

SUS

O que você precisa saber sobre
o Sistema Único de Saúde

Volume II

1ª edição

Associação Paulista de Medicina

São Paulo 2001

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 278, Bela Vista

CEP 01318-901 – São Paulo – SP

Tel. (11) 3188-4200

E-mail: apm@apm.org.br

Home page: www.apm.org.br

CONSELHO EDITORIAL

Luiz Antonio Nunes, presidente do

Departamento de Medicina Social da Associação

Paulista de Medicina

José Luiz Gomes do Amaral,

presidente da Associação Paulista de Medicina

Roberto de Mello, 1º vice-presidente da

Associação Paulista de Medicina

Paulo Eduardo Elias, professor do

Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

PARTICIPAÇÃO

Departamento de Comunicação

Departamento de Economia Médica

Departamento de Medicina Social

Departamento de Marketing

Presidência da APM

Arte e fotolito:

Editora Raiz – Tel. (11) 270-8561

Revisão: Ruth Cordeiro

Capa: Marco Aurélio Vieira

Impresso no Brasil – 2001

Índice

Prefácio – José Luiz Gomes do Amaral	6
As duas Reformas da Saúde – José Serra	7
SUS: a Nossa Meta – Roberto de Mello	10
Receita para um Bom Sistema de Saúde Municipal	
– Luiz Antonio Nunes	12
Como Implantar um Sistema de Saúde Pública Saudável	
– Luiz Antonio Nunes	18
Princípios Básicos do SUS – Gilberto Natalini	21
● Constituição Federal – 1988	24
● Leis Orgânicas da Saúde	28
● Normas Operacionais Básicas	30
● Fóruns de Negociação e Deliberação	33
● Instrumentos de Planejamento de Saúde	33
Principais Sistemas de Informação de Abrangência Nacional	
– Sibebe Maria Gonçalves Ferreira	35
● Atenção Básica à Saúde	46
Programas “Saúde da Família” e “Agentes Comunitários de Saúde” ..	49
● Vigilância Sanitária	52
● Cartão SUS	55
O SUS e os Hospitais	59
Financiamento da Saúde: a Emenda Constitucional 29/2000	80
Para Entender a Emenda Constitucional 29/2000	
– Eduardo Jorge e Roberto Gouveia	82
Política de Medicamentos Genéricos	
– Sílvia Storpirtis e Vera R. N. Valente	86
Bibliografia	93

INFORMAÇÃO, REFLEXÃO E ATITUDES

José Luiz Gomes do Amaral*

Nunca indiferente às grandes questões de interesse público, a atenção do médico é naturalmente centralizada no financiamento e na gestão da saúde. Se contribuir para o progresso do país é dever de todo cidadão, para o cidadão médico participar da gestão da saúde constitui dupla obrigação. Este é um princípio ético fundamental: “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da **coletividade**...” Tem-se ainda: “O alvo de toda a atenção do médico é **a saúde do ser humano**...”

Assim sendo, nossos deveres claramente ultrapassam as portas dos consultórios e das instituições hospitalares. Ser médico, antes de tudo, é comprometer-se irrestritamente com os programas de saúde e, em nosso país, o programa de saúde é o SUS. Conhecer seus objetivos e meios (processos) não basta, mas é condição essencial àqueles realmente interessados em participar do nosso Sistema Único de Saúde.

Dando seqüência ao volume anterior, este segundo número da série *SUS - O Que Você Precisa Saber sobre o Sistema Único de Saúde* nos oferece informação fundamental e reúne reflexões de grandes autoridades nessa matéria, de homens que protagonizam a viabilização da saúde pública no Brasil. De seus textos poderá o médico colher experiências ricas e atuais, capacitando-se para transformar nossa sociedade.

*José Luiz Gomes do Amaral é Presidente da Associação Paulista de Medicina.

AS DUAS REFORMAS DA SAÚDE

José Serra*

A criação e a implantação gradativa do Sistema Único de Saúde (SUS) podem vir a ser consideradas como uma das reformas sociais mais importantes realizadas pelo Brasil na última década do século 20 e nos primeiros anos do século atual.

Antes da criação do SUS em 1988, o acesso gratuito aos serviços de saúde não era universal. O atendimento gratuito era feito em alguns hospitais estatais e universitários, em instituições filantrópicas ou nos postos e hospitais de institutos de previdência para seus associados. A atenção primária em centros e unidades básicas de saúde também não era generalizada, ampliando-se a partir dos anos 80.

Em 1988, a nova Constituição universalizou o direito ao acesso gratuito. Para garanti-lo, o Estado foi incumbido não apenas da regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde, mas também da prestação dos serviços que se revelassem necessários, por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta; por fundações mantidas pelo Poder Público; por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados.

As ações e serviços de saúde financiados pelo Poder Público passaram, então, a integrar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem

prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.

A implantação desse sistema de saúde avançado e democrático tem exigido grandes esforços do governo federal, o principal responsável por sua concretização e funcionamento. O primeiro desafio foi o financiamento das necessidades ampliadas. Tem sido grande o empenho para reduzir custos e para aumentar e regularizar receitas. Um passo importante foi dado com a lei que vinculou determinados percentuais das receitas federais, estaduais e municipais aos gastos com saúde.

A descentralização tem enfrentado resistências e dificuldades para delimitar mais claramente as atribuições e os encargos das diferentes esferas de governo. Ainda assim, avançou extraordinariamente e o SUS já integra — entre hospitais, clínicas, laboratórios e centros de saúde — cerca de 30.000 unidades, das quais 6.500 são hospitais, responsáveis por 15 milhões de internações anuais. O SUS atende 75% da população, e os seguros e planos de saúde, individuais ou coletivos, os 25% restantes.

Com a preocupação de melhorar o atendimento, o SUS tem ampliado a atenção primária à saúde, de que são exemplos o Programa de Saúde da Família e as campanhas de vacinação, sem descuidar os atendimentos de média e alta complexidades, como atestam as cirurgias coronarianas ou as cirurgias de transplantes, em que o Brasil já ocupa o segundo lugar no mundo. O Programa de Combate à Aids, mantido pelo SUS, é elogiado internacionalmente como modelo.

A reforma institucional e administrativa do SUS nunca será efetiva, no entanto, sem a reforma também da

mentalidade dos profissionais responsáveis pela gestão do sistema e pela prestação dos serviços. Às novas instituições é preciso que sejam insuflados novos valores, novas posturas e um empenho redobrado de responsabilidade profissional e solidariedade humana.

Nessa renovação de atitudes é grande a responsabilidade dos médicos, protagonistas principais do sistema. A medicina nunca será uma profissão meramente técnica. Envolvida com o sofrimento e o infortúnio, empenhada em prolongar e melhorar a vida, exigirá sempre de seus praticantes um espírito aguçado de solidariedade e um sentido especial de devotamento ao próximo. Não é por acaso que os usuários do SUS reclamam sistematicamente um atendimento mais humano — como dizem nossos vizinhos latino-americanos, com “ más calidad y más calidez” .

Grande tem sido a contribuição dos médicos e de suas entidades representativas à concepção, à criação e ao desenvolvimento do novo sistema. Mas essa contribuição precisa e pode ser maior.

Divulgando informações e análises sobre o SUS entre seus associados, a Associação Paulista de Medicina toma, portanto, uma iniciativa meritória. A participação esclarecida e generosa dos médicos nessa grande obra reformadora é imprescindível: com suas competências específicas, com uma visão ampla dos objetivos e das potencialidades do sistema e com a sensibilidade humana que deles esperam seus pacientes.

*José Serra é Ministro da Saúde e autor, entre outros, do livro *Ampliando o Possível: A Política de Saúde do Brasil*, São Paulo, Editora Hucitec, 2000.

SUS: A NOSSA META

Roberto de Mello*

No decorrer de seus 70 anos de existência, a APM participou efetiva e diretamente de todas as lutas pela melhoria da saúde no Estado de São Paulo. A entidade tem passado por mudanças constantes, necessárias em razão de diversos fatores, como desenvolvimento da formação médica, aplicação de tecnologia, alterações nas condições de trabalho e tipo de assistência ao paciente, globalização etc.

Em todas as suas ações, a entidade põe em prática o exercício da Cidadania, trabalhando por relação íntima entre paciente e médico; lutando contra o lucro vil de empresas mercantilistas que atuam no setor de saúde suplementar; disponibilizando serviços de esclarecimento aos usuários de planos de saúde; oferecendo palestras científicas ao público leigo; contribuindo com cursos e palestras para a formação e a reciclagem do médico.

Em prol da saúde pública, a APM tem levado à sociedade todos os esclarecimentos acerca do Sistema Único de Saúde – SUS, nos mais diversos meios de comunicação, culminando na publicação desta cartilha, que já está no segundo volume. O resultado do trabalho pode ser medido pelo sucesso da publicação do Volume I da cartilha, que teve sua edição rapidamente esgotada (hoje, está disponível na home page da entidade – www.apm.org.br). O material atingiu os objetivos da entidade e, hoje, é bastante consultado por gestores do sistema, prestadores de serviços, órgãos governamentais, secretários de saúde, agentes de saúde, usuários do sistema, ONGs, institutos, conselhos, políticos no exercício de mandatos e, sobretudo, pelo médico.

Para a realização deste trabalho, a APM tem buscado a colaboração de pessoas altamente envolvidas, com conhecimentos elevados em Saúde Pública e, sobretudo, com vivência no sistema, para poder passar ao leitor a mais atualizada normatização do SUS. Como o processo de gerenciamento e financiamento do sistema é dinâmico, são necessárias consultas constantes a todas as fontes de informação disponíveis, principalmente no Ministério da Saúde. Essa dinâmica é também fruto de um processo de aperfeiçoamento balizado pelas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Portanto, a troca de

informações com membros dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde tem enriquecido e propiciado o crescimento e a melhoria do processo de implantação definitiva do SUS, no qual a APM, por meio desta cartilha e de outras ações, pretende dar a sua contribuição.

A APM dispõe de um banco de dados que abrange as 84 regionais da entidade, englobando praticamente todos os municípios. Esse banco, além de informações numéricas da Saúde Pública no Estado de São Paulo, contém uma análise feita pelas diretorias das regionais, com um retrato real do sistema público, desenhado segundo a percepção do médico.

A APM tem agido na célula principal da Saúde: o município em estudos, gestões e parcerias entre a APM e as prefeituras. Esse início de parceria, ainda tímido, mas eficiente, começa a surtir os efeitos desejados, haja vista o sucesso da reunião realizada em dezembro de 2000 na sede da APM Estadual, em São Paulo, quando estiveram presentes dezenas de prefeitos eleitos, secretários de saúde nomeados e representantes.

Hoje, em trabalho conjunto com os diretores distritais e os presidentes junto as suas bases, é possível constatar, pelo número de solicitações, o desejo dos municípios que estão buscando, por meio da APM, meios de organizar novos projetos de Saúde Pública e o caminho na busca de recursos.

Pretendemos, em um futuro próximo, dotarmos a APM da assessoria de profissionais especializados, na tentativa de pôr fim às distorções que cercam os atendimentos de saúde pública na esfera municipal, estadual e federal. A classe médica tem grande preocupação na viabilização de um SUS forte, resolutivo, com acesso, humanização e universalidade, para atender os 140 milhões de brasileiros que dependem do sistema, oferecendo toda estrutura (humana e material) de um atendimento de primeira categoria a essas pessoas.

Em todos os planejamentos estratégicos, a Saúde Pública é tema de destaque. As conclusões trazidas à diretoria executiva nortearam o trabalho sério e apartidário que a APM está desenvolvendo nesse segmento. A resposta do engajamento quase maciço dos médicos em todos os estudos e ações da Saúde Pública demonstra claramente o caminho que devemos seguir nessa nova gestão: trabalhar em prol de uma saúde melhor, buscando contribuir para a implantação definitiva do SUS em nosso Estado e em nosso país. E esta publicação pretende ser mais uma dessas contribuições.

*Roberto de Mello é 1º Vice-Presidente da Associação Paulista de Medicina.

RECEITA PARA UM BOM SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

Luiz Antonio Nunes*

Quando um prefeito assume o governo, ele se vê às voltas com uma série de problemas das mais diferentes naturezas. O governo é, então, dividido em várias secretarias e competirá a um de seus auxiliares gerenciar o setor de Saúde.

O responsável pela saúde do município passa a ser o secretário municipal de Saúde, que recebe essa delegação do prefeito municipal. Esse será o gerente da Saúde.

O que se espera, em geral, dessa secretaria e de seu titular é que construam e operem hospitais e centros de saúde, que contratem e controlem as instituições privadas, que ofereçam mais exames, mais consultas médicas, mais internações, que distribuam mais medicamentos, que apliquem as vacinas etc.

Na realidade essa forma de proceder está muito longe de se constituir em uma promotora de melhorias na qualidade de vida das pessoas que residem no município. Essa forma de governar se exercita, quase exclusivamente, no nível das consequências da perda do Estado de Saúde: as doenças, a morte e as seqüelas. É uma forma que se fundamenta e é estruturada no julgamento de que as "doenças" dos municípios serão resolvidas por meio da oferta de serviços médicos.

Saúde é um produto social e só ocorrerá se houver ações concretas do governo, sob a liderança de um prefeito que atue como o ator principal e que conduza a produção de saúde no município.

Saúde não pode ser considerada como ausência de doença; deve ser encarada como um processo que se constrói ativamente, atuando energicamente contra tudo aquilo que piora a qualidade de vida das pessoas.

Este conceito positivo de saúde deve estar presente para os governantes municipais ao formularem um sistema local de saúde, dentro dos princípios do SUS. As ações,

encaradas sob esse enfoque, devem se fundamentar em dois padrões.

1. Vigilância da Saúde

Trata-se da elaboração de um diagnóstico, através de uma busca ativa, dos condicionantes e dos determinantes de doenças, dos riscos e dos agravos à saúde que existem no município.

Ela envolverá operações que tentam identificar:

- a) As necessidades sociais de saúde da população;
- b) Os grupos de risco;
- c) As situações de exposição (os expostos);
- d) Os indícios de exposição (os suspeitos);
- e) Os indícios de danos (assintomáticos);
- f) As causas dos óbitos, das seqüelas e dos agravos.

A vigilância da saúde desencadeará então ações integrais sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde – doença, segundo três níveis de controle:

- Nível I – Controle dos condicionantes e determinantes;
- Nível II – Controle de riscos;
- Nível III – Controle dos danos.

As estratégias de intervenção da vigilância da saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações:

1 - Promoção de Saúde, definida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como sendo a somatória das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigida para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

2 - Prevenção das Doenças e dos Acidentes, organizada como a forma de encarar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar pessoas ou grupos em risco de adoecer ou se acidentar. Dentre as ações individuais estão as imu-

nizações, o controle pré-natal, a educação para a saúde – orientada para mudança de hábitos e de condutas pessoais – e o diagnóstico precoce de algumas doenças crônicas. No nível das intervenções preventivas gerais estão o controle da emissão de poluentes, a fluoretação da água e o controle sanitário dos alimentos.

3 – Atenção Curativa – Destinada para a cura ou para o cuidado dos doentes, para o prolongamento da vida, para a diminuição das dores e para a reabilitação das seqüelas. A atenção curativa, com certeza a ação mais conhecida e executada nos diferentes municípios, deve ser provida de forma adequada e oportuna e seguramente muito contribui para a melhoria na qualidade de vida dos municípios.

Para a sua execução a prática sanitária da vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares básicos:

a) Território – Entendido esse termo não como uma visão geográfica, mas como um espaço, produto de uma dinâmica social em permanente construção, no qual indivíduos estão em constantes conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Esse espaço, em contínua reconstrução, tem uma configuração que corresponde às diferentes localizações de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesses diversificados.

b) Problema – Interpretado como a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser, de acordo com os padrões e os valores considerados desejáveis do ponto de vista de um determinado ator social. Por “Problemas de Saúde” entende-se a representação social de necessidades sanitárias derivadas de condições de vida vivenciadas por um determinado ator social.

A prática da vigilância da saúde utiliza na organização dos serviços de saúde duas formas de enfoque: a **Convencional**, que trabalha com programas, e uma forma alternativa, que é o enfoque por **Problema**.

O enfoque **convencional** por programas trabalha na realidade com microprogramas, fazendo uma definição dos problemas de saúde por doenças (hanseníase, TBC, diabetes, hipertensão) ou por etapas do ci-

clo biológico humano (criança, adolescente, idoso), ou ainda por inserção no mercado de trabalho (saúde do trabalhador). Esses programas, formatados por objetivos previamente definidos e sustentados por conhecimentos específicos, não se adequam necessariamente aos problemas concretos, situados e dados, e seguramente não dão conta de responder aos desafios de uma realidade bastante complexa e mal-estruturada.

O enfoque por **problemas** apresenta perspectiva de organização muito diferente. Ele parte do reconhecimento de um “território” para, sem idéias preconcebidas, identificar, descrever e explicar os macroproblemas aí contidos, referidos por atores portadores de um dado projeto de saúde, para depois articular, mediante a vigilância da saúde, um conjunto de operações intersetoriais, destinado a resolvê-los, tendo presente a disponibilidade real de recursos existentes nesse “território”.

Enquanto a forma convencional por programas utiliza fórmulas preconcebidas, universalizadas e de caráter técnico, o enfoque por **problemas** tem um forte enraizamento social, porque é concebido no interior do território, compartilhando opiniões de técnicos e da população. Este último proceder facilita o desenvolvimento da consciência sanitária da população desse território, que passa a compreender os problemas que o atingem.

Quando se atua por enfoque em “problemas” não se pode extinguir os **programas**. Estes deverão continuar existindo como espaços especializados, de produção, estocagem e difusão de procedimentos técnicos específicos; permanentemente atualizados e condensados em normas. Então os programas devem perder o conteúdo administrativo e se transformar em campos técnicos.

c) Intersectorialidade – Problemas complexos e mal-estruturados que se manifestam num território não podem ser enfrentados por uma única secretaria. Exigem um conjunto articulado de operações organiza-

das intersetorialmente. Além de representar a solidariedade de todos os setores governamentais, significa uma economia de ação, pela racionalidade e pela socialização que lhe são inerentes. Para que ocorra a ruptura de todas as barreiras de comunicação que impedem o diálogo entre os diferentes setores do governo.

2. Produção Social da Saúde

Quando um governo de um município decide assumir uma gerência social (portanto praticando os princípios do SUS), a qual está centrada na idéia da intersetorialidade, ele vai fundamentar a articulação de suas ações sobre problemas concretos, de pessoas carentes ou em risco, identificadas em “territórios” definidos e transformadas em demandas políticas.

A produção social da saúde, além de detectar estados em permanente transformação, enquadra-os como fenômenos resultantes de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos e parte para a busca de soluções dentro desse enfoque.

Gerenciar um sistema de saúde no município exige executar parcerias entre o governo e a população. Assumir atitudes paternalistas ou exigir que a população “faça por si mesma” são posturas seguramente fadadas a insucesso.

A parceria exige a combinação de três abordagens:

Abordagem gerencial – O município entra com a oferta da racionalidade tecnológica.

Abordagem participativa – A comunidade incorpora-se aos projetos, atuando diretamente na identificação das prioridades e na organização dos recursos.

Abordagem representativa – A comunidade delega certas decisões a membros eleitos por períodos determinados de tempo (Conselhos Municipais de Saúde).

Como ser bem-sucedido

O sucesso de um sistema de saúde municipal depende das seguintes condições:

1. Mostrar e ensinar à população as diferenças entre saúde e serviços de saúde;
2. Colocar o mínimo necessário de recursos para iniciar um projeto;
3. Descobrir pessoas que sabem fazer acontecer e envolvê-las nos projetos;
4. Começar por projetos pequenos de fácil execução;
5. Trabalhar com estruturas administrativas pequenas;
6. Comemorar e difundir sempre os resultados positivos.

Em quanto tempo se obtém resultados palpáveis?

Não desanimar. A Organização Mundial de Saúde, com base nas experiências implantadas no continente europeu (onde seguramente as condições de saúde são bem melhores que as nossas), nos fornece dados indicando que são necessários de três a seis anos para se implantar políticas públicas saudáveis e de cinco a dez anos para que elas se reflitam em ganhos concretos de saúde.

*Luiz Antonio Nunes é Presidente do Departamento de Medicina Social da Associação Paulista de Medicina.

COMO IMPLANTAR UM SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA SAUDÁVEL

Luiz Antonio Nunes*

O SUS seguramente é a resposta adequada aos problemas de saúde de nosso país. A sua perfeita implantação e o seu pleno funcionamento dependem de um conjunto de postura, tanto gerencial como assistencial, vontade política, clareza estratégica e competência técnica. Cabe a nós médicos importante papel, no sentido de oferecer subsídios a essa proposta.

Devemos ter presente que em um sistema público de saúde o cidadão desempenha três papéis: ele é o **usuário** (consumidor), ele é o **financiador** e, portanto, tem de ter participação como **decisor**. Dessa forma, na implantação de um Sistema de Saúde, os seguintes objetivos devem ser priorizados:

1. O cidadão deve ser colocado no centro do sistema.
2. A ênfase deve ser dada aos resultados e impactos. A qualidade da atenção deve estar acima dos números.
3. A gerência do sistema deve buscar soluções para os problemas de saúde e bem-estar, instituindo políticas promotoras de saúde.
4. Deve ser promovida descentralização de responsabilidades e de funções em nível regional e local.
5. Deve ser valorizada a contribuição de outros setores da administração que tenham impacto na saúde e no bem-estar.
6. Sempre que possível parcerias devem ser estabelecidas com consumidores e prestadores de serviços.
7. Diálogos constantes com os profissionais da saúde para que as suas decisões estejam dentro de políticas públicas.
8. O dinheiro deve ser usado eficientemente e os recursos investidos em saúde devem ser conhecidos e valorizados pelo cidadão munícipe.
9. Planejamento adequado para executar o máximo, dentro dos recursos disponíveis.

Uma vez estabelecidos os objetivos vamos juntos instituir quais **princípios** orientarão a operacionalização do nosso saudável sistema público de saúde.

1. Respeito aos direitos do cidadão.

- Direito a um serviço adequado e personalizado.
- Direito à informação.
- Direito de participar nas decisões referentes à sua saúde.
- Direito à uma morte com dignidade.

2. Oferta de mecanismos que forneçam informações sobre o funcionamento dos serviços.

3. Aprimoramento dos mecanismos de reclamações, de forma a torná-los mais claros, mais acreditáveis e mais efetivos.

4. Adaptação dos serviços às necessidades dos cidadãos.

- Garantia de acesso fácil.
- Unidades básicas com padrões de qualidade, que oferecem serviço por 24 horas.
- Serviços de emergência e de atendimento pré-hospitalar de bom nível.
- Instalações e equipamentos adequados.
- Serviços adaptados às necessidades de grupos particulares: idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiências etc.

5. Remuneração adequada e estímulo ao aprimoramento profissional para os trabalhadores da saúde.

6. Motivação dos trabalhadores da saúde.

- Garantia de participação no planejamento das ações.
- Autonomia profissional.
- Condições de trabalho adequadas.

7. Aproximação do processo decisório da ação.

- Descentralização.
- Definição das responsabilidades e das funções dos

estabelecimentos de saúde.

- Estabelecimento de plano global de saúde que cubra todas as atividades e todos os recursos em doenças infecciosas, doenças ocupacionais e saúde ambiental.
- Estabelecimento de prioridades.
- Adoção de medidas efetivas e estratégias apropriadas para promoção de saúde e prevenção de doenças.

8. Valorização do dinheiro.

- Enfoque do sistema nos seus resultados.
- Alocação dos recursos, tendo como parâmetros a população a ser servida e o desempenho dos estabelecimentos de saúde.
- Revisão da natureza e do escopo dos serviços.
- Redução do número de trabalhadores em saúde a uma taxa compatível com as características sociais e demográficas da população.
- Compatibilização das remunerações com a prática do local.
- Controle da incorporação das tecnologias de saúde.
- Racionalização das operações dos serviços de apoio a diagnóstico e a terapêutica.

*Luiz Antonio Nunes é Presidente do Departamento de Medicina Social da Associação Paulista de Medicina.

PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS

Gilberto Natalini*

O Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, tem entre seus princípios básicos a universalidade do atendimento, isto é, proporcionar à população brasileira acesso às ações e aos serviços de saúde, através de entidades vinculadas ao sistema, observando os princípios da equidade, da integralidade, da resolutividade e da gratuidade.

O objetivo deste estudo é, aproveitando o início de uma nova gestão nos municípios, reforçar, junto aos médicos e profissionais de saúde, a responsabilidade e o compromisso de mobilização para a continuidade do processo de implementação do SUS no país.

O documento compõe um movimento de reforço e subsídio aos profissionais da medicina no sentido de:

- ✓ Exercerem a plena autonomia na busca de soluções para a melhoria da qualidade de vida das populações;
- ✓ Avançarem no processo de articulação com os gestores de saúde; articularem meios e condições de dividir, com a sociedade, os dirigentes políticos e com o setor da saúde, a responsabilidade de melhor atendimento.

A partir da organização e do tratamento dos aspectos aqui abordados, pretende-se possibilitar o desenvolvimento de ações e análises sobre os diversos aspectos que fazem parte da assistência à saúde no país. A partir das conclusões obtidas, será possível caminhar para o aprimoramento do SUS em seus diversos níveis de atuação, meta que, tenho certeza, é perseguida por todos aqueles que lutam pela melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro.

Histórico

A construção do SUS é um processo no qual a diretriz da descentralização das ações e dos serviços de saúde vem se desenhando desde o movimento pela Reforma Sanitária na década de 70.

A proposta passa pelas experiências de medicina comunitária, pelos movimentos populares e avança no conhecido movimento municipalista.

Em 1975, a União cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A competência para a execução das ações e dos serviços de saúde é dividida entre os ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho.

Em 1977, cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), com a seguinte composição:

- ✓ Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- ✓ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps);
- ✓ Legião Brasileira de Assistência (LBA);
- ✓ Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem);
- ✓ Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev);
- ✓ Central de Medicamentos (Ceme).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) apresenta e discute a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde.

A crise econômica dos anos 80 gera uma nova situação, exigindo o reconhecimento do governo e a necessidade de mudar o sistema, que assegurava saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. A própria população começa a se organizar e lutar pela democratização do país.

Em 1982, o governo muda a forma de pagamento do setor privado contratado e introduz o pagamento por diagnóstico, Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e passa a celebrar convênios com os Estados e os municí-

pios e a repassar recursos. Com a instituição das Ações Integradas de Saúde – AIS, os setores públicos de saúde se conhecem e iniciam um processo de planejamento mais integrado e articulado. Criam-se as Comissões Interinstitucionais, base dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – Suds.

Em 1986 realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, com ampla participação, discute a situação da saúde no país e aprova um relatório com recomendações de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local. Essas recomendações passam a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A proposta da reforma para reorientar o sistema de saúde é a implantação do SUS - Sistema Único de Saúde.

Em 1988, o texto constitucional consagra a saúde como produto social e estabelece as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde.

A saúde é incluída no capítulo da Seguridade Social que é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, com financiamento comum, e, para organizar o funcionamento do SUS, são elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde: Lei 8080/90 e Lei 8142/90.

SUS: Aspectos Conceituais

O SUS é um **sistema**, formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e municípios), e complementarmente pelo setor privado contratado e conveniado. O setor privado, quando contratado pelo SUS, atua com as mesmas normas do serviço público. O SUS deve:

- ✓ Atender a **todos**, de acordo com as suas necessidades, independentemente de pagamento;
- ✓ Atuar de maneira **integral**, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento;
- ✓ Ser **descentralizado**, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações;

- ✓ Ser **racional**, devendo se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população, ser planejado para suas populações;
- ✓ Ser **eficiente** e **eficaz**, produzindo resultados com qualidade;
- ✓ Ser **democrático**, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços. Os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais) exercem o controle social no SUS, com o critério de composição paritária, ou seja, participação igual entre os usuários e os demais, com poder de decisão e não apenas consultivo;
- ✓ Ser **equânime**: equidade é diferente de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas. O princípio da equidade é que o sistema deve estar atento às desigualdades.

Legislação Básica do SUS

Constituição Federal - 1988

A saúde em nosso país recebeu atenção pela primeira vez na Constituição de 1934, em um artigo e um inciso. Na Constituição de 1946, a saúde foi inserida em dois artigos, dois incisos e uma alínea, com o intuito de normatização e iniciando o cuidado com a condição de vida do trabalhador.

A Constituição da República Federativa Brasileira, promulgada em 1988, assegura o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.

Capítulo II DOS DIREITOS SOCIAIS

Art.6. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Capítulo II DA UNIÃO

Art.21. Compete à União:

XX - Instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos.

Art.22. Compete privativamente à União legislar sobre:

XXIII - Seguridade social.

Art.23. É de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios:

II - Cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e da garantia das pessoas portadoras de deficiências.

Art.24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XII - Previdência social, proteção e defesa da saúde.

Capítulo IV DOS MUNICÍPIOS

Art.30. Compete aos municípios:

VII - Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Capítulo IV DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS À JUSTIÇA

SEÇÃO I DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Art.129. São funções institucionais do Ministério Público:

I - Promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei;

II – Zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e do serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

Capítulo II DA SEGURIDADE SOCIAL

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade. De forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - Dos empregados, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II – Dos trabalhadores;

III – Sobre a receita de concursos de prognósticos.

SEÇÃO II DA SAÚDE

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços

para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – Participar do controle e da fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Leis Orgânicas da Saúde

As Leis Orgânicas da Saúde – LOS – conjunto de duas leis editadas (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. São leis nacionais que têm o caráter geral, contém diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde.

■ **Lei 8080/90** – Votada em 19 de setembro, dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Regulamenta em todo território nacional as ações de saúde, com diretrizes ao gerenciamento e da descentrali-

zação; permite à iniciativa privada participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar, com prioridade das entidades filantrópicas sobre as privadas lucrativas na prestação de serviços. A descentralização político-administrativa é enfatizada na forma da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios.

Define as Áreas de Atuação do SUS:

- ✓ Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- ✓ Controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano;
- ✓ Orientação familiar;
- ✓ Participação na área de saneamento;
- ✓ Participação na preparação de recursos humanos;
- ✓ Saúde do trabalhador;
- ✓ Vigilância epidemiológica;
- ✓ Vigilância nutricional;
- ✓ Vigilância sanitária.

Condiciona como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Veda o exercício de cargo de chefia ou função de confiança no SUS aos proprietários, administradores ou dirigentes de entidades filantrópicas e privadas lucrativas.

Trata da gestão financeira, condicionando a existência de conta específica para os recursos da saúde e a fiscalização da movimentação bancária pelo Conselho Municipal de Saúde.

Define os critérios para a transferência de recursos: perfil demográfico e epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede, desempenho técnico e econômico-financeiro no período anterior e nível de participação orçamentária para a saúde.

Define que o Plano Municipal de Saúde é a base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS.

Garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

■ **Lei 8142/90** – Votada em 28 de dezembro, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Esta lei institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo. Condicionou o recebimento de recursos financeiros à existência de Conselho Municipal de Saúde, funcionando de acordo com a legislação.

Em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, existem as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. As Conferências devem ser realizadas em cada esfera de governo, organizadas no mínimo a cada quatro anos e paritárias como os conselhos. Os Conselhos são órgãos representativos em caráter permanente e deliberativo.

Define a participação do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), no Conselho Nacional de Saúde.

Concede o repasse regular e automático de recursos para municípios, Estados e Distrito Federal e preconiza que, para receber recursos de forma regular e automática, Estados, Distrito Federal e municípios deverão ter Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e contrapartida de recursos em seus orçamentos.

Normas Operacionais Básicas

As Normas Operacionais têm como principal objetivo disciplinar o processo de implementação do SUS e se voltam mais diretamente para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do sistema, dentre esses o detalhamento das competências das três esferas de governo.

■ **Norma Operacional Básica 01/91**

Esta norma cria a AIH (Autorização de Internação Hospitalar); o SIH (Sistema de Informação Hospitalar); FEM (Fator de Estímulo à Municipalização) e em relação ao

processo de habilitação alcançaram-se alguns avanços: criação dos conselhos estaduais e municipais.

■ Norma Operacional Básica 01/93

Considerando que os municípios, os Estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma definiu procedimentos e instrumentos operacionais que visavam ampliar e aprimorar as condições de gestão, no sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Foram criadas as Comissões Intergestores; no processo de gestão os Estados e os municípios poderiam se habilitar na Gestão Incipiente, Parcial e Semiplena; foram criados o FAE (Fator de Apoio ao Estado), FAM (Fator de Apoio ao Município) e o SIA (Sistema de Informação Ambulatorial). Esta norma representou um avanço no processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e na construção do SUS.

■ Norma Operacional Básica 01/96

Esta norma vem aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde.

As gestões municipais são duas: **Gestão Plena da Atenção Básica** e **Gestão Plena do Sistema Municipal**. Ambas recebem recursos de forma regular e automática para o atendimento básico, na forma do PAB (Piso de Atenção Básica), no valor de R\$ 10,00 hab/ano. Recebem também recursos, na forma de incentivo, para assistência farmacêutica básica, saúde da família, agentes comunitários, carência nutricional, vigilância sanitária e epidemiológica.

Na Gestão Plena do Sistema, os municípios habilitados recebem os recursos de assistência especializada ambulatorial e hospitalar fundo a fundo, além dos recursos da assistência básica.

Os sistemas de informação devem ser alimentados mensalmente:

- ✓ SIM: Sistema de Informação de Mortalidade;
- ✓ Sinasc: Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
- ✓ Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
- ✓ Sisvan: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- ✓ SIA – SUS: Sistema de Informação Ambulatorial;
- ✓ SIH – SUS: Sistema de Informação Hospitalar;
- ✓ Siab: Sistema de Informações de Atenção Básica de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários.

■ NOAS – SUS 01/2001

Desde 1999, foi estabelecido um processo de avaliação do movimento de descentralização, buscando identificar os estrangulamentos e as possibilidades de avanço do SUS.

Nesse processo, ficou claro a adesão dos municípios brasileiros à descentralização, atingindo 98% de habilitação no total dos municípios do país. No entanto, problemas de natureza tanto conjuntural como estrutural ficaram evidentes nesse processo. O estabelecimento de determinados pactos pouco funcionais entre Estados e municípios, quanto à divisão de responsabilidades e à partilha da gestão de unidades que dificultam a organização de sistemas municipais/microrregionais, é um dos indicadores mais visíveis das distorções. Outro problema, de caráter estrutural, é a existência exclusiva de condições de gestão polares (Plena do Básico X Plena do Sistema), que não traduzem a heterogeneidade das realidades de oferta de serviços nas distintas regiões do país, e mesmo entre municípios-pólo e os demais, induzindo à busca da habilitação em Plena do Sistema de diversos municípios, cuja oferta em pouco ou nada difere da atenção básica. Como resultado desses estudos é elaborada a Norma Operacional da Assistência (NOAS- SUS 01/2001) em fase de implementação, que: assegura o comando único sobre o sistema; incorpora a microrregionalização a partir da base legal; amplia a atenção básica; resgata o processo de PPI; avança na utilização do *per capita* como forma de repasse (Básico Ampliado e mínimo da média comple-

xidade); instrumentaliza e regula a relação gestor-gestor e permite maior visibilidade aos processos de pactuação de referências, permitindo maior controle pelos gestores.

Fóruns de Negociação e Deliberação no Processo de Descentralização

No Âmbito Nacional:

- ✓ Comissão Intergestores Tripartite: integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde – Conass e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems. Tem por finalidade assistir na elaboração de propostas para a implantação e a operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo do Conselho Nacional de Saúde.
- ✓ Conselho Nacional de Saúde: atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

No Âmbito Estadual:

- ✓ Comissão Intergestores Bipartite: integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (Cosems). É a instância privilegiada de negociação nos Estados.
- ✓ Conselho Estadual de Saúde: atua na formulação de estratégias da Política Estadual de Saúde, instância deliberativa.

No Âmbito Municipal:

- ✓ Conselho Municipal de Saúde: instância deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde.

Instrumentos de Planejamento de Saúde

O planejamento público tem uma dimensão técnica e uma dimensão política. Técnica quando implica uma metodologia de trabalho própria, o acesso a informações atualizadas, sistematizadas e agregadas. E tem dimen-

são política quando é, antes de tudo, um processo de negociação para conciliar valores, necessidades e interesses e administrar conflitos entre os vários segmentos da sociedade que disputam os benefícios da ação governamental.

Definidos na legislação, são três os instrumentos de planejamento de saúde municipal:

■ **Plano Municipal de Saúde** – Instrumento que define objetivos, prioridades e metas, além de previsão de financiamento das ações e dos serviços, sendo dimensionado através de:

- ✓ Gestão do Sistema Municipal de Saúde, na qual estão envolvidas a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- ✓ Gestão dos serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde, relacionados à definição dos programas, dos projetos, das metas e dos indicadores de resultados que orientam a prestação de serviços nas áreas ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência, vigilância à saúde e vigilância sanitária.

■ **Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar** organizada para:

Programação da Assistência Ambulatorial

- ✓ Atenção Básica;
- ✓ Assistência Ambulatorial de média complexidade;
- ✓ Assistência Ambulatorial para alta complexidade.

Programação de Assistência Hospitalar

- ✓ Hospitais locais;
- ✓ Hospitais microrregionais;
- ✓ Hospitais regionais-gerais especializados.

■ **Relatório de Gestão** – Tem como objetivo principal avaliar a administração da saúde municipal, além da função de comparar as metas previstas no período de execução do plano de saúde com as ações realizadas, a fim de avaliar os indicadores dos resultados alcançados.

*Gilberto Natalini é Ex-Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Vereador da Câmara Municipal de São Paulo.

**Colaboração:* Maria Aparecida Carricondo e Nilo Brêtas.

PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE ABRANGÊNCIA NACIONAL

Sibele Maria Gonçalves Ferreira*

Com certeza, no setor público de saúde, existe um reconhecimento quanto à importância de empreender-se esforços para a obtenção e a manutenção de dados e informações de abrangência nacional, que permitam o acompanhamento do SUS em todo o país, possibilitando a produção de análises comparativas entre os diversos Estados, municípios e regiões, de forma a subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis de gestão. Compreende-se que a informação é fundamental para a democratização e o aprimoramento da gestão do setor saúde.

Atualmente, ainda se verifica a falta de integração entre os diversos sistemas existentes, com destaque para problemas relativos à falta de confiabilidade dos dados e à baixa utilização das informações como subsídio ao processo de tomada de decisões em todos os níveis do SUS.

Além disso, alguns sistemas foram desenvolvidos para atender (quase), exclusivamente, ao controle da produção de serviços e de seu respectivo faturamento, não contemplando outras necessidades de informação, particularmente, aquelas voltadas para a avaliação do impacto das ações desenvolvidas sobre a situação de saúde das populações. Apesar desses problemas, é fundamental a utilização dos sistemas existentes como estratégia para:

- ✓ Estimular que o processo de tomada de decisões e de avaliação, em todos os níveis do SUS, seja cada vez mais orientado pelo uso de informações;
- ✓ Que esses sistemas possam ser continuamente aperfeiçoados, apostando que, através de sua ampla utilização, eles poderão ser criticados e devidamente corrigidos ou mesmo substituídos;
- ✓ Que se viabilize um processo efetivo de consolidação de banco de dados, de abrangência nacional, que permita o compartilhamento e, particularmente, a com-

parabilidade entre diferentes situações. Lembrando que a comparação é uma das principais ferramentas para a elaboração de uma análise epidemiológica.

Sistemas de Informação de Abrangência Nacional sobre Órgãos Responsáveis pela Gestão

Cenepi - Centro Nacional de Epidemiologia

Faz parte da estrutura da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, responsável pela definição de normas, procedimentos técnicos e diretrizes operacionais do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Deve promover a cooperação técnica e assessorar as secretarias estaduais e municipais de saúde. Trabalha para a promoção e a disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS. Busca “ ...desenvolver sistemas de informação que permitam o acompanhamento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e das ações de saúde” .

Datusus - Departamento de Informática do SUS

Como parte da estrutura do Ministério da Saúde, encontra-se sob a gestão da Secretaria Executiva do Ministério. “ Sendo um órgão de informática de âmbito nacional, representa importante papel como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem de sistemas de informática e informação da Saúde.” Sua missão é: “ ...prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao planejamento, operação e controle do SUS, através da manutenção de bases de dados nacionais...”

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Características: coleta dados sobre óbitos. Objetiva fornecer informações sobre o perfil de mortalidade nos diferentes níveis do SUS. O documento padrão para entrada dos dados é a declaração de óbito (D.O.). Na maior parte do país, o processamento dos dados é feito pelo

Gestor Estadual de Saúde. O avanço do processo de municipalização vem colocando os municípios à frente desse processo, buscando intervenções mais próximas e específicas sobre os problemas colocados. O sistema permite que os dados sejam agregados ou desagregados por Estado, município, bairro ou endereço residencial. Os dados podem ser consultados na home page do Datasus: <http://www.datasus.gov.br/> em Informações de Saúde - Mortalidade (1979-1997).

SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis

Características: coleta dados sobre agravos de notificação compulsória. Foi instituído em 1996. Pode ser ativado a partir do município, gerando informações por distrito e bairro. A notificação compulsória tem sido a principal fonte usada pela Vigilância Epidemiológica para desencadear medidas de controle. Os dados trabalhados referem-se às seguintes doenças: cólera, coqueluche, dengue, difteria, doença de chagas (casos agudos), doença meningocócica e outras meningites, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatites B e C, leishmaniose visceral, leptospirose, malária (em área não endêmica), meningite por *Haemophilus Influenzae*, peste, poliomielite, paralisia flácida aguda, raiva humana, rubéola, síndrome de rubéola congênita, sarampo, sífilis congênita, síndrome de imunodeficiência adquirida, tétano e tuberculose.

Segundo a legislação: "...todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado, imediatamente, às secretarias municipal e estadual de saúde e à Fundação Nacional de Saúde".

Sinasc - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Características: objetiva construir uma base de dados sobre as crianças nascidas vivas em todos os níveis do SUS. Como o SIM, conta com um documento-padrão, a declaração de nascimento (D.N.). Os municípios que vêm trabalhando, adequadamente, com o sistema têm obtido resultados significativos, permitindo uma

intervenção prematura nos riscos apresentados pelos recém-nascidos. Até o momento, são considerados como nascidos vivos de risco aqueles que: têm baixo peso ao nascer (menor que 2.500 gramas); a idade da mãe é menor do que 17 anos; a idade gestacional é menor do que 37 semanas (prematuridade); o nível de escolaridade da mãe é baixo (menor do que 1º Grau); e o número de consultas de pré-natal freqüentadas pela mãe é menor do que quatro.

Os dados sobre o recém-nascido podem ser agregados ou desagregados por município, por bairro, pelo endereço residencial ou pelo estabelecimento de saúde onde a criança nasceu. Ainda é muito importante garantir o cumprimento da obrigatoriedade do preenchimento e encaminhamento da D.N. As experiências em várias localidades do país têm mostrado que essa ferramenta de informação pode, por exemplo, efetivamente melhorar coeficientes como o da mortalidade infantil e da incidência de desnutrição nas crianças e nas mães.

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Características: oferece dados sobre controle orçamentário e produção de serviços ambulatoriais; capacidade instalada e recursos financeiros orçados e repassados aos municípios (referentes à atenção ambulatorial), por exemplo, os Repasses para Custeio Ambulatorial (RCA).

Permite contar o que foi produzido, mas não quem e quantos foram atendidos. Mas é instrumento importante para controlar o repasse de recursos, possibilitando a identificação de inconsistências entre a fatura apresentada e a capacidade instalada. No mínimo, permite avaliar se a produção de procedimentos é compatível com a estrutura (física, recursos humanos e/ou equipamentos) que o prestador dispõe, permitindo intervir sobre distorções mais grosseiras.

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Características: trabalha dados referentes às interações hospitalares, particularmente aqueles que informam sobre os procedimentos realizados. A partir desses

dados são efetuados pagamentos para os hospitais conveniados ou contratados pelo SUS. Também processa dados sobre as causas de internação; a quantidade de leitos por especialidade; o tempo médio de permanência do paciente hospitalizado e a relação dos procedimentos mais frequentes em cada hospital, município e Estado. Suas informações buscam facilitar a atividade de controle e avaliação do repasse de recursos efetuado pelo SUS. Conta com um documento-padrão para coleta de: Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que contém um grande detalhamento de dados. Entretanto, esses dados ainda são pouco trabalhados para gerar informações, não apenas de controle, mas que, efetivamente, avaliem as respostas que estão sendo oferecidas. Ainda assim, diferente do SIS-SUS, é possível identificar quem e qual o tipo de demanda está sendo atendida.

Siab - Sistema de Informação sobre Atenção Básica

Características: voltado para as ações referentes à atenção básica, particularmente para as ações desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

Esse sistema processa informações sobre a população acompanhada e pode permitir aos gestores municipais, estaduais e federal o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas. A base de dados pode ser dividida em blocos:

1. Dados e indicadores referentes ao cadastramento das famílias: características das pessoas, dos domicílios, das condições de saneamento, entre outros.
2. Dados e indicadores referentes a grupos de risco: crianças menores de 2 anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase.
3. Dados e indicadores referentes às atividades realizadas: produção e cobertura de ações, notificação de agravos, óbitos, hospitalizações, entre outros.

SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

Características: tem como objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças trans-

missíveis e imunopreveníveis, com a imunização sistemática da população. O SI-PNI foi implantado a partir de 1993, com o objetivo de garantir a qualidade dos dados e a velocidade do fluxo de informações, otimizando o controle e o gerenciamento das unidades de vacinação.

Sisvan - Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional

Características: destina-se ao acompanhamento do Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCE. Propõe-se a ser um processo contínuo de coleta, tratamento, interpretação e disseminação de dados e informações sobre a situação alimentar e nutricional e de seus fatores determinantes. Pretende conhecer e “medir” esse tipo de problema de saúde, identificando grupos de risco (biológicos e sociais). Busca apontar tendências quanto à distribuição geográfica e temporal da evolução deste tipo de problema. Esses eventos podem ser diretamente relacionados às políticas governamentais de produção, abastecimento e consumo de alimentos. Ou seja, do acesso físico e econômico aos produtos que constituem a cesta básica de alimentos de cada população. Visa produzir informações para o avanço da conscientização da população sobre os problemas relacionados à alimentação e à nutrição como também sobre as alternativas para enfrentá-los.

Siclom - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

Características: destina-se ao cadastramento de todos os pacientes infectados pelo HIV que recebem medicamentos do SUS. Nesse sistema, os pacientes cadastrados recebem cartões magnéticos para identificação em todas as Unidades de Saúde que dispensam medicamentos de Aids e que estão sendo equipadas com computador e leitora de cartões.

Sigab - Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica

Características: destina-se a atender as necessidades de informações da direção de uma unidade básica de saúde, coletando dados das consultas dos profissionais mé-

dicos e não médicos, dos atendimentos dos profissionais de nível médio, vacinação e laboratórios da unidade, gerando relatórios gerenciais, de faturamento e exportando dados para o SIA-SUS e SI-PNI. Consiste nos módulos de consulta, saúde bucal, atendimento complementar, atendimento de programas, produção laboratorial, vacinação e pronto-atendimento.

Hospub - Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar

Características: destina-se a automatizar e integrar, de forma online, os diversos setores e processos dentro de uma unidade hospitalar. Atualmente contempla as áreas finalísticas, ou seja, todos os setores assistenciais de um hospital, ambulatório especializado ou laboratório central. Possibilita a criação e a manutenção, de forma automatizada, do cadastro único de usuários/pacientes e consiste dos seguintes módulos: arquivo médico (Same), gerenciamento de unidades de emergência (Sigue), gerenciamento hospitalar (Sigho), gerenciamento de unidades ambulatoriais especializadas (Sigae), apoio à diagnose e à terapia (Siadt) e gerenciamento de centro cirúrgico (Sicec). O sistema gera as saídas adequadas para o SIH-SUS e SIA-SUS, permitindo o faturamento com mais facilidade, sem necessidade de transcrição.

Censo - Levantamento Decenal de Dados Populacionais e Indicadores Sociais

O Censo é realizado pelo IBGE e existe desde 1940. Tem por objetivo a contagem da população e dos domicílios existentes no país. O único Censo que não foi realizado na década certa foi o de 1990 (feito em 1991).

Características: basicamente o Censo pesquisa as seguintes variáveis:

1. Domicílio: localização, condições de infra-estrutura (tamanho, água, luz, esgoto etc.).
2. Indivíduos: sexo, idade, religião, cor, raça, naturalidade e nacionalidade.
3. Famílias: tamanho e relação de parentesco.
4. Educação: alfabetização, escolaridade, nível de instrução, cursos etc.

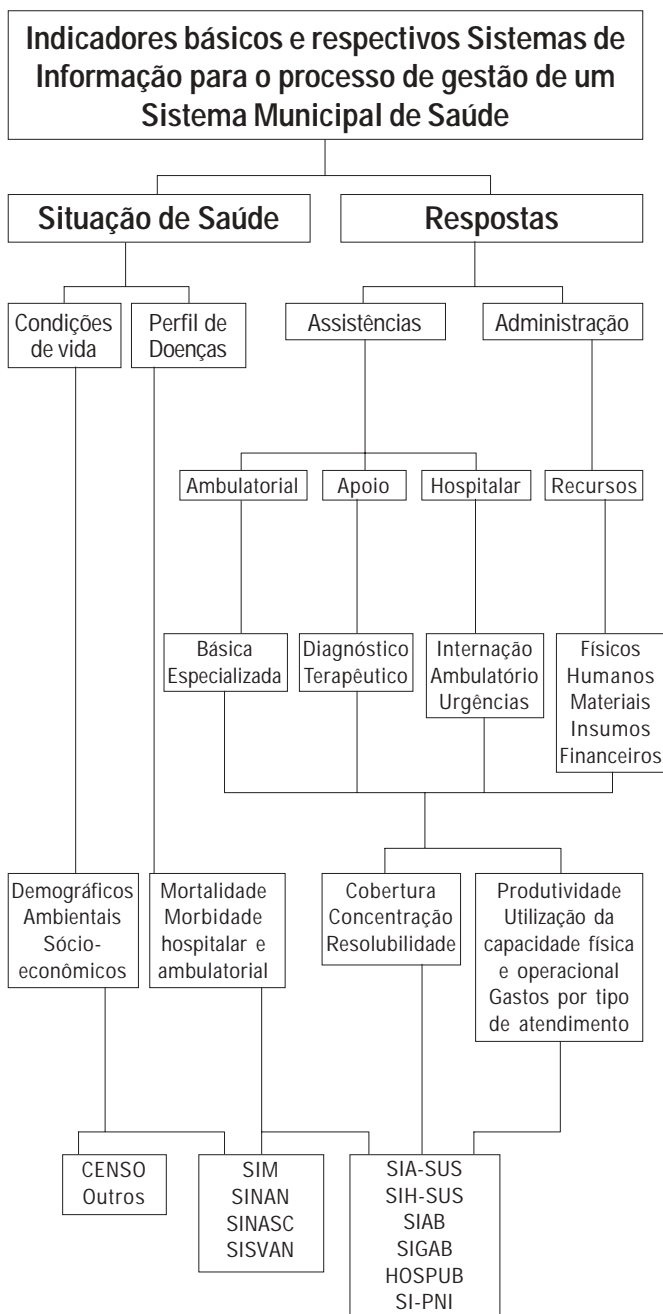
5. Mão-de-obra: tipo de ocupação, ramo de atividade, carteira de trabalho, rendimento, contribuição previdenciária e procura de trabalho.

6. Mortalidade.

7. Fecundidade (número de filhos por mulher).

8. Migração.

Sistemas de Informação de Abrangência Nacional			
SIGLAS	SISTEMAS	INDICADORES	ÓRGÃO
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	Informações relacionadas com o perfil epidemiológico	CENEPI
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis		
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos		
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	Informações relacionadas à assistência e à administração	DATASUS
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS		
SIAB	Sistema de Informação sobre Atenção Básica		
SI-PNI	Sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações		
SISVAN	Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional		
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos		
SIGAB	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica	Informações gerenciais	DATASUS
HOSPUB	Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar		
CENSO	Levantamento decenal de dados populacionais e indicadores sociais		IBGE



Ação Básica

A Constituição Federal de 1988 define como princípios do SUS: **Universalização, Integralidade, Descentralização, Hierarquização e Participação Popular.**

Mesmo que esses princípios não tenham ainda sido atingidos na sua plenitude, é impossível negar os importantes avanços obtidos nessa última década no processo de consolidação do SUS, dentre os quais se destaca a descentralização com efetiva municipalização.

No entanto, precisamos reconhecer que ainda há muito a fazer para garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde. É preciso que esses serviços estejam próximos de onde as pessoas vivem ou trabalham, que sejam resolutivos, oportunos e humanizados. É necessário que sejamos capazes de provocar uma verdadeira mudança na forma como o sistema de saúde está organizado, aliado à luta pela expansão de recursos para a saúde.

O atual modelo de atenção está centrado no hospital, quando sabemos que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população.

A proposta é investir amplamente no primeiro nível de atenção – a **Atenção Básica** – a fim de possibilitar a organização e o adequado funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, sem perder de vista o compromisso da integralidade. Só assim será possível acabar com as filas, com o consumo abusivo de medicamentos e com o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia.

Os problemas mais comuns devem ser resolvidos na **Atenção Básica**, deixando que os ambulatórios de especialidades e os hospitais cumpram com competência seu verdadeiro papel, resultando numa maior satisfação dos usuários e na utilização mais racional dos recursos existentes.

Atenção Básica à Saúde

É um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Busca-se, com isso, avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

A organização da atenção básica, com base na Lei Orgânica de Saúde – Lei 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

- **Saúde como direito** – A saúde é um direito fundamental do ser humano. O Estado deve prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

- **Integralidade da assistência** – Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

- **Universalidade** – Acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência.

- **Equidade** – Igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

- **Resolutividade** – Assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade a todas as pessoas. Identificação e intervenção sobre as causas e os fatores de risco aos quais a população está exposta.

- **Intersetorialidade** – Desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros,

tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

- **Humanização do atendimento** – Estreitamento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

- **Participação** – Democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo controle social na gestão do sistema.

A Constituição Federal atribui aos prefeitos municipais responsabilidades sobre as ações e os serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade permite-lhes identificar as reais necessidades de saúde da população.

A NOB-SUS 01/96 reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município).

A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica.

Com o objetivo de melhor definir as responsabilidades com a atenção básica e de permitir o acompanhamento da descentralização trazida pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96, foi publicado pelo Ministério da Saúde, em janeiro de 1999, o documento *Manual para Organização da Atenção Básica*.

Foi elaborado com a contribuição de diversos setores do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13/11/1998.

Este manual apresenta:

- ✓ A conceituação da atenção básica;
- ✓ As responsabilidades dos municípios, enquanto gestores desse tipo de atenção;
- ✓ Um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados, que traduzem as responsabilidades descritas;

- ✓ Orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compõem o Piso de Atenção Básica – PAB.

Pacto da Atenção Básica

O processo desencadeado pelo Ministério da Saúde, em parceria com Estados e municípios, traduzido como Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, propicia a incorporação de mecanismos de monitoramento das ações e dos serviços de saúde, processos esses que devem ser assumidos como responsabilidade de todas as instâncias de gestão do SUS.

O processo de organização do Pacto da Atenção Básica apresenta-se como estratégia capaz de dar visibilidade às mudanças ocorridas no espaço de gestão local do SUS. Articulado a um processo mais amplo de programação, que no âmbito do SUS caracteriza-se com a Programação Pactuada Integrada - PPI, o Pacto dos Indicadores constitui-se em instrumento de negociação de metas e ações orientadas para os problemas identificados como prioritários e que, se enfrentados adequadamente, propiciarão a mudança da situação de saúde da população.

Não se constitui apenas em um exercício estatístico que visa a definição de metas, taxas ou indicadores de saúde a serem alcançados. Sua função primordial é a de estabelecer, de forma coerente e articulada, uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, em que o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde deixam de ser desenvolvidos como ritos administrativos e passam a ser incorporados à cultura, objetivando a construção de processo de reorganização da Atenção Básica.

*Sibele Maria Gonçalves Ferreira é Assessora na área de informação em saúde da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

¹ Citação obtida na página do Datasus, disponível na Internet.

PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa Saúde da Família, não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como a substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios do SUS e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão.

Essa estratégia, iniciada com a incorporação de Agentes Comunitários às unidades básicas de saúde, contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde.

A Unidade Básica de Saúde da Família é o novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população em sua área de abrangência.

Essa unidade tem de ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir os problemas de saúde mais comuns, não se limitando a fazer apenas triagem e encaminhamento para os serviços mais especializados.

A unidade Saúde da Família deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

As equipes de Saúde da Família trabalham com uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias. Recomenda-se que cada equipe acompanhe 600 a 1.000 famílias, entre 2.400 a 4.500 pessoas.

A equipe é composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde.

Cada agente acompanha entre 400 e 750 pessoas e deve ser um morador da comunidade por ele acompanhada.

Outros profissionais de saúde podem ser incorporados à equipe, de acordo com as demandas e as características da organização dos serviços de saúde locais.

A equipe trabalha com carga horária de oito horas diárias, conforme as seguintes linhas de atuação:

- ✓ Cadastramento de todas as famílias residentes em sua área de abrangência, realizado com a participação da comunidade;

- ✓ Diagnóstico das condições socioeconômicas e de saúde da população sob sua responsabilidade;

- ✓ Identificação das pessoas e das famílias que necessitam de atenção especial, por estarem sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer;

- ✓ Priorização das ações a serem desenvolvidas para enfrentamento dos problemas identificados. Por exemplo, ações voltadas para a saúde das crianças, das gestantes, da mulher, do idoso, para tratamento e recuperação de portadores de doenças endêmicas, infecciosas ou degenerativas, como malária, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras;

- ✓ Ênfase no enfoque da promoção à saúde, facilitado pelo vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias, que cria um espaço privilegiado para a incorporação de hábitos saudáveis;

- ✓ Atuação intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde dos indivíduos.

O PSF é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reestruturação da Atenção Básica e seu financiamento deve ser garantido pelo PAB – Piso da Atenção Básica, adicionado aos recursos de fontes estaduais e municipais.

O PAB é composto de uma parte fixa correspondente a um valor *per capita* e outra variável, formada de incentivos financeiros a ações consideradas estratégicas para a organização da atenção básica à saúde. Essas ações são:

Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica Básica, Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, Combate às carências Nutricionais, Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Os recursos são transferidos, mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais, ou excepcionalmente, para os Fundos Estaduais, nos casos de municípios que ainda não se encontram habilitados a gerenciar seu sistema de saúde. O valor *per capita* varia entre R\$ 10,00 e R\$18,00.

Esses recursos são administrados pelo gestor municipal, com sua utilização pré-estabelecida pelo Plano Municipal de Saúde e fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde e por órgãos de auditoria estaduais e federais.

O valor de incentivo para o Programa de Agentes Comunitários é fixo de R\$ 2.200,00 por agente/ano. Corresponde a R\$ 183,33 agente/mês.

Para o PSF, a Portaria 1.329, de 12/11/99, estabelece que, de acordo com a faixa de cobertura, os municípios passem a receber valores diferenciados, que variam de R\$ 28 mil a R\$ 54 mil/equipe/ano.

Essa diferenciação no valor dos incentivos se deve ao fato de que, quanto maior o número de pessoas acompanhadas pelo PSF, maior é o seu impacto.

Existe também um incentivo adicional para implantação de novas equipes, num valor de R\$ 10 mil/equipe, pagos em duas parcelas.

A implantação do Programa Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde depende da decisão política do gestor municipal. Tomada esta decisão, o gestor municipal deve procurar a Secretaria Estadual de Saúde/ Coordenação do PSF/PACS, que prestará assessoria ao município em todas as etapas de implantação.

O município ganha com o PSF, porque um maior número de pessoas passa a ser atendido nas Unidades de Saúde da Família, recebendo assistência contínua e qualificada. Melhoram os indicadores de saúde, reorganiza-se o sistema local de saúde, diminui-se o número de exames complementares, de consultas especializadas, de encaminhamentos de urgência e internações hospitalares desnecessárias.

Com isso, o prefeito também conhece melhor as comunidades do seu município e as suas prioridades e pode potencializar os recursos empregados, respondendo essas demandas de forma mais integrada entre os vários setores da administração municipal.

Vigilância Sanitária: Organização e Descentralização

A Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90 delimitaram as competências dos três entes federados quanto às responsabilidades pela execução das ações de vigilância sanitária. A descentralização da vigilância sanitária, no entanto, passou ao largo das preocupações do processo de reorganização dos serviços de saúde. Somente com a NOB 01/96 essa área, ainda que timidamente, passou a figurar na agenda do setor.

A descentralização da vigilância sanitária assume contornos diferenciados das demais áreas do Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo em que esforços são canalizados para implantar serviços de Vigilância Sanitária nos demais níveis de governo, deve-se consolidar, como retaguarda, a estrutura federal, recém-criada e em fase de organização. Assim, o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, no que diz respeito a seus congêneres nas demais esferas, está bastante claro.

O processo de descentralização da vigilância sanitária deve ter como norte o compartilhamento solidário de responsabilidades de proteção e defesa da saúde para garantir a segurança sanitária de produtos e serviços. Para se conseguir esse desiderato é imprescindível uma relação de cooperação técnica, operacional e financeira entre a Anvisa, Estados e municípios numa atuação de sinergia e complementaridade pactuada entre parceiros.

Uma das premissas básicas para a consolidação do processo de descentralização da vigilância sanitária é o financiamento das ações executadas por Estados e municípios e a abolição da relação convencional para o repasse de recursos. Em cumprimento desse preceito o repasse de recursos será feito mensalmente, de forma regular e

automática, fundo a fundo. Isso permitirá maior aproximação e responsabilidade dos gestores com as ações inerentes a seu nível de competência e complexidade demandada, como se demonstra a seguir:

PAB/VISA

Referente ao incentivo às ações básicas de vigilância sanitária para municípios habilitados em alguma forma de gestão nos termos da NOB SUS 01/96, com a transferência direta e automática, fundo a fundo, de R\$ 0,25/anual *per capita*.

Média e Alta Complexidade

Referente aos recursos destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade com transferência direta e automática fundo a fundo para Estados, o Distrito Federal e os municípios, a partir do somatório das seguintes parcelas: (I) R\$ 0,15 per capita/ano e (II) distribuição dos recursos arrecadados, por fator gerador de receita, proporcional aos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em cada Estado. Para os Estados com baixa densidade populacional, foi definido um piso financeiro a título de estímulo à organização das ações de VISA, no valor de R\$ 420 mil/ano.

A utilização desses recursos foi regulamentada pela Portaria 1.008 de 8 de setembro de 2000 e republicada em 2 de outubro de 2000. Eles serão utilizados para financiar ações a serem executadas pelos Estados e municípios, como inspeções sanitárias em indústrias de medicamento, alimentos, cosméticos, unidades hemoterápicas, clínicas de hemodiálise, distribuidoras de medicamentos e farmácias, além dos serviços de saúde em geral, como hospitais, clínicas odontológicas e laboratórios, inspeção em terrenos baldios, abatedouros, creches, rodoviárias, água para consumo humano etc.

Para se habilitar ao repasse desses recursos, os Estados deverão cumprir dois pré-requisitos: (I) apresentar um plano de ação sintético consubstanciado num Termo de Ajuste e Metas a ser assinado com a Anvisa e (II) obter

aprovação da Comissão Intergestores Bipartite sobre esse Termo de Ajuste.

O Termo de Ajuste e Metas retrata a programação das ações a serem executadas no âmbito de cada Estado e estabelece compromissos quanto à organização da gestão em cada secretaria de saúde e quanto aos resultados finalísticos das ações de Visa, segundo parâmetros de cobertura definidos juntamente com Estados e municípios. Essa programação de responsabilidade do Estado e dos municípios deverá ser submetida à Bipartite, para análise da factibilidade do que foi acordado, à aprovação e posteriormente encaminhada à Anvisa.

A Portaria 1008 também orienta quanto à descentralização das ações de Visa para os municípios. Para se habilitar a esses recursos os municípios deverão comprovar estar habilitado em uma das condições de gestão estabelecidas pelo Ministério da Saúde e comprovar capacidade técnica de execução das ações a serem descentralizadas. Os recursos correspondentes dessa pactuação também serão repassados fundo a fundo. Na impossibilidade operacional do fundo estadual fazer o repasse para o fundo municipal, o fundo nacional poderá, excepcionalmente, por deliberação da CIB, fazer esse repasse.

Entretanto, é natural presumir algumas dificuldades no exercício de apontar o que fazer, como fazer e quem vai fazer. Superar essas dificuldades é o desafio a ser enfrentado para que o processo de descentralização da vigilância sanitária possa se consolidar. Algumas diretrizes serão importantes e deverão orientar a gestão em cada unidade federada:

1. Inserção da vigilância sanitária como instrumento capaz de contribuir para a organização dos serviços, integrando-se ao modelo de atenção à saúde, capaz de eliminar riscos e de intervir para a superação de problemas sanitários existentes, considerando os princípios básicos do SUS (hierarquização, integralidade, descentralização, equidade, controle social);

2. Fortalecimento do princípio da descentralização das ações de vigilância sanitária no bojo das demais ações de saúde, como corolário indispensável para a efetivação de medidas, de cunho técnico, administrativo e político, ne-

cessárias à organização e consolidação do sistema de vigilância sanitária como parte integrante do SUS;

3. Estímulo à municipalização, incentivando os municípios a assumir a gestão mais avançada do sistema e a incrementar a sua capacidade de cobertura de atuação, observando sempre o grau de complexidade das atividades sujeitas à vigilância sanitária existentes em seus territórios e as possibilidades reais de atender às demandas decorrentes;

4. Implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária por intermédio do desenvolvimento de ações pactuadas, inicialmente entre Estado e municípios para elaboração do planejamento estadual e, posteriormente, entre a Anvisa/Estados/municípios, respeitando as prioridades regionais/locais, minimizando a implantação de programas verticalizados.

Cartão SUS: Instrumento para um Novo Modelo de Gestão

A implantação do Cartão Nacional de Saúde, formalizado pela Norma Operacional Básica – NOB de 1996, deve contribuir para a organização da atenção à saúde a partir de dois eixos de grande importância para o SUS: a estruturação e a integração de sistemas de informação que permitam a identificação do usuário; e a possibilidade real de organizar a gestão a partir das necessidades da população e dos fluxos dos usuários no interior do sistema de saúde.

O sistema Cartão Nacional de Saúde propõe a estruturação da coleta de dados e informações em saúde por meio do número único de identificação do usuário do SUS e de uma rede de telecomunicações e equipamentos de informática que, segundo protocolos nacionais, possibilita o trânsito, o armazenamento e o acesso às informações geradas nas unidades assistenciais. Essa configuração do sistema coloca o Cartão como um poderoso instrumento para que os dirigentes da área de saúde, da unidade básica à esfera federal, fortaleçam suas condições para garantir a construção de um novo modelo de gestão, descentralizado em sua execução, mas nacionalmente integrado.

O cartão terá uma numeração nacional (baseada no

número do PIS/PASEP), de modo a identificar o cidadão com o sistema local e, ao mesmo tempo, possibilitar a agregação de informações no âmbito federal e o acompanhamento do fluxo desse usuário no interior do SUS. Além dessas finalidades, espera-se que o cartão contribua para:

- ✓ Acompanhamento das referências, subsidiando a elaboração da Programação Pactuada e Integrada – PPI e os processos relativos às compensações financeiras e ao ressarcimento ao SUS dos procedimentos realizados nos pacientes associados a modalidades de saúde supletiva;

- ✓ Planejamento e priorização das ações de saúde e acompanhamento das políticas implementadas, por meio da mensuração da cobertura das atividades desenvolvidas e detecção de pontos de estrangulamento no sistema de saúde;

- ✓ Integração dos Sistemas de Informações de Base Nacional;

- ✓ Regulação do sistema de saúde e racionalização da utilização de recursos humanos, físicos e financeiros;

- ✓ Qualificação da atuação dos profissionais de saúde, por meio da vinculação dos usuários a uma unidade ou equipe de saúde, da disponibilização de informações clínicas dos atendimentos prestados aos pacientes a eles vinculados e de relatórios gerenciais que possibilitem a avaliação qualitativa dos procedimentos e prescrições realizados pela equipe de saúde.

O processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde em curso abrange 44 municípios brasileiros, com cobertura de cerca de 13 milhões de usuários do SUS. O projeto tem financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID. O escopo do fornecimento das empresas contratadas, por meio de licitação internacional, abrange a implantação de estrutura de hardware no âmbito federal (com servidores localizados em Brasília e no Rio de Janeiro), no âmbito estadual (com servidores em todos os Estados brasileiros) e no âmbito dos 44 municípios do projeto piloto. Inclui ainda o desenvolvimento de software e a construção de uma rede de abrangência nacional.

O Sistema Cartão Nacional de Saúde é composto, portanto, de duas vertentes. De um lado, pela implemen-

tação de três cadastros específicos: um cadastro dos usuários do SUS, com a geração de um número único de identificação no âmbito nacional; um cadastro de unidades de saúde; e um cadastro de profissionais que executem procedimentos no sistema.

Numa outra vertente, prevê a implantação de um sistema de informação, com o desenvolvimento de aplicativos a ele vinculado e com o uso de equipamentos para leitura do cartão magnético.

A integração entre as bases cadastrais e o sistema de informação permitirá a vinculação entre cada usuário atendido no sistema de saúde, o procedimento realizado, o profissional responsável pelo atendimento e a unidade de saúde onde tal atendimento foi realizado. Outras informações foram ainda incorporadas ao software utilizado no atendimento, como o diagnóstico (dois campos), medicamentos prescritos (também com dois campos para informação), encaminhamento, deficiência funcional, dentre outros.

A utilização da base de dados derivada do sistema cartão deverá ter como finalidade única a gestão dos serviços de saúde pelas diferentes esferas de governo, não podendo, sob nenhuma hipótese, servir a fins comerciais ou outros que atentem contra os direitos constitucionais do cidadão e/ou a ética do profissional. Um importante mecanismo de segurança do sistema é derivado da possibilidade de identificação de todos os que acessaram e/ou modificaram qualquer informação contida nas bases de dados. É importante ressaltar ainda que, em nenhuma circunstância, o fato de o indivíduo possuir ou não o Cartão Nacional de Saúde poderá ser utilizado como forma de coação ou de obstáculo a seu acesso aos serviços de saúde.

Expansão do Sistema Cartão

A atual fase de implantação do projeto Cartão tem seu término estimado para meados de 2001 e o Ministério da Saúde discute, em conjunto com Estados e municípios, critérios para a expansão do projeto.

Para a inclusão de novos municípios e Estados estão sendo consideradas as diretrizes de regionalização da

saúde, em discussão na Comissão Tripartite. Estão sendo ainda considerados componentes de expansão funcional, dentre eles a integração com centrais de regulação e o desenvolvimento de funcionalidades para as unidades de saúde.

Para viabilizar a expansão, os gestores do sistema de saúde já aprovaram proposta de cadastramento de toda a população brasileira. O cadastramento será de responsabilidade dos municípios, com suporte dos Estados; terá base domiciliar; será co-financiado pela União e gerará número de identificação para toda a população cadastrada. A expectativa é o cadastramento de cerca de 140 milhões de habitantes, incluindo a população já cadastrada na atual fase do projeto.

O SUS E OS HOSPITAIS

O atendimento hospitalar pelo SUS é oferecido aos brasileiros através das organizações públicas governamentais e pelas entidades privadas vinculadas ao sistema por meio de contratos e convênios.

O gerenciamento da assistência à saúde foi estabelecido pela Portaria Ministerial 896, de 29 de junho de 1990, que incumbiu o Inamps, à época, de implantar o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), posteriormente descentralizados para os municípios.

A justificativa para sua implantação foi a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais, que permitisse adequado planejamento, controle e avaliação das ações de saúde, um sistema único de repasses financeiros que retribuísse, com os mesmos critérios, os serviços públicos contratados e conveniados, e a necessidade de se adotar métodos gerenciais modernos para a administração desses sistemas no país.

O SIH-SUS foi implantado pela Portaria MS/SNAS 16, de 8 de janeiro de 1991, bem como a tabela única de remuneração para assistência à saúde hospitalar. O SIH-SUS teve como base inicial o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e seu instrumento de internação, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que, com os valores de tabela específica, foi aplicado aos hospitais da rede pública, contratada e conveniada em todo o território nacional.

Com os avanços ocorridos com a implantação do SUS, especialmente em razão da descentralização político-administrativa na execução das ações e dos serviços de saúde, novos mecanismos operacionais foram sendo introduzidos no SIH-SUS e SIA-SUS por portarias e atos normativos. Essas mudanças foram feitas através de pactuação tripartite entre o Ministério da Saúde, Estados e municípios, consignadas nas Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial a NOB 01/93, a NOB 01/96 e recentemente a NOAS 01/2001.

O acesso universal às ações e aos serviços de saúde foi estendido a toda a população brasileira, a partir da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, “ que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais de direito público ou privado” .

Nos últimos anos, fruto do processo de descentralização que recebeu a adesão de 98,98% dos municípios brasileiros, observa-se uma extensão de cobertura do SUS: a da população e a de serviços. Vários estudos têm comprovado essa extensão de cobertura, inclusive recente publicação do Ministério da Saúde, sobre as ações hospitalares no período de 1995 a 1999, apontando sempre a gestão municipal como marco desse processo.

1 – O Sistema e os Estabelecimentos de Saúde

1.1 – A Capacidade Operacional

O SUS compreende o conjunto de ações e serviços realizados, nos três níveis de governo, para atender às demandas sanitárias coletivas e individuais da população brasileira. No que se refere a serviços assistenciais, as atividades se dirigem a indivíduos ou a coletividades, sendo prestadas em estabelecimentos de atenção ambulatorial, hospitalar ou domiciliar. Essas atividades são realizadas pelo conjunto de estabelecimentos e serviços de saúde, públicos e privados, organizados segundo os princípios do SUS. Os estabelecimentos estão sob a gestão das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde e têm a atribuição de atender a toda a população.

1.2 – Hospitais

A assistência hospitalar prestada à população se faz através de hospitais públicos, contratados, conveniados e

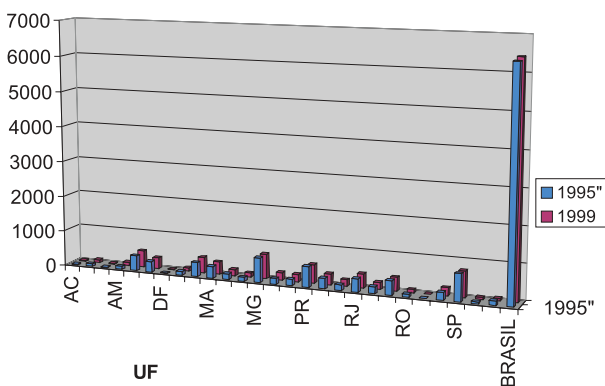
cadastrados no SUS. A Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde, FCES, é o instrumento que permite aos gestores do SUS coletar os dados dos estabelecimentos de saúde do país. O número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ - da Unidade Hospitalar é o código de acesso ao Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS.

Os gestores realizam o cadastramento e a permanente atualização dos dados das FCES, onde estão incluídas as informações gerais sobre a capacidade operacional da entidade, seus leitos totais e aqueles disponibilizados ao sistema público.

O gráfico 1 abaixo demonstra a expansão da rede hospitalar vinculada ao SUS no país entre 1995 e 1999.

Gráfico 1

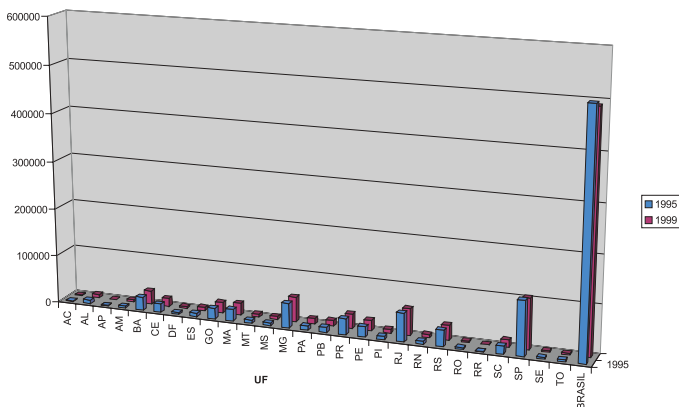
TOTAIS DE HOSPITAIS POR UF



Verificou-se um discreto crescimento ao longo dos cinco anos analisados, 1%. Em alguns Estados (ES, MG, PR, RJ, RN, RS, RR, SP, SE E TO) o número de hospitais vinculados ao Sistema diminuiu. O Estado de Tocantins apresentou a maior redução no número de hospitais vinculados ao SUS (-35%). Os demais Estados aumentaram o número de hospitais, verificando-se as maiores variações positivas nos Estados do Pará (29%), Piauí (15%), Mato Grosso do Sul e Paraíba (11%).

Gráfico 2

TOTAL DE LEITOS HOSPITALARES



1.3 – Leitos Hospitalares

O gráfico 2 acima apresenta o número total de leitos desses hospitais e sua evolução no período.

Observa-se uma pequena variação negativa no período, -3%, por causa da diminuição de leitos registrada nos Estados de Alagoas, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins. Este apresentou a maior variação negativa no número de leitos hospitalares no período, -21%.

Os demais Estados aumentaram o número de leitos totais, sendo os maiores aumentos os verificados no Pará (34%), no Amazonas (16%) e no Piauí (14%).

1.4 – Leitos por Habitante

A cobertura de leitos por 1.000 hab., considerando-se os leitos dos hospitais vinculados ao SUS, apontou um decréscimo de -8% no período analisado.

Tabela 1

UF	1995	1999
AC	3,36	2,89
AL	2,80	2,68
AP	2,36	1,80
AM	1,70	1,77
BA	2,16	2,18
CE	2,62	2,38
DF	2,28	2,04
ES	2,67	2,39
GO	5,17	4,62
MA	4,72	4,57
MT	2,89	2,80
MS	2,98	3,13
MG	3,10	3,00
PA	1,56	1,93
PB	3,31	3,50
PR	3,84	3,22
PE	2,95	2,88
PI	2,63	2,97
RJ	4,45	4,02
RN	2,75	2,62
RS	3,53	3,14
RO	2,31	2,57
RR	3,10	2,78
SC	3,47	3,02
SP	3,37	2,94
SE	2,23	2,01
TO	3,72	2,62
BRASIL	3,24	2,99

Caiu de 3,24, em 1995, para 2,99, em 1999. Essa variação negativa é verificada na maioria dos Estados, sendo exceção algumas das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde houve expansão de cobertura, tais como Pará (24%), Piauí (15%), Rondônia (11%), Paraíba (6%), Amazonas (4%) e Bahia (1%).

Somente ficaram abaixo do parâmetro preconizado de 2,32 leitos/1.000 hab., em 1999, os Estados¹ da Bahia (2,18%), Distrito Federal (2,04%), Sergipe (2,01%), Pará

(1,93%), Amapá (1,80%) e Amazonas (1,77%).

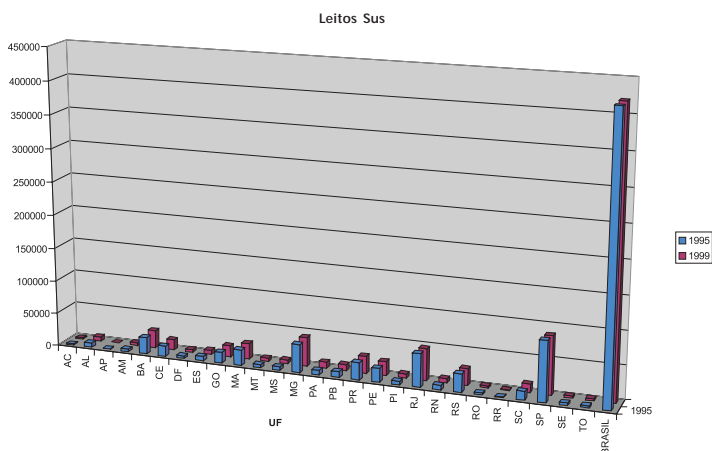
Já os Estados de Goiás, Maranhão e Rio de Janeiro apresentaram, em 1999, uma cobertura superior a 4 leitos/1.000 habitantes

1.5 – Leitos Vinculados aos SUS

Os hospitais brasileiros disponibilizam ao SUS um percentual de seus leitos, reservando os demais para fazer frente a outros convênios ou ao atendimento direto ao paciente, relação essa maior ou menor conforme a vocação da entidade hospitalar de se dedicar mais ao sistema público ou ao privado.

Nesses hospitais, quando observados os leitos vinculados ao SUS, conforme gráfico 3 abaixo, verifica-se que não houve variação no número de leitos à disposição do SUS, no período analisado.

Gráfico 3



O maior aumento no número de leitos dedicados ao SUS, no período, é o verificado nos seguintes Estados Pará (41%), Piauí (19%) e Amazonas (16%). A maior redução nos leitos vinculados aos SUS ocorreu em Tocantins (-17%), Rio Grande do Sul² e Roraima (-9%) e Rio de Janeiro (-5%).

O SUS contrata ou convenia no país 86% dos leitos desses hospitais. Verifica-se também que tais hospitais aumentaram em 3%, no período, a dedicação ao SUS, o que leva a concluir que a diminuição ocorrida no total de seus leitos situou-se na parcela direcionada a outros convênios.

O maior porcentual de aumento foi observado em Santa Catarina (14%) e Paraná (10%), enquanto a maior redução nos leitos vinculados ao SUS foi verificada no Rio Grande do Sul (-2%), Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Norte (-1%).

Constata-se que 100% da capacidade operacional dos hospitais está à disposição dos usuários do SUS em Estados como Acre e Roraima, que é igual ou superior a 90% nos Estados do Amapá, Sergipe, Distrito Federal, Amazonas, Pernambuco, Maranhão, Rondônia, Tocantins, Rio Grande do Norte, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Alagoas e Mato Grosso do Sul.

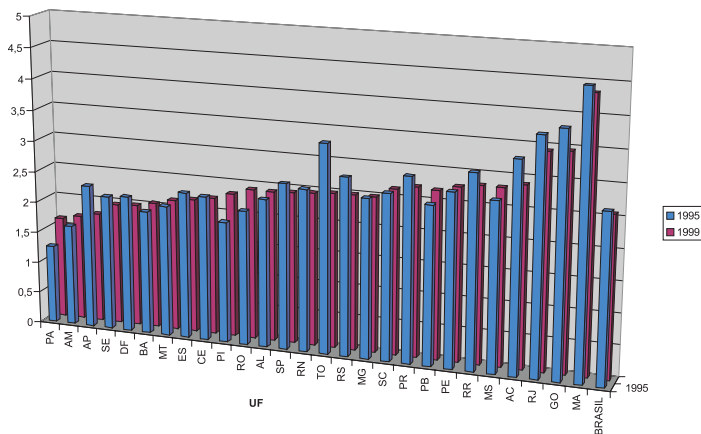
Comprometem para o SUS de 83% a 87% de sua capacidade os hospitais de São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Pará, Rio de Janeiro e Santa Catarina. A menor dedicação ao Sistema³, mesmo assim com porcentuais que variam de 75% a 79%, ocorre nos Estados de Goiás, Mato Grosso, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Sul.

1.6 – Leitos SUS por habitante

O gráfico 4 (página 66) mostra a diferente oferta de leitos hospitalares cadastrados por habitante entre os Estados. Enquanto a média nacional é de 2,57 leitos por 1.000 habitantes, os Estados do PA, AM, AP, SE e DF apresentaram, em 1999, menos de 2 leitos/1.000 habitantes. Já nos Estados do MA, GO e RJ a oferta está acima de 3 leitos/1.000 habitantes.

Gráfico 4

LEITOS SUS POR 1000 HABITANTES



Nestes últimos Estados, os hospitais vêm reduzindo, gradativamente, o número de leitos para o SUS. O Maranhão, com 4,35 leitos por 1000 habitantes, é o único Estado que se encontra acima de 4 leitos/1.000 habitantes.

1.7 – Leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI

Numa proporção de quatro leitos de UTI para cada 100 leitos hospitalares, a necessidade, no país para o SUS, equivaleria a 16.840 leitos de UTI, homoganeamente distribuídos entre adulto, infantil e neonatal. Apesar do aumento de 20% no número de leitos de UTI entre 1995 e 1999, o total desses leitos foi de 11.110.

Os Estados onde a oferta mais se ampliou foram TO, DF e AM. Diminuíram os leitos de UTI, apesar do já baixo número existente, nos Estados do RN e RR.

Se comparados os leitos de UTI aos leitos vinculados ao SUS, em 1999, estão acima do percentual de 2,64%, média do Brasil, os Estados do RS, SP, PB, DF, GO, TO, AL e ES. O Estado do Rio Grande do Sul apresenta a taxa de leitos de UTI por leitos vinculados ao SUS de 5,54% e São Paulo de 4,35%, sendo os únicos que se encontram na

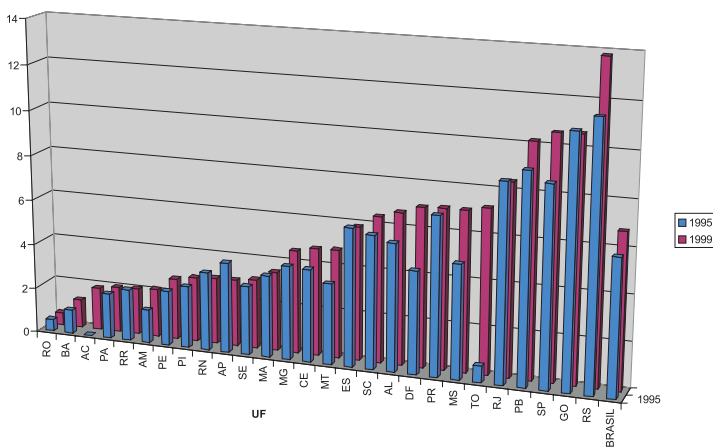
situação média esperada, o que não significa que estejam na situação ideal.

Os Estados que mais ampliaram a oferta de leitos de UTI para o SUS no período foram, na ordem, TO, DF, AM e MS.

Pela correlação do número de leitos de UTI pelo número de habitantes (gráfico 5 abaixo), verifica-se uma cobertura de 6,78 leitos de UTI por 100.000 hab. no Brasil. Alguns Estados estão com cobertura acima de 10 leitos de UTI por 100.000 hab., como Rio Grande do Sul (13,82), Goiás (10,62), São Paulo (10,59) e Paraíba (10,16). Outros Estados encontram-se com uma reduzida cobertura, não chegando a 2 leitos/100.000 hab., tais como Rondônia, (0,54), Bahia (1,31) e Acre (1,89).

Gráfico 5

LEITOS DE UTI POR 100.000 HABITANTES



2 – Das Internações Hospitalares

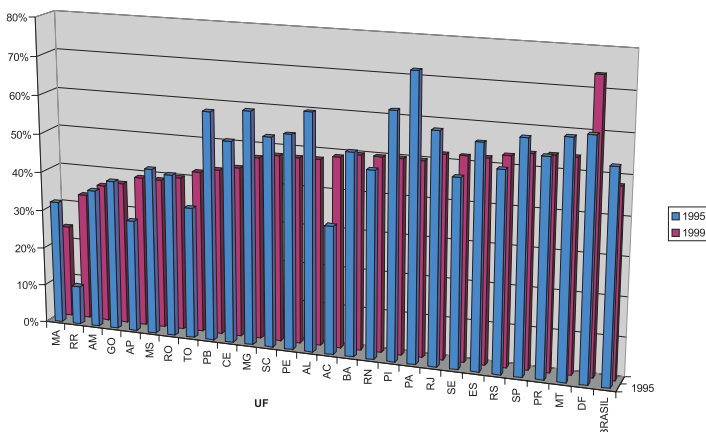
2.1 – Taxa de Ocupação para o SUS

A taxa de ocupação dos leitos cadastrados para o SUS é visualizada no gráfico 6 abaixo. Verifica-se que tal taxa diminuiu nos últimos anos em 11%. Enquanto no Brasil a taxa de ocupação para o Sistema foi de 48% no ano de 1999, constata-se que, em alguns Estados, esse porcentual ficou muito aquém. Pode-se levantar várias hipóteses para esse fato, desde o cadastramento de leitos em número superior às necessidades até ao fato de que haja um privilegiamento da ocupação desses leitos por convênios e/ou pacientes privados. É o caso dos Estados do Maranhão (24%), Roraima (33%) e Amazonas (36%).

Apresentam as maiores taxas de ocupação para o SUS, os Estados do Distrito Federal (74%), Mato Grosso, Paraná e São Paulo (54%) e Rio Grande do Sul (53%). As maiores variações positivas verificadas na evolução da taxa de ocupação para o SUS, no período analisado, ocorreram em Roraima (229%), Acre (49%) e Amapá (36%). Verifica-se variação negativa na taxa de ocupação principalmente nos Estados do Pará (-31%), Paraíba (-27%) e Maranhão (-23%).

Gráfico 6

TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS SUS



Apesar de em alguns Estados, os hospitais destinarem ao SUS elevado número de seus leitos, em percentuais acima de 90% dos leitos totais, a taxa de ocupação dos mesmos para o sistema público é mais baixa que a verificada em hospitais de outros Estados que oferecem percentual médio de 75% a 79% dos leitos, conforme quadro a seguir:

Tabela 2

ESTADO	LEITOS PARA O SUS	TAXA DE OCUPAÇÃO
Maranhão	95%	25%
Roraima	100%	33%
Amazonas	96%	36%
Piauí	78%	50%
Rio Grande do Sul	79%	535%
Mato Grosso	76%	54 %

2.2 – Média de Permanência por AIH

A média de permanência por AIH praticada em 1999, 5,98 dias, apresentou variação negativa de -4% no período de 1995 a 1999. Chama a atenção a média verificada no Rio de Janeiro, de 8,92 dias de permanência por internação, seguido de São Paulo com 7,15 dias. As menores médias de permanência hospitalar encontram-se nos Estados de Rondônia (3,64), Pará (3,65), Tocantins (4,32) e Bahia (4,43).

2.3 – Taxa de Mortalidade Hospitalar

A taxa de mortalidade hospitalar no Brasil, em 1999, ficou em 2,63%, tendo apresentado uma variação de (8%)

nos últimos cinco anos. O Rio de Janeiro mostra uma taxa de 4,05%; São Paulo, de 3,61%; o Rio Grande do Sul, de 3,24%; Minas Gerais, de 3,15%; o Espírito Santo, de 2,69%; e Pernambuco, de 2,67%, todos acima da média nacional possivelmente ligada ao atendimento de casos mais complexos, que é uma característica desses Estados. As menores taxas de mortalidade hospitalar são as verificadas nos Estados do Maranhão (0,88%), Piauí (1,03%) e Tocantins (1,19%). Os demais Estados também situam-se abaixo da média nacional.

2.4 – Número de AIH Pagas

O Sistema Hospitalar do SUS movimenta, no Brasil, uma média mensal de 1 milhão de AIH's, estando entre as causas mais freqüentes de internações, em primeiro lugar as ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, seguida das causas respiratórias, psiquiátricas, infecciosas e parasitárias, circulatórias e geniturinárias.

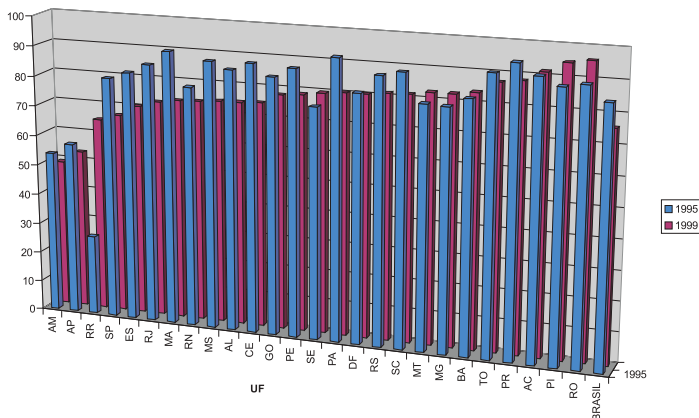
A série histórica das AIH pagas mostra que, de 1995 – quando a distribuição das AIH aos Estados se fazia pelo parâmetro de 10% da população/ano – para 1999, houve uma diminuição global de -6%. Essa diminuição, gradualmente distribuída ao longo dos anos, foi motivada pelos novos parâmetros de cobertura de 9% da população/ano, que nortearam a distribuição das AIH a partir de 1995 (PT/MS/15/95), visando reduzir as desigualdades regionais e estaduais até então verificadas e privilegiar os cuidados preventivos e ambulatoriais em detrimento das hospitalizações.

Paralelamente à diminuição global nas internações houve aumento em alguns Estados das regiões Norte e Centro-Oeste, sendo verificado um maior volume em Roraima, de 6.954 AIH/ano em 1995 passou para 17.298 em 1999; Amapá, de 18.750 em 1995 para 23.393 em 1999; Acre, de 41.710 em 1995 para 48.331 em 1999; Distrito Federal, de 142.835 em 1995 para 158.214 em 1999; Pará, de 436.517 em 1995 para 486.384 em 1999; Sergipe, de 123.090 em 1995 para 136.353 em 1999; e Mato Grosso do Sul, de 153.897 em 1995 para 167.119 em 1999.

Os maiores percentuais de redução nas AIH pagas ocorreram nos Estados do Maranhão (-16%), Rio de Janeiro, Paraíba e Alagoas (-13%), Minas Gerais e São Paulo (-12%) e Ceará e Espírito Santo (-11%).

Gráfico 7

FREQUÊNCIA DE AIH POR 1000 HABITANTES/ANO



2.5 – AIH por Habitante

A frequência de internações por 1.000 hab./ano no Brasil, conforme demonstrado no gráfico 7 acima decaiu no período entre 1995 e 1999. De 85,19 em 1995, para 75,87 em 1999, com uma variação percentual de -11,0%.

Apresentaram tendência inversa aos demais Estados, ou seja, aumentaram a frequência de AIH de 1995 para 1999, os Estados de Roraima, Sergipe, Mato Grosso, Minas Gerais, Bahia, Piauí e Rondônia. Bastante abaixo da frequência da média nacional encontram-se os Estados do Amazonas (49,29), Amapá (53,19), Roraima (64,81), e, apesar de apresentar a maior variação positiva no período (144%), São Paulo (66,82).

Mantêm-se ainda numa frequência bastante superior à média nacional os Estados de Rondônia (95,91), Piauí (94,82), Acre (91,55) e Paraná (88,25).

3 – Das Internações de Alta Complexidade

Cada vez mais o Sistema Único de Saúde se solidifica como o “ maior convênio ”, possibilitando à população brasileira, indistintamente, de forma universal, integral, gratuita e sem qualquer tipo de carência, acesso aos mais complexos e sofisticados recursos assistenciais e tecnológicos que visem o tratamento e a recuperação da saúde, na maior rede de hospitais do país, previamente avaliados e habilitados dentro das especialidades que compõem os Sistemas de Alta Complexidade do SUS.

Estima-se que 30% da população brasileira seja coberta pelo setor médico supletivo, formado por instituições seguradoras, de medicina de grupo e o privado puro, no que se refere à atenção secundária, sendo que o SUS se responsabiliza, hoje, pela cobertura de 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na alta complexidade⁴. A busca pelos serviços de alta complexidade pela maioria da população, inclusive a vinculada a planos privados, ou a que efetua desembolso direto com serviços de saúde, está demonstrada pelos números das internações em alta complexidade apresentados a seguir.

3.1 – Número de AIH de Alta Complexidade

Para serem cadastrados nos Sistemas de Alta Complexidade, os hospitais são avaliados “ in loco ”, previamente, pelos gestores municipais, estaduais e federal quanto ao cumprimento das normas para atendimento aos pacientes nas áreas de transplantes, oncologia, cardiologia, tratamento da epilepsia, malformação lábio-palatal, ortopedia, implante dentário ósteo-integrado, neurocirurgia, polissonografia, gastroplastia, Aids e deficiência auditiva.

A frequência de AIH de alta complexidade está demonstrada na tabela 3 (ao lado), na qual pode ser visualizado o comportamento de cada Estado nessa área. O atendimento hospitalar em alta complexidade somou, em 1999, 296 mil AIH's, contra 144 mil AIH's em 1995.

Tabela 3 – Frequência de AIH de Alta Complexidade

UF	1995	1999
AC	2	19
AL	1.896	2.200
AP	1	24
AM	379	2.467
BA	4.339	7.840
CE	3.031	10.475
DF	1.360	3.416
ES	1.899	3.627
GO	5.521	7.389
MA	868	1.508
MT	550	1.197
MS	1.350	3.177
MG	12.342	26.251
PA	1.179	3.233
PB	1.257	1.597
PR	10.922	24.553
PE	4.950	11.534
PI	2.510	4.786
RJ	12.232	20.664
RN	1.300	1.725
RS	13.478	30.912
RO	70	253
RR	2	1
SC	2.647	8.170
SP	59.491	118.666
SE	883	1.308
TO	34	409
BRASIL	144.493	296.073

Enquanto o número geral das AIH diminuiu no país em -6%, a busca pelos serviços de alta complexidade duplicou, mostrando uma variação de 104,9% no período. Todos os Estados brasileiros, com exceção de Roraima, apresentaram variação positiva no número de internações em alta complexidade. Os Estados que mais internaram em alta complexidade, ao longo dos cinco anos,

mantendo um porcentual constante dessas internações sobre as demais foram São Paulo (40%), Rio Grande do Sul (10%), Minas Gerais (9%) e Paraná (8%).

Observaram-se as maiores variações no crescimento dessas internações nos Estados de Amapá (2.300%), Tocantins (1.103%), Acre (850%), Amazonas (551%) e Rondônia (261%), demonstrando uma qualificação dos recursos hospitalares na região Norte do país.

As variações no número de internações dessas especialidades, no Brasil, no período, foram transplantes (328%), deficiência craniofacial (187%), implante coclear (158%), deficiência auditiva (incluída após 1995), gastroplastia (incluída após 1995), neurocirurgia (incluída após 1995), polissonografia (incluída após 1995), oncologia (77%), tratamento para epilepsia (71%), ortopedia (46%), ósteo-integrado (31%), cardiologia (21,6%) e Aids (18%).

4 – Dos Gastos Hospitalares

4.1 – Gastos Totais com AIH

O SIH-SUS, idealizado como um sistema único de informações assistenciais e de repasses financeiros às unidades hospitalares prestadoras de serviço, tem, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o documento hábil para identificar o paciente e todos os serviços prestados durante a internação. Fornece aos gestores informações necessárias ao planejamento, ao controle e para a avaliação dos serviços de saúde hospitalares.

É através desse documento que se habilitam a receber, pelos serviços prestados ao SUS, os seguintes grupos: Serviços Hospitalares (SH), Serviços Profissionais (SP) e os Serviços de Diagnóstico e Terapia (SADT).

Os dados do SIH-SUS, extraídos das 12 milhões de AIH/ano disponibilizadas à população brasileira, demonstram a evolução dos gastos com custeio hospitalar por UF, os quais sofreram variação positiva de 33% de 1995 para 1999 no Brasil. Todos os Estados apresentaram crescimento nos gastos com AIH. Esses gastos globais com a Assistência Hospitalar passaram de 3,5 bilhões de reais

em 1995 para 4,7 bilhões em 1999.

Pode-se verificar a mais forte variação no crescimento do custeio global das atividades hospitalares em Estados da região Norte, como Roraima (309%), Amapá (95%), Acre (74%) e Tocantins (71%). Apresentam os menores índices de crescimento no gasto com as internações os Estados do Nordeste, como Paraíba (4%), Maranhão (7%) e Alagoas (16%).

Em 1999, os Estados de São Paulo (25,2%), Minas Gerais (10,4%), Rio Grande do Sul (8,2%), Paraná (7,6%) e Bahia (6,4%) somaram 57,8% dos gastos hospitalares da Federação. Registre-se que, juntos, somam 52,0% da população brasileira.

A recomposição das tabelas de remuneração do SUS efetuada nos últimos anos, aliada a aumentos específicos em neurocirurgia, UTI, oncologia, urgência e emergência, assistência ao parto e ao recém-nato, áreas eleitas como prioridades pelos três gestores, é responsável por essa variação positiva nos gastos com a assistência hospitalar, apesar da diminuição do número de internações.

4.2 – Gastos com AIH por UF e por Região

O gasto com internações por unidade federada (UF) e por região apresenta uma distribuição mais equitativa de recursos financeiros, uma vez que o maior crescimento nos valores empregados em internações se deu na região Norte, com uma variação de 58% no período compreendido entre 1995 e 1999. Seguem-se as regiões Sul, com 37% de variação; Centro-Oeste, com 32%; Sudeste, com 31%; e Nordeste, com 29%.

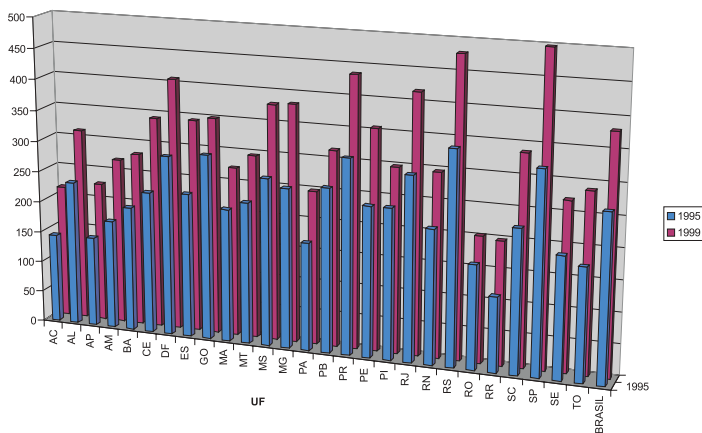
A região Sudeste foi responsável, em 1999, por 46% dos gastos hospitalares; a região Nordeste, por 24%; a Sul, por 19%; a Centro-Oeste, por 7%; e a Norte, por 5% desse custeio. O percentual superior de gastos ocorrido com internações nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste corresponde principalmente à maior densidade demográfica e à diferença de complexidade da rede hospitalar instalada nessas regiões, que acarreta maiores custos.

4.3 – Gastos Médio por AIH

O gráfico 8 abaixo mostra o gasto médio por AIH que apresenta uma variação de 42%. O valor médio no Brasil passou de R\$ 268,31, em 1995, para R\$ 380,58, em 1999. Estão com gastos médios acima desse valor os Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Minas Gerais. Esses Estados concentram serviços de maior densidade tecnológica com maiores custos e com a maior rede universitária do país para a qual o Sistema acresce à tabela do SUS o FIDEPS (Fator de Incentivo de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde). Tal fator de incentivo possibilita um acréscimo de até 75% no valor da AIH.

Gráfico 8

GASTO MÉDIO POR AIH



Já nos Estados de Roraima, Rondônia, Acre, Amapá e Pará o gasto médio por AIH está abaixo de R\$ 250,00.

4.4 – Gastos *Per Capita* com AIH

Os gastos *per capita* no Brasil com o custeio da assistência hospitalar evoluíram de R\$ 22,86, em 1995, para

R\$ 28,87, em 1999, mais precisamente 26%, sendo os maiores aumentos os verificados nos Estados da região Norte.

As menores variações no valor *per capita* ficaram por conta dos Estados do Nordeste: Maranhão, Paraíba, Alagoas. Apesar da variação favorável, os menores gastos *per capita* com assistência hospitalar foram constatados, em 1999, nos Estados do Amapá (12,04), Roraima (12,86) e Amazonas (13,25).

Os maiores gastos *per capita* verificaram-se nos Estados do Rio Grande do Sul (38,90), do Paraná (38,51) e de São Paulo (33,26).

4.5 – Gastos por Leito/Ano

Os gastos por leito/ano subiram de R\$ 8.477,00 em 1995, para R\$ 11.244,00 em 1999, numa variação de 33%. Aumentaram em todos os Estados, com exceção da Paraíba, onde houve um pequeno decréscimo de -4%. As maiores variações positivas ocorreram em Roraima, Tocantins, Amapá, Acre e Sergipe. As menores variações foram verificadas nos Estados do Maranhão, do Piauí, de Alagoas e do Pará.

5 – Considerações Finais

Os números da Assistência Hospitalar no país nos últimos anos demonstram que, apesar dos desafios de longo prazo no equacionamento das questões do financiamento e do aprimoramento gerencial do setor, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, descentralizando a gestão do sistema, possibilitando o acesso à população, de forma universal e integral, desde as mais básicas ações até os mais complexos procedimentos disponíveis nessa rede de serviços que compõe o SUS, compartilhando as decisões e prioridades é possível avançar no sentido da garantia de melhores condições de saúde da população.

Corroborando para essa afirmação o fato de que, depois de seis anos de iniciado o processo de descentralização da gestão, os seguintes aspectos são evidentes:

- ✓ O número de leitos destinados ao SUS encontra-se

acima dos parâmetros preconizados e utilizados de 2,32/1.000 habitantes, na maioria dos Estados brasileiros;

✓ Os leitos dedicados ao SUS pelos prestadores de serviços públicos e privados atingem 86% da capacidade operacional desses estabelecimentos no país;

✓ O aumento de 20% nos leitos de UTI e a tendência de expansão, conseqüência da recomposição dos valores de tabela para esse recurso assistencial especializado;

✓ A diminuição de 12% no número de AIH de Psiquiatria e o expressivo aumento na freqüência de AIH em hospital-dia em psiquiatria, 163%, que se caracteriza como um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, reforçando a atual política de saúde mental de gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integral, diversificada e ampliada de assistência sócio-sanitária em saúde mental, com ênfase no regime ambulatorial;

✓ A diminuição das internações de pacientes crônicos em 57%, demonstrando o acerto do incentivo a outras formas de atendimento a pacientes que necessitam de cuidados prolongados, propiciando um atendimento mais humanizado e próximo a seu ambiente familiar;

✓ A incorporação de novas tecnologias assistenciais substitutivas das internações hospitalares, levando à diminuição na freqüência das AIH e ao incentivo ao atendimento domiciliar, às cirurgias laparoscópicas e oftalmológicas ambulatoriais e ao regime de atendimento em hospital-dia para Aids, psiquiatria e pacientes crônicos;

✓ A redução na taxa de cesáreas realizadas pelo SUS. Partiu-se da taxa Brasil de 32,4%, em 1995, para 24,9%, em 1999, diminuindo sobremaneira os riscos quanto à morbimortalidade materna e fetal;

✓ O aumento nas internações e gastos relacionados aos sistemas de alta complexidade, que, devido ao acesso universal do SUS e à qualidade dos serviços, vêm sendo procurados por toda a população, inclusive a coberta por planos e seguros de saúde. Esses

gastos relativos a planos e seguros de saúde vêm sendo ressarcidos ao SUS;

✓ A recomposição dos valores pagos aos prestadores de serviço, expresso pelo aumento no custeio hospitalar da ordem de 33%, apesar da diminuição da frequência das internações;

✓ O pagamento em dia das contas hospitalares pelo SUS efetuado diretamente aos prestadores de serviço pelos gestores municipais habilitados, com repasses efetuados rigorosamente dentro de cronograma estabelecido;

✓ A distribuição mais equânime dos recursos do SUS representada pelo majoritário crescimento nos gastos hospitalares ocorrido na região Norte, que superou o gasto das demais regiões pela ampliação da oferta de serviços públicos à população.

Os números da assistência hospitalar no Brasil, demonstram a grandiosidade do Sistema no país e a caminhada pela busca de seu aperfeiçoamento. Sabe-se que muito ainda há de ser feito na procura incessante da equidade e do equacionamento das questões econômicas e gerenciais, buscando principalmente a qualidade assistencial, a satisfação do usuário do Sistema e a racionalidade econômica dos gastos com a assistência hospitalar no país.

¹ A PT/MPAS 3.046/82 estipula o parâmetro de 2,32 leitos/1.000 hab.

² No Rio Grande do Sul, a diminuição de leitos está, prioritariamente, associada ao disposto na Lei Estadual 9.716/92, que trata sobre a reforma psiquiátrica no Estado.

³ A PT/MS 1.695/94 reconhece como parceiros do SUS hospitais que lhe ofereçam mais de 70% de sua capacidade operacional.

⁴ *Organização Pan-Americana de Saúde. O perfil do Sistema de Serviços de Saúde. Brasil (1, dezembro, 1998).*

FINANCIAMENTO DA SAÚDE: A EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000

A Constituição de 1988, num ato de equilíbrio e justiça, deliberou que o direito à saúde passaria a ser universal. Criou o Sistema Único de Saúde – SUS. Rapidamente sua arquitetura descentralizada (os municípios são os principais administradores), democratizada (o controle popular pelos conselhos de saúde), integral (promoção, prevenção, cura e reabilitação) e de execução mista (pública e privada) mostrou seu potencial e seu acerto.

No Estado de São Paulo, construímos a hierarquia completa das leis: a Constituição do Estado, o Código de Saúde (o primeiro do país), as leis ordinárias – lei da saúde dos trabalhadores, lei dos direitos dos usuários – e o novo Código Sanitário. Garantimos direitos e abrimos espaços para a participação da sociedade civil.

Nesta década de implantação do SUS, um bom trabalho está sendo feito, principalmente pelas prefeituras, para levar assistência à saúde aos mais distantes sertões, aos mais pobres recantos das periferias urbanas. Por outro lado, os técnicos em saúde pública há muito detectaram um ponto fraco do sistema: o baixo orçamento nacional de saúde (a soma dos orçamentos federal, estaduais e municipais). Outro problema: a heterogeneidade de gastos, prejudicando os Estados e os municípios que têm orçamentos mais generosos, pela migração de doentes de locais onde os orçamentos são mais restritos.

Assim, em 1993 o deputado federal Eduardo Jorge apresentou uma Emenda Constitucional (PEC 169/93) visando garantir financiamento maior e mais estável para o SUS, semelhante ao que a educação já tem há alguns anos. Proposta semelhante foi apresentada no Legislativo de São Paulo pelo deputado estadual Roberto Gouveia (PEC 13/96).

Em 1995, o deputado federal Carlos Mosconi apresentou outra emenda com o mesmo objetivo. As propostas, unidas num substitutivo elaborado pelo deputado Urcicino Queiroz, foram finalmente aprovadas pelo Congresso em 13 de setembro de 2000. Agora é constitucional! É a Emenda 29/2000!

O Congresso, em 1988, criou o SUS e agora, doze anos depois, oferece novo instrumento legal para consolidar essa política pública nacional. E o país tem um motivo a mais para comemorar: é a primeira vez, desde a promulgação da Constituição democrática de 1988, que se aprova uma Emenda Constitucional originária de proposta de parlamentar da oposição.

PARA ENTENDER A EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000

Eduardo Jorge e Roberto Gouveia*

A Emenda à Constituição Federal nº 29/2000 estabelece a participação orçamentária mínima obrigatória da União, Estados, municípios e Distrito Federal no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. A seguir você confere orientações do secretário de Saúde do Município de São Paulo, Eduardo Jorge, e do deputado estadual Roberto Gouveia, para a aplicação da PEC.

Quais são, resumidamente, os ganhos que o Congresso proporciona ao país com essa emenda?

- 1.** Ela dará condições para um novo ciclo de expansão do SUS, ao trazer mais recursos numa hora decisiva para sua consolidação. Calcula-se que passaremos dos atuais R\$ 30 bilhões (federal, estadual, municipal) para cerca de R\$ 40 bilhões em 2004. É um aumento moderado diante das necessidades, porém, não há dúvida da sua importância numa época em que os orçamentos sociais são esmagados pelas obrigações com as dívidas.
- 2.** Permitirá uma previsibilidade de recursos. As autoridades sanitárias poderão, pela primeira vez, fazer um planejamento de gastos de pessoal, investimentos e programas, o que era impossível até hoje, dadas as variações bruscas orçamentárias de um ano para outro.
- 3.** Acaba a "gangorra orçamentária". Quando um nível de governo aumentava, o outro diminuía. Por exemplo: subiam os gastos municipais e desciam os estaduais.
- 4.** Acaba o motivo para a "exportação de pacientes". Prefeituras que investiam em saúde eram invadidas por ambulâncias de outros municípios, que preferiam

esse meio “prático e barato” para se livrar de suas obrigações com o SUS. Agora os gastos são obrigatoriamente mais homogêneos, abrindo o campo para o entendimento nos consórcios municipais regionais.

UNIÃO

O orçamento do ano anterior serve de base para um acréscimo correspondente à variação **nominal** do PIB – Produto Interno Bruto (inflação + aumento real do PIB), para se chegar ao orçamento do ano seguinte. Por exemplo, sendo o orçamento de 1999 de 20 bilhões, o orçamento de 2000 foi de 22 bilhões e o de 2001 será de, no mínimo, 24 bilhões.

ESTADOS

Começamos em 2000 destinando ao fundo estadual de saúde 7% de seus orçamentos, dos recursos próprios, crescendo progressivamente até 2004 para 12% da base de cálculo composta:

1. Da soma de suas receitas

- ✓ ICMS
- ✓ IPVA
- ✓ Imposto de transmissão *causa mortis* e de doação de bens e direitos
- ✓ Imposto de Renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações
- ✓ Transferência do Fundo de Participação dos Estados – FPE
- ✓ Transferência de 10% do IPI sobre exportações

2. Dedução das transferências entregues aos municípios

- ✓ 50% do IPVA
- ✓ 25% do ICMS
- ✓ 25% do IPI sobre exportações recebido da União

MUNICÍPIOS

Os municípios partem, também, de 7% em 2000 e chegam em 2004 a 15% da soma das seguintes receitas:

- ✓ ISS

- ✓ IPTU
- ✓ Imposto de transmissão intervivos
- ✓ Imposto de Renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações
- ✓ Transferência do Fundo de Participação dos Municípios – FPM
- ✓ Transferência do ITR
- ✓ Transferência do IPI sobre exportações
- ✓ Transferência do ICMS
- ✓ Transferência do IPVA

OBSERVAÇÕES

Para a correta aplicação da Emenda Constitucional 29/2000 é importante considerar os seguintes pontos :

1. Os percentuais de vinculação mencionados são valores mínimos que deverão ser aplicados até 2004. Para os que aplicam recursos abaixo desses percentuais, a emenda prevê o ajuste progressivo ao longo de cinco anos. Os Estados e os municípios que apresentarem dotações orçamentárias destinadas a ações e serviços de saúde em valor inferior a 7%, para o ano 2000, deverão suplementá-las em tempo hábil.
2. As transferências voluntárias da União para os Estados e municípios e dos Estados para os municípios, nas quais se incluem os recursos do SUS, não integram a base de cálculo sobre a qual incide o percentual mínimo de aplicação de recursos na saúde.
3. Os recursos destinados às ações e aos serviços de saúde deverão ser aplicados por meio de fundos de saúde.
4. Para aferir o quanto o Estado ou o município está aplicando em ações e serviços públicos de saúde não devem entrar no cômputo as despesas com:
 - ✓ Dívida pública;
 - ✓ Inativos e pensionistas;
 - ✓ Serviços de limpeza urbana ou rural e tratamento de resíduos sólidos;
 - ✓ Ações de saneamento financiadas com tarifas, taxas ou contribuições cobradas dos usuários;
 - ✓ Assistência médica e odontológica a servidores;

- ✓ Ações financiadas com transferências voluntárias recebidas da União ou do Estado (SUS, saneamento e outros).

OUTRAS CONSIDERAÇÕES

1. A não-aplicação do mínimo exigido em ações e serviços públicos de saúde autoriza a União a intervir nos Estados e estes em seus municípios.
2. A União e os Estados podem condicionar a entrega de recursos relativos às transferências constitucionais não apenas ao pagamento de seus créditos, mas também à aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde.
3. O IPTU poderá ter alíquotas diferenciadas conforme a localização e o uso do imóvel, bem como ser progressivo em função do seu valor (essa autorização da Emenda, além de expressar o princípio da justiça fiscal, permite o aumento da receita do município para custear eventual acréscimo dos gastos em saúde).
4. O não-cumprimento dos percentuais mínimos poderá gerar processos que deixarão inelegíveis as autoridades responsáveis.
5. A fiscalização da aplicação da Emenda Constitucional da Saúde é obrigação dos Conselhos de Saúde, das Assembleias Legislativas, das Câmaras Municipais, dos Tribunais de Contas e do Ministério Público.

Sugestão de percentuais para aplicação por Estados e municípios que apliquem o mínimo de 7% ou percentual inferior:

Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

*Eduardo Jorge é Médico Sanitarista, Deputado Federal e Secretário Municipal de Saúde de São Paulo.

*Roberto Gouveia é Médico Sanitarista e Deputado Estadual.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

ESTRATÉGIA PARA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Prof^a Dr^a Sílvia Storpirtis e Vera R. N. Valente*

A Política Nacional de Medicamentos, estabelecida pela Portaria GM nº 3.916/98, é parte essencial da Política Nacional de Saúde e constitui um elemento fundamental para a implementação de ações capazes de promover melhoria das condições de assistência à saúde da população.

Para assegurar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de boa qualidade, pelo menor custo possível, foram traçadas algumas diretrizes. Dentre elas, destaca-se a “Promoção do uso racional de medicamentos”, com enfoque na importância da adoção de medicamentos genéricos no Brasil, o que envolve produção, comercialização, prescrição e uso.

Por esse motivo, a consolidação do mercado de medicamentos genéricos no Brasil representa importante estratégia governamental, uma vez que significará maior acesso da população aos medicamentos. Isso é possível porque o medicamento genérico, cópia fiel do medicamento de referência ou inovador, com intercambialidade comprovada, é expressivamente mais barato que este (em média, 40% mais barato, chegando a mais de 100%). A grande diferença de preço deve-se, principalmente, a dois motivos: o genérico é cópia de medicamento inovador, logo, não há investimento em P&D; da mesma forma, não há investimento em propaganda de marca individual, pois o genérico é comercializado com o nome do sal (DCB/DCI).

A garantia da qualidade dos medicamentos genéricos no Brasil é assegurada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Sobre esse tema, merecem destaque os seguintes pontos:

- A legislação brasileira que regulamenta o registro de medicamentos genéricos é muito semelhante à legislação dos Estados Unidos e do Canadá, países que possuem uma política de genéricos consolidada e bem-sucedida;

- A exigência da realização dos testes de equivalência farmacêutica e bioequivalência garante a intercambiabilidade entre o genérico e o referencial; conseqüentemente, asseguram a mesma eficácia terapêutica, conforme será explicado a seguir, detalhadamente;

- Os testes mencionados no item anterior devem ser realizados em centros habilitados e fiscalizados pela Anvisa;

- Para registro de um medicamento como genérico, é pré-requisito a inspeção da indústria responsável, especificamente da linha de produção do medicamento objeto do pedido, para emissão de Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle (CBPF). Só após a publicação desse certificado no *Diário Oficial da União*, o registro de genérico é concedido;

- A fiscalização pós-registro, programa de monitoramento da qualidade de todos os genéricos em comercialização, coordenado pela Anvisa e pelo INCQS (Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde). São recolhidas amostras do genérico e do referencial aleatoriamente, em farmácias ou distribuidoras, e realizada a análise do genérico e a equivalência farmacêutica entre ele e o referencial. Esse programa iniciou-se em 2000, e todos os genéricos analisados tiveram laudo satisfatório.

Confiabilidade dos Medicamentos Genéricos: o Papel da Bioequivalência

O medicamento genérico é intercambiável com seu medicamento de referência (corresponde, em geral, ao inovador), ou seja, pode substituí-lo com a garantia do mesmo efeito terapêutico. Tal fato baseia-se no princípio

da **equivalência terapêutica**, isto é, na comprovação de que ambos apresentam a mesma eficácia clínica e o mesmo potencial para originar efeitos adversos.

No caso do medicamento inovador, a obtenção do registro para comercialização é precedida de cerca de sete a dez anos de pesquisa e desenvolvimento, com a realização de ensaios pré-clínicos e clínicos e o estabelecimento da relação entre a eficácia terapêutica, a segurança e a biodisponibilidade.

Como o medicamento genérico não é uma inovação, ou seja, corresponde a uma cópia segurada de seu medicamento de referência, não é necessário repetir os ensaios pré-clínicos e clínicos, demorados e onerosos, desde que seu processo de registro contemple os seguintes aspectos:

1. Comprovação da equivalência farmacêutica entre o genérico e o referência, ou seja, ambos devem conter o mesmo fármaco (mesmo sal, base ou éter, por exemplo), além de mesma dosagem e forma farmacêutica;

2. Comprovação da bioequivalência, isto é, de que ambos apresentam a mesma biodisponibilidade;

3. Constatação de que a empresa produtora do genérico possui o Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle específico para aquela linha de produção.

Nesse contexto, torna-se fundamental que os ensaios de equivalência farmacêutica e de bioequivalência sejam realizados por centros prestadores de serviço, devidamente habilitados pela Anvisa, segundo os critérios estabelecidos pela Resolução RDC 10, de 15/1/2001, que regulamenta o registro, controle de qualidade, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos no Brasil.

Cabe ressaltar que tal regulamento foi elaborado por especialistas brasileiros e revisado por consultor da Universidade de Texas, tendo como base as normas vigentes nos Estados Unidos, no Canadá e nos países membros da Comunidade Européia.

A Importância do Teste da Bioequivalência

Dois medicamentos são considerados bioequivalentes quando, ao serem administrados a diferentes pacientes saudáveis, na mesma forma farmacêutica, na mesma dose e nas mesmas condições experimentais, não se constatam diferenças estatisticamente significativas na quantidade de fármaco absorvida e na velocidade do processo de absorção.

Em outros termos, diz-se que a bioequivalência entre dois medicamentos corresponde à comprovação de que ambos apresentam a mesma biodisponibilidade, medida por meio dos seguintes parâmetros farmacocinéticos:

1. Área sob a curva de concentração plasmática versus tempo (ASC), que reflete a quantidade absorvida do fármaco;

2. Concentração plasmática máxima do fármaco atingida após a administração da dose (Cmax), que representa a velocidade do processo de absorção.

Em termos práticos, a execução do teste de bioequivalência substitui, no caso do medicamento genérico, a realização dos ensaios clínicos, uma vez que, ao apresentar a mesma biodisponibilidade do medicamento inovador, aceita-se como fato cientificamente comprovado que estão asseguradas, para o genérico, a mesma eficácia clínica e a mesma segurança em relação ao inovador.

Desse modo, o planejamento e a execução do teste de bioequivalência devem garantir a confiabilidade dos resultados obtidos com a observância dos seguintes itens:

1. Elaborar protocolo de ensaio que contemple as fases clínica, analítica e estatística, conforme descrito na Resolução RDC 10, de 15/1/2001, da Anvisa;

2. Submeter o protocolo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, credenciado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde (CNS-MS);

3. Seguir as Boas Práticas de Clínica (BPC) e as Boas Práticas de Laboratório (BPL) na execução do teste.

Características Fundamentais do Teste de Bioequivalência

O objetivo fundamental do teste de bioequivalência é determinar se o medicamento genérico apresenta a mesma biodisponibilidade do medicamento de referência, o que, indiretamente, estará indicando que ambos terão a mesma eficácia clínica e o mesmo potencial de gerar efeitos adversos após a administração. Para tanto, na grande maioria dos casos, basta administrar uma dose dos medicamentos aos voluntários sadios, participantes do ensaio, para a determinação dos parâmetros da biodisponibilidade, ASC e C_{max} (definidos anteriormente), calculados a partir das curvas de concentração plasmática do fármaco versus tempo. Tal fato garante que a maioria dos testes de bioequivalência seja considerada de risco mínimo aos participantes.

A seleção dos voluntários sadios deve ser criteriosa, respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos. Os voluntários devem ser submetidos a exames físicos e laboratoriais que comprovem sua condição de saúde, seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os participantes do teste devem ser amplamente esclarecidos sobre todos os detalhes dos procedimentos e efeitos indesejados que possam ocorrer. Finalmente, devem dar seu consentimento de participação por escrito.

É recomendável que o centro realizador do teste efetue ensaio piloto com número reduzido de voluntários (três, por exemplo) para verificar se todos os procedimentos estão de acordo com o planejado e se o método analítico, previamente validado, atende aos critérios estabelecidos.

Para a grande maioria dos casos, efetua-se um ensaio cruzado, geralmente com o mínimo de 24 voluntários sadios, em duas fases. Na primeira fase, a metade do grupo recebe o medicamento de referência, enquanto a outra metade recebe o produto teste (genérico). Efetuam-se as coletas de líquido biológico (geralmente sangue), nos tempos predeterminados, e se adota um período de *wash-out*, suficiente para garantir que todo o fármaco proveniente da dose administrada tenha sido elimi-

nado (tempo correspondente a, no mínimo, sete meias-vidas de eliminação do fármaco). Inicia-se, então, a segunda fase, com repetição do procedimento anterior, invertendo-se os grupos. Tal fato minimiza a variabilidade inerente ao emprego de voluntários sadios, uma vez que o mesmo indivíduo receberá os dois medicamentos.

A etapa clínica é de responsabilidade de um profissional médico, que deve estar presente durante sua realização e seguir, rigorosamente, as BPC.

A etapa analítica deve seguir as BPL e dar subsídios para a construção adequada das curvas de concentração plasmática do fármaco em função dos tempos de coleta para o cálculo dos parâmetros farmacocinéticos pertinentes e para a etapa de análise estatística dos resultados obtidos.

Convém, ainda, ressaltar que o teste de bioequivalência requer equipe multidisciplinar, de que participem profissionais médicos, farmacêuticos, enfermeiros e estatísticos, entre outros, cuja responsabilidade final é a elaboração de relatório técnico, completo, sobre o ensaio, segundo os critérios estabelecidos pela Resolução RDC 10, já citada.

O relatório será avaliado por equipe de especialistas em bioequivalência da Gerência Geral de Medicamentos Genéricos da Anvisa, para fim de registro do medicamento genérico em análise.

Os centros prestadores de serviço em equivalência farmacêutica e em bioequivalência são avaliados, periodicamente, por equipes especialmente treinadas, lotadas na Gerência Geral de Laboratórios de Saúde Pública e na Gerência Geral de Inspeção da Anvisa.

*Prof^ª Dr^ª Sílvia Storpiris é Consultora-Técnica/Gerente de Avaliação de Ensaio de Bioequivalência de Medicamentos Genéricos da GGMEG/Anvisa-MS; Livre-Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP; Diretora-Técnica da Divisão de Farmácia e Laboratório Clínico do Hospital Universitário da USP.

*Vera R. N. Valente é Gerente-Geral de Medicamentos Genéricos/Anvisa-MS.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministère de La Santé Et Des Services Sociaux. *A Reform Centred on The Citizen*. Quebec City, 1990.
2. Ministère de La Santé Et Des Services Sociaux. *La Política de La Salud y Del Bien Estar*. Quebec, Mimeo, 2ª edição, 1994.
3. MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo, 1996.
4. CASTELLANOS, P. L. *Sistemas Nacionales de Vigilancia de La Situacion de Salud Segun Condiciones de Vida Y El Impacto de Las Acciones de Salud y Bienestar*. O PS/OMS, Mimeo, Washington.
5. SCHRAIBER, L.B. (ORG). *Programação em Saúde Hoje*. Hucitec, São Paulo, 1990.
6. SOUZA, M. DE F.M. DE KALICHMAN, A. O. *Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida*. Cadernos Cefor, Série Textos, São Paulo, 1992.
7. MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo, 1996.
8. Fundação IBGE. *Contagem da População do Brasil, 1996*. Rio de Janeiro, 1997.
9. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS. *A Saúde no Brasil*. Brasília, novembro de 1998.
10. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS. *O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde*. Brasil, 1º diciembre, 1998.
11. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS. *O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: Situação Atual e Perspectivas*. Brasil, novembro de 1998.
12. Ministério da Saúde. *Assistência Hospitalar no SUS, 1995 a 1999*. Brasília, outubro de 2000.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 – CEP 01318-901

São Paulo – SP – Tel.: (11) 3188-4200

www.apm.org.br