrial da saúde no Brasil, estimulando a implantação de fábrica de equipamentos de radioterapia e, com isso, ampliando o mercado e fornecedores. Redefiniu responsabilidades

entre os entes federados e centralizou a compra de medicamentos. No sentido de oferecer o acesso oportuno e de contribuir com a organização do sistema público, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Informação do Câncer (Siscan).

Em 2012, foi finalizado o caderno da APS sobre o câncer de mama e o câncer de colo do útero em parceria com o INCA e distribuído a todas as unidades de saúde do Brasil. E, ainda, a Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, determinou que o tratamento seja assegurado em, no máximo, 60 dias após o registro do diagnóstico em seu prontuário, a Lei está regulamentada pela Portaria MS/GM n. 876, de 16 de maio de 2013.

Esse conjunto de ações definindo a atenção, a organização do sistema e o financiamento, devem possivelmente ter impactado na ampliação dos exames citopatológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária. Na verdade, essa lógica, que desde o Capítulo 3 vem sendo estruturada, trata justamente da indissociabilidade entre atenção, gestão e financiamento.

Como critérios para analisar a condução dos sistemas municipais de saúde definiu-se no capítulo introdutório que deveria também ser avaliado o acesso e o modelo de atenção. Nesse sentido, exibe-se a série histórica de 2010 a 2017 de cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde e da cobertura da ESF, por município, por Coordenadoria de Saúde e que compõe a Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre.

De maneira geral a cobertura de População estimada foi sendo expandida na série histórica, entretanto é importante considerar a dificuldade dos municípios de grande porte ofertarem acesso à APS e adotarem o modelo de atenção preconizado. Nessa macrorregião em estudo encontram-se metade dos municípios do estado com população acima de 100 mil. Sob essa perspectiva tem-se um importante contingente populacional com acesso precário.

Na Tabela 10 apresentam-se os municípios que compõe a 1ª CRS, na série histórica apresentada a partir dos dados o acesso foi sendo ampliado, via de regra, com uma maior cobertura estimada.

Tabela 10 - Municípios da 1ª CRS, cobertura de ESF, cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica, em percentual, 2010-17.

1ª CRS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Cobertura ESF	Cobertura Estimada														
Araricá	66,59	66,59	70,93	70,93	70,01	94,36	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Barão	63,37	99,74	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Brochier	70,75	70,75	73,8	73,8	73,39	73,39	73	73	70,38	70,38	70,01	70,01	69,67	69,67	69,35	69,35
Cambará do Sul	95,33	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Campo Bom	58,11	87,17	54,43	79,9	62,69	91,18	62,22	86,82	63,18	90,8	70,33	89,39	64,52	82,98	80,17	92,25
Canoas	11,43	47,79	11,72	54,68	11,67	59,87	30,64	50,63	46,47	66,81	62,76	75,79	62,87	83,26	59,41	75,31
Capela de Santana	89,09	100	89,13	100	88,21	100	87,33	100	55,99	88,37	92,43	100	91,68	100	90,99	100
Dois Irmãos	26,12	77,32	25,03	33,19	24,67	43,45	24,34	42,33	23,37	52,32	80,87	89,41	80,03	88,48	79,25	87,62
Estância Velha	62,86	62,86	64,83	64,83	63,97	69,19	63,16	68,31	60,66	65,6	60,02	80,37	59,43	75,38	58,88	77,24
Esteio	12,75	12,75	12,82	34,18	12,81	40,09	25,6	57,13	45,34	72,22	53,49	83,9	53,4	76,98	49,22	81,32
Harmonia	0	80,05	0	56,42	80,23	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Igrejinha	41,13	64,38	43,59	83,39	43,08	92,71	42,59	53,98	71,64	71,64	81,09	83,3	80,37	97,84	79,7	92,69
Ivoti	0	29,76	0	15,1	0	28,93	0	29,18	48,25	48,25	47,61	77,97	0	47,02	0	41,76
Lindolfo Collor	60,19	86,36	66	94,7	65,23	100	64,49	100	61,97	100	61,38	100	60,84	100	60,33	100
Marata	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Montenegro	17,38	28,96	17,42	41,4	16,44	46,28	17,19	44,16	16,56	26,69	16,46	22,48	16,37	28,24	27,14	30,68
Morro Reuter	57,64	100	100	100	0	52,37	100	100	100	100	68,36	68,36	67,87	67,87	89,86	89,86
Nova Hartz	38,83	76,81	37,61	86,67	55,65	100	54,93	54,93	52,75	57,8	69,58	69,58	68,88	68,88	85,29	85,44
Nova Santa rita	0	13,8	0	41,34	0	61,29	14,52	65	55,51	91,72	68,2	91,92	67,12	90,47	79,35	100
Novo Hamburgo	9,37	29,06	18,77	32,79	21,64	50,27	27,39	60,04	47,34	76,97	58,37	87,58	61,04	99,82	60,94	99,23
Pareci Novo	100	100	98,26	98,26	97,68	100	97,13	100	93,6	100	93,09	100	92,62	100	92,17	100
Parobé	0	14,53	0	11,65	0	23,07	0	7,14	31,59	32,97	37,6	49,86	55,96	64,07	61,73	67,09
Portão	22,4	43,05	22,32	42,88	21,97	49,39	21,65	66,37	51,94	93,67	51,32	83,62	50,74	73,87	50,21	67,68
Presidente lucena	0	43,94	0	44,69	0	44,12	0	100	0	84,84	0	50,39	0	27,73	0	82,45
Riozinho	100	100	100	100	100	100	78,95	78,95	100	100	100	100	100	100	100	100
Rolante	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Salvador do Sul	0	69,5	100	100	50,54	59,33	99,96	100	96,07	100	95,16	100	94,33	100	93,53	100
Santa Maria do Herval	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
São Francisco de paula	61,33	74,66	67,2	81,8	66,99	96,12	0	38,63	48,35	68,11	80,3	80,3	80,04	80,04	79,8	79,8
São José do Hortêncio	82,67	82,67	84,27	84,27	83,17	83,17	82,12	100	78,89	78,89	78,07	78,07	77,3	77,3	76,6	76,6
São José do Sul	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
São Leopoldo	11,41	24,09	14,5	27,75	46,83	33,73	12,71	34,67	15,3	30,06	18,24	31,59	19,64	33,24	19,53	32,07
São Pedro da Serra	0	100	100	100	27,44	100	100	100	97,96	100	97,07	100	96,26	100	95,51	95,51

São Sebastião do Caí	16,22	37,37	47,19	59,78	36,71	73,29	46,48	46,48	74,58	74,58	70,36	70,36	83,89	83,89	83,38	83,38
Sapiranga	13,26	38,25	13,8	44,81	27,44	55,28	27,29	53,47	26,3	49,35	30,51	58,41	30,35	46,38	30,21	48,22
Sapucaia do Sul	27,31	50,23	26,34	51,84	36,71	57,34	49,59	58,91	47,81	73,91	47,59	84,02	54,86	72,99	54,63	78,17
Tabaí	0	34,58	83,51	83,51	82,63	82,63	81,81	81,81	78,68	78,68	100	100	100	100	100	100
Taquara	0	56,51	0	29,37	6,3	33,19	6,28	21,58	6,06	36,12	60,45	70,44	72,33	85,43	72,13	85,2
Três Coroas	41,76	82,91	43,4	68,56	42,79	80	42,22	66,69	40,53	40,53	40,08	40,08	39,67	39,67	39,28	39,28
Triunfo	100	100	100	100	92,63	100	91,68	100	37,78	48,73	87,38	99,32	99,04	100	85,99	100
Tupandi	87,76	100	87,92	97,86	86,29	100	84,77	100	81,21	100	80,06	100	79,02	100	78,04	100

Fonte: BI, SES/RS, 2019.

Dos 41 municípios da 1ª CRS 4 deles são municípios de grande porte. Do conjunto, 5 deles Marata, Riozinho, Rolante, Santa Maria do Herval e São José do Sul garantiram 100% de acesso a APS e adotaram o modelo ESF em todo o período da série histórica, o que significa que esses municípios atendem ao preconizado na legislação. Sob outra perspectiva nove municípios apresentaram cobertura menor que 70%, mas 5 municípios apresentaram 50%, Três Coroas, Sapiranga, São Leopoldo, Montenegro, Ivoti e dois deles Ivoti e Presidente Lucena sem ESF. Se esses dados forem associados aos indicadores do SIOPS de percentual de gasto por subfunção, em APS e AHA, evidencia de forma mais clara como os recursos financeiros estão sendo alocados.

A Tabela 11 apresenta a série histórica dos municípios da 2ª CRS. Nela encontram-se seis municípios de grande porte, Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí, Viamão e Guaíba, incluindo a capital Porto Alegre. A realidade do conjunto desses municípios também é de dificuldades para garantir a porta de acesso preferencial definida no SUS, que é a APS. Esse grupo é o que apresenta percentuais mais baixos de cobertura em toda a série histórica do estudo.

A partir dos dados da Tabela 11, dos 25 municípios que compõe a 2ª CRS 5 deles tinham uma cobertura menor que 50%, Alvorada, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Dom Feliciano e Guaíba. E, mais seis com menos de 70%. A utilização de ponto de corte em 70% é porque pode ser considerada uma cobertura satisfatória. Apenas o município de Arambaré, garantiu 100% de cobertura em APS e com ESF ao longo de toda a série histórica. Quanto ao modelo de ESF 5 municípios tinham zero de cobertura em 2017 e 11 deles com menos de 70% de cobertura.

O cenário das duas CRS juntas, 1ª e 2ª, que é onde concentra quase a metade da população do estado, sugere que outras portas de entrada para o acesso ao SUS estão sendo utilizadas, como a urgência e a emergência.

A Tabela 12 apresenta os dados dos municípios da 18ª CRS com 23 municípios 18 deles com cobertura abaixo de 70%, um que não tem cobertura de ESF e 3 deles asseguram 100% de cobertura em toda a série histórica, Dom Pedro de Alcântara, Itati e Mampituba. O litoral norte também apresenta uma baixa cobertura expresso pelo dados da Tabela 12.

Tabela 11 - Municípios da 2ª CRS, cobertura de ESF, cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica, em percentual, 2010-17.

2ª CRS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Cobertura ESF	Cobertura Estimada														
Alvorada	41,94	44,74	45,84	47,37	45,63	52,5	47,18	48,7	47,18	47,18	48,64	48,64	48,44	48,44	48,24	48,24
Arambaré	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Arroio dos Ratos	97,31	97,31	100	100	100	100	100	100	97,65	97,65	97,42	97,42	97,2	97,2	97	97
Barão do Triunfo	47,61	79,08	49,16	81,65	48,97	81,33	48,78	81,02	47,06	92,07	46,88	100	46,7	100	0	71,21
Barra do Ribeiro	88	100	82,33	100	81,96	100	81,61	100	78,71	100	52,24	52,24	0	0	77,73	77,73
Butiá	0	22,26	0	17,05	0	21,46	0	24,39	65,31	79,5	65,21	72,3	65,12	72,2	81,29	88,36
Cachoeirinha	14,61	47,63	14,58	45,93	20,28	42,02	27,62	44,89	36,03	59,19	41,32	58,04	30,13	55,63	32,68	54,47
Camaquã	5,5	28,22	0	42,68	0	46,47	0	22,72	0	19,54	0	23,63	0	21,28	0	20,44
Cerro Grande do Sul	70,02	100	100	100	99,32	100	65,28	100	93,99	93,99	92,9	92,9	91,89	91,89	60,65	60,65
Charqueadas	95,71	100	100	100	77,24	94,04	95,49	95,49	91,78	99,76	100	100	100	100	98,32	100
Chувиска	0	58,15	0	60,68	0	60,27	0	99,38	0	100	0	100	0	100	0	94,1
Dom Feliciano	45,1	66,67	71,97	94,92	23,89	39,05	47,58	47,58	45,88	45,88	59,39	59,39	22,75	22,75	45,32	45,32
Eldorado do Sul	20,49	60,59	20,09	59,4	19,78	44,12	19,48	57,61	18,69	59,33	18,47	58,61	18,26	57,95	27,09	66,36
General Câmara	0	98,89	0	100	0	100	0	89,24	79,45	100	100	100	100	100	100	100
Glorinha	0	39,84	0	63,56	0	77,32	0	59,37	0	32,59	0	77,79	0	47,89	84,12	84,12
Gravataí	24,33	48,82	25,64	49,2	29,48	52,16	27,96	56,9	47,45	66,69	54,8	71,43	54,49	71,57	52,93	71,29
Guafba	0	20,56	0	25,9	0	18,33	0	24,54	3,5	31,68	6,98	37,93	6,97	38,02	20,87	45,43
Mariana Pimentel	0	41,7	91,56	91,56	91,49	91,49	0	100	0	100	88,17	100	88,01	100	0	100
Minas do leão	0	30,65	0	58,97	0	58,79	0	100	43,36	100	43,21	100	86,13	100	85,87	100
Porto Alegre	22,82	53,54	24,23	56,8	31,74	57,06	31,17	65,21	42,54	68,16	41,61	63,87	45,27	66,49	47,56	69,65
São Jerônimo	0	4,23	0	4,74	0	23,57	0	23,42	0	14,83	0	11,8	0	11,73	43,77	60,26
Sentinela do Sul	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	62,89	100	62,65	100
Sertão Santana	0	48,74	0	51,28	0	50,9	0	50,52	0	48,65	0	48,33	0	48,03	0	100
Tapes	80,16	80,16	82,99	82,99	82,86	82,86	41,36	59,35	71,9	71,9	79,7	79,7	79,52	79,52	79,36	79,36
Viamão	6,62	27,1	0	7,36	0	18,88	6,87	19,14	13,8	27	35,73	44,1	35,6	42,44	43,66	59,97

Fonte: BI, SES/RS, 2019.

Tabela 12 - Municípios da 18ª CRS, cobertura de ESF, cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica, em percentual, 2010-17.

18ª CRS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Cobert. ESF	Cobert. Estimada														
Arroio do Sal	0	100	0	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Balneário Pinhal	87,42	87,42	95,34	95,34	93,1	93,1	91,02	91,02	87,01	87,01	85,49	85,49	84,11	84,11	82,85	82,85
Capão da Canoa	8,44	30,47	16,41	59,23	32,15	46,82	31,52	64,61	30,17	57,38	51,97	75,21	58,54	92,26	57,75	94,79
Capivari do Sul	97,79	97,79	88,69	88,69	87,34	100	86,06	100	82,6	82,6	81,62	81,62	80,7	100	79,86	79,86
Caraá	90,72	90,72	94,37	94,37	0	43,89	92,62	92,62	100	100	100	100	100	100	100	100
Cidreira	87,08	87,08	81,7	81,7	79,87	79,87	78,17	78,17	49,84	71,51	98,02	98,02	96,5	100	95,1	95,1
Dom Pedro de Alcântara	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Imbé	0	100	0	100	0	100	0	67,5	0	67,17	17,53	50,01	17,26	46,67	17	28,09
Itati	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Mampituba	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Maquiné	45,09	100	49,96	100	50,19	100	50,4	100	97,62	97,62	97,83	97,83	98,01	98,01	98,18	98,18
Morrinhos do Sul	0	60,68	0	47,14	0	57,05	0	24,93	100	100	100	100	100	100	100	100
Mostardas	83,52	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	81,13	81,13
Osório	66,28	96,54	67,47	96,81	66,87	100	74,59	100	57,83	57,83	68,86	72,31	68,38	71,79	62,46	65,85
Palmares do Sul	57,51	100	62,9	74,66	0	4,37	31,4	45,05	100	100	90,85	90,85	90,69	90,69	90,54	90,54
Santo Antônio da Patrulha	26,2	56,58	26,08	56,32	25,95	66,64	25,82	59,5	58,08	82,4	66,05	79,48	57,53	82,55	65,46	76,99
Tavares	0	5,68	0	0	0	0	0	0	62,29	62,29	62,2	62,2	62,12	62,12	62,04	86,32
Terra de Areia	99,62	100	100	100	100	100	68,52	100	65,92	65,92	65,38	65,38	0	11,28	51,54	74,78
Torres	60,98	94,13	59,73	90,29	59,23	100	58,76	66,09	56,57	58,2	56,16	100	55,78	91,11	55,43	85,64
Tramandaí	39,17	59,6	41,48	70,19	40,69	59,23	39,95	60,79	38,27	71,54	37,71	55,81	37,2	43,67	36,73	59,92
Três Cachoeiras	31,3	69,68	33,77	89,85	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Três Forquilhas	100	100	100	100	100	100	100	100	99,32	100	99,83	99,83	100	100	0	51,55
Xangrilá	88,3	88,3	83,24	83,24	81,12	81,12	79,16	100	75,61	75,61	98,92	98,92	97,2	97,2	95,63	95,63

Fonte: BI, SES/RS, 2019.

Enfim, o que é possível se afirmar até aqui é que a APS não tem sido prioridade para a gestão, que os escassos recursos que lhe sobram na divisão entre os níveis de atenção não são gastos totalmente em seu escopo. Isso remete ao que demonstra os percentuais e as variações em relação aos recursos do Tesouro gastos em saúde por subfunção na Tabela 03. Lá aparece 58% para a AHA e 5% para a APS na divisão interna de recursos na SES, mas é preciso considerar-se que parte do último é também transferida para a AHA, podendo, então, o percentual ser ainda maior. Nesse caso, a APS estrutura-se com escassos recursos, com inúmeros problemas de gestão e de uma cultura construída para que a população acredite que o atendimento bom é o da urgência e emergência hospitalar e toda a gama de recursos tecnológicos, de diagnósticos e de medicações disponíveis.

Dessa forma, os atributos da APS são negados e, por isso, o exercício contra-hegemônico é de fundamental importância no sentido de disputar novas estratégias que permitam ampliar a qualidade de vida e mesmo as chances de vida da população. A posição de um Secretário Municipal de Saúde da macrorregião sul em uma audiência entende que “[...] a luta acontece quando as classes se dão conta de que é preciso lutar, que o SUS como um patrimônio precisa ser defendido, A questão maior é que no momento o SUS não é de ninguém. Nem do movimento da Reforma Sanitária, nem dos técnicos do executivo e muito menos do legislativo” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). E acredita-se que nem da população. Nesse sentido é ainda maior a gravidade do momento.

Entende a Comissão Especial da ALRGS que “[...] a luta em defesa da saúde pública também é a luta pelos direitos e pela democracia” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Por isso, a importância de os gestores, prestadores de serviços, usuários, trabalhadores e representantes da sociedade civil organizada debaterem para a formulação de propostas que tenham como objetivo último a sustentabilidade do Sistema, reafirmando muito do que já foi preconizado pela Reforma Sanitária.

A administração pública em nada facilita o processo de gestão, mas, de qualquer forma, é necessário que os gestores se qualifiquem no sentido de gestar a coisa pública, o que exige conhecimentos necessários e amplos. Por outro lado, ao se focalizar o problema da saúde pública como sendo o subfinanciamento histórico, acaba por ocultar toda as questões, que não são poucas, em relação às dificuldades de gestão. Com isso, não se quer ratificar o que foi falado pelo representante do Conselho Nacional na Audiência pública, que “[...] a saúde sempre é

olhada como uma área em que, quanto mais dinheiro se põe, mais vai para o ralo” (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

É necessário romper-se com as contradições entre o discurso e as práticas em saúde, redesenhando estratégias de superação em um movimento contra-hegemônico, observando a coerência nas necessárias relações entre propósitos, método e organização. Considerando-se os resultados encontrados até aqui na pesquisa, entende-se que somente o aumento de recursos em nada adiantará se não souberem como gastar e em que os aplicar. Nessa lógica, enfatiza-se a importância da indissociabilidade entre as três principais dimensões do sistema de saúde.

4.3 A INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO

A organização de sistemas e também de serviços de saúde presume um conjunto muito amplo, diversificado, e, às vezes, até mesmo contraditório de aspectos. Esta pesquisa delineou o cenário da crise orgânica que se apresenta de forma intensa e também provocando contradições. Em momentos de crise e de contrarreformas, o impacto para a políticas sociais é evidente, e com a política de saúde não será diferente, especialmente as contradições do processo, analisando-se a condução dos sistemas municipais de saúde.

Embora as perspectivas econômica e administrativa, nesse contexto, tenham que ser priorizadas, o modelo e /ou a concepção técnica que se traduzem na dimensão da atenção à saúde não podem ser desconsiderados e nem preteridos. Os resultados da pesquisa apontam a necessidade de articulação e também de que as três dimensões abordadas (atenção, gestão e financiamento) devem ocupar simultaneamente a preocupação dos gestores, dos pesquisadores e técnicos, sob pena de uma dimensão afetar a outra de forma negativa.

O debate sobre a indissociabilidade entre atenção, gestão e financiamento pretende tangenciar a extensão e a importância da integração e da articulação necessárias, mas que ainda não foram observadas na implementação do SUS. Perseguindo essa lógica, o conceito de indissociabilidade tratado por TAUCHEN (2009) e FÁVERO (2000) pode ser uma contribuição relevante para este estudo, pois remete a algo que não existe sem a presença do outro.

Na saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS sustenta a indissociabilidade entre a forma de produzir saúde e a forma de administrar os processos de trabalho entre atenção e gestão, entre clínica e política (BRASIL, 2009). Ampliando esse

raciocínio, acrescenta-se que o financiamento está implícito nessa relação, outrossim, para acontecer o cuidado e a gestão, indubitavelmente será necessário o financiamento adequado.

Outros termos são propostos ao se referirem à indissociabilidade como uma relação indissolúvel e de unicidade (DIAS, 2009). As ideias de articulação e integração são tratadas como sinônimo de indissociabilidade (MOITA; ANDRADE, 2009). Sob outro aspecto, o conceito de indissociabilidade deve incorporar o caráter de simultaneidade (AXT, 2011).

Contudo, considerando-se essas concepções oferecidas, dois grupos de perspectivas apresentam-se: um que a entende como a coexistência entre as partes e outro que abrange a necessidade de interação entre elas. A discussão da indissociabilidade ainda trazida do contexto da educação também pode ser caracterizada na saúde como “um processo multifacetado de relações e de correlações[...]” (RAYS, 2003, p.73).

A indissociabilidade, nesta tese, é concebida considerando que não basta que cada uma dessas dimensões – da atenção, da gestão e do financiamento –, ocorra isoladamente, ou mesmo não basta que haja somente uma articulação entre elas. Um dos fatores necessários é a simultaneidade na perspectiva imperativa de organizar a atenção à saúde, gerenciar o sistema e garantir um financiamento compatível com as necessidades de saúde a serem atendidas. Então, conforme ressalta Funcia representante do CNS “[...] para que queremos mais recursos para o SUS? Para assegurar a mudança no modelo de atenção, para que a atenção básica seja ordenadora do cuidado? [...]” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). É exatamente a questão que precisa ser ponderada, pois não se trata apenas de falta de recursos, mas fundamentalmente de definir como aplica-los.

O debate sobre o princípio da indissociabilidade produzido entre pesquisa, ensino e extensão, remete ao cumprimento do papel da Universidade, do qual se entende oportuna a utilização como parte do aporte teórico que trata dentre outras questões, da disputa pelo modelo de universidade e mais amplamente pelo modelo de sociedade. Na saúde, também não é diferente quando a análise recai sobre as dimensões de atenção, gestão e financiamento, que significam os dilemas cruciais para sustentabilidade do SUS. Trata-se de projetos em disputa, seja o que preconiza incondicionalmente a continuidade e a sustentabilidade do SUS com as ideias da Reforma Sanitária, seja o que proclama a retração do papel do Estado, com o formato de Estado mínimo, com impacto na redução do financiamento das políticas sociais, tornando-as frágeis.

Não suficiente o Estado ainda promove um ajuste fiscal para os próximos 20 anos, com foco na educação e sua saúde, desvinculando os recursos da receita e definindo um indexador da inflação para sua reposição anual. Essa estratégia de austeridade fiscal, como já foi abordada na tese, em nada contribuiu com os países que a adotaram. No caso brasileiro, as repercussões tendem a ser ainda mais contundentes, em função das desigualdades sociais já existentes e que não atendem o conjunto de necessidades da população. Conforme lembra o representante do CNS “[...] em época de recessão, não se pode cortar gasto público, por mais que se queira induzir o setor privado, dizendo: olha, eu estou fazendo a minha lição de casa. Com o setor privado, ocorre o seguinte: só haverá investimento se houver expectativa de lucro” (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Por vezes, observa-se a focalização, mesmo sob a perspectiva da universalidade.

O Presidente da Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde (FEESSERS) disse na audiência: “A Federação tem um entendimento muito claro de que o dinheiro é muito controlado na saída, mas não na chegada. Uma palavra do auditor que me chamou muito a atenção, e que de fato é mesmo, é que ninguém sabe qual é o real custo da saúde (Estado, Municípios e União) (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Esse é um outro dilema que precisa ser enfrentado, pois a parametrização não é adotada, o planejamento não é ascendente e adequado, muito menos pactuado nas instâncias de governança do SUS. A possibilidade do uso de emendas parlamentares também não contribui para gerenciar o sistema com a coerência necessária, pois os recursos são captados e nem sempre podem ser concluídos os projetos.

Muito se tem discutido sobre a inviabilidade do sistema atual e para o futuro, seja pela questão do financiamento, seja pelo subfinanciamento, propagando a dificuldade para manter a universalidade e/ou a focalização, seja, ainda, pela necessidade de organizar o sistema a partir da APS e de ela não se ter constituído, na verdade, como prioridade política. Mesmo com as inúmeras experiências de outros países traduzidas em robustas evidências não são suficientes para que ocorra a mudança efetiva, do teórico ao prático.

Os resultados da pesquisa sugerem que a APS não representa prioridade política e nem estratégica para a gestão. Assim, é oportuno fazer-se a pergunta: quem ganha com isso? Quem se beneficia estruturando o sistema pela assistência hospitalar e ambulatorial? Como com todo o aumento de repasses nos últimos anos acima da inflação esse nível de atenção permanece à beira de uma crise? Todo esse investimento ampliou o acesso e a qualidade da atenção à população? Poderá o SUS ainda ser organizado para atender as condições agudas

prioritariamente, quando a realidade impõe, com dados claros, uma transição demográfica e uma mudança do perfil epidemiológico dos brasileiros? O que não se aprendeu até agora? A mais complexa das constatações é a de que os resultados em relação à saúde da população continuam sem alteração significativa, com todos os recursos aportados, basta olhar a série histórica dos indicadores.

Para o COSEMS/RS são “[...] vários os fatores e interesses econômicos, sociais e políticos, que entram no debate do Sistema Único de Saúde. Temas como o desfinanciamento e a criação de sistemas paralelos de saúde devem ser debatidos mais intensamente para que não haja a destruição do SUS” (RGS, 2017). São diferentes óticas, interesses e tensionamentos, mas o que precisa é conciliar essas diferentes perspectivas.

Esses questionamentos provocados pela reflexão a partir do processo de pesquisa podem também indicar estudos futuros, complementares e/ou independentes dos resultados atingidos até o momento. Na perspectiva epistemológica adotada a conclusão nada mais é do que um momento que pode significar o início e não necessariamente o final. Novos elementos agregam-se e podem ser explorados novos caminhos.

É imperioso ressaltar-se que a questão do financiamento da forma como está estruturado, priorizando a atenção hospitalar e a ambulatorial, não viabilizará a ampliação do acesso à população, na medida em que o tensionamento junto às gestões tem sido no sentido de ampliar cada vez mais os serviços e recursos, que, na atualidade, estão demandando quase 60% dos recursos gastos em saúde no Rio Grande do Sul. Se essa lógica persistir, muito em breve estes não serão mesmo suficientes, já que são finitos. Os municípios estão sendo tensionados pelos prestadores a complementação de valores à vários procedimentos, o parto é um deles.

Para o coordenador do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos, representando o Ministério Público, existe

[...] uma armadilha implícita quando tratamos da busca para custeio e investimentos, deixando para o gestor decidir como aplicará. Em geral, premido pela pressão, o gestor acaba canalizando mais verba para a compra de medicamentos, o que deveria ser a etapa final de um processo”, analisou. [...] há um sistema desequilibrado, em razão das interpretações judiciais, em todas as instâncias, desde o município até o STF. Enfatizou ser necessária a luta plena e permanente para que o SUS seja mantido (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Isso está associado a uma gestão que não atende os princípios constitucionais da administração pública, parcial ou integralmente, ou seja, a legalidade, a moralidade, a

impessoalidade, a razoabilidade e a proporcionalidade, bem como a publicidade e a eficiência. A legalidade como uma das principais garantias de direitos individuais. A moralidade é sustentada no ato administrativo, na discricionariedade dos gestores. Contudo, essa abordagem representa os pressupostos fundamentais para a administração pública. A impessoalidade é um princípio que garante o tratamento igual a todos, e a publicidade, a divulgação das ações e dos resultados. Por último, a eficiência trata de atingir os melhores resultados com os recursos existentes. Essas constatações remetem à reflexão sobre o que foi aprendido com os caminhos e descaminhos trilhados para a consolidação do SUS.

5 OS CAMINHOS E DESCAMINHOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O QUE APRENDEMOS E O QUE ESPERAMOS?

Este capítulo trata do momento em que se procurou, pelo estabelecimento dos nexos e das articulações possíveis a partir do estudo, apresentar ainda alguns eixos de análise como fonte para estabelecer um outro olhar sobre a realidade. O exercício empreendido nesse caso possibilitou que fosse, de certa forma, ampliado o referencial de apoio inicial da pesquisa.

Enfatizam-se as análises feitas considerando os 40 anos de Alma-Ata, marco para a Política de Saúde, e os 30 anos do SUS. Os caminhos e descaminhos trilhados pelo sistema de saúde permitem avaliações mais consistentes, algumas certezas e também dúvidas, mas indubitavelmente já é passado o momento para as transformações necessárias, considerando a transição demográfica e o aumento das doenças não transmissíveis no País. Para responder à expansão de novas demandas, o SUS precisa rever questões fundamentais, como a reorganização dos serviços a partir da mudança do modelo assistencial.

A indissociabilidade entre as dimensões técnica (atenção), política (gestão) e econômica (financiamento), já tratadas em capítulo anterior, exige um alinhamento entre elas. Nessa lógica, torna-se premente a reflexão sobre de que gestão e de que financiamento se está tratando, bem como sobre o exercício da cidadania como condição necessária para a garantia de direitos. É importante que se faça uma retrospectiva do que aprendemos e do que esperamos do futuro em relação à Política de Saúde. Outros aspectos serão abordados, e as questões sobre a gestão pública aprofundadas. Nesse sentido, é preciso definir-se para qual gestão pública se deve advogar?

5.1 DE QUE GESTÃO PÚBLICA E FINANCIAMENTO SE ESTÁ FALANDO?

O mundo moderno, com tudo que compõe essa concepção, tem exigido dos dirigentes, inclusive do setor público, uma grande capacidade de negociação, seja de interesses, seja de múltiplas demandas. Além disso, requer a integração de fatores organizacionais cada vez mais complexos. A gestão do SUS, aqui, está sendo entendida como a “[...] arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante” (MOTTA, 1991, p. 26).

A Política de Saúde é compartilhada de forma interfederativa, tanto em relação à gestão quanto ao seu financiamento. Por isso, para que o SUS atenda o preconizado na Constituição precisa ser um sistema regional e com planejamento ascendente. Os esforços direcionados para a regionalização do SUS são o que garantirá a organização das redes de atenção e a responsabilidade de gerenciar tamanha complexidade (FLEURY, 2005).

A descentralização na saúde está, ao mesmo tempo, relacionada a uma interdependência operativa, orçamentária e também a uma forte centralização federal pela via dos programas de saúde federais, o que torna a gestão do SUS muito mais intrincada, posto que, por si só, já guarda um conjunto de dificuldades, e especificidades que se amplia particularmente quando confrontada com a administração pública burocrática (SANTOS, 2012b). No campo da gestão, pode-se afirmar que o processo de descentralização¹²² na Política de Saúde foi aprofundado, houve o fortalecimento das instâncias e dos mecanismos de exercício da democracia participativa com os espaços de governança lócus regional. Ampliou-se a oferta de serviços e postos de trabalho, foram criados também mecanismos que representaram mudanças no aparato legal e na estrutura político-administrativa do setor (PAIM et. al, 2009). No entanto, ainda persistem vários impasses –, dentre os quais, o modelo de organização e de atenção à saúde – que estão centrados em saberes tecnológicos e estabelecidos em uma relação com o usuário focada apenas na doença, mas que, dessa forma, afeta diretamente a gestão.

O debate¹²³ aportado pelo resultado da pesquisa da OPAS concentra-se em duas visões: uma de que o modelo de atenção atual está esgotado e deve ser totalmente revisado, e outra que considera que os atuais problemas do modelo podem ser resolvidos com financiamento adequado. No entanto, a maioria dos participantes da pesquisa acreditam que uma Atenção Primária em Saúde forte é a forma mais adequada para responder à transição demográfica e epidemiológica e às necessidades apresentadas pela população.

Independentemente dos avanços obtidos na saúde, nos últimos quase 30anos de SUS, embasados no referencial e nos princípios da Reforma Sanitária, existem problemas de toda ordem: organizacionais, operacionais e gerenciais que ainda persistem. A legislação não foi

¹²²A descentralização preconizada no Decreto n. 200 de 25/2/ 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

¹²³Diante dos compromissos assumidos com a universalidade e considerando o debate atual sobre a sustentabilidade do SUS, a OPAS/OMS no Brasil realizou uma pesquisa de análise de percepção de atores estratégicos que teve como objetivo compreender os limites e as possibilidades para a consolidação do SUS a partir do posicionamento técnico, político e ideológico dos atores envolvidos no processo de concepção da implementação do Sistema.

suficiente para resguardar o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro. Os inúmeros teóricos convidados a refletirem sobre o SUS afirmam que a construção fragmentada municipal não privilegia a visão sistêmica necessária para a sua implementação, o que vem gerando iniquidades e desigualdades. Isso é o que se associa às disputas entre diferentes projetos que nem sempre tem oferecido os melhores resultados para a população, o que acaba comprometendo a sustentabilidade do sistema e a real possibilidade de constituírem as redes locais de atenção à saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e estado e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes. Formava-se uma nova torre de babel (SANTOS; CAMPOS, 2015, p.440).

Por outro lado, as formas de gerenciamento no mundo contemporâneo têm sido pensadas, cada vez mais, considerando o cenário de crise. Este momento histórico apresenta mudanças substantivas e que, por isso mesmo, exigem uma nova perspectiva gerencial através de profundas alterações nos setores produtivo e econômico e nas relações de poder. O discurso de crise na saúde acaba escamoteando o fato de que esta não ocorre em função do modelo de sistema, mas, ao contrário, é fruto dos fatores “extra saúde”, relacionados às políticas macroeconômicas (UGÁ; MARQUES, 2005).

Por isso, entende-se que a concepção da organização como um sistema pluralista de poder pode representar uma resposta atual para a questão do gerenciamento público, foco da análise neste momento. Na concepção pluralista, a organização dá-se por uma diversidade de interesses de grupos e indivíduos, interna e externamente articulados, partindo de três premissas básicas: de que os indivíduos são significativamente motivados e agem segundo interesses próprios; de que eles procuram formas de coalisões para defender suas preferências e interesses; e de que a capacidade de influenciar decisões e ações depende do poder que os indivíduos e os grupos possuem, portanto, a luta pelo seu controle é parte da vida administrativa (MOTTA, 1991). Foi na arena sanitária que surgiram novos sujeitos sociais com interesses e visões de mundo diferentes (MENDES, 1999) e que iriam participar de dois projetos em disputa no campo da saúde, o da reforma sanitária, considerado contra-hegemônico, e o projeto hegemônico, que se ampara no postulado neoliberal de um Estado mínimo.

Essa perspectiva certamente deve contemplar inserções cada vez mais participativas, não só no sentido de viabilizar estratégias mais democráticas de administrar em sintonia com novas determinações de desenvolvimento social, mas com o objetivo de pensar a eficácia,

principalmente na gerência do poder. Sob o aspecto gerencial, as práticas “[...] participativas de gestão nascem da consciência de que a influência para o alcance dos objetivos empresariais depende do uso adequado do poder e da solução de conflitos organizacionais” (MOTTA, 1991, p. 147).

Aproximando esse conceito da gestão na administração pública, ela deve ser compreendida sob a perspectiva da gestão estratégica e participativa que se constitui em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a uma maior eficiência, eficácia e, portanto, efetividade por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Com esse foco é criada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2009).

A administração gerencial na administração pública ficou conhecida como a Nova Gestão Pública, ou *New Public Management* (NPM), na última década do século passado. Valores como capacidade de resposta, transparência, inovação e orientação para o alcance dos objetivos podem ser percebidos nas reformas da administração sob a teoria da NPM (VIGODA-GADOT; MEIRI, 2008). Nesse paradigma, o modelo tem sua ênfase no cidadão e nos resultados, exigindo-se do gestor público eficiência, transparência e, sobretudo, qualidade na prestação dos serviços públicos e no exercício das funções estatais (SLOMSKI, 2010).

A opção por formas mais participativas não pode ser deslocada da leitura da realidade cultural, social, econômica e dos marcos ideológicos, que se constituem como hegemônicos em determinados momentos históricos. Por outro lado, a afirmação da democracia ocasiona o surgimento de novas relações sociais e de organização de instituições sociais, bem como de correlações de forças e lutas que se estabelecem, porquanto uma nova concepção tanto de mundo como de subordinação deverá apresentar-se.

Diante do legado histórico-estrutural do sistema de proteção social, da persistência de fragilidades institucionais e do fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais, em um momento de instabilidade econômica e política, com ameaças à democracia brasileira, existem sérios riscos de retrocessos nas conquistas que haviam sido alcançadas na área social e na saúde no período pós-constitucional. (MACHADO et al., 2017, p. 5159)

“As experiências brasileiras baseadas na integração dos instrumentos de planejamento, orçamento e gestão [...]” (PARES; SILVEIRA, 2005, p. 213), orientadas para resultados concretos, empregando sistema de informação gerencial, controle de fluxo financeiro e a gestão das restrições, têm-se mostrado, positivas. As relações dão-se de forma horizontal, com

redução da hierarquia, adotando-se a gerência de programa, monitoramento em rede com apoio de sistema de informações gerenciais e com acompanhamento intensivo nos programas estratégicos. Cada programa tem um só gerente, o que atende a um dos conceitos básicos em administração, o do comando único (PARES; SILVEIRA, 2005).

A governança e a gestão devem ser olhadas sob perspectivas diferentes. No setor da saúde, referem-se a diversas funções governamentais, realizadas por governos e decisores, com o intuito de atingir a cobertura universal e os objetivos da política nacional de saúde. O TCU estabeleceu um referencial de governança voltado para a administração pública a partir de quatro aspectos (BRASIL, 2014): (a) sociedade e Estado; (b) entes federativos, esferas de poder e políticas públicas; (c) órgãos e entidades; e (d) atividades intraorganizacionais.

A função da governança é garantir que as ações das organizações estejam alinhadas com o interesse público, e a auto-organização dos envolvidos é a base para o bom funcionamento do sistema público de saúde, na lógica da governança colaborativa em rede (BRASIL, 2018). O TCU tem avançado em estudos e levantamentos nacionais¹²⁴ para avaliar a governança e a gestão em saúde, visando incentivar uma mudança positiva de comportamento dos agentes públicos, mas fundamentalmente acredita que, dentre outras medidas, se deve prover aos cidadãos dados e informações de qualidade (confiáveis, tempestivos, relevantes e compreensíveis). O resultado, de maneira geral, tanto no que diz respeito aos conselhos (estaduais e municipais) quanto a Secretarias (estaduais e municipais), é baixo, com uma classificação adotada de estágio inicial, intermediário e aprimorado de governança. A capacidade de auto-organização dos envolvidos é a base para o bom funcionamento do sistema público de saúde em uma perspectiva de governança colaborativa em rede (BRASIL, 2018).

São muitos os desafios para a implementação de um novo modelo de gestão pública, pois sua concepção deve levar em conta a legislação e a máquina burocrática que provoca o imobilismo. Novas propostas de mudanças na gestão em saúde têm sido discutidas e mesmo aplicadas (GONÇALVES, 1994; CAMPOS, 2014; MERHY, 2007). Dentre elas, destacam-se as que buscam

¹²⁴O TCU divulgou os principais resultados do levantamento nacional de governança e gestão em saúde, executado nos anos de 2015 e 2016. Foi realizado sob a coordenação do Tribunal de Contas da União e com cooperação dos Tribunais de Contas dos Estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins; Tribunais de Contas dos Municípios do Estado da Bahia, Goiás e Pará; Tribunal de Contas do Distrito Federal; Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e Tribunal de Contas do Município de São Paulo; Instituto Rui Barbosa (IRB), Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon); e com o apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Brasil. Tribunal de Contas da União. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018.

discutir a indissociabilidade entre a gestão e o cuidado, entendendo que os modos como os serviços são pensados, organizados e estruturados não estão separados dos modos como são produzidas as ações de saúde no cotidiano, o que pressupõe uma forte relação entre os modelos instituídos de atenção e os modos como são gerenciadas e produzidas as práticas de saúde. Nessa lógica, ainda é preciso considerar-se que, sob outra perspectiva, o financiamento a tais práticas deve ser garantido.

Em relação aos estudos de gestão, a concepção de redes também representa uma inovação. Ainda que exista uma vasta contribuição dos estudos das relações intergovernamentais que têm origem na tradição do federalismo e forte conotação jurídica, somente quando o foco muda das relações intergovernamentais para a gestão intergovernamental é que se supera a dicotomização entre administração e política (MARANDO; FLORESTANO, 1990). “A partir daí, passa-se a incluir o contexto decisório multijurisdicional e os vários *mix* entre autoridade central e local, as redes de relações interpessoais e organizacionais e o envolvimento do setor governamental e do não governamental” (FLEURY, 2005, p.79).

Se, sob outra perspectiva se favorece-se a visão das redes como processos capazes de mobilizar e gerar conexões solidárias, pensando a gestão das redes intergovernamentais e inter organizacionais, identifica-se que o sistema intergovernamental é muito mais complexo, o que implica a ampliação das inter-relações em todos os níveis de governo e da sociedade, alterando o modelo de gestão das políticas públicas (FLEURY, 2005). A gerência de redes deve ser a principal ativadora dessas mesmas, assim como responsável pela captação e seleção dos sujeitos e dos recursos; usar estratégias para a implicação dos integrantes, direciona sua atenção aos aspectos políticos e/ou administrativos. Como uma de suas principais características as redes são policêntricas, bem como a gerência pode ser feita por mais de um gestor (KLIJN *et al.*, 1995). Entretanto, “[...] duas habilidades distinguem-se como imprescindíveis para garantir o comportamento mobilizador da liderança das redes: a habilidade de somar forças e a habilidade de alcançar metas comuns” (FLEURY, 2005, p.84). Por isso, seu principal papel é o de negociador, incentivando o diálogo, formulando alternativas e coletivizando ideias.

Nesse sentido, a indissociabilidade¹²⁵ entre os modos de gerir e os de cuidar vem sendo reafirmada como um movimento instituinte do SUS e de consolidação do princípio da integralidade, contrapondo-se a visão instrumental que ainda se faz presente na organização do

¹²⁵ Enquanto um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), objetiva a reorientação da organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

trabalho em saúde. No entanto, a indissociabilidade deve contemplar o financiamento, o modelo de atenção e de gestão.

Ainda sobre a pesquisa com os atores estratégicos desenvolvida pela OPAS/OMS, ela aponta a universalidade como cláusula pétrea e, portanto, irrenunciável. No entanto, admite a integralidade com regulação e instrumentos legais eficientes. O conceito de integralidade está intimamente relacionado ao princípio da universalidade. A principal questão levantada para explorar a relação entre integralidade e universalidade é se o acesso aos serviços de saúde deve ser compreendido como “**Tudo Para Todos**”, ou se deve haver limite no escopo de serviços ofertados à população. Esse é outro dos grandes dilemas dos sistemas universais de saúde, e no Brasil não é diferente (OPAS, 2018).

Advogam-se, duas cláusulas pétreas, que devem ser defendidas: a universalidade (**Acesso A Todos**) e a integralidade (**Tudo Para Todos**). Ao admitir-se a universalidade, mas com reservas na integralidade, acaba-se por definir um sistema universal, porém com a perspectiva da focalização presente nessa política. Isso significa que o conceito de acesso a todos não garante efetivamente o atendimento às diferentes demandas da população, devendo ser **tudo para todos**. Essa discussão também acaba ocultando sobremaneira os reais motivos e as principais consequências dessa posição. Não deixa de ser uma forma de resolver a sustentabilidade do SUS para esses atores.

A análise dos condicionantes da Política de Saúde mostrou que o marco constitucional, os arranjos institucionais e a luta política de atores setoriais foram fundamentais para a expansão de programas específicos e para os serviços públicos, que, por sua vez, conferiram materialidade, favoreceram resultados sanitários positivos e ampliaram, em alguma medida, a base de apoio ao SUS, ao menos setorialmente (MACHADO, 2017).

Outra questão importante trata da forma do cofinanciamento, particularmente da parte variável, que corresponde aos incentivos para que determinadas práticas sejam realizadas pelos municípios. Com o tempo, esse tipo de cofinanciamento foi sendo ampliado, representando inúmeros incentivos tanto no escopo estadual como no federal. Essa prática descaracteriza os critérios definidos no art. 35 da Lei n. 8080, que determina a gestão financeira e o modo de repasse dos recursos, sendo, portanto, transferidos automaticamente fundo a fundo.

A existência de critérios definidos e a forma como o cofinanciamento tem se constituído sugerem vício de origem no que diz respeito ao espaço de discricionariedade desses gestores, bem como à garantia da autonomia entre os entes federados. O Governo Federal continua sendo

o agente definidor da Política de Saúde no território nacional (MENDES, MARQUES, 2014). Os esforços têm sido no sentido da sua reconversão, ou seja, da mudança do modelo assistencial, priorizando a ESF na APS (MENDES, MARQUES, 2014).

As mudanças da gestão financeira com o fim dos blocos de financiamento era algo muito almejado pelos gestores, já que o alegado sempre foi que era difícil a gestão, pois os recursos vinham atrelados a ações com prestação de contas específicas. Com tais alterações, os gestores poderão utilizar os recursos de forma muito mais flexível. Para tanto, deverão ser atendidos, primordialmente, aos compromissos pactuados, as metas estabelecidas e o que está consignado nos planos de saúde, exigindo dos Conselhos Municipais de Saúde uma capacidade ainda maior de compreensão da gestão financeira no SUS e de seu papel nesse cenário.

O resultado do Relatório do Banco Mundial apresentado em 2017, denominado **Um Ajuste Justo: a análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**, corrobora as análises já existentes em relação ao SUS. Com base na abordagem DEA¹²⁶ orientada a produtos, a pontuação do Brasil foi 0,91 em 2012, o que significa que, com o mesmo volume de recursos, o País deveria ser capaz de melhorar em nove pontos percentuais seus resultados de saúde (ver o Volume II para mais detalhes). Da mesma maneira, o Brasil poderia ter prestado o mesmo nível de serviços usando 34% menos recursos (BANCO MUNDIAL, 2017).

A eficiência média dos serviços primários de saúde é estimada em 63% (ou seja, uma ineficiência de 37%), ao passo que, para os serviços de saúde dos níveis secundário e terciário (atendimento de especialidades e hospitalar), a eficiência média é muito baixa (29%), ou seja, uma ineficiência de 71%. Isso significa que há escopo para melhorar consideravelmente a prestação de serviços utilizando o mesmo nível de recursos (Banco Mundial, 2017). Essa constatação é importante, pois a maior parte do recurso no estado, na série histórica de 2012-17, foi remanejado justamente para os níveis secundário e terciário, conforme mostra a evolução dos percentuais na Tabela 03 A realidade indica a dificuldade dos serviços hospitalares no

¹²⁶A Análise Envoltória de Dados *Data Envelope Analysis* (DEA) é um método não paramétrico para estimar as fronteiras de produção. Ela foi desenvolvida formalmente por Charnes, Cooper e Rhodes (1978). Nelas a eficiência é definida como a razão entre produtos (*output*) e insumos (*input*), e a fronteira representa o nível máximo de produtos que pode ser produzido com base nos insumos e tecnologias disponíveis. Os pontos de dados mais eficientes definem a fronteira, sem a necessidade de especificar uma forma funcional. A metodologia permite estimar as lacunas de eficiência (ineficiências) com base na distância da fronteira. A eliminação dessas lacunas permitiria que as unidades obtivessem produtos melhores com os mesmos insumos, ou os mesmos resultados com menos insumos. A metodologia foi aplicada à eficiência do setor público por Afonso, António; Schuknecht, Ludger; Tanzi, Vito (2003). Public sector efficiency: an international comparison, ECB Working Paper, No. 242. Ver também Charnes A, WW Cooper e EL Rhodes (1978). Measuring the Efficiency of Decision Making Units. EJOR 2: 429-444

cumprimento de metas, mas também é possível ao se organizar melhor a rede e as referências, um maior aproveitamento dos recursos.

Afirma o BM que o SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos, se fosse mais eficiente. Os desafios que se colocam são priorizar e organizar o sistema para as mudanças com a transição demográfica e a alteração do perfil epidemiológico, agravado pelo envelhecimento da população e pelo aumento das doenças crônicas. Por isso, sugere-se atenção a algumas questões: organização da rede de serviços, estabelecendo as referências e contrarreferências de forma mais clara, observando na avaliação os critérios de risco e de escala, assim como os vazios assistenciais, o que exigiria uma estratégia clara e definitiva quanto aos hospitais de pequeno porte, pois eles, quando existem, interferem sobremaneira nos resultados da APS, medido também pelo ISACB; alteração da forma de pagamento dos prestadores, implementando o acompanhamento e avaliação no SUS, com foco nesses níveis; promover a expansão da APS de modo que seja a porta preferencial de acesso ao sistema (Gate Keeping); por último, a necessidade de redução de gastos tributários que são altamente regressivos, pois 30,5% dos gastos federais são relativos aos descontos no IRPF (pessoa física e jurídica), com um total de R\$ 9,6 bilhões/ano, e os hospitais filantrópicos com mais R\$ 7,4 bilhões/ano (BANCO MUNDIAL, 2017).

O SUS precisa novas fontes de receitas permanentes, estáveis e exclusivas, com percentuais mínimos de despesas, não permitindo a desvinculação de recursos e da receita (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Isso está também associado às medidas de austeridade defendidas pelos arautos do capital financeiro, ainda mais agudizadas na sequência com a Emenda Constitucional 95.

Além dessas questões, acrescenta-se a Reforma Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por 20 exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal. A EC 95 e as restrições por ela impostas devem, na realidade, estar acompanhadas da otimização do gasto público.

O que ocorre no âmbito da “crise fiscal do Estado” é uma disputa entre os recursos destinados à reprodução do capital e os fundos destinados à manutenção das políticas sociais. É importante analisar essa dicotomia no âmbito da forma de financiamento do Estado e sobre quem recai o peso do sistema tributário na acumulação do capital para entender o financiamento do fundo público no Brasil em sua totalidade (SALVADOR, 2018, p. 108)

Ainda que se tenha uma justa alocação de recursos, em um cenário de crise é preciso rever e ajustar processos. Deve, sim, ser ampliado o financiamento, mas direcionado para atender

diagnósticos claros, pautados em uma análise situacional, o que definirá intenções e resultados a serem buscados pelos entes federados expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Para isso, a participação da população é fundamental, pois pode ser mais uma oportunidade para se empoderar quanto ao funcionamento do sistema e, com isso, construir resistências coletivas. O financiamento, sua alocação e a gestão financeira no SUS é uma grande “caixa preta”, que deve ser desvendada e explorada. E, quando for o caso, deve-se buscar novos caminhos. Desse modo, esse nexos cabe a discussão sobre a cidadania no Brasil, o exercício dela e as formas de participação, como a efetiva garantia de direitos.

5.2 O EXERCÍCIO DA CIDADANIA E A EFETIVA GARANTIA DE DIREITOS

O direito à saúde é tido como um direito fundamental do povo brasileiro. Isso se traduz no reconhecimento da saúde como direito tanto no ordenamento jurídico interno como no internacional. Os direitos representam bens e, enquanto garantias, destinam-se a assegurar o usufruto desses bens.

A Constituição Federal, ao mesmo tempo em que reconhece a saúde como um direito de todos, confere ao Estado a responsabilidade de organizar um conjunto de ações e serviços públicos capazes de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, bem como a de garantir à população o acesso universal e igualitário a essas ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para que o Estado seja capaz de cumprir a Constituição Federal, foi criado o SUS, garantia constitucional do direito à saúde que reúne os instrumentos jurídicos, administrativos, institucionais e também financeiros para o desenvolvimento das atividades necessárias para assegurar esse direito no Brasil. O SUS retrata a mais importante garantia jurídica do direito à saúde, na medida em que integra e organiza diversas outras garantias concretas.

Contudo, o simples reconhecimento formal da saúde como um direito pela Constituição não produz o milagre de fazer com que imediatamente o mesmo seja usufruído materialmente por toda a população. Para que ele se concretize, é preciso dotá-lo de garantias eficazes. Os grandes desafios para a sua proteção, na atualidade, residem na criação e na disponibilização à sociedade de ferramentas jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes.

Dessa maneira, para transformar o “direito em princípio” em “direito na prática” enfrentam-se importantes constrangimentos políticos e econômicos, acentuados no período

recente. Ademais, prioridades na implementação de políticas sociais com diferentes ênfases nos países da América Latina, condicionam a implantação dos novos modelos assistenciais em atenção primária à saúde e acentuam a tensão entre avançar na construção de redes integradas coordenadas pela APS e/ou adotar programas paralelos seletivos e focalizados. (GIOVANELLA, ALMEIDA, 2017, p.17)

A cidadania enquanto categoria histórica expressa as condições econômicas, políticas e sociais da sociedade na qual é engendrada e, quando pensada no interior das relações sociais, representa valores e significações socialmente estabelecidos. Por isso, é preciso dimensioná-la a partir da realidade econômica, política e social brasileira. Seu determinante histórico-social é a existência da sociedade de classes e do Estado.

Ela é a consciência dos direitos democráticos, ou seja, a condição da democracia. Nesse sentido, é importante compreender-se que as raízes da cultura democrática não são encontradas em teorias e conceitos, mas, sim, na conduta, em experiências e em sua satisfação. Contudo, como a cidadania não deve ser vista como uma dádiva natural e muito menos como concessão do Estado, é preciso entendê-la como conquista, construção, exercício cotidiano e papel social. As relações construídas sugerem a existência de uma cidadania frágil, que ignora a relevância da defesa dos direitos e, na perspectiva do SUS, não o reconhece como patrimônio social, capaz de ser equitativo.

O cotidiano determina sobre as pessoas uma forma de pensar imediatista (HELLER, 1992). A vida diária acaba desencorajando a racionalidade sistemática e a ação refletida, especialmente com respeito àquelas questões que envolvem os abusos do poder político e a desigual distribuição dos benefícios econômicos na sociedade brasileira contemporânea. A cidadania que se desenvolveu no Brasil não é ampla e muito menos resulta da consciência daqueles que têm contribuído para construir tanto a riqueza como o bem-estar do País.

No País, cidadania representa, primordialmente, a luta contra a exclusão social, contra a miséria e deve ser desenvolvida no sentido de mudar o cotidiano e as estruturas que historicamente beneficiam uns em detrimento de milhões de outros, para consolidar os direitos já conquistados na Constituição Cidadã. Tal situação é fruto do modelo econômico adotado, que, além de ter possibilitado a concentração da riqueza, encaminhou o País “[...] a uma situação eticamente condenável, politicamente insustentável e socialmente suicida” (CARAVANTES, 1991, p. 21).

O exercício da cidadania face à realidade brasileira — onde os serviços sociais básicos, embora garantidos na Constituição, ainda não são universais — consiste, fundamentalmente, em transformar, inicialmente, o direito a todos eles em realidade concreta e efetiva na vida da população. Nessa esteira de pensamento, o primeiro contato, enquanto um dos atributos da APS, traduz-se como a porta de entrada preferencial do SUS, portanto, o acesso é um dos elementos básicos nesse contexto.

A garantia de acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que são concebidas para materializar esse direito. Entretanto, os quantitativos não correspondem, pois a oferta não está na mesma proporção da demanda. Embora o acesso deva ser universal e igualitário, ainda não é garantido a integralidade da atenção, não em todos os níveis de atenção do sistema. Este estudo demonstra que o acesso à APS ainda não é para todos.

No Brasil, a própria concepção das políticas já reconhece que a capacidade instalada não é suficiente, que as redes de atenção ainda não dão conta, quando se considera o crescimento cada vez maior e com demandas cada vez mais diversificadas. A universalização constitui-se como intenção, mesmo porque já se implementa a focalização dentro da universalização, ou seja, por uma série de critérios de elegibilidade, pela priorização de alguns serviços em relação a outros. Na saúde, eles são vários, e soma-se a essa realidade o fato de que a acessibilidade “[...] ao direito à saúde, na prática cotidiana, está sujeita à desinformação dos usuários e às resistências daqueles que prestam os serviços, nem sempre preparados para modificar as suas atitudes” (COHN, 2015, p.90). Justamente por isso, essa relação nem sempre é humanizadora. E, em consequência, a população por vezes não reconhece esse atendimento como referência, muito menos disputa a permanência dele. É construída uma cultura, com uma ética duvidosa, de que a APS não é resolutiva e o melhor é o pronto atendimento.

Entende-se necessária uma reforma intelectual e moral da sociedade, a qual, evidentemente, se relaciona de forma direta também com uma reforma econômica. A moralidade passa necessariamente pelo repúdio às injustiças e à indiferença diante do esfacelamento da dignidade humana. Reafirma-se, para tanto, o partido político¹²⁷ como um dos espaços que mais privilegia as práticas voltadas às transformações e o repensar a cidadania

¹²⁷Torna-se necessário considerar que “[...] a discussão da cidadania, da representação e da participação está articulada à dos partidos e convém indagar se os partidos estão preparados para receber, estimular e ampliar as reivindicações da cidadania [...]” (CHAUÍ, 1993, p. 297). Num país em que os partidos, de maneira geral, se transformaram em siglas, perderam a identidade partidária, o exercício da cidadania implica também uma gigantesca luta política para a transformação das estruturas partidárias e a criação de novos condutos políticos de manifestação da vontade do povo, especialmente em forma de movimentos mais ágeis.

como condição fundamental para o desenvolvimento, bem como para a construção de novas relações Estado-sociedade (GRAMSCI, 1991b).

A participação da população pela garantia e qualidade do acesso não é expressiva, e as disputas não se materializam positivamente no sistema. A frequência da participação em movimentos populares por saúde, conforme estudo feito em São Paulo, mas que também não se diferencia de forma significativamente no RS, aponta que a maior parte dos entrevistados, ou seja, 96%, desconhece se em seu bairro existem movimentos por saúde. Os que participam têm como objetivo melhorar o bairro em que vivem com um sentido altruísta, mas os demais não querem participar de movimentos ou de “política”, descrentes de que vá resolver, descartam a organização por entendê-la inútil. Por conseguinte, as pautas reivindicatórias tornam-se difusas e, dessa forma, centram-se na reivindicação por cidadania (COHN, 2015).

A contradição entre a emergência de uma consciência cidadã com uma magnitude cada vez mais presente e a reificação¹²⁸ da existência de Estados sem cidadãos¹²⁹ em um projeto de readequação do padrão de proteção social em direção a uma inclusão segmentada posterga encarar-se a questão fundamental da proteção social: a constituição plena de uma comunidade nacional democrática (FLEURY, 1994).

A interpelação da cidadania, neste contexto, funciona como uma possibilidade comunicacional, através da qual se possa reconstruir a comunidade nacional, dando lugar a uma sociabilidade pautada em princípios éticos acordados. Só assim será possível resgatar o caráter público que deve servir como norma na qual estejam pautadas, não apenas as ações estatais, como também aquelas que, embora privadas, afetam a comunidade nacional. De outra forma, continuaremos a ter Estado, mas não nação, e, nestes casos, todo exercício do poder é autoritário e ilegítimo, e, portanto, a sociedade ingovernável (FLEURY, 1994, 235).

É indiscutível que a população tem muita dificuldade de compreender o SUS como um patrimônio social e que é necessário lutar não só pela sua manutenção como também pelos avanços necessários. Na sua percepção, a atenção à saúde resume-se a seu aspecto curativo,

¹²⁸ No Marxismo, o conceito significa uma forma peculiar de alienação, característica do modo de produção capitalista.

¹²⁹ A constituição, na América Latina, de Estados sem cidadãos implica que a existência de um poder político central não correspondeu à criação de uma nação, entendida como a construção de uma sociabilidade minimamente necessária para legitimar o exercício desse poder. Essa é a raiz da crise de governabilidade que se tem enfrentado desde o século passado, com diferentes feições. Está-se em um momento crítico, representado pela possibilidade de dar à estas sociedades uma cara verdadeiramente democrática ou eternizar as diferenciações que forma, sendo construídas em um modelo social de camadas que apenas se encontram em dois pontos: a dependência generalizada de um Estado patrimonial e na irrupção periódica e incontrollável da violência social e que também se constituem em processos migratórios (FLEURY, 1994). Discussão eternizadamente atual.

relacionado com a doença, e, nesse sentido, a longitudinalidade do cuidado, como um dos principais atributos da APS, não é compreendida.

Na medida em que existe um envolvimento efetivo na ação política enquanto projeto político maior, representando uma nova perspectiva de sociedade, articulada e gestada pelo coletivo, o povo poderá ultrapassar uma visão ingênua. Assim, é preciso que sejam trabalhadas as crenças e as ilusões para que se desocultem as formas históricas de opressão e exclusão, oportunizando uma efetiva visibilidade das relações de poder para que o cidadão possa construir “[...] projetos de uma sociedade melhor, forjando um homem com utopias” (FERREIRA, 1993, p. 228).

Para tanto, uma estratégia para operacionalizar o engajamento pode ser a mobilização comunitária, entendida como o processo de reunir membros de uma comunidade¹³⁰ e assessorá-los para lidarem com suas preocupações e dificuldades comuns, com ou sem interferência externa. Não se trata de avaliar a participação “[...] como um meio ou como um fim que importa, mas a identificação do processo através do qual a participação como um meio revela a capacidade de se desenvolver em participação como um fim” (MOSER, 1989, p. 84). A sensibilização é uma das formas para a participação. Essa etapa está estreitamente relacionada com as ações de comunicação, pois é por meio da comunicação que será possível sensibilizar o público-alvo, mobilizando-o para uma ação concreta (PEREIRA, LIMA, 2009).

A participação social consiste, assim em canais institucionais de participação na gestão governamental com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios, não se confundindo com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado (ASSIS, VILLA, 2003). No Brasil, ela se encontra em processo de evolução, com o surgimento, no passado recente, de algumas formas de interação entre governo e cidadão. O cidadão, por meio dos instrumentos participativos, desenvolve atividades com o objetivo central de interagir com as decisões dos gestores e com as necessidades sociais. Com isso, a sociedade cria espaços para sugerir melhorias na administração pública, resultando no desenvolvimento da democracia participativa. As principais ferramentas de controle social no Brasil são: conselhos de política pública, observatório social, orçamento participativo, audiência pública, ouvidoria e conferências.

A territorialização como processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos

¹³⁰A comunidade é entendida aqui como um espaço geográfico no qual vivem pessoas.

de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local. Essas diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos preconizados no Pacto de Gestão do SUS (FLEURY; OUVÉRY, 2007).

É importante que se observe que só há gestão pública eficiente se houver *accountability*, eficiência no uso dos recursos públicos, transparência e participação social. [...] administrar a coisa pública não é uma tarefa fácil e não depende apenas de boa vontade, embora essa seja fundamental (BODART, 2015, p.9-10).

A aplicação da governança no setor está relacionada com essa concepção da Nova Gestão Pública (SOUZA; SIQUEIRA, 2007). A governança pública é, portanto, um conjunto de princípios básicos e práticas que conduzem a administração pública ao alcance da eficiência, eficácia e efetividade nos seus resultados, através de um melhor gerenciamento dos seus processos e de suas atividades, promovendo a prestação responsável de contas (*accountability*) e a transparência de suas ações (BIZERRA, 2011).

Parece necessário romperem-se as fronteiras que separam o Estado do cidadão. Para tanto, o espaço público deve ser redimensionado como forma de se tornar um espaço que possibilite o exercício da cidadania e que, como tal, possa representar mais um canal de participação, oportunizando o surgimento de uma cidadania emancipatória. “A democracia gera condições de adensamento do tecido social, com a emergência de múltiplas formas de organização de sujeitos políticos que cobram um papel de atores na cena política” (FLEURY, 2005, p. 86).

O cenário já descrito de crise sugere a importância de se considerar também o enfoque prospectivo, possível em uma gestão pública revisitada, quando o monitoramento permite a chamada gestão de restrições¹³¹. Nessa perspectiva, além da prospecção, também é oportuno considerar-se o caminho já trilhado.

5.3 O QUE APRENDEMOS E O QUE ESPERAMOS PARA O FUTURO?

Ao se considerarem os resultados da pesquisa e o conjunto de reflexões por ocasião dos 30 anos do SUS e os 40 anos de Alma Ata através da Carta de Astana¹³², é importante focar-se

¹³¹ “Entende-se por restrição todo problema que pode impedir ou prejudicar a execução de uma ou mais ações do programa, cuja solução está além do alcance do gerente” (PARES, SILVEIRA, 2005, p. 218).

¹³² O Encontro de Astana tinha como objetivo repensar a APS considerando os 40 anos da Declaração de Alma Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978. Essa expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do

nos avanços que o sistema obteve ao longo de sua história, mas também nos muitos desafios ainda a serem enfrentados. Esse balanço é oportuno, pois algumas questões se repetem e outras são desocultadas nesse processo de amadurecimento do SUS e dos caminhos já trilhados desde a Declaração de Alma Ata.

Dos diferentes segmentos que apoiam o SUS desde antes de sua concepção e que formaram o MRS, muitos ainda permanecem na luta, pois o SUS como uma conquista social é inacabado. Nessa lógica, sua consolidação ocorre no cotidiano. Do movimento original da reforma sanitária da década de 70 do século passado permanecem motes e alguns militantes que até a atualidade se encontram engajados, o que tem representado, em verdade, a resistência do sistema.

Esse movimento coloca-se frente aos que de alguma forma não se acharam beneficiados com as mudanças, mas, é claro, em uma perspectiva de ganhos e, em muitos casos, ganhos financeiros em escala. Isso significa também que, de certo modo, os interesses corporativos, econômicos e/ou financeiros representados por algumas categorias profissionais, pelas operadoras de planos de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, dentre outras, têm interesse como mercado e queriam ser contemplados e não preteridos. A mercantilização da saúde está também expressa nos processos de privatização e de terceirização dos serviços de saúde, práticas adotadas por muitos gestores como modelo de condução e, que em função disso, acabam por fragilizar ainda mais o SUS (MENDES et. al, 2011). Entretanto, a incipiente ou frágil participação de parte importante da sociedade, enquanto a base social e política de sustentação do SUS constitui os limitados avanços dessa construção (PAIM, 2018).

A criação do SUS coincide com o próprio movimento que o negava por essência, o postulado neoliberal, o que representou mundialmente um importante obstáculo para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde. Para além da esfera de eficiência, eficácia e efetividade, uma questão central gira em torno da possibilidade de se ter um sistema condizente com o arcabouço institucional preconizado na Constituição, no que diz respeito ao seu financiamento, problema enfrentado desde a elaboração da Constituição Federal de 1988 (BARROS; PIOLA, 2016).

desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Essa declaração é considerada um marco na saúde.

O subfinanciamento crônico é identificado como um dos maiores obstáculos para o SUS, seguido do gasto tributário em saúde, enfatizando o Imposto de Renda Retido na Fonte (PAIM, 2018; SOUZA, 2018; OCKÉ-REIS, 2018; SALVADOR, 2018; SANTOS, 2018; COELHO et al., 2016; MARQUES E MENDES, 2007). Diversas iniciativas foram adotadas para contorná-lo, a exemplo da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira, da EC-29/2000 e do movimento *Saúde+10*, mas não alteraram, efetivamente, a estrutura do financiamento, de modo que o gasto público como porcentagem do Produto Interno Bruto destinado à saúde continuou inferior à proporção do gasto privado.

O SUS acabou por disputar recursos, desde a sua concepção, com as demais políticas da Seguridade Social. Os projetos em disputa¹³³ caracterizaram-se pelo tensionamento constante entre a construção da universalidade e a contenção de gastos. Assim, um ratifica o direito de cidadania às ações e aos serviços de saúde por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros, e o outro defende a racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é considerada condição necessária a um Estado mais eficiente (MARQUES, MENDES, 2012).

A insuficiência de recursos e de infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Verifica-se a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença do que na saúde, no tratamento do que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados e menos na comunidade, no território e na atenção básica. Por outro lado, muitas vezes o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, a burocratização das decisões e a descontinuidade político-administrativa têm sido destacados também como dificultadores da garantia de universalidade. Frente a isso, justifica-se a compra de serviços no setor privado fortalecendo a ideologia da privatização e ainda com a aprovação da EC-95/2016, o subfinanciamento crônico do SUS fica constitucionalizado, cristalizando as dificuldades acumuladas desde 1988 (PAIM, 2018).

¹³³“Os conflitos decorreram, em última análise, da força do capital portador de juros em criar um “novo consenso” em torno da supremacia do mercado em matéria de políticas sociais e em determinar as políticas macroeconômicas regidas por metas de inflação e dívida pública restrita e/ou de superávits primários. Tanto um como outro pressionaram para a redução da participação do Estado em políticas sociais, resultando em constantes tentativas de diminuição de seus orçamentos e/ou de sua disponibilidade potencial de recursos” (MARQUES, MENDES, 2012, p. 347). Para uma compreensão teórica do capital portador de juros e do capital fictício, ver MARQUES E NAKATANI (2009).

Analisou-se a organização administrativa dos municípios com recorte na gestão financeira. “O não desenvolvimento dos municípios, tornando-os dependentes das transferências de recursos da União é examinado à luz de sua afetação à execução das políticas públicas” (SANTOS, 2018).

Espera-se uma maior utilização de evidências científicas pelos gestores públicos para a formulação e avaliação de programas, projetos e políticas. Essa estratégia é importante para a gestão e traduz-se em um instrumental para, sob uma nova perspectiva, olhar-se a gestão pública buscando uma maior eficiência. As escolhas precisam estar pautadas em uma cultura imprescindível de avaliação de políticas públicas, o que indubitavelmente proporcionará análises mais consistentes e resultados com maior impacto.

Ao longo desta tese procurou-se demonstrar que os gestores no escopo da APS não captam recursos, não gastam e, quando o fazem, questiona-se a qualidade do gasto. Assim, afirma-se que as três perspectivas são fundamentais para o SUS, e a gestão é determinante no processo de correta alocação dos recursos e potencialização dos mesmos.

Infelizmente, ao chegar aos 30 anos, vive-se um período de grave perturbação da ordem política, social, moral, com os alicerces da República a carecer urgentes reparos pelas fissuras a escancarar a promiscuidade entre o público e o privado; entre os poderes Legislativo e Executivo, imiscuídos em seus papéis, levando a sociedade a se salvar no Judiciário, que por sua vez, também tem dado mostras de que os estragos estão a bater em sua porta e que algumas vezes ela se abre. O direito num Estado Democrático não pode ser legislado para atender interesses destituídos do fundamento democrático da igualdade e liberdade, usando-se o poder político para benefícios seletivos numa sociedade que ainda não perdeu seu viés oligárquico [...] (SANTOS, 2018, p. 1728).

O cenário, na atualidade, arrefece as garantias individuais e sociais, com os cidadãos transformados em consumidores, onde o poder de compra é o marco distintivo entre as pessoas em detrimento da dignidade (SANTOS, 2018). As dificuldades do SUS não se restringem ao financiamento, mas à gestão que não se modernizou e que aguarda uma consistente reforma administrativa. Desse modo o planejamento ganha um espaço importante. Além de ser necessária a introdução da concepção de planejamento de longo prazo, que contudo, tem sido feito, a administração pública persiste num patamar de pouca eficiência. Esse planejamento precisa observar o postulado de coerência, bem como nas pactuações de indicadores, metas e objetivos. Por fim, acredita-se que os impasses realmente mais importantes sejam “[...] o financiamento insuficiente e a gestão ineficiente que se retroalimentam, uma colocando a culpa na outra quando ambas são o resultado da falta de compromisso público com a saúde, o modelo

patrimonialista e burocrata do Estado que acredita em carimbos e tráfego de papéis “ (SOUZA, 2018, p.2048).

Ainda que tenham ocorrido avanços na saúde nos últimos 40 anos, também foram muitos os desafios enfrentados. A Conferência Global de Atenção Primária à Saúde em Astana, no Cazaquistão, em outubro de 2018, endossou uma nova declaração enfatizando o papel fundamental da APS em todo o mundo, inclusive para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde. A APS é ratificada como a maneira mais eficaz de resolver de forma sustentável os desafios atuais da saúde e dos sistemas de saúde.

Muitas das proposições para a defesa da saúde apontadas como referência no texto Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde publicado em 2008, mas que agregou contribuições de um evento importante ocorrido em 2005 (BRAVO, 2008), ainda permanecem em pauta, portanto, com uma agenda em aberto. Por esse motivo, constará do ANEXO 5 desta tese.

Acredita-se ser fundamental avançar na análise política, e por isso as categorias gramscianas possibilitam compreender-se melhor o controle social. Para tanto, parte-se da hegemonia. A questão central ao se tratar da hegemonia é o nexos entre a capacidade de construção de uma visão de mundo e a realização da hegemonia (SILVA, 2011, p.15). Nas condições modernas, uma classe mantém seu domínio exercendo uma liderança moral e intelectual e fazendo concessões a uma variedade de aliados unificados num bloco social de forças, que Gramsci denomina bloco histórico (GRAMSCI, 1991b).

A hegemonia como direção intelectual e moral assume relevância central na estratégia da guerra de posição. O desenvolvimento teórico-político da estratégia gramsciana da guerra de posição aparece concretizado no aprofundamento progressivo da democracia política e na busca da unidade das lutas políticas imediatas das diversas organizações das classes subalternas na sociedade civil. Ela expressa a direção e o consenso ideológico de concepção de mundo que uma classe consegue obter dos grupos aliados.

Constituir-se como classe hegemônica significa organizar interesses comuns e tornar-se protagonista das reivindicações desses aliados de modo a unir em torno de si diferentes estratos, obtendo com eles uma aliança. A conquista progressiva de uma unidade político-ideológica – de uma direção de classe – requer, assim, a busca do consenso dos grupos sociais aliados, alargando e articulando seus interesses e necessidades na procura da superação dos seus limites corporativos (DURIGUETTO, 2007).

A partir de uma leitura do referencial gramsciano, o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso, é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto a concepção de Estado ampliado é um espaço de luta de classes pela disputa do poder (SILVA, 2011). É a partir da sua concepção de Estado de Gramsci – com a função de manter o consenso além da sua função coercitiva –, quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de ele ser controlado por essas classes, dependendo da correlação de forças existente entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil.

O controle social poderá realizar-se pelas políticas públicas. Dessa forma, as classes subalternas visam à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representem na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, suas demandas e seus interesses (SILVA, 2011). Por esse ângulo, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção de seus interesses, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

Estudos prospectivos voltados para a construção de cenários têm sido uma ferramenta largamente utilizada para o planejamento estratégico, tanto por empresas quanto por governos, na tentativa de prever riscos e dotar o processo decisório de bases conceituais mais sólidas. Considerando essa perspectiva, o Governo Federal, mediante um acordo de cooperação técnica com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE), contando com a participação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e da SAE, conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), elaborou o projeto Saúde Brasil 2030, que se constitui num instrumento importante para o setor saúde. Nesse mesmo caminho, o Rio Grande do Sul também busca soluções, como a Rede de Inteligência para o Cidadão, que foi criada com o intuito de dotar o Estado de capacidade para avançar no uso de técnicas e tecnologias de Ciências de Dados (inteligência artificial, predição e prescrição, dentre outros), articulando as pessoas de diferentes órgãos para formular, implementar e avaliar as políticas e os compartilhamentos da nova Arquitetura Digital do RS, ao mesmo tempo em que constrói alternativas com o cidadão e com a sociedade.

As limitações dessas técnicas são evidentes e já foram destacadas por muitos autores, entretanto são indicativos apresentados sob diferentes cenários no Relatório Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro. De qualquer forma, os gestores contam

com inúmeros diagnósticos e evidências científicas na atualidade que podem, com certeza, subsidiar as decisões políticas a serem tomadas.

Independentemente dos partidos, se de direita ou de esquerda, todos mantiveram, enquanto no poder central, o mesmo comportamento. O discurso quase sempre é tangenciado para o que os formadores de opinião querem ou precisam ouvir. No entanto, o discurso não se efetiva em práticas, não garantindo, as mudanças necessárias. Alguns avançam um pouco, outros retrocedem, mas, na verdade, na história da política brasileira o que é possível se constatar é uma política populista, clientelista e esvaziada de valores, que fragiliza a identidade partidária e, com isso, os partidos políticos. E, assim, os resultados lesivos dessa promiscuidade recai na sociedade como um todo, em especial, naquela parcela da população que carece de políticas públicas efetivas, no caso em estudo, a Política de Saúde pública.

CONCLUSÃO

O percurso metodológico adotado para esta pesquisa foi o eixo articulador entre a abordagem quantitativa e a qualitativa, entre a teoria e a prática e, através desse processo, o movimento das categorias epistemológicas, teóricas e axiológicas nela presentes. A pesquisa como ferramenta pedagógica permitiu a reflexão sobre as temáticas propostas no estudo e uma outra compreensão da realidade. A formação e o exercício profissional simultâneos da pesquisadora nas áreas de serviço social e da administração pública permitiram uma reflexão orgânica para responder o problema, suas questões norteadoras e os objetivos da pesquisa.

O referencial epistemológico estruturou-se e articulou-se a partir de uma abordagem dialético-crítica, construída na síntese objeto-sujeito e suas contradições. As categorias gramscianas aportadas e as estratégias políticas serviram como contribuições para o conhecimento da realidade, bem como de instrumental para a análise e a ação.

Como categorias axiológicas, a própria escolha da abordagem do estudo já anuncia a concepção de homem, de sociedade e da relação homem-mundo. Reafirma-se a democracia como valor ético central e a cidadania — que deve ser cada vez mais ativa, crítica e participativa — como condição e fonte de legitimidade do desenvolvimento social. Acredita-se necessária a construção de um novo modelo de sociedade, mais justa e com maior equidade social, através de uma nova concepção de desenvolvimento e de ética, capaz de proporcionar uma vida digna e solidária, impondo um movimento da sociedade do individualismo para o coletivismo. Esses são valores fundamentais e devem permear a sociedade neste século.

As categorias teóricas apresentadas no Capítulo 2 alicerçaram a compreensão das questões do Estado pelas diferentes correntes de pensamento econômico e da sua relação com as políticas sociais, em particular com a de saúde. Possibilitaram, ao descrever-se a crise orgânica, com seus aspectos econômicos, financeiros, sociais, políticos e fiscais, estabelecer-se uma conexão com os resultados encontrados, levando a um maior entendimento do SUS. Naquele capítulo, portanto, foi possível responder-se à questão norteadora quanto à conformação da relação Estado/Política de Saúde, bem como esse objetivo específico.

O SUS, com sua dinâmica e operacionalidade peculiares, é retratado através de suas dimensões técnica (modelo assistencial), política (modelo de gestão) e econômica (modelo de financiamento) no Capítulo 3. Pretendeu-se, ao dimensionar o sistema sobre esses três aspectos e pelo conjunto das demais categorias tratadas, demonstrar a sua complexidade e a importância

da sua indissociabilidade. Evidenciou-se, ao longo do estudo, a dinâmica e os projetos em disputa da Política de Saúde, especialmente a partir da década de 70 do século passado. Contudo, atendeu-se a questão norteadora que buscou conhecer como se estruturam esses componentes no SUS, viabilizando seus aspectos operativos e fluxos.

É inegável que existe consenso entre estudiosos de que o Sistema Único de Saúde representa uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar da população brasileira (CAMPOS, 2007), mesmo reconhecendo, a despeito disso, a existência de uma tensão pelas ameaças ao SUS presentes nos confrontos cotidianos entre o projeto privatista de cuidados de saúde e o Projeto da Reforma Sanitária, identificados em estudos percursoros (BRAVO, 1996; NOGUEIRA, 2003). A proposta de política de saúde construída na Década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise (BRAVO, 2008, p. 100).

A superioridade do modelo da Estratégia de Saúde da Família (contra-hegemônico) em relação ao modelo tradicional (hegemônico) de atenção tornou-se consenso nacional e internacionalmente. A importante expansão da cobertura nos últimos 20 anos, no Brasil, sem sombra de dúvidas ampliou a oferta, e diversificou serviços com efeitos positivos sobre a saúde da população (FACCHINI et al, 2006; AQUINO, OLIVEIRA, BARRETO, 2009; GUANAIS E MACINKO, 2009a; MANCINKO, 2006; MACINKO et al, 2007; FACHINI et al, 2015).

Os resultados da pesquisa foram apresentados no Capítulo 4, em uma construção com os dados qualitativos discorrendo com os quantitativos, amparados pelos referenciais escolhidos e oportunizando sua triangulação. O nexos que favoreceu a apresentação dos achados está associado aos Capítulos 2 e 3 e às dimensões do SUS ali tratadas. As questões norteadoras e os objetivos que se relacionam com essa temática e com a correlação de indicadores escolhidos e a composição do gasto foram discutidas no Capítulo 4.

Uma possível definição para a condução extraída da discussão dos autores TRAVIS et al. (2002) poderia ser a capacidade de formular e implementar políticas relevantes, garantindo a supervisão (*oversight*), a regulação e a prestação de contas (*accountability*), na perspectiva de influenciar o comportamento dos diversos atores setoriais, assegurando a “boa governabilidade” do sistema de saúde. Por fim, as ações de Condução na saúde devem estar todas relacionadas com a melhora da saúde da população.

Esse momento é complexo, mas é imperativo observar-se que é necessário se exigir basilarmente que a legislação seja cumprida no Brasil, o que ainda é uma prática nem sempre

observada em vários setores da administração pública e, neste caso, na Política de Saúde. Assim, apoiar a proposta encaminhada pela Abrasco aos candidatos às eleições de 2018, através de uma Carta de Compromisso, com os pontos considerados essenciais para assegurar o direito à saúde de todos os brasileiros precisa ser olhada com cautela. O primeiro deles sugere acabar com o teto de gastos em educação e saúde.

O teto foi uma conquista após muitos tensionamentos e luta. O que os dados referentes ao resultado da pesquisa demonstram é que, embora existam percentuais de gastos mínimos e teto, principalmente as gestões nos níveis federativos estadual e federal quase nunca cumprem a Constituição. Desse modo, em uma época de crise e de reforma fiscal, como se tem acompanhado no cenário brasileiro, parece ser extremamente estratégico manter percentuais mínimos e teto para o gasto na saúde, pois em nada penaliza a legislação, caso queiram os gestores assumir um investimento maior nessa área. Portanto, a existência de mínimos constitucionais ainda é uma forma de mitigar os efeitos negativos quando não é observado o que preconiza a legislação. Sendo assim, como seria a lógica caso se desvinculassem os percentuais mínimos?

Justifica-se este estudo e sua conformação a partir das dimensões tratadas para compreender a condução dos sistemas municipais de saúde da Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre, em um cenário de crise econômica e financeira, sob a perspectiva da gestão financeira, cotejando indicadores escolhidos para avaliar se apresentam correlação com os gastos de parte do cofinanciamento estadual para a APS. A pesquisa encontrou correlação, em apenas um ano, com o indicador de coleta de citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população feminina da mesma faixa etária e local de residência no ano de 2013. Embora existam inúmeras variáveis que interferem no resultado dos indicadores, nesse caso, a área técnica apontou e acredita-se que ocorreram ações passíveis de interferir em resultados. Realizou-se em âmbito estadual uma parceria com o Grupo Hospitalar Conceição para a qualificação de profissionais da saúde em coleta de citopatológico, processo justamente iniciado pela Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre e depois expandido para todo o estado. De 2011 a 2013, o Governo Federal organizou a rede de oncologia que se somar o cofinanciamento estadual para a APS, esforços que foram direcionados para qualificar os processos e ampliar o acesso, o que pode ter contribuído para o resultado observado.

A dinâmica e a operacionalidade do SUS foram analisadas a partir de três de suas dimensões – a técnica (modelo assistencial), a política (gestão) e a econômica (financiamento) – como elementos indissociáveis para a garantia de direitos universais dessa política. As narrativas feitas em relação a Política de Saúde convergem para o diagnóstico do

subfinanciamento como sendo a dificuldade fulcral do sistema. Sob essa lógica, vem-se discutindo a sustentabilidade do SUS enquanto um sistema universal, conseqüentemente para todos e com integralidade, atendendo todas necessidades de saúde do cidadão. Nessa tessitura esta pesquisa apresenta uma narrativa diferente da que é considerada consenso.

Em relação à Política de Saúde como foi apresentada, articulada e embasada pelo referencial teórico metodológico escolhido para a pesquisa, assim, com os resultados obtidos, defende-se a tese:

- da indissociabilidade entre o modelo de atenção, o modelo político traduzido pela gestão e o modelo de financiamento para a sustentabilidade do SUS;
- de que, ao se apontar o subfinanciamento como o maior problema do SUS, acaba-se ocultando um conjunto de dificuldades de gestão que não podem ser isoladas.

Na verdade, para isso concorrem muito mais a escolha do modelo hegemônico (AHA) e as dificuldades na execução financeira (como gastar *versus* qualidade do gasto) do que apenas subfinanciamento. Sendo assim, ao depositar nos recursos insuficientes para o SUS o maior problema, deslocam-se as verdadeiras dificuldades e mantem ocultas as questões de gestão do sistema. É comum os gestores afirmarem que não sabem qual é a demanda para diferentes áreas tais como, exames diagnósticos de imagem ou não, laboratoriais, dentre outras.

Parte-se do princípio de que o sistema de saúde brasileiro não está organizado para atender as demandas atuais do SUS, bem como não está organizado para dar conta do acesso, particularmente no que diz respeito à APS como porta preferencial de entrada ao sistema. Tampouco, o está para a realidade que as prospecções feitas para a Política de Saúde indicam. O modelo assistencial precisa ser reconfigurado observando a carga de doenças e o perfil epidemiológico da população com base, nas necessidades de saúde e não mais na oferta de serviços, avigorando a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Não se acredita ser suficiente somente a análise quanto ao subfinanciamento crônico no setor, sem se compreenderem as especificidades e a complexidade relacionadas à provisão, organização dos serviços e redes de atenção à saúde, bem como do financiamento. Os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial, em grande parte como decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; dentre outros pontos que foram tratados no discorrer desta tese, existindo quase um consenso nacional de que o SUS, se continuar

funcionando dessa forma fragmentada, com foco nas especialidades e na atenção secundária e terciária, ampliará o subfinanciamento já existente, dificultando ainda mais sua sustentabilidade e, desse modo, ampliando os efeitos negativos da reforma fiscal adotada no Brasil através da EC 95.

A literatura científica evidência que a austeridade fiscal agrava ainda mais os efeitos já existentes da crise sobre as condições sociais e de saúde das populações. Os efeitos da reforma fiscal no longo prazo serão mais incisivos caso não se repense a gestão dessa política sob os mais diferentes aspectos, mas particularmente, quanto à função alocativa, na qualidade do gasto e nos resultados necessários para melhorar a saúde da população.

A sua operacionalização dá-se pela interação de seus três elementos constitutivos, ou seja, a população e a região de saúde definidas, uma estrutura operacional que se constitui pelos diferentes pontos de atenção e pelas ligações que devem permitir comunicação entre eles, assim, por um sistema lógico de funcionamento, definido a partir de um modelo de atenção à saúde escolhido e que preconiza a APS como organizadora da rede de atenção à saúde.

O modelo político do SUS traduz-se em uma gestão frágil, com poucas possibilidades de exercer uma de suas principais funções gestoras, que é a alocativa, frente aos diferentes recursos necessários para implementar a Política de Saúde. A gestão financeira do SUS tem sido, em regra, realizada por outras secretarias municipais que não a da saúde, bem como seus recursos estão vinculados ao caixa único, com disputas pelos recursos internos e externos ao setor nos três níveis federativos, tendo os fundos, dessa forma, um papel secundário. A condução dos sistemas municipais de saúde fica vulnerável, e as suas funções gestoras ficam restringidas nessa lógica.

O SUS, para Cunha e Campos (2011), apresenta um grau de coordenação de integração no funcionamento da sua rede assistencial aquém do que seria necessário. Possivelmente, algumas características da legislação, bem como o funcionamento parcial do chamado pacto federativo (Vasconcelos, 2004; Campos, 2007), colaboram fortemente para essas dificuldades e para um resultado muito heterogêneo. Como obstáculos, cita-se ainda a frágil presença dos estados na gestão da rede de serviços e programas, dificultando sua conformação, a regionalização e a continuidade de projetos e prioridades “(...) que acabam excessivamente vulneráveis a sazonalidades e conveniências eleitorais” (CUNHA, CAMPOS, 2011, p.962).

Ao se refletir sobre a política social no Brasil, assim como nos demais países da América Latina, é necessário conforme Soares (2012) considerar-se que o que condiciona a

oferta de benefícios e serviços é a ausência de mecanismos efetivos de controle social, terminando por subordinar-se a uma lógica, perversa e sem critérios, de transferência de recursos públicos ao setor privado. Isso se traduz, por exemplo, em uma frágil ou quase nula estrutura de controle e avaliação no caso da Política da Saúde, o que não garante a transparência necessária, inviabilizando que o controle social tenha as informações. Isso impacta de forma importante os resultados oferecidos à população, que não tem garantido o acesso aos serviços, e, se pensar em acessibilidade, não se sabe avaliar os resultados em termos da qualidade desse acesso.

É importante ressaltar-se que o bom funcionamento de um sistema de saúde organizado por níveis de atenção depende essencialmente de uma boa gestão. E isso, por sua vez, conforme Brasil (2003), implica preparo, planejamento (fundamentado em informações relevantes) e o uso de soluções tecnológicas que tragam mais eficiência às instituições. O efetivo controle sobre os processos é o que garante o funcionamento adequado dos diferentes serviços. E esse controle deve-se ao uso de um banco de dados ou à implementação de protocolos com registros eletrônicos das informações médicas sobre os usuários e as devidas orientações para o tratamento da doença em questão.

O aumento dos gastos em saúde e a recorrente detecção de falhas sistêmicas sugerem a necessidade de uma melhoria expressiva na forma de nela aplicar os recursos públicos, em termos de eficiência, efetividade, equidade e qualidade das ações e serviços prestados aos cidadãos. No âmbito do SUS, o principal foco de debate e normatização relativo à governança tem sido sob a ótica de redes de atenção à saúde, também chamada de governança colaborativa, cuja ideia central é a de que as diversas organizações e atores envolvidos devem atuar de forma horizontal (BRASIL, 2018). O princípio da relação Estado/saúde na era moderna é a expressão da regulação estatal da saúde para a nova ordem social e econômica emergente – a ordem burguesa – e centrada na reprodução da força de trabalho (ELIAS, 2004). Contudo, de qualquer maneira esse relacionamento acaba por expressar os conflitos e as contradições próprias dessa relação.

A gestão da Política de Saúde, que é atravessada por questões técnicas e políticas, deve assegurar que ela se materialize, afiançando a saúde como um direito de cidadania. A forma de organização do SUS impacta sobre a tomada de decisões do gestor, que é uma autoridade sanitária. Por esse motivo, ele deve conduzir a política a partir de conhecimentos, habilidades e competências no âmbito da gestão em saúde, de modo a atender os preceitos constitucionais e a legislação em vigor. Para tanto, é preciso um conjunto articulado de saberes e práticas de

gestão necessários para a condução dessa política (Machado, 2011). A melhoria dos processos de gestão deve ser perseguida, permanecendo em aberto a pauta do repasse suficiente e regular dos recursos.

Parece primordial que se empreenda um novo modelo de gestão a partir de um novo perfil de gestor público¹³⁴, capaz de se constituir em resposta às demandas sociais, observando as dinâmicas dos movimentos da sociedade neste século. Para tanto, é indispensável que seja redimensionada a distância entre o político e o técnico, devendo ser revigorado o seu papel como forma de potencializar os processos, utilizando a estratégia e a negociação como instrumentos da cogestão, oportunizando que as mudanças a ocorrerem se façam pelo exercício democrático e da cidadania, alicerçadas na criação e na vivência de novos valores éticos, para que, assim, esses sujeitos coletivos possam construir a sua própria história ou, pelo menos, parte substancial dela.

O Brasil experimentou orientações institucionais tardiamente em direção aos princípios preconizados em Alma-Ata, ou seja, da universalidade, da descentralização, da integralidade e da participação popular, com a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 e de suas reformas incrementais desde 1990, como a adoção da APS e a progressiva implementação, a partir daí, da Estratégia de Saúde da Família em caráter substitutivo à rede de atenção tradicional ou de reorientação do modelo assistencial.

Uma agenda ainda em aberto diz respeito à necessária oferta de acesso da população à APS, o que ainda não é uma realidade. A Carta de Astana reafirma as diretrizes e tudo o que foi preconizado há 40 anos em Alma Ata. A participação da população nos espaços de governança do SUS deve ser estimulada, traduzindo-se como um movimento contra-hegemônico e capaz de articular esses sujeitos sociais para lutarem pelo SUS enquanto patrimônio da população brasileira, para romperem práticas políticas históricas e correntes, comuns em qualquer instância federativa de partidarização da máquina pública e apoderamento das políticas sociais pelos governantes em proveito da lógica de sua reprodução política (ELIAS, 2004).

A arena da luta de classes é ocupada por múltiplos sujeitos históricos, e, em tempo das grandes crises históricas, surgem novos vetores que complexificam ainda mais o quadro político. Por isso, é necessária a análise das relações de força entre os diversos grupos sociais

¹³⁴Entre as sugestões de referências o Guia de Governança e Gestão em Saúde, publicado pelo TCU, merece ser consultado (BRASIL, 2018).

em disputa pela hegemonia, pois somente através dela será possível se determinar teoricamente quais as saídas para uma crise orgânica.

As práticas democráticas devem oferecer direção às ações profissionais ao socializarem a informação, democratizando o acesso aos direitos na ruptura com o moralismo da ação, com as concepções mecanicistas, especialmente para a constituição de uma nova imagem do Serviço Social. Para ser crítico, é preciso criar, propor alternativas mediadas por respostas concretas à realidade brasileira, procurando promover a emancipação e a crítica à sociedade (Neves, 2017, p.35).

Chamado historicamente a intervir nas expressões da questão social, ao encerrar no seio da profissão a análise das formas de produção e reprodução da vida social, o Serviço Social brasileiro encontra no fecundo debate da teoria social crítica os seus fundamentos atuais. Estabelece uma busca permanente de respostas ao seu cotidiano profissional e à sua própria condição de trabalhador no processo de intervenção na realidade social, econômica, política e em suas contradições históricas (IAMAMOTO, 1998).

Acredita-se, ainda, ser importante destacar a necessidade de potencializar-se a prática do Assistente Social sob a perspectiva do espaço de gestão nas políticas sociais, materializando sua inserção nesse contexto para a condução, a avaliação e a formulação de políticas públicas. O Serviço Social apresenta uma contribuição essencial nas negociações na arena sanitária, que disputam diferentes interesses, pela defesa incondicional da democracia, tendo a perspectiva de contribuir para a instrumentalização da população para o exercício da cidadania e da busca e garantia de seus direitos.

Acredita-se na cidadania construída a partir da compreensão de uma prática educativa e participativa e sob o prisma de uma consciência coletiva. portanto, consciente e alerta quanto às possibilidades políticas e no tempo histórico presente, que possibilita estratégias técnico políticas e uma prática social sob novas perspectivas. Essa é uma condição para que se crie uma vigorosa consciência sanitária baseada na saúde enquanto necessidade social e direito universal, ou seja como prerrogativa cidadã. Tal consciência é capital para que ocorra a luta por um outro patamar de exercício de cidadania, que passa pela consciência de uma nova relação Estado/sociedade.

Acredita-se, ainda, que refletir sobre o futuro tem sido tarefa para um número crescente de profissionais. Talvez se relacione à construção de um imaginário social em torno da preocupação com o destino dos homens. Não se crê, no entanto, em ceticismo com o próprio

presente, porque isso determinaria o imobilismo, a inércia, a falta de sonho e, principalmente, de esperança. Acredita-se, sim, na ação do homem, na sua capacidade de transformar. Essas mudanças, embora vistas em horizontes longínquos, representam uma possibilidade concreta para o amanhã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, António, SCHUKNECHT, Ludger, TANZI, Vito. Public sector efficiency: an international comparison. **ECB Working Paper**, n. 242, 2003. Disponível em: <https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpwps/ecbwp242.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2018.

AITH, Fernand Mussa Abujamra. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

ALETRAS V, et al. Economies of scale and scope. In: FERGUSON B, SHELDON TA, Posnett J, editors. **Concentration and choice in healthcare**. London: Financial Times Healthcare; 1997. p. 23–36.

ANDREAZZI, Maria de F. S., BRAVO, Maria Inês de Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. educ. saúde** [online]. vol.12, n.3, 2014, p.499-518. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, Birmingham, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/41485> Acesso em: 01 jul. 2018.

ARAÚJO, Edson C., LOBO, Maria Stella. Desafios para Sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. **Draft for Review**. 2018.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Introdução à crítica do setor saúde. **Revista Nêmesis**, n. 1, 1975. Disponível em: <www.researchgate.net/publication/40754341>. Acesso em: 04 abr. 2016.

ASSIS, Marluce M. Araújo, VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-americana de Enfermagem**, maio-junho; 11(3):376-82, 2003. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf> Acesso em: 21 out. 2018.

AXT, Margarete. Mundo da vida e pesquisa em educação: ressonâncias, implicações, replicações. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 46-54, jan./mar. 2011. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/download/9247/6371> Acesso em: 11 de nov. 2018.

BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Brasil revisão das despesas públicas, volume I: Síntese**, novembro de 2017. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

BANDEIRA, Marilene Dias. Envelhecimento populacional e mortalidade de idosos no Rio Grande do Sul. **Carta de Conjuntura FEE**. Área temática: Saúde. Edição: Ano 27, nº 03, 2018. Disponível em: <<http://carta.fee.tche.br/author/marilene/page/2/>>. Acesso em: 11 out. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROCO, Maria Lucia S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n106/n106a02.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

BARROS, M. E. D, PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC (Orgs). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 101 – 138. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5213:opas-oms-disponibiliza-publicacao-sobre-organizacao-e-financiamento-do-sistema-de-saude-brasileiro-2&Itemid=843>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BARROS, F. P. C. A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_11B.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2016.

BEHRING, Elaine R; BOSCHETTI, Ivanete. **Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

BERLINGUER, Giovanni et al. Reforma sanitária-Itália e Brasil. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> . Acesso em: 13 mar. 2014.

BIZERRA, A. L. V. Governança no setor público: a aderência dos relatórios de gestão do Poder Executivo municipal aos princípios e padrões de boas práticas de governança. 2011.124f. **Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis)** – Faculdade de Administração e Finanças, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BODART, Cristiano das Neves (Org.) et al. **Gestão pública: transparência, controle e participação social**. Vila Velha, ES, Faculdade Novo Milênio, 2015.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Estatísticas sociais, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.). Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. 133 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: **CONASS**, 2014. 171 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n3.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: **CONASS**, 2003. 604 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: **CONASS**, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (**Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS**; Eixo 1, v. 1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.: il. (**Série F. Comunicação e Educação em Saúde**). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (**Série E. Legislação em Saúde**). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. – (**Série B. Textos Básicos de Saúde**). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

_____. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública** / Tribunal de Contas da União. Versão 2 - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. 80 p. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRAVO, M. I. S. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: **UnB- CEAD/ CFESS**, 2000. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 88, p. 00-00, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/contabilidade/article/view/47859>> Acesso em: 09 out. 2018.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa. In: Superando Desafios – **Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro: UERJ/ HUPE. Serviço Social, 1999. Vol. 4. Disponível em: <[Osdesafiosdapoliticadesaudenobrasilnosanos2000.pdf](#)>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza, et. al. Editorial. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 397-406, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n123/0101-6628-ssoc-123-0397.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRAVO, M.I.S; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: **Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Organizadoras) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/71641710-Os-desafios-da-politica-de-saude-no-brasil-nos-anos-2000.html>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius; Adufrj-SSind, 2008. Disponível em: <<http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000177-44831457d0/VV.%20AA.%20Pol%C3%ADtica%20de%20Sa%C3%BAde%20na%20Atual%20Conjuntura.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza, et. al. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BUCI-GLUCKSMANN, Christinne. Gramsci e o estado. Por uma teoria materialista da filosofia. Tradução por Angelina Peralva. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

CAMPOS Gastão Wagner de Souza. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1707-1714, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05582018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1707.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Uma política de pessoal para o SUS -Brasil – Contribuições para o debate do Abrascão-2018. Abrasco, **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, número 5. Acesso em: 19 dez. 2017.

_____. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate** [online]. 2014, vol.38, n. especial, pp.252-264. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

CARAVANTES, Geraldo. **Contexto e ética**. Porto Alegre: Palotti, 1991.

CARDOSO JR, José Celso e JACCOUD, Luciana. **Políticas Sociais no Brasil**: Organização, Abrangência e Tensões da Ação Estatal. Brasília: Ipea, 2005. Disponível em: <http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap_5-10.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017.

CAR-HILL, R., PLACE, M., POSNETT, J. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., SHELDON, T., POSNETT, J. Concentration and choice in healthcare. London, **The Royal Society of Medicine Press**, 1997. p. 37–49. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1068/a35165>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

CASTELLS, Manuel. **A era da informação**: economia, sociedade e cultura. In: A Sociedade em rede. v. 1. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CASTELO, Rodrigo. **Marx e o Marxismo 2011**: teoria e prática Universidade Federal Fluminense – Niterói – RJ – de 28/11/2011 a 01/12/2011. Núcleo Interdisciplinar de estudos e pesquisas sobre Marx e Marxismo. Disponível em: <http://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2011/TrabalhosPDF/AMC111F.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

CASTRO, Janete Lima de; FORMIGA, Jacinta Maria Moraes; VILAR, Rosana Lúcia Alves de (Orgs.). **Política e gestão em saúde**: reflexões e estudo. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2006.

CAVALCANTI, Ana Maria (Org.). **Autocuidado apoiado**: caderno de exercícios. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 31 p. Disponível em: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/Autocuidado-Apoiado.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

CHARNES, A; WW Cooper and EL Rhodes: Measuring the Efficiency of Decision-Making Units. **EJOR** 2: 429-444, 1978. Disponível em: <https://www.utdallas.edu/~ryoung/phdseminar/CCR1978.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2018.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. Tradução de Silvana Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

COÊLHO, Bernadete Perez, COUTO, Gustavo de Azevêdo. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p 113-22, mai. 2009. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012coelho-bp.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

COÊLHO, Bernadete Perez. **A reformulação da clínica e a gestão na saúde**: subjetividade, política e a invenção de práticas. São Paulo: Hucitec, 2015. 194p.

COELHO, Tereza C. B.; TELES, Andrei S.; FERREIRA, Milla P. da S. (Orgs). **Financiamento do SUS**: abrindo a caixa preta. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016, 280p.

COHN, Amélia, et. al. **A saúde como direito e como serviço**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

COSTA, Eliezer Arantes da. Gestão Estratégica de Negócio em Saúde. In: ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi. **Economia e Gestão em Saúde**. Cap. 15. Barueri: Manole, 2010. p. 329-330.

COUTINHO, Carlos Nelson (Org.). **O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935**. Rio de Janeiro: Civilização, 2011.

COUTTOLENC, Bernard François, ZUCCHI, Paola. Gestão de Recursos Financeiros, volume 10. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (**Série Saúde & Cidadania**). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume10.pdf> Acesso em: 23 nov. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CROZATTI, Jaime. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Caderno de Estudos**, São Paulo, v. 10, n. 18, p.1-20, 1998. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cest/n18/n18a04.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

CUNHA, E.M, GIOVANELLA, L.L. Longitudinalidade, continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde coletiva** [periódico na internet]. 2011, acesso em 6 jan 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. **Policies and strategies to promote social equity in health.** Stocolm, Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2018.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida.** São Paulo: Autores Associados, 1995.

DIAS, A.M.I. Discutindo caminhos para a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física**, v. 1, n. 1, p. 37-52, ago., 2009. Disponível em:

<http://www.fumec.br/revistas/sigc/article/view/1918>> Acesso em: 11 nov. 2018.

DONABEDIAN, A. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

_____. **Aspects of medical care administration:** specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

_____. **The Seven Pillars of Quality:** in Arch. Pathol. Lab. Med.: 114., 1990.

DURIGUETO, Maria. **Sociedade civil e democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, 18(3): 41-46, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2017.

EPPING-JORDAN, J. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. **Organização Mundial da Saúde.** Brasília, p. 1-10, 2003. Disponível em: <<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

SCOREL, Sarah. Saúde e democracia, democracia e saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 21, p. 51- 5, jun. 1988. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/physis/2008.v18n4/625-644/>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade et al (org.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2008.v18n4/625-644/>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

FACCHINI, LA, THUMÉ E, NUNES B.P. et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich M,

Takemi K (Orgs.). **Governing Health Systems**. 1ed. Brookline, MA, USA: Lamprey & Lee: 2015, v. 1, p. 203-236. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2016.v25n4/777-787/en/>> Acesso em: 4 jul. 018.

FACCHINI, Luiz Augusto et. al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3. Rio de Janeiro, jul./set. 2006
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2018.

FAGNANI, Eduardo. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade. **Tese (Doutorado em Ciências Econômicas)** — Instituto de Economia da Unicamp, Campinas, 2005. Disponível em:
<[http://neppos.unb.br/publicacoes/Politica%20Social%20no%20Brasil%20\(1964-2002\).pdf](http://neppos.unb.br/publicacoes/Politica%20Social%20no%20Brasil%20(1964-2002).pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2018.

FÁVERO, M. L. A. (a) **Universidade e Poder**: análise crítica/fundamentos históricos: 1930-45. 2. ed. Brasília: Plano, 2000. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/er/n28/a03n28.pdf>> Acesso em> 11 nov. 2018

FERGUSON, B., GODDARD D, M. The case for and against mergers. In: FERGUSON, B., SHELDON, T., POSNETT, J. **Concentration and choice in healthcare**. London, The Royal Society of Medicine Press, 1997. p. 67–82.

FERNANDES, L.C.L. et al. Utilização de serviço de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 43: 595-603, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/483.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

FERREIRA, Nilda Teves. **Cidadania**: uma questão para a educação. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (Org.). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (**Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**). Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FIORI JL. Longa duração e incerteza. **Carta Maior 2015**; 28 jun. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Coluna/Longa-duracao-e-incerteza/33850>>. Acesso em: 21Jul. 2015.

FLEURY S, OUVENEY A.M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2011. 204 p. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/28.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

FLEURY, Sonia. A Seguridade Social Inconclusa. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (org.). **A Era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília, INESC, 2004. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/conteúdo/publicacoes/livros/4GW7inLLkRaDio1vtL3RpN44o0Jj5IxZ/Seguridade%20Social.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2011.

_____. **Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 252p.

_____. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**, São Paulo, no 7, 2005, pp. 77-89. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/download/671/468>. Acesso em: 22 fev. 2018.

FLEURY, Sônia; OWERNEY, Assis Maford. Política de Saúde: uma política social. IN: GIOVANELLA, Lígia. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2 ed. Ver. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, 1100p.

GEORGE, Victor, WILDING, Paul. **Welfare and ideology.** Harvester Wheatsheaf, 1994. 228 p. Disponível em: <https://trove.nla.gov.au/work/30029568?q&versionId=45623457>. Acesso em: 22 fev. 2018.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1763-1776. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2018.

GIOVANELLA, Lígia. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública.** RJ, vol.6 no.2 Rio de Janeiro, Apr./June. ,1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

GOBERT, MÜLLER IN, VAZ., L.G.D.; Políticas Públicas. Revista nova Atenas de educação e tecnologia. **Revista eletrônica do departamento acadêmico de ciência, saúde, educação física e esportes – Biologia – Segurança do trabalho.** Vol. 10, nº 01, jan./jun., 2007, p. 47. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/politicas-publicas-impactos-na-sociedade>. Acesso em: 19 abr. 2018.

GOHN, Maria da Glória. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos.** 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 383 p. Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2016/10/120184012-Maria-da-Gloria-Gohn-TEORIA-DOS-MOVIMENTOS-SOCIAIS-PARADIGMAS-CLASSICOS-E-CONTEMPORANEOS-1.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

GOMES, Cláudia Maria Costa; ROJAS, Gonzalo Adrián. **Revista da Faculdade de Serviço Social** da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. EM PAUTA, Rio de Janeiro, 2017 - n. 39, v. 15, p. 17 – 32. Disponível em: <www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/30374/21540>. Acesso em: 10 mar. 2018.

GONÇALVES, J. E. L. As empresas são grandes coleções de processos. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.40, n.1, p.6-19, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v40n1/v40n1a02.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. (v. 3)

_____. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2000a. (v. 2).

_____. **Cadernos do cárcere**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002

_____. **Cartas do cárcere**. Tradução por Noênio Spínola. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

_____. **Concepção dialética da história**. Tradução por Carlos Nelson Coutinho. 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991a.

_____. **Maquiavel, a política e o estado moderno**. Tradução por Luiz Mário Gazzaneo. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1991b.

_____. **Quaderni del carcere**. Edição crítica de Valentino Gerratana. Torino, Einaudi, 1978. 4 v.

GREEN LA et al. The ecology of medical care revisited. **New Engl J Med**, 344: 2021-2025, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430334>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

GRUMBACH K et al. Resolving the gatekeeper conundrum. **JAMA**, 282: 261-266, 1999. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/190758>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

GUANAIS FC, MACINKO J. The Health Effects Of Decentralizing Primary Care In Brazil. **Health Aff (Millwood)** [internet]. 2009b jul-ago; 28(4):1127-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597212>> Acesso em: 24 ago. 2018 ago.

GUSSO GDF. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). São Paulo, **Tese de doutorado** na Faculdade de Medicina da USP, 2009. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/190758>>

HAMMER, Michael. **A empresa voltada para processos**. Management, jul./ago. 1998.

HAMMER, Michael; STANTON, Steven. How process enterprises. Really work. **Harvard Business Review**, November – December, 1999.

HEALTH COUNCIL ON THE NETHERLANDS. **European primary care**. The Haque, Minister of Health, Welfare and Sports, Publication n° 2004/20E; 2004.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a História**. Tradução por Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

HOFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES** [online]. vol. 21, n.55, p.30-41, 2001.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**, Vol. 25, n 4, p. 950-961, july/august. 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social** - ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

INFORME DAWSON sobre El futuro de los servicios medicos y afines 1920. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Medicos y afines. Publicación Científica, No. 93, Febrero de 1964. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD** Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD 1501, New Hampshire Avenue, N.W. Washington, D. C. 20036, E.U.A.

INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: **The National Academies Press**; 2009. [PubMed]

JACCOUD Luciana (Org.), SILVA, Frederico Barbosa da [et al.]. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. 435 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Livro_Questao_Social.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

KLIERING, L. R., ANDRADE, Jackeline A. de. Inovação na gestão pública: compreensão do conceito a partir da teoria e da prática. In: JACOBI, Pedro; PINHO, José Antonio. (Orgs.) **Inovação no campo da gestão pública local: novos desafios, novos patamares**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 204p

KLIJN, E. H; KOPPENJAN, J.; TERMEER, K. Managing Networks in the Public Sector: A theoretical study of managementstrategies in Policy Networks. **Public Administration**, v. 7, n. 4, p. 437-454, 1995. Disponível em: <https://repub.eur.nl/.../KLIJN_et_al-1995-Public_Administration.> Acesso em: 03 mar. 2018.

KOWARICK, Lúcio. Processo de desenvolvimento do estado na América Latina e as políticas sociais. **Serviço social e sociedade**, São Paulo: Cortez, Ano XV, n. 17, p. 5-14, abr. 1985. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians. **A working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: <http://nccdh.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LANDSBERG G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência Saúde Coletiva**, 17: 3025-3036, 2012.

LAST, J. M. **A Dictionary of Epidemiology**. New York, Oxford University Press, 2 ed., p. 1-141, 1988. Disponível em: <http://pestcontrol.ru/assets/files/biblioteka/file/19-john_m_last-a_dictionary_of_epidemiology_4th_edition-oxford_university_press_usa_2000.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017.

LIMA, H.O. et al. **Gestão por processos**. In: Marques A.J.S. et al. (Orgs). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Vol. II, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque_gestao_saude_minas_gerais.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

MACHADO, C. V. et al. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

MACHADO, Rebel Zambrano. A Área Social em Crise e a Crise de Gestão na Área Social no Rio Grande do Sul: um estudo sobre a FGTAS. **Dissertação (Mestrado em Administração Pública)**. Orientador Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis, Co-orientador Prof^a Dr^a Marília Costa Morosini. Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Abril, 1998. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2071/000225417.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

_____. A redefinição da prática profissional do Assistente Social no setor público frente às mudanças do papel do Estado na gestão das políticas sociais. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social)**. Orientadora Prof^a Dr^a Leonia C. Bula. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, abr., 1997.

MACHINEA, José Luis. El Financiamiento de la Protección Social; Condición Indispensable para um Pacto de Cohesión Social ella América Latina. In: SOJO, A; UTHOFF, A. Cohesión Social em la América Latina y el Caribe; uma Revisión Perentoria de Algunas de sus Dimensiones. Santiago de Chile. **CEPAL**, 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/38671852.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MACINKO et. al. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970 -1998. **Health Services Research**. 2003; 38:819-853, 2003.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. An Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres, v. 50, 2006, p. 13-19.

MACINKO J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health [internet]** Jan;60(1):13-9.2006 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>> Acesso em: 24 ago.2018.

MACINKO J, de Souza MFM, GUANAIS FC, et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. Nov. **Soc Sci Med [internet]**. 2007 65(10):2070–80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689847>> Acesso em: 24 ago. 2018.

MARANDO, Vicent and FLORESTANO, Patricia. “Intergovernmental Management: The State of the Discipline” in LYNN, Naomi and WILDOVSKY, Aaron. Public Administrations The State of the Dicipline. Chatham House Publishers, Inc, New Jersey: 1990.

MARQUES R.M; MENDES A. política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad Saúde Pública [Internet]**. 2002;18(Supl):163- 71. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016>. Acesso em: 15 set 2016.

MARQUES, ANDRADE, Crise política e escalada do capital no Brasil. **Cebes**, 2016.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O Financiamento da Saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (Org.). 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes. 2014. p. 177-94.

MARQUES, Rosa Maria, MENDES, Áquilas. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde. Soc.** São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007. Disponível em:

https://www.academia.edu/21269035/Democracia_sa%C3%BAde_p%C3%BAblica_e_universalidade_o_dif%C3%ADcil_caminhar> Acesso em: 24 ago. 2018.

MARQUES, Rosa Maria. Notas Exploratórias Sobre as Razões do Subfinanciamento Estrutural do SUS. **Planejamento e políticas públicas** | PPP | n. 49 | jul./dez. 2017. <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8232/1/ppp_n49_notas.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2018.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v21n2/a05v21n2.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

MARQUES, Rosa; NAKATANI, Paulo. **O que é capital fictício e sua crise**. São Paulo: Brasiliense, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O serviço social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **Revista Serviço Social e Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12 dez. 2011. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=50182> Acesso em: 17 mar. 2014.

MATUS, C. – Política, planejamento e Governo. Brasília: IPEA, 1993. 2v. (**Série IPEA**) 143.

_____. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: FUNDAP, 2000.

MELLO, Guilherme Arantes et. al. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14247>> Acesso em: 25 abr. 2018.

MENDES, A. et al. Narrative change in emotion-focused psychotherapy: a study on the evolution of reflection and protest innovative moments. **Psychother Res**. 2011 May; 21(3):304-15. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51038971_Narrative_change_in_emotion-focused_psychotherapy_A_study_on_the_evolution_of_reflection_and_protest_innovative_moments> Acesso em: 12 jun. 2017.

MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Centro Estratégicos de Estudos da Fiocruz**. p.1-5, 2017. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

MENDES, Eugênio V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

_____. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 193 p. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>> Acesso em: 10 mai. 2016.

_____. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>.

Acesso em: 15 jun. 2016

_____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 512 p. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>.

Acesso em: 10 mai. 2016.

_____. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MENDES, Jussara Maria Rosa. Et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011. Disponível em:

<[file:///C:/Users/ses12619353/Downloads/9912-37814-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ses12619353/Downloads/9912-37814-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 17 set. 2018.

MENDONÇA, A. M. A. Estado e Direitos Sociais no Brasil. **XI ENPESS. Anais**. São Luís/MA, 2008. p. 1-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v20n1/1414-4980-rk-20-01-00013.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

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

MERHY, E. E., FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde**. Fiocruz. 1998.

MÉSZÁROS, I. **A Teoria da Alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.

_____. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução de Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2011.

MILLMAN, M. Access to health care in America. Washington, DC, **National Academy Press**, 1993. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MIRANDA FILHO, Carlos Ramos. A problemática dos Sistemas de Custos na Administração Pública. **UFBA, 13 Capítulo 1. 2006.** Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9466/1/Carlos%20Ramos%20Miranda%20Filho%20II.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2018.

MOITA, Filomena Maria Gonçalves da Silva Cordeiro e ANDRADE, Fernando César Bezerra de. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Revista Brasileira de Educação** v. 14 n. 41 maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n41/v14n41a06.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2018.

MOSER, C. Community Participation in Urban Projects in the Third World. Progress in Planning, **Oxford: Pergamon Press, 1989.** v. 32, pte. 2. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1mkz40g-nUaq7I1MkweLnz_EOiy66pIn7cE9-PPCuKpC/edit>. Acesso em: 22 abr. 2018.

MOTA, Ana Elizabete. Crise, desenvolvimentismo e tendências das políticas sociais no Brasil e na América Latina, **Configurações [online]**, 10 | 2012, posto online no dia 17 fevereiro 2014. DOI: 10.4000/configuracoes.1324. Disponível em: <<http://configuracoes.revues.org/1324>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

MOTTA, P. R. – **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NEVES, Angela Vieira. Apontamentos sobre Gramsci e sua influência ao Serviço Social no século 21. **Rev. katálysis** vol.20 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802017.00100004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802017000100031&lng=pt&tlng=pt>. Acesso: 17 nov. 2017.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. **Rev. Bras. Ciência Soc.** [online]. 2003, vol.18, n.52, pp.185-202. ISSN 0102-6909. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092003000200010>>. <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n52/18072.pdf> Acesso determinado: 02. nov. 2018

NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth. (Orgs), [et al.]. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. **Fundação Oswaldo Cruz.** volume 3. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. 272 p.,: il. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kjwt/pdf/noronha-9788581100173.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

NUNES, Marcos Alonso. Custos no serviço público. **Texto para discussão, 31.** Brasília: ENAP, 1998. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/666/1/Custos%20no%20servi%C3%A7o%20p%C3%BAblico.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os problemas de gestão do sus decorrem também da crise crônica de financiamento? v. 6 n. 3, p. 613-622, nov., 2008. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 613-622, nov.2008/fev.2009. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/4067/406757014012.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

_____. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2035-2042. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>> Acesso em: 14 ago. 2018.

OLIVEIRA J, Teixeira SMF. (Im) previdência social. Editora: Vozes, Abrasco, Petrópolis, 1989.

OLIVEIRA Jr, Mozart. Critérios para repasse dos recursos federais. Papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. Artigo de discussão para a 11 Conferência Nacional de Saúde (**mimeo**). 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2017.

OLIVEIRA, Francisco de; SADER, Eder. O Estado no capitalismo monopolista. In: **O serviço social nas relações sociais: movimentos populares e alternativas de políticas sociais. Resultado dos debates, teses e propostas da categoria no V Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, ANAS, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório mundial de saúde, 2008. Brasília: **OPAS**/Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011. 113 p.: il. (**NAVEGADORSUS**, 2). ISBN: 978-85-7967-065-7 Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_re_des_atencao_sus_2ed.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

MIRANDA FILHO, Carlos Ramos. **A problemática dos Sistemas de Custos na Administração Pública**. UFBA, 13 Capítulo 1.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. A Gestão da mudança institucional. In: **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: Focus Gráfica, 2004. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/opas.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de pesquisa**: cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos. 30 anos de SUS. Brasília. DF, 2018. Que SUS para 2030? Disponível em: <Série-30-anos-001- síntese-30-anos-001-sintese.pdf. >. Acesso em: 11 ago. 2016.

OUTHWAITE, W. & BOTTOMORE, T. (orgs.). **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996. Disponível em: <DICIONÁRIO_DO_PENSAMENTO_SOCIAL_DO_SÉCULO_XX_-_WILLIAM_OUTHWAITE_TOM_BOTTOMORE>. Acesso em: 22 jun. 2017.

PAIM, J. S. O que é Reforma sanitária? **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 14, n.2/4, p. 232-43, abr./dez. 1987. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/555555555555.pdf>>. Acesso em, 13 mar. 2018.

_____. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zelia. **EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, p.489-494, 1998.

_____. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde. Physis [online]. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017

_____. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)**. Orientadora Profa .Dra. Carmen Fontes Teixeira. Universidade Federal da Bahia. Bahia, setembro, 2007. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007. 356 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde colet.** 23 (6) Jun 2018 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva et. al. O que é o SUS: e-book interativo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (**Coleção Temas em Saúde**). ISBN: 978-85-7541-185-8. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

PARES, A., SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. In: Evelyn Levy e Pedro Aníbal Drago (Org). *Gestão Pública no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Fundap, Casa Civil, 2005. Disponível em:

<http://biblioteca.planejamento.sp.gov.br:8080/Arquivos/arquivosAnexo/1450693922081LEVY_DRAGO_gestao_publica_no_brasil.pdf> Acesso em: 30 mai. 2018.

PEDROSO, Marcelo C., MALIK, Ana M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review Brasil**. Disponível em:

<http://hbrbr.com.br/asquatrodimensoescompetitivasda-saude/harvard_business_review_brasil.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. revisada e ampliada. **Escola Politécnica de Saúde**. Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, 47(1) janeiro-abril. 1996. Disponível em:

<<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.AdmPublicaBurocraticaAGerencial.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

PEREIRA, P. A. P.; STEIN, R. H. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. B. et al (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 106-130. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000154&pid=S1517-9702201300010001300025&lng=es>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PEREIRA, Potyara A. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/07.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

_____. Proteção social contemporânea: cui prodest? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n116/04.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PIMENTEL, Ítalo Rossy Sousa. et. al. Caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, 2011 Jul-Set; 6 (20): 175-81. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/95/364>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

PORTER, M. e TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan./jul. 2012. Disponível em:

<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

PRZEWORSKI, A. Política y administración. In: Política y gestión pública. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, **CLAD**, 2004, p. 195-215. Disponível em: <https://www.fondodeculturaeconomica.com/DetalleEd.aspx?ctit=041044R>. Acesso em:

QUEVEDO, André L. Alves de; LUNARDELLI, Priscilla da Silva. MACHADO, Rebel Zambrano. Reflexões sobre o direito a saúde pública em um contexto de grave aprofundamento da crise do capital e recrudescimento da ofensiva neoliberal. Anais do III **Seminário Internacional de Políticas Públicas**, 19 e 20 de outubro de 2017. 13p. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/sipinf/assets/edicoes/2017/artigo/50.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

RAYS, Oswaldo Alonso. Ensino-Pesquisa-Extensão: notas para pensar a indissociabilidade. **Revista Cadernos de Educação Especial**, n. 21, 2003, p. 71-85. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/5034>> Acesso em: 11 de nov. 2018.

REIS, Heraldo da Costa. **Fundo municipal de saúde: diretrizes para implantação**. 4 ed. ver. atual. Rio de Janeiro: IBAM, 2016. 24p. Disponível em: <http://www.ibam.org.br/media/arquivos/estudos/fundo_saude.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

RICHARDSON, Roberto J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. **Relatório final da Comissão sobre sustentabilidade financeira do SUS e a participação dos entes federados**. Presidente: Deputado Tarcísio Zimmermann, Vice-presidente: Deputado Bombeiro Biachini, Relator: Deputado Ciro Simoni, 2017. 96 p.

_____. Secretaria De Estado do Rio Grande do Sul. **Relatório Anual de Gestão**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180402/03170232-rag-2017-final-consolidado.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

ROJAS, G. A. Fim do ciclo petista, as esquerdas no processo eleitoral e sua construção política. In: **Dossiê esquerdas, eleições e transformações estruturais da sociedade brasileira**. Setembro de 2014a. Disponível em: <marxismo21.org/wp-content/uploads/2014/09/Gonzalo-Rojas-dossie.pdf>. Acesso em: 20/05/2016

RONDINELLI, Dennis A.; NELLIS, John R.; CHEEMA, G. Shabbir. Decentralization in Developing Countries. A Review of Recent Experience. World Bank staff working papers Number 581. Management and Development Series. Number 8. **The World Bank** Washington, D.C., U.S.A.1983. Disponível em:

<<http://documents.worldbank.org/curated/en/996281479464161248/text/110116-NEWS-Box396327B-PUBLIC-Urban-Edge-Vol12-No1.txt>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ROSA, Mônica Vargas da. **O que é modelo de gestão**: a essência da Organização. Disponível em:

<http://www.portaleducacao.com.br/administracao/artigos/1/308/o_que_e_modelo_de_gestao-a#xzz41y16x4Gp>. Acesso em: 29 fev. 2016.

ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

ROY, Denis. Um sistema de saúde de aprendizagem voltado para o valor. IN: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS Debate**: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude-em-pauta-conass-debate/>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

SALVADOR, Evilásio. A questão tributária em Marx: fundamentos para compreender o financiamento do fundo público. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de L. de (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018.

_____. Crise do capital e o socorro do fundo público. In: BOSCHETTI, Ivanete, BEHRING, Elaine R., SANTOS, Silvana M. M., MIOTO, Regina C. T. (Orgs.). **Capitalismo em crise: política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

SAMPAIO LFR. O papel das Secretarias Estaduais de Saúde no acompanhamento e avaliação da atenção primária à saúde: contribuições para discussão. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Acompanhamento e avaliação da atenção primária. Brasília, **CONASS, 2004**. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3437.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015

SANTOS FARAH, Marta Ferreira. Administração pública e políticas públicas. **RAP**. Rio de Janeiro, 45(3): p. 813-36, mai./jun. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n3/11.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

SANTOS, J. L. L. dos. **Transparência regulatória e controle social**: experiências exitosas em regulação na América Latina e Caribe. Brasília: Ed. Alia Opera, 2012.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. 2 ed. Campinas: Saberes editora, 2012.

_____. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2043-2050. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000602043&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2018.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Parte I - Dossiê • **Saude soc.** 24 (2) Apr-Jun 2015 Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

SANTOS, NR, AMARANTE, PDC, (Orgs.). Gestão pública e relação público-privado na Saúde. Rio de Janeiro: **Cebes**; 2011. 324 p. ISBN 978-85-88422-14-8

SANTOS-PRECIADO, Sonia F. (Org.) Et al. La transición epidemiológica de las e los adolescentes em México. **Salud Pública de Mexico**, 45 (sup. 1), p. 140-152, 2003.

SCARPI, Marinho Jorge. Introdução. In: SCARPI, Marinho Jorge. **Administração em Saúde: autogestão de consultórios e clínicas**. Rio de Janeiro: Doc, 2010.

SCHERER, M. D. A. et al. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05>>. Acesso em: 13 out. 2018.

SCHWARTZMAN, Simon. **Bases do autoritarismo brasileiro**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SEMERARO, G. **Filosofia da práxis e as práticas político-pedagógicas populares**. V.28, n.55 (2016). Disponível em:

<<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/25025>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. **O Social em Questão** - Ano XX - nº 39 - Set a Dez/2017 p. 87 - 108. Gramsci e a religião: uma leitura a partir da América Latina. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_39_art_6_Semeraro.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SHIMAZAKI, Maria Emi. (Org.). A Atenção Primária a Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da APS. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. **Guia do tutor/facilitador**. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, p10-16. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2016.

SHORTELL S.M., GILLIES RR, ANDERSON, DA. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*. 1995; 13 (5): 46–64. [PubMed]. DOI:10.1377/hlthaff.13.5.46. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.13.5.46>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SHORTELL, S.M. et al. Assessing the Impact of Continuous. Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation, **Health Services Research**, 30:2, p. 377-401, June, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7782222>>. Acesso: 12 ago. 2015.

SILVA, AX. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 117-146. ISBN 978-85-7879-193-3. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-07.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

SIMIONATTO, Ivete, COSTA, Carolina Rodrigues. Estado e políticas sociais: a hegemonia burguesa e as formas contemporâneas de dominação. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 68-76, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n1/a07v17n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SLOMSKI, V. et al. A demonstração do resultado econômico e sistemas de custeamento como instrumentos de evidenciação do cumprimento do princípio constitucional da eficiência, produção de governança e accountability no setor público: uma aplicação na Procuradoria-Geral do Município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.44, n.4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n4/v44n4a08.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. de. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0018.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B.de. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

SOLA, Lourdes (Org.). **Estado, Mercado e Democracia**. São Paulo: Paz e terra, 1993.

SOUZA, F. C. de; SIQUEIRA, J. F. A convergência da nova administração pública para governança pública: uma análise dos artigos internacionais e nacionais publicados entre 2000 e 2006. In: congresso USP de controladoria e contabilidade: Controladoria e contabilidade em

prol do desenvolvimento, 7., São Paulo, 2007. **Anais...** São Paulo: USP, 2007. p.1-16. Disponível em:
<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/contabilidade/article/view/47859>> Acesso em: 13 nov. 2018.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. **A assistência social no Brasil: 1983 a 1990.** São Paulo: Cortez, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Primary Care and Health. **JAMA.** Out. 1991; 266 (16): 2268-2271. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1920727>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

STEWART, T. The search for the organization of tomorrow. **Fortune.** V. 125. n.10. p 92- 98. May, 1992. Disponível em:
<https://www.jstor.org/stable/40398151?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 21 mar. 2016

STUCLER, David, BASU, Sanjay. **A economia desumana: porque mata a austeridade.** 1 ed. Lisboa: Bizâncio, 2014, 320 p.

TAKEDA S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN BB et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre, Artmed, 2013.

TAUCHEN, G. O princípio da indissociabilidade universitária: um olhar transdisciplinar nas atividades de ensino, de pesquisa e de extensão. 2009. **Tese (Doutorado em Educação)** – Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em:
<<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/3624>> Acesso em: 11 nov. 2018.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 153-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13801.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

TEIXEIRA, Carmen (Org.). Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo: **BIREME/OPAS/OMS,** 2004. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/M/2004/Teixeira_Planejamento_gestao.pdf>. Acesso em: 11 de jan. 2014.

TEIXEIRA, M.G. – O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário,** 4: 85-96, 2003. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82421/85407>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

TESTA, Mario. Estrategia, coherencia y poder em lãs propuestas de salud. Parte II. **Cadernos Médico Sociales.** Rosario (39) 3: 28, 1987

_____. **Pensar em Saúde**. Tradução Walquíria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOBAR, Federico. “El marco económico-social de la desregulación”. **Medicina y Sociedad**. Buenos Aires. 25 p. 1988.

TODD, W.E. – Strategic alliances. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) – **Disease management: a systems approach to improving patient outcomes**. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996

TRAVIS P, Egger D, DAVIES P, MECHBAL A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion. **Papers n. 48**. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2002. Disponível em: <<https://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N.T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

_____. Crise Econômica e Políticas Sociais. Elementos para discussão. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 5 (3): p. 305-335, jul/set, 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v5n3/07.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2014.

UGA, Maria Alícia et. al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2003, vol.8, n.2, pp.417-437. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>> <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a08v08n2.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

VAN DE WALLE, Dominique. Public Spending and the poor: what we know, what we need to know. Policy Research Working Paper 1476. Washington DC: **The World Bank**, 1995. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/pt/401361468765619940/pdf/multi-page.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

VASCONCELOS, Flávio Carvalho e BRITO, Luiz Artur Ledur. O futuro da estratégia. v. 3, n.2, **FGV, EAESP**. Mai /Jul, 2004. Disponível em: <<https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/3368.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

_____. Racionalidade, autoridade e burocracia: as bases da definição de um tipo organizacional pós-burocrático. **Anais do II Encontro de Estudos Organizacionais**, 2002. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eneo2002-23.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

VIANNA, S. M., PIOLA, Sérgio. Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil. Texto produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal, promovido por CEPAL e IPEA. Brasília: 1999. Janeiro. Disponível em:
<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1664/1/TD_1391.pdf> Acesso em: 17 out. 2018.

VICTOR, George., WILDING, Paul. **Ideology and Social Welfare**. Radical Social Policy. Routledge. New York, 1996.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Crise Econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Nota técnica n 26. Brasília: **IPEA**, 2016. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf> Acesso em: 17 out. 2018.

VIGODA-GADOT, E.; MEIRI, S. New public management values and person organization fit: a socio-psychological approach and empirical examination among public sector personnel. **Public Administration**, London, v.86, n.1, p.111-131, 2008. Disponível em:
<www.academia.edu/.../NEW_PUBLIC_MANAGEMENT_VALUE...> Acesso em: 23 mar. 2017.

WHITEHEAD M; DAHLGREN G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2), 2007. Disponível em:
<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf> Acesso em: 02 fev. 2015.

WHITEHEAD M; SCOTT, Samuel A; DAHLGREN, G. Setting targets to address inequalities in health. *Lancet*, 351(9111):1279–1282, 1998. Disponível em:
<<https://europepmc.org/abstract/med/9643765>> Acesso em: 17 jun. 2015.

WORKING PAPERS Number 581 MANAGEMENT AND DEVELOPMENT SERIES Number 8 The World Bank Washington, D.C., U.S.A.1983. Disponível em:
<<http://documents.worldbank.org/curated/en/996281479464161248/text/110116-NEWS-Box396327B-PUBLIC-Urban-Edge-Vol12-No1.txt>> Acesso em: 23 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fifty-third World Health Assembly, A53/4 Provisional agenda item 3, 29 March, 2000. Disponível em:
<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260193>> Acesso em: 14 set. 2016.

_____. **Global Health Observatory (GHO)** data. Geneva: WHO, 2015. Disponível em:<
<http://www.who.int/gho/en/>> Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. **Relatório Mundial**. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Geneva: WHO, 2010. Disponível em:
<<https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>

_____. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>. Acesso em 06 jun. 2015.

_____. World Health Statistics 2010. Genebra WHO, 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>> Acesso em: 11 de mai. 2017.

_____. World Health Statistics 2014. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: 10 mai. 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 10 mai. 2017

YOUNG, D.W. & McCARTHY, S.M. – Managing integrated delivery systems: a framework for action. Chicago, Health Administration Press, 1999. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312167313_Strategic_Fit_in_Healthcare_Integrated_Delivery_Systems_An_Empirical_Investigation> Acesso em: 17 05 2017.

LEGISLAÇÃO

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB/SUS**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 095, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 mar. 1967

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 373**, de 05 de março de 2012. Prorroga o prazo de entrada em vigor da Portaria n. 2.048/GM/MS, de 3 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 841**, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mai. 1993, n. 96, Seção I, p. 6.961.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2001 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

_____. Portaria Interministerial n. 163, de 04 de maio de 2001, da Secretaria do Tesouro Nacional. Dispõe sobre normas gerais de consolidação das contas públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 87-E, de 7 maio 2001, Seção 1, pp. 15 - 20.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Brasília, n. 204, p. 55, Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 876**, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.073**, de 23 de julho de 2015. Dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da Portaria n. 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 204**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 2017, n. 183, Seção 1, p. 68.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017, Suplemento ao n. 190.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.992**, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2017, Edição Extra.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da

Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017, n. 183, Seção 1, p. 68.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Presidência da República. Casa Civil. **DECRETO-LEI** n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 mar. 1964, p. 2745

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jul. 1975.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990, p. 25694.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.689, de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 9.717, de 27 de novembro de 1998. Dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 1998, Seção 1, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2000, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro, de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores

mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo pra seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2012, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out. 2013, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial Eletrônico**, 14 set. 2000.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 mar. 2015, p. 1.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde de 2017**, março de 2018. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2017.pdf. Acesso em: 2 abr. 2018.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 junho de 2011.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução 2, de 17 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 515, de 28 de novembro de 2017. Aprovar a reprogramação e o remanejamento de eventuais saldos financeiros de recursos estaduais nos Fundos Municipais de Saúde, disponíveis até 31 de dezembro de 2016. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 29 nov. 2017, nº 227

_____. Secretaria de Saúde. **Portaria SES n. 078**, de 11 de fevereiro de 2008. O Relatório de Gestão Municipal de Saúde – RGMS – é instrumento que apresenta os resultados alcançados no setor e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários, se constituindo em um instrumento fundamental para o acompanhamento, monitoramento avaliação e controle das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul.

_____. Secretaria de Saúde. Portaria SES n. 638, de 7 de dezembro de 2010. O Relatório de Gestão Municipal de Saúde - RGMS - é instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários, se constituindo em um instrumento fundamental para o acompanhamento, monitoramento avaliação e controle das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 8 dez. 2010.

_____. Secretaria de Saúde. **Portaria SES n. 586/2006**. Estabelece procedimentos para a implementação, monitoramento/avaliação do processo de pactuação das Ações de Vigilância em Saúde no Rio Grande do Sul

_____. Secretaria de Saúde. Portaria SES n. 578, de 11 de novembro de 2013. Altera a redação da PT/SES n. 569/2012, publicada no DOE em 16 de agosto de 2012, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor, realizado pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, a partir de 01 de dezembro de 2013. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 12 dez. 2013, p. 43.

_____. Secretaria de Saúde. Portaria n. 946, de 30 de dezembro de 2015. Estabelece incentivo financeiro aos municípios para qualificação da Atenção Básica prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, com vista a corresponsabilização dos três entes federativos. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 6 jan. 2016, n. 003.

_____. Secretaria de Saúde. Portaria n. 81, de 22 de janeiro de 2016. Designa Comissão Técnica referente a repasse de incentivos financeiros estaduais a prestadores de Serviços ao SUS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 25 dez. 2016, n. 16.

_____. Secretaria de Saúde. Portaria n. 391, de 8 de novembro de 2016. Resolve criar o Incentivo Financeiro Estadual Adicional à Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS ou Estratégia Saúde da Família - ESF com Agente Comunitário de Saúde, no valor do

repassa dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 18 nov. 2011, n. 219.

_____. Secretaria de Saúde. Portaria n. 405, de 24 de novembro de 2016. O repasse do incentivo financeiro para Estratégia de Saúde da Família (ESF) será no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por mês cada equipe de ESF com Equipes de Saúde Bucal e no valor de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por mês para cada equipe de ESF sem Equipe de Saúde Bucal implantadas nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 30 nov. 2016, n. 227.

_____. Secretaria de Saúde. Portaria n. 464, de 12 de outubro de 2017. Define o GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação, as suas atribuições e outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 16 out. 2017, n. 196.

_____. Assembleia Legislativa. Decreto n. 51.054, de 19 de dezembro de 2013. Aprova o Regimento Interno do Fundo Estadual de Saúde – FES. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 20 dez. 2013, n. 246.

_____. Assembleia Legislativa. **Lei n. 10.283**, de 17 de outubro de 1994. Dispõe sobre a criação, estruturação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento e dá outras providências.

_____. Assembleia Legislativa. Lei n. 14.368, de 25 de novembro de 2013. Dispõe sobre o Fundo Estadual da Saúde – FES –, cria gratificações e revoga a Lei n. 6.575, de 5 de julho de 1973. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 nov. 2013, n. 228.

_____. Tribunal de Contas do Estado. Relatório e o Parecer Prévio Sobre as Contas do Governador do Estado Exercício de 2016. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/contas_estaduais/contas_governador/pp_2016.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 257, de 31 de agosto de 2011. Aprova a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas, conforme Resolução CIB/RS nº 54/2010. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 9 de set. 2011, nº 175.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 404, de 26 de outubro de 2011. Instituir, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental e de Atenção Básica, Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas do tipo I e do tipo II, na Atenção Básica. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 3 nov. 2011, nº 211.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 403, de 26 de outubro de 2011. Criar os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da

Atenção Básica. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 3 nov. 2011, nº 211.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 163, de 19 de abril de 2012. Aprovar para o ano de 2012 a utilização dos coeficientes – PIES. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 3 maio 2012, nº 085.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 555, 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 21 set. 2012, nº 183.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 503, de 14 de outubro de 2013. Criar um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 22 out. 2013, nº 204.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 098, de 5 de abril de 2013. Estabelecer incentivo financeiro à Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ), para qualificar a atenção da saúde da população negra prestada nos municípios com comunidade remanescentes de quilombos, prezando pela corresponsabilização dos três entes federativos. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 12 abr. 2013, nº 070.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 636, de 23 de dezembro de 2013. Instituir o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul (PCRI/AB-RS) e criar incentivo financeiro estadual para implantação do programa nos Municípios com ESF, ESFQ ou que foram contemplados com o Programa Mais Médicos do Governo Federal. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 27 dez. 2013, nº 250.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 499, de 25 de setembro de 2014. Alterar a configuração das Regiões de Saúde: R 15 – Caminho das Águas, R 20 – Rota da Produção e R 17 – Região do Planalto. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 26 set. 2014, nº 186.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 311, de 24 de junho de 2014. Instituir o Programa Articulador Jovem de Saúde no enfrentamento às violências a ser implementado pelo Estado em parceria com os Municípios e criar incentivo financeiro para custeio de jovens ou seleção de projetos para atuarem em Municípios com Territórios de Paz ou com altos índices de violências. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2 jul. 2014, nº 124.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 234, de 12 de maio de 2014. Instituir recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em

âmbito municipal, nas modalidades Intersectorial e de Equipe. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 14 maio 2014, nº 090.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 212, de 24 de agosto de 2015. Aprovar a reprogramação e o remanejamento constante do Anexo desta Resolução, no âmbito dos blocos de financiamento, dos saldos financeiros que estão disponíveis até 31 de dezembro de 2014, no Fundo Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 26 ago. 2015, nº 163.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 278, de 29 de setembro de 2015. Homologar os Planos de Aplicação pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Regionais - CIR, conforme Anexo I, com o remanejamento dos saldos financeiros de recursos federais, disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos Municipais de Saúde, dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, conforme Portaria GM/MS nº 1.073/15. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 30 set. 2015, n. 187.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 310, 5 de outubro de 2015. Homologar os Planos de Aplicação pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Regionais - CIR, conforme Anexo I, com o remanejamento dos saldos financeiros de recursos federais, disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos Municipais de Saúde, dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, conforme Portaria GM/MS nº 1.073/15. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 7 out. 2015, n. 192.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 312, de 8 de outubro de 2015. Homologar o Plano de Aplicação do Município de Viamão pactuado na respectiva Comissão Intergestores Regionais – CIR 10, com o remanejamento dos saldos financeiros de recursos estaduais, disponíveis até 31 de dezembro de 2014, no Fundo Municipal de Saúde do município, conforme Resolução nº213/15 - CIB/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 14 out. 2015, n. 196.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 322, de 20 de outubro de 2015. Homologar os Planos de Aplicação pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Regionais - CIR, conforme Anexo I, com o remanejamento dos saldos financeiros de recursos federais, disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos Municipais de Saúde, dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, conforme Portaria GM/MS nº 1.073/15. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 22 out. 2015, n. 202.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 346, de 10 de novembro de 2015. Prorrogar o prazo para apresentação dos Planos de Aplicação com a reprogramação e o remanejamento de eventuais saldos financeiros de recursos estaduais disponíveis nos Fundos Municipais de Saúde, conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº213/15. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 13 nov. 2015, n. 216.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 362, de 10 de novembro de 2015. Homologar os Planos de Aplicação pactuados nas respectivas Comissões Intergestores

Regionais - CIR, conforme Anexo I, com o remanejamento dos saldos financeiros de recursos estaduais, disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos Municipais de Saúde, conforme Resolução nº 213/15 – CIB/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 16 nov. 2015, n. 217.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 438, de 21 de dezembro de 2015. Homologar os Planos de Aplicação pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Regionais - CIR, conforme Anexo I, com o remanejamento dos saldos financeiros de recursos federais, disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos Municipais de Saúde, dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, conforme Portaria GM/MS nº 1.073/15. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 23 dez. 2015, n. 244.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 439, de 10 de novembro de 2015. Homologar os Planos de Aplicação pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Regionais - CIR, conforme Anexo I, com o remanejamento dos saldos financeiros de recursos estaduais, disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos Municipais de Saúde, conforme Resolução nº 213/15 – CIB/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 23 dez. 2015, n. 244.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 020, de 18 de janeiro de 2018. Definir os critérios para distribuição do recurso financeiro Estadual para Atenção Básica dentro da Política Estadual de Incentivo para Qualificação da Atenção Básica – PIES. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 22 jan. 2018, nº 015.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 188, de 15 de junho de 2018. Aprovar a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 21 jun. 2018, nº 117.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução 299, de 9 de agosto de 2018. Alterar o artigo 4º da Resolução nº 515/17 – CIB/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 20 ago. 2018, nº 159.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 04, de 14 de julho de 2016. Resolve NÃO APROVAR o Relatório Anual de Gestão- RAG, referente ao ano de 2013, apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde- SES/RS.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 08, de 8 de setembro de 2016. Resolve NÃO APROVAR o Relatório Anual de Gestão- RAG, referente ao ano de 2014, apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde- SES/RS.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 10, de 26 de outubro de 2016. Resolve REJEITAR o Relatório Anual de Gestão – RAG 2015 já que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul não aplicou os 12% da RLIT em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS como determina a Constituição Federal, regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 05, de 27 de setembro de 2018. Resolve rejeitar o RAG 2016, visto que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul não aplicou os 12% da RLIT em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS como determina a Constituição Federal, regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 06, de 27 de setembro de 2018. Resolve rejeitar o RAG 2017, visto que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul não aplicou os 12% da RLIT em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS como determina a Constituição Federal, regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Auditório do Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 16ª Plenária Ordinária do CES/RS**, de 27 de setembro de 2018. Disponível em: <http://www.ces.rs.gov.br/download/2018101613494516__plenaria_ordinaria_do_ces_27_09_18.pdf>. Acesso em: 17 de outubro de 2018.

ANEXOS

ANEXO 1

Anexo 1 - Indicador: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Meta	Reduzir a incidência de sífilis congênita
Indicador	Indicador 28 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
Relevância do Indicador	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: outubro. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	Parâmetro Nacional para Referência: < 0,5/1.000 nascidos vivos
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Elaborar e disponibilizar normativas técnicas orientadoras para o desenvolvimento das ações relacionadas à meta e ao indicador. Financiar as ações de Vigilância em Saúde, em parceria com estados e municípios. Prestar apoio técnico a estados e municípios para o desenvolvimento de ações relacionadas à meta e ao indicador (planejamento, monitoramento e avaliação). Disponibilizar os insumos necessários à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis. Realizar e disponibilizar dados e informações sobre eventos relacionados à meta e ao indicador. Promover ações de educação permanente, em parceria com estados e municípios, para a implementação de ações relacionadas à meta e ao indicador.

Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) E-mail: cm&a@aids.gov.br Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail: idsus@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

ANEXO 2

Indicador: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
Objetivo Nacional	Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.
Meta	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
Indicador	Indicador 19 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
Relevância do Indicador	Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Aponta ainda capacidade de captação dessas mulheres pelas unidades básicas de Saúde.
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano. <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Quantidade apresentada. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Março – referente ao ano anterior. Periodicidade para monitoramento: trimestral Periodicidade para avaliação: anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail: idsus@saude.gov.br Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Atenção Especializada (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: altacomplexidade@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

ANEXO 3

Indicador: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade
Objetivo Nacional	Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.
Meta	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.
Indicador	Indicador 18 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária
Relevância do Indicador	Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano <hr/> População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Quantidade apresentada Código do Procedimento: 0203010019 – exame citopatológico cérvico- -vaginal/microflora. 0203010060 – exame citopatológico cérvico vaginal – rastreamento
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: Março – referente ao ano anterior. Periodicidade para monitoramento: trimestral. Periodicidade para avaliação: anual.

Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoiar estados e municípios na implantação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail: idsus@saude.gov.br Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC) Departamento de Ações Especializadas (DAE) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) E-mail: altacomplexidade@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

ANEXO 4

Indicador 2: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB

Tipo de indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica.
Meta	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica
Indicador	Indicador 2 – Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)
Relevância do Indicador	Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais
Método de Cálculo	<u>Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF</u> Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período X100 Total de internações clínicas, em determinado local e período.

Fonte	<p>Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário Tipo de AIH = Normal; Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhante do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVO, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do concepto, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, conforme lista a seguir:</p> <p>Lista CID-10 das Condições Sensíveis à Atenção Básica</p>	
	Condições Sensíveis	Lista dos CID-10 (todos do intervalo especificado)
	1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15.0-A19.9, A33.0-A37.9; A50.0-A53.9, A95.0-A95.9, B05.0-B06.9, B16.0-B16.9, B26.0-B26.9, B50.0-B54.9, B77.0-B77.9, G00.0, I00-I02.9

2. Gastroenterites infecciosas e complicações	A00.0-A09.9; E86.0-E86.9
3. Anemia	D50.0-D50.9
4. Deficiências nutricionais	E40-E46.9, E50.0-E64.9
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66.0-H66.9, J00, J01.0-J03.9, J06.0-J06.9, J31.0-J31.9
6. Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7. Asma	J45.0-J45.9
8. Bronquites	J20.0-J21.9, J40-J42
9. Hipertensão	I10, I11.0-I11.9
10. Angina	I20.0-I20.9
11. Insuficiência cardíaca	I50.0-I50.9
12. Diabetes mellitus	E10.0-E14.9
13. Epilepsias	G40.0-G40.9
14. Infecção no rim e trato urinário	N30.0-N30.9, N34.0-N34.3, N39.0
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01.0-L04.9, L08.0-L08.9
16. Doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos	N70.0-N73.9, N75.0-N76.8
17. Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Observação: o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica desse indicador embora baseado, não é idêntico à Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.

continuação

Fonte	<p>Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH das internações clínicas</p> <p>1– Os códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos a seguir, classificados como de média complexidade.</p> <p>Procedimentos obstétricos clínicos: Do código 0303100010 ao 0303109999</p> <p>Tratamentos clínicos: Do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999</p> <p>Diagnósticos e/ou Atendimentos de Urgência: Do código 0301060010 ao 0301069999</p>
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Monitorar as internações por causas sensíveis à Atenção Básica e apoiar ações para melhoria da resolutividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail:idsus@saude.gov.br Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)

Fonte: Secretaria-Executiva (SE/MS).

ANEXO 5

AGENDA PARA SAÚDE: DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS¹³⁵

Proposições para a Defesa da Saúde¹³⁶

- Aprimoramento do modelo de financiamento do SUS através das seguintes medidas¹³⁷:
 - a) Financiamento efetivo para as Políticas Sociais, com a retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social.
 - d) Implementação de mecanismos de alocação equitativa que considere as diferenças loco-regionais e as variáveis sócioepidemiológicas.
 - e) Ampliação da efetividade e a equidade na alocação dos recursos de investimento em saúde.
- Ampliação da capacidade regulatória do Estado na iniciativa privada através dos seguintes mecanismos:
 - a) Aumento do controle sobre a rede privada de prestação de serviços e garantia de que esta seja complementar ao setor público.
 - b) Extinção dos subsídios e isenções fiscais para operadores e prestadores privados de serviços, planos e seguros.
 - c) Abolir a renúncia fiscal para gastos com planos, seguros ou desembolso direto em saúde, aposentadoria privada e gastos com educação (ou redirecionar esses recursos para o sistema público de saúde).
- Defesa dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, participação social e descentralização. Combate a toda e qualquer tentativa de privatizar o SUS.
- Adoção do modelo de atenção centrado no cidadão de direitos, substituindo o modelo clínico. Ter como princípios a integralidade e a participação dos usuários no processo de promoção, prevenção e cura. Ampliar o acesso e a capacidade resolutiva da atenção primária e a continuidade do cuidado nos demais níveis do sistema. Incrementar ações e adequações que possibilitem uma maior humanização do cuidado, qualidade dos serviços e satisfação do usuário.
- Revisão dos modelos de gestão burocratizados, clientelistas e terceirizados para uma gestão pública e democrática com a efetiva participação dos diversos sujeitos sociais nos rumos da administração pública. Destaca-se como estratégias:
 - a) Democratizar as instituições de saúde (criação de conselhos gestores de unidade e colegiado de gestão).
 - b) Desmontar a lógica vertical e fragmentada das instituições de saúde.

¹³⁵ Optou-se por incluir como Anexo a agenda proposta por BRAVO, considerando a atualidade dos temas, e, por isso mesmo, uma agenda em aberto. Foram retirados alguns itens e que estão sendo discutidos no corpo do texto.

¹³⁶ BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.) et al. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Aduftrj-SSind, 2008. p. 46-48.

¹³⁷ Excluiu-se algumas propostas, no entanto, mantivemos mesma numeração utilizada no documento.

- c) Implementar medidas estruturantes de gestão para garantir maior flexibilidade e agilidade gerencial, e incrementar o desempenho e geração de resultados voltados para o desenvolvimento do Brasil e seus cidadãos.
 - d) Implementar mecanismos administrativos que possibilitem a redução dos custos, sem comprometimento da qualidade nos serviços de saúde.
 - e) Garantir a transparência da gestão e do controle dos gastos.
 - f) Implantar meios e instrumentos de acompanhamento, monitoramento, controle e avaliação, orientados pelos resultados sanitários, e que meçam a eficiência no uso dos recursos e a eficácia das ações e serviços ofertados.
 - g) Articular as unidades no sistema (especificar com clareza os objetivos das instituições e seu perfil assistencial) e ampliar a capacidade de dar respostas efetivas às demandas.
 - h) Romper com o isolamento no setor saúde através da criação de novos canais com outras políticas setoriais, infraestruturais, e com outras instâncias e poderes (sociedade, academia, poderes judiciário e legislativo).
 - i) Investimento para a formação do “novo” gerente (estabelecimento de critérios para este gestor: não ser indicado e sim eleito, ter responsabilidade sanitária, ter capacidade para gestão democrática e participativa, ser servidor público concursado).
 - j) Estabelecer mecanismos de responsabilização dos gestores da saúde e dos órgãos executivos das três esferas de governo quanto aos resultados.
- Avançar na gestão do trabalho em saúde em quatro dimensões, tendo como foco a ampliação da estabilidade, do vínculo, da satisfação e do compromisso dos trabalhadores com o Sistema Único de Saúde:
 - a) Remuneração, vínculos e incentivos (através de Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS) sem os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a contratação de pessoal para os serviços e ações públicas de saúde e realização de concursos públicos.
 - b) Organização do processo de trabalho (novo relacionamento entre equipes com ênfase no trabalho interdisciplinar, participação dos trabalhadores na gestão, melhoria das condições de trabalho e cuidado com a saúde do trabalhador).
 - c) Educação permanente dos trabalhadores de saúde com a participação dos mesmos no processo e estabelecimento de articulação entre as unidades de formação e os serviços.
 - d) Redução das iniquidades na alocação e fixação dos trabalhadores entre as regiões do país.
 - Estabelecimento de diretrizes para a formação em saúde voltada para o interesse público da população, estímulo à reorientação dos currículos nas unidades de ensino para as profissões de saúde, estabelecer critérios para a abertura de novos cursos na área da saúde. Defesa do ensino público, gratuito e de qualidade.
 - Desburocratização dos fluxos e das instâncias de negociação consensuada (comissões intergestoras), ampliando o caráter técnico e político das pactuações, ganhando em eficiência e transparência, e com participação do controle social.
 - Concepção do setor saúde como um espaço de produção e como fator imprescindível de desenvolvimento através da criação de empregos e de riqueza para a nação, além da busca de meios para que as pessoas tenham melhores condições de vida e possam viver mais
 - Fortalecimento da Participação Social e do Controle Social na Saúde articulado com os demais movimentos sociais. Os conselhos são um dos mecanismos de gestão democrática e precisam exigir dos gestores o cumprimento das decisões das conferências de saúde bem como ampliar seus vínculos com os movimentos sociais. A participação dos sujeitos sociais só poderá ser

efetiva se houver um amplo trabalho de democratização e socialização das informações para que ocorra uma intervenção qualificada e propositiva no sentido de exigir direitos e exercer formas de pressão sob o poder público.

· Ampliação da gestão participativa e da regulação externa e democrática do sistema público de saúde, articulando com o Ministério Público e outros órgãos/instâncias de representação popular não ligados diretamente à saúde