

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# O CNS E A CONSTRUÇÃO DO SUS:

referências estratégicas para  
melhora do modelo de atenção à saúde



1.<sup>a</sup> edição  
1.<sup>a</sup> reimpressão



Brasília – DF  
2003

**O CNS E A CONSTRUÇÃO DO SUS:  
referências estratégicas para  
melhora do modelo de atenção à saúde**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde

# **O CNS E A CONSTRUÇÃO DO SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde**

1.<sup>a</sup> edição  
1.<sup>a</sup> reimpressão

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF  
2003

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2003 – 10.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício anexo, ala B, 1.º andar, sala 136

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 226 8803 / 315 2150

Fax: (61) 315 2414 / 315 2472

*E-mail:* cns@saude.gov.br

*Home page:* conselho.saude.gov.br

*Organização*

Nelson Rodrigues dos Santos

*Supervisão Editorial*

Paulo Henrique de Souza

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde

O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 1.ª ed., 1.ª reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

82 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0683-5

1. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 540 DB8

---

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br

# SUMÁRIO

<b>- APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>- RELATÓRIO FINAL DA MESA-REDONDA “ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE” .....</b>	<b>11</b>
1. Riscos Principais .....	14
2. Requisitos e/ou Conseqüências .....	14
<b>- REFERÊNCIAS PARA A REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>17</b>
1. Termos de Referência e Composição do Grupo .....	17
2. Antecedentes Imediatos e Atividades Realizadas .....	17
3. Marco Conceitual e Normativo Geral .....	18
4. Continuação do Processo .....	26
<b>- POSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE A RESPEITO DA PROPOSTA DE CRIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS .....</b>	<b>31</b>
1. Pano de Fundo .....	31
2. Pressuposto (Falacioso) da Proposta das “Organizações Sociais” ....	36
3. A Organização Social Diante da Constituição Federal .....	38
4. A Observância de Preceitos Constitucionais pelas Conhecidas “Fundações de Apoio” (Entidades Privadas) .....	40
5. Da Flexibilidade Operacional das Autarquias e Fundações Públicas ..	41
6. Conclusão .....	44
<b>- RESOLUÇÃO DO CNS N.º 207, DE 5 DE DEZEMBRO DE 1996.....</b>	<b>47</b>

<b>- REFORMA DO ESTADO E REPERCUSSÕES PARA O SUS .....</b>	<b>49</b>
1. Apresentação .....	49
2. Relatório .....	50
3. Conclusões e Recomendações .....	56
<b>- INSERÇÃO (DO COMPONENTE ASSISTENCIAL) DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO NO SUS – ABRIL DE 1999 .....</b>	<b>61</b>
1. Introdução .....	61
2. Referenciais .....	61
<b>- INSERÇÃO (DO COMPONENTE ASSISTENCIAL) DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO NO SUS – OUTUBRO DE 1999 .....</b>	<b>65</b>
1. Nota Preliminar .....	65
2. FIDEPS .....	65
3. Outras Fontes de Recursos .....	67
4. Razões da Estratégia Única .....	71
<b>- CONTRIBUIÇÃO DO CNS AO GRUPO DE TRANSIÇÃO DE GOVERNO E DISCUSSÃO DO ORÇAMENTO DO MS DE 2003 NO CONGRESSO NACIONAL .....</b>	<b>75</b>
1. Constatações e Posicionamentos acerca da Construção do SUS .....	75
2. Síntese .....	81

# APRESENTAÇÃO

Esta publicação do Conselho Nacional de Saúde, tal como as anteriores, tem o objetivo de facilitar o acesso permanente aos gestores, aos conselheiros de saúde e aos técnicos, ferramentas relevantes e oportunas para a construção do Sistema Único de Saúde. Neste volume apresentamos:

1. Questões estratégicas sobre a implementação da Atenção Básica à Saúde e da Regionalização dos Serviços de Saúde (produtos de Mesa-Redonda do CNS, em 1999, e de Grupo de Trabalho, em 2000);

2. Avaliação crítica da Reforma Administrativa Governamental de 1996/1997, e apresentação de alternativas constitucionais para o SUS (produtos de dois Grupos de Trabalho, em 1997 e 1999);

3. Inserção dos Hospitais Universitários e de Ensino no Sistema Único de Saúde: a sua imperiosidade e as suas peculiaridades (produtos de duas Oficinas de Trabalho, em 1999);

4. Contribuição do Conselho Nacional de Saúde na Transição de Governo e na Discussão do Orçamento do Ministério da Saúde de 2003 (subsídio da Comissão de Coordenação-Geral do CNS, de outubro de 2002).

Tratam-se de quatro formulações de estratégias e diretrizes, discutidas e aprovadas por unanimidade no plenário do CNS, que, ao lado de várias outras, vem construindo sua atribuição legal de atuar na formulação de estratégias.

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS  
*Coordenador-Geral do*  
**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**





**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE  
E REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA**



# RELATÓRIO FINAL DA MESA-REDONDA “ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”

*(Realizada na reunião plenária de 8 de junho de 1999 e discutida nas 89.<sup>a</sup>, 90.<sup>a</sup> e 91.<sup>a</sup> reuniões do Conselho Nacional de Saúde)*

As apresentações, de forma geral, deixaram a desejar, não contemplando os termos de referência em sua totalidade, notadamente:

- falta de dados de financiamento;
- falta de demonstração da estrutura de gastos e da estruturas do Ministério da Saúde responsáveis pela Atenção Básica à Saúde e seu grau de integração;
- falta de informações sobre o impacto na saúde da população;
- falta de informações sobre a utilização dos recursos;
- falta de informações sobre serviços produzidos.

Como não compareceram todos os setores e instâncias do Ministério que têm responsabilidade na atenção básica, entre elas a Secretaria Executiva, Setores da FUNASA e da SAS, ficou evidente a ausência de integração das ações no âmbito do Ministério da Saúde, assim como de um fórum comum de planejamento, execução e avaliação.

A definição das políticas, pelas apresentações realizadas, não parecem estar sendo integralmente reproduzidas pela SAS.

As apresentações do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS não revelaram integração entre si e não mostraram, na prática, o que vem sendo realizado no País. Da mesma forma, a apresentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária pouco relacionou-se com os termos de referência, demonstrando ser mais uma estrutura do MS não integrada ao conjunto.

Ficou evidenciado o crescimento do PACS e PSF, em nível nacional, ainda que pontual e com características de Programas do Ministério da Saúde, e o esforço da Secretaria de Políticas com vistas a construir uma articulação matricial dos diferentes programas.

Nenhum dos expositores conseguiu demonstrar a integração entre ações básicas, média e alta complexidades e internações hospitalares. Daí não ser possível avaliar se houve ou está havendo algum resultado positivo quanto a melhoria da qualidade da saúde da população.

Ficou a impressão de que o Ministério da Saúde não se preocupou

em atender às solicitações de informações do Conselho, não conseguindo demonstrar até possíveis avanços já obtidos, demonstrando um nível de desarticulação preocupante.

A análise dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde na internet e em outros meios de comunicação, visando a obter as informações necessárias para tomada de decisões de melhoria da atenção básica levou aos comentários abaixo:

- Em relação à adequação dos sistemas de informações do MS, a questão essencial é que os dados, da forma como hoje são apresentados, não permitem uma análise da oferta de ações nem do impacto do PAB.

- Além da qualidade crítica dos registros da produção dos serviços pelos gestores, os sistemas de informações nacionais não são integrados (mortalidade e morbidade ambulatorial e hospitalar, nascidos vivos, notificação de agravos e imunização, etc.), impossibilitando uma avaliação transparente da real oferta de serviços.

- PAB/SIA não podem ser considerados como fonte de informação sobre faturamento e sim como um banco de dados de informações de morbidade dos Municípios. Para a melhoria dos registros, os gestores municipais devem ser orientados no sentido de que o registro dos procedimentos do PAB/SIA deve expressar a real prestação da assistência e não uma “conta de chegar” para se atingir um determinado teto de faturamento pre-estabelecido.

- A principal fonte de informações para avaliação dos resultados das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais das equipes Saúde da Família, o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que apresenta os dados agregados sobre a atenção oferecida à população, tem uma máscara pouco amigável e não possibilita a emissão de informações que não seja relatórios previamente definidos.

- Os relatórios do SIAB, para nível estadual, não permitem avaliar a adequação dos serviços de saúde. O sistema, tal como se apresenta, não oferece informações que auxiliem o gestor a melhorar, em curto prazo, a qualidade dos serviços de saúde.

- Os relatórios também não possibilitam aos supervisores, coordenadores e gestores estaduais acompanhar e avaliar, por meio de indicadores segundo as áreas de atuação, as atividades desenvolvidas.

## **SUGESTÕES**

Finalmente, tomando por base que o conceito da atenção básica, de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de caráter individual ou coletivo executados no primeiro patamar do sistema de saúde deve

ser ampliado e integrado visando a um sistema de saúde centrado na qualidade de vida e do meio ambiente, os relatores sugerem:

1. Criar coordenação integrada das atividades de atenção básica, no sentido de evitar a manutenção da multiplicidade de responsabilidades e de ações existentes, o que traz significativos prejuízos à implementação efetiva de estratégias que possam redundar na mudança do modelo assistencial vigente. Uma gerência colegiada de atenção básica poderia possibilitar a efetiva integração das ações de promoção, proteção e atendimento básico, facilitando, inclusive, a integralidade do atendimento, consideradas a média e alta complexidades.

2. Promover a integração dos processos assistenciais – atenção básica, média e alta complexidades –, considerando a universalização da atenção básica como instrumento para se atingir a integralidade e a equidade. O produto final seria a atenção integral à saúde.

3. Proceder ao desenvolvimento de mecanismos para o fortalecimento dos princípios da descentralização com hierarquização e regionalização, para se atingir a integralidade e equidade do sistema.

4. Acompanhamento, avaliação e controle dos recursos financeiros que compõem o PAB e outras fontes de financiamento da atenção básica, segundo instrumentos que indiquem a adequação e suficiência dos recursos utilizados.

5. Definição de uma linha de crédito para a compatibilização e o desenvolvimento de métodos de avaliação e acompanhamento dos sistemas de informações existentes para análise do impacto da assistência básica, de média e alta complexidades na qualidade da saúde da população.

6. Solicitar ao Ministério da Saúde que envie ao Conselho, para efeito de avaliação sobre a atenção básica – com vistas a subsidiar o plenário e interferir positivamente na definição das políticas assistenciais –, informações globais sobre o Brasil, Estado por Estado, envolvendo:

- ♦ cobertura populacional na assistência como um todo;
- ♦ serviços produzidos e os respectivos valores;
- ♦ resultados mensuráveis de impacto na saúde da população.

Incorporamos as considerações do Coordenador da Mesa, Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo, transcritas, na íntegra, na certeza de que essas poderão se constituir em balizamento para análise, consideração e deliberação do plenário.

## 1. RISCOS PRINCIPAIS

1.1. Universalização do direito à atenção básica, separado do acesso dos demais componentes de atenção. É necessário usar a universalidade do direito à atenção básica como instrumento para assegurar a integralidade e para a equidade, caminhos para a **universalidade** possível da atenção integral.

1.2. Fazer da atenção básica um pacote isolado, complementado pelo atendimento esporádico de campanhas e racionamento efetivo de outros atendimentos (maior complexidade).

1.3. Excessiva concentração (limitação) nos Serviços de Atenção Pessoal, especialmente de recuperação.

1.4. Tensão sempre existente entre a especificidade do financiamento e a flexibilidade/integração (gestão e eficácia global).

## 2. REQUISITOS E/OU CONSEQÜÊNCIAS

2.1. Articulação de políticas, programas e normas para ação integrada com adequada definição de responsabilidades e critérios/mecanismos de responsabilização.

2.2. Fortalecimento dos processos de pactuação entre níveis de governo e articulação (integração) interna em cada um.

2.3. Fortalecimento e compatibilização dos princípios de descentralização, unidade de comando e regionalização. A regionalização como instrumento essencial para a integralidade e equidade no sistema.

2.4. Os instrumentos técnicos de definição de prioridade, normas, programação e avaliação submetidas aos processos de intergestão e de controle social. Exemplo de vantagem: recursos humanos – integração de ação *versus* a miríade de programas/projetos atuais.

2.5. Acompanhamento e avaliação permanentes com adequada informação e vigilância. Não basta a consideração de resultados finais (eficácia em termos de Saúde e satisfação), é necessário considerar o processo em termos de cumprimento dos princípios básicos do SUS.

2.6. Financiamento, incluindo o abastecimento (provisão) de recursos reais críticos (investimentos/capacidade e insumos). A importância crucial do volume e da modalidade de pagamento/transferência de recursos. O balanço entre pagos por produção (situações e condições) e por capitação – melhor, prospectivo. Os pagamentos prospectivos (capitação, etc.) exigem também uma determinada produção para alcançar resultados esperados (antecipação do financiamento). Em geral, o financiamento prospectivo deve ser o preferido.

2.7. Informação pública e mobilização. Envolvimento das comunidades/população para participação efetiva e responsabilmente exercer o necessário controle social, é função de:

- ◆ conhecimento capacitante;
- ◆ organização; e
- ◆ instrumentos/mecanismos de participação democrática entre os quais os Conselhos de Saúde são essenciais.

Além dos princípios e objetivos de saúde, o envolvimento social, como construção de cidadania, é a condição indispensável para a sustentabilidade e expansão da democracia.

A atenção básica é um âmbito privilegiado para a participação e controle social.

Gilson Cantarino O'Dwyer  
Olympio Távora Corrêa  
Silvio Mendes de Oliveira Filho  
*Conselheiros Relatores*





# REFERÊNCIAS PARA A REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

*(Documento aprovado na reunião plenária do CNS de 6 e 7 de dezembro de 2000)*

## 1. TERMOS DE REFERÊNCIA E COMPOSIÇÃO DO GRUPO

A 103.<sup>a</sup> Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde decidiu estabelecer um Grupo de Trabalho para:

a) analisar os documentos disponíveis produzidos pelo MS/SAS, CONASS, CONASEMS e Secretaria Executiva do Conselho sobre a **regionalização** da assistência à saúde no SUS e recomendar ao Plenário do Conselho diretrizes para esse processo;

b) examinar as características do processo de regionalização, nesta primeira etapa, em relação às necessidades de ajustar o marco normativo geral do SUS, especialmente a revisão da NOB 96 já incluída na Agenda Básica do Conselho;

c) acompanhar e estimular o desenvolvimento do processo de descentralização no SUS na perspectiva da regionalização de serviços e da atenção;

d) apresentar a 104.<sup>a</sup> Reunião Ordinária um relatório preliminar.

O Grupo de Trabalho ficou constituído por:

- Dra. Heloísa Machado – pelo Ministério da Saúde;
- Dr. Ricardo Scotti – pelo CONASS;
- Conselheiro Sylvio Mendes – pelo CONASEMS;
- Conselheiro José Luiz Spigolon – pelos Prestadores;
- Conselheira Neide Barrigueli – pelos Usuários;
- Conselheira Zenite Freitas – Suplente – pelos Profissionais de Saúde;
- Conselheiro Carlyle Macedo – designado Coordenador do Grupo.

## 2. ANTECEDENTES IMEDIATOS E ATIVIDADES REALIZADAS

Em março deste ano, a SAS/MS, depois de analisar a situação do processo de descentralização no SUS, preparou uma primeira versão do

documento “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com garantia da equidade no acesso”. Uma 2.<sup>a</sup> versão preliminar desse documento foi preparado em julho, para discussão interna do MS e exposição à CIT. A apresentação do documento contendo uma proposta preliminar para o processo de regionalização provocou a reação desejada dos Secretários de Saúde e CONASS, expressada na Nota Técnica n.º 21 aprovada na 7.<sup>a</sup> Assembléia Geral do CONASS (setembro de 2000), e dos Municípios, através do CONASSEMS (Documento de Posição), dando ensejo a um processo de discussão, negociação e pactuação ainda em curso. A SAS fez uma apresentação da **análise do processo de descentralização** e da proposta preliminar de regionalização na Reunião Ordinária do CNS de outubro de 2000, que foi resumida pela Secretaria Executiva do Conselho em 10 tópicos. As reações e contribuições do CONASS, do CONASSEMS e do CNS, levaram à elaboração (SAS) de uma Versão Sintética modificada da proposta apresentada à CIT em julho. A continuação das discussões conduziu à preparação pela SAS do documento “Regionalização da Assistência à Saúde – minuta de Portaria (ou instrução normativa?)” para apresentação pendente à CIT. Documentos complementares sobre aspectos específicos (HUEs, Hospitais Estaduais, referências intermunicipais, etc.) subsidiaram adicionalmente as discussões.

Nesse contexto, é que a Reunião Ordinária do CNS de novembro de 2000 constitui o Grupo de Trabalho e determina suas tarefas. Para cumpri-las, o Grupo se reuniu em 9 de novembro e elaborou um Plano de Trabalho imediato. O Coordenador do Grupo assumiu a responsabilidade de relator e se reuniu com a Secretaria Executiva do CNS, com a SAS/MS (três vezes) e com a Secretaria Técnica do CONASS. O Grupo voltou a reunir-se no dia 30 de novembro para discutir o esquema de relatório enviado pelo Coordenador e o aprovou com modificações. O plenário do CNS discutiu, aprimorou e aprovou a versão final, que por sua vez balizou a elaboração e aprovação da NOAS em janeiro de 2001.

### **3. MARCO CONCEITUAL E NORMATIVO GERAL**

Neste capítulo discutiremos os aspectos que fundamentam as propostas de decisão para o Conselho e somente na amplitude necessária à sua identificação e na perspectiva de sua importância para a formulação de diretrizes de políticas e de estratégias. O capítulo conterà três partes:

- 3.1. A Importância da Regionalização;
- 3.2. Princípios Gerais para a Regionalização; e
- 3.3. Aspectos e Diretrizes Específicas;

### **3.1. A Importância da Regionalização**

A importância da regionalização como forma preferente e até insubstituível de organização de serviços de assistência à saúde é reconhecida universalmente. No Brasil, esse reconhecimento está inscrito na Constituição Nacional (art. 198). Esse fato, por si só, é suficiente para justificar a adoção da regionalização na organização das redes assistenciais do SUS. É conveniente, entretanto, enfatizar algumas das razões que justificam a implantação imediata da regionalização em nosso País.

a) A regionalização viabiliza a integralidade da atenção, ordenando as referências e organizando o acesso a todos os níveis de complexidade. Facilita assim maiores níveis de equidade e melhor resolubilidade do atendimento.

b) A regionalização aumenta a eficiência global no uso dos recursos do Sistema, ajustando melhor as dimensões da oferta (capacidade instalada de produção), especialmente de serviços mais complexos, às necessidades e demandas, inclusive evitando as duplicações, excessos e subutilizações.

c) Uma conseqüência importantíssima do anterior é que a regionalização permite a melhor identificação das necessidades de investimento, ensejando a preparação de políticas e planos mais integrados e melhor fundamentados.

d) A regionalização dinamiza a descentralização assegurando a complementaridade das gestões descentralizadas e a unicidade funcional do Sistema. Ao fazê-lo, requer uma participação institucional solidária, complementar entre os diversos gestores e operadores, e responsável, e facilita o desenvolvimento da participação e controle sociais.

e) A regionalização, em conseqüência, é condição para uma atenção mais completa e de maior qualidade que redundaria em maior eficácia e satisfação sociais.

### **3.2. Princípios Gerais para a Regionalização**

O processo de regionalização deve obedecer aos seguintes princípios e diretrizes gerais:

3.2.1. A equidade como eixo organizador principal da atenção que implique:

a) em estratégia para a universalidade e a integralidade (cobertura e acesso);

b) na melhor qualidade possível, medida pela capacidade de resolução dos problemas e pela satisfação gerada; e

c) na maior eficiência definida sempre em função dos objetivos do Sistema.

O desempenho global do SUS regionalizado será medido principalmente por sua eficácia e satisfação sociais.

3.2.2. Unidade de comando da gestão em cada nível de governo.

3.2.3. Solidariedade e complementaridade entre gestores que implica em:

a) um processo permanente e efetivo de pactuação;

b) financiamento solidário, com ênfase atual na centralidade da responsabilidade federal e no cumprimento das disposições da EC 29.

c) planejamento e programação, inclusive orçamentos integrais e pactuados, contemplando a totalidade dos recursos disponíveis com a especificação da aplicação segundo a origem institucional dos recursos e com diretrizes gerais comuns e capacidade de ajuste a situações específicas.

d) mecanismos participativos de pactuação e de gestão em todos os âmbitos de gestão e de atenção. As Comissões Intergestores constituem o principal mecanismo de pactuação, como espaços de negociação coletiva cujas conclusões serão sempre por consenso e devem ser formalizadas posteriormente em decisões pelas autoridades/instituições responsáveis correspondentes em cada esfera de governo.

3.2.4. Responsabilização, que exige absoluta transparência de ação e mecanismos setoriais eficazes de acompanhamento, controle, avaliação e revisão, tanto institucionais como sociais.

3.2.5. Responsabilidade estratégica dos Estados que significa especialmente assumir a condução do processo, a regulação e a mediação intermunicipais e a gestão das referências intermunicipais de atendimento garantindo o acesso para todos.

3.2.6. Papel dos Municípios como gestores únicos em seus territórios na medida em que aceitem as responsabilidades correspondentes e se qualifiquem para exercê-las.

3.2.7. Os gestores em cada nível de Governo estão obrigados ao cumprimento das normas comuns a todo o Sistema, pactuadas entre si ou adotadas em função de prerrogativas exclusivas legalmente estabelecidas. Um equilíbrio adequado entre os requisitos da unidade do Sistema e da especificidade de situações deve ser alcançado neste processo. Em consequência a faculdade normativa, em cada esfera de Governo, deve ser exercida com cuidado e critério, tendo em vista especialmente:

a) o equilíbrio entre a unidade do Sistema e as especificidades das situações concretas;

b) o equilíbrio entre a especificação e promoção de prioridades mais gerais (nacionais, estaduais, regionais), as condições epidemiológicas e operacionais particulares (prioridades próprias) e as necessidades de integração e operacionalização das ações.

c) factibilidade da aplicação pelos operadores responsáveis.

3.2.8. A preparação de políticas, planos e projetos de investimentos (criação de capacidade) a partir da identificação das necessidades do sistema regionalizado. Deverão ser consideradas prioridades imediatas: a complementação da ABS e da assistência de média complexidade, especialmente de seu componente essencial e o aumento da capacidade de gestão.

3.2.9. O fortalecimento do controle social através da satisfação de seus requisitos essenciais (transparência na gestão e gerência com informação oportuna e inteligível, organização e capacitação sociais e mecanismos de expressão) e do respeito (acatamento) das atribuições dos diversos mecanismos no processo, especialmente dos Conselhos de Saúde.

### **3.3. Aspectos e Diretrizes Específicos**

A regionalização será conformada sobre a definição dos níveis de atenção e de suas relações, dos âmbitos de atenção (espaços – populações adscritas) e das responsabilidades de gestão. A correspondência entre essas três instâncias organizacionais conformará a matriz funcional da regionalização.

#### **3.3.1. Níveis de atenção**

a) atenção básica – conformada pelo conjunto de ações de atenção dirigida às pessoas (individuais e coletivas) e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção da saúde em cada contexto social, a prevenção de enfermidades, lesões e riscos prevalentes e o atendimento básico e efetivo dos enfermos (solução de enfermidades e lesões comuns e primeiro atendimento das mais complexas). A atenção básica deve estar facilmente acessível a toda a população e ajustada às condições epidemiológicas locais.

No Brasil, dada diversidade dos Municípios é ainda inviável dispor de uma atenção básica completa, de resolutividade desejada, em todos eles. Está justificada portanto sua classificação, em:

i) ABS simples possível em todos os Municípios; e

ii) ABS ampliada disponível em Municípios-pólos de “microrregiões” e acessível por referência assegurada, inclusive por demanda espontânea, as populações de todos os Municípios integrantes da microrregião.

Os recursos do PAB serão definidos em conformidade com esta classificação. A parte referente à ampliação da ABS simples correspondente às populações dos Municípios que ainda não disponham dessa ampliação, será gerida em geral pelos Estados e alocada aos Municípios-pólos das microrregiões com especificação a cada Município de referência que a integre. Cada Município poderá assumir a gestão dos recursos que lhe cabem quando estiverem em condições de oferecer os serviços correspondentes.

O Programa Saúde da Família (PSF), o mais potente programa indutor e estruturante da atenção à saúde no País, deverá articular-se nesse esquema; a saúde da família constitui o núcleo modelador da ABS. Nesse sentido, sua expansão e ajuste às grandes cidades é uma necessidade prioritária.

b) Assistência de média complexidade – este nível de atenção é também classificado em dois componentes:

i) MC essencial, que complementa diretamente a ABS e deve ser tratada como um pacote com ela. Em conseqüência, idealmente, deverá ser financiada em base percapita e estar disponível nos Municípios-pólos das microrregiões.

ii) MC complementar que inclui os demais procedimentos de média complexidade, remunerados por procedimento (tabela SIA/SUS e SIH/SUS) e de acordo com programação e transferência fundo a fundo em forma perspectiva. A MC completa estará disponível na região ainda que distribuída em mais de um centro prestador conforme a disponibilidade de capacidade existente. A região poderá dispor também de serviços alta complexidade acessíveis por referência pelas populações das regiões que não a tiverem.

c) Alta complexidade/custo

i) disponível em todos ou na maioria dos Estados, que terão parâmetros organizacionais e normativos do Ministério, especificada nos pactos de gestão e planos de metas;

ii) de disponibilidade nacional (alguns Estados) gerida pelo MS que neste processo considerará as necessidades das macrorregiões do País.

### 3.3.2. Âmbitos de atenção

a) Municípios

Os Municípios são os espaços básicos da organização e prestação da atenção no SUS (institucional, demográfico e geográfico). A diversidade dos Municípios requer, entretanto, processos de agregação ou desagregação de seus espaços para dar funcionalidade à regionalização. Há Municípios que comportam mais de uma Região de Saúde e múltiplas microrregiões ou distritos todas sob a gestão do poder municipal. Do outro lado, Municípios muito pequenos e de escassa população serão agregados em microrregiões e regiões dentro dos Estados.

#### b) Microrregiões de Saúde

Agregação de Municípios ou áreas dentro de Municípios, com populações que tenham necessidades e gerem demandas suficientes para justificar serviços de assistência à saúde que cubram, pelo menos, a ABS ampliada e a atenção de MC essencial, com um pólo ou sede onde esses serviços estejam disponíveis para toda a população da microrregião.

#### c) Regiões de Saúde

Um espaço com população que tem necessidades e demandas suficientes para justificar a existência de serviços que ofereçam pelo menos a MC completa.

As microrregiões e as regiões, além do gestor municipal do pólo ou sede, disporão de instância gestora do Estado sempre que estiverem compostas de mais de um Município e de mecanismo de pactuação correspondente.

#### d) Estados

Âmbito de atenção para prestações de alta complexidade/custo e de gestão global do processo de regionalização no Estado.

#### e) País

Âmbito de atenção de ações seletivas ou especiais de alta complexidade/custo ou estratégicas nacionalmente e de gestão global do sistema.

### 3.3.3. Responsabilidades de gestão

a) de todos os Municípios = atenção básica simples

b) dos Municípios-pólos de microrregiões = ABS ampliada e MC essencial;

c) dos Municípios-sedes de regiões = ABS ampliada, MC completa e alguma alta complexidade por delegação. No caso de MC/AC policêntricas, os Municípios-sedes dos serviços devem assumir a gestão correspondente sob uma coordenação regional.



d) Municípios metropolitanos = acumulam as responsabilidades vinculadas às regiões e microrregiões.

e) Estados = gestão do processo de regionalização das referências entre Municípios, de planos de investimentos e da AC/C por delegação;

f) Ministério da Saúde = gestão global do SUS de programas e instrumentos indutores nacionais, da alta complexidade/custo nacional, etc.

#### 3.3.4. Qualificação e habilitação

##### a) Dos Municípios

Os Municípios se qualificarão e serão habilitados em três níveis de gestão:

i) gestão da ABS simples;

ii) gestão da ABS ampliada;

iii) gestão plena do Sistema Municipal de Saúde.

Os Municípios-pólos de microrregiões ou sedes de regiões terão de estar habilitados na gestão plena do SMS.

Os requisitos das habilitações serão consensuados na CIT e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde com homologação pelo Ministro da Saúde.

O processo de habilitação será consensada nas CIBs regionais e estadual, aprovado pelo CES e formalizado finalmente pelo Ministério da Saúde, que informará periodicamente ao Conselho Nacional de Saúde sobre o estado do processo. No caso de conflito na esfera estadual, os Municípios poderão recorrer à CIT em grau de recurso.

##### b) Dos Estados

É responsabilidade inerente do Estado a condução do processo de regionalização e todos devem qualificar-se para exercê-la. Os Estados ainda não habilitados para tanto devem ser objeto de atenção prioritária, urgente e concentrada para superar suas deficiências imediatamente. Os requisitos para a habilitação dos Estados devem ser propostos pelo Ministério da Saúde, depois de consensuados na CIT, para aprovação do CNS e homologação do Ministro da Saúde.

Outras atribuições dos Estados serão acordadas entre o ministério e cada Estado e expressadas em contrato ou pacto de gestão incluindo um plano de metas.

Da mesma maneira os Estados celebrarão com os Municípios-pólos

e sedes de microrregiões e regiões termos de compromisso (pactos) para o atendimento das referências intermunicipais dentro do Estado. As referências interestaduais são de responsabilidade do Ministério da Saúde, que intermediará os acordos necessários intermunicipais e interestaduais e decidirá sobre as formas de compensação requerida.

Os planos municipais de saúde, a avaliação de suas execuções e suas revisões serão aprovados pelos CMS, antes de sua apreciação pelas CIBs e SES.

Os planos estaduais de regionalização serão aprovados pelos CES antes de sua apreciação pelo Ministério da Saúde, que informará o CNS sobre os mesmos. Os CES apreciarão também os planos gerais de saúde e os planos de investimentos dos Estados, acompanharão suas execuções e participarão de suas avaliações.

As políticas e planos nacionais de investimentos serão submetidos pelo Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Saúde para suas aprovações.

### 3.3.5. Outros aspectos

a) A especificidade do financiamento federal ou estadual, como transferências de recursos a Estados ou Municípios, a partir de repasses globais regulares com *per capita* diferenciados segundo critérios de equidade, é um importante instrumento de indução de políticas e atendimento de prioridades nacionais, macrorregionais ou estaduais, assim como o são programas especiais com esse potencial. Não há, em princípio, conflito entre uso criterioso desses instrumentos e a flexibilidade necessária para a gestão local ou o princípio de integração de ações no nível operacional. O exagero de seu uso entretanto anula sua justificação (prioridades, etc.) e engessa a operação.

b) A composição dos níveis de atenção definidos deve obedecer, entre outros, aos seguintes critérios:

i) o mais alto grau de resolubilidade possível em cada nível de atenção;

ii) a inclusão dos procedimentos necessários para atender às normas comuns em todo o País e a possibilidade de inclusão de procedimentos que respondam às peculiaridades epidemio-nosológicas dos Estados e de regiões de saúde.

iii) a maximização do custo-benefício na distribuição dos serviços, em função da utilização das tecnologias mais apropriadas de provada efetividade e da adoção de processos operacionais mais eficientes.

A determinação das composições dos níveis de atenção será realizada:

- das normas nacionais por consensuação na CIT e formalização pelo Ministério da Saúde;
- as adições regionais e estaduais por consenso nas respectivas CIBs e formalização pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

## **4. CONTINUAÇÃO DO PROCESSO**

### **4.1. Regionalização da Assistência e Outras Áreas de Atenção**

A regionalização é fundamentalmente para a organização dos serviços e ações de assistência à saúde. As áreas de promoção e prevenção, inclusive as de saúde ambiental, e as atividades de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e as funções gerais de financiamento, geração de recursos e de informação, não requerem necessariamente a regionalização para sua descentralização, ainda que se beneficiem com ela, e a reforcem e a completem. É natural portanto que o processo de regionalização no SUS comece inicialmente com a assistência; é necessário, por outro lado, que ele se complete com a incorporação (adesão) das outras áreas da atenção.

a) áreas finalistas, destacando-se a saúde da família, a vigilância epidemiológica e o controle de endemias, a vigilância sanitária e a saúde ambiental, cada uma com suas peculiaridades;

b) áreas instrumentais estratégicas, destacando as relativas a geração, aquisição e utilização de recursos, em particular ciência e técnica, recursos humanos e insumos críticos consideradas as características próprias de cada uma.

### **4.2. Criação de Capacidade de Produção de Serviços (Investimentos)**

Aspecto estratégico fundamental para o sucesso dos processos de regionalização e descentralização e do SUS como todo. Os investimentos condicionam o modelo de atenção, consolidam ou deformam a organização, condicionando o funcionamento do sistema e dos serviços no futuro. A regionalização como se mencionou (itens 3.1.c e 3.2.8) oferece as bases para uma identificação mais adequada das necessidades de investimento, facilitando a formulação de políticas e planos integrados que justificarão os projetos específicos, modificando assim as deficientes e perigosas lógica e prática de decisões por projetos isolados.

### **4.3. Planejamento e Programação**

A revisão dos instrumentos de planejamento e programação e de acompanhamento e avaliação, para ajustá-los aos requisitos de um sistema regionalizado será uma necessidade imediata. O Conselho Nacional de Saúde deverá indicar as diretrizes para esse processo.

### **4.4. Adequação Normativa Geral**

Um esforço concentrado deve ser realizado para a revisão das normas existentes e geração de novas em relação a todo o processo. Em especial, a revisão da NOB 96, em função das modificações já feitas e de um processo de descentralização revigorado e organizado pela regionalização, deve ser realizada com vistas a uma nova consolidação normativa operacional do SUS em permanente processo de aperfeiçoamento. Uma NOB 2001 poderia fazer o SUS iniciar o Século XXI sob parâmetros revigorados e/ou renovados.

O Conselho Nacional espera que o Ministério da Saúde e a CIT a partir da revisão normativa da assistência comecem brevemente este processo de revisão normativa de conjunto.

### **4.5. Informação/Divulgação**

A regionalização é fundamentalmente uma estratégia de gestão de sistemas de serviços de saúde. Normalmente não é entendida e sentida como de grande importância pela população e até por lideranças políticas e setoriais, por gestores e por profissionais e trabalhadores da saúde. No entanto, a aceitação e a participação desses atores é crucial para o êxito do processo de regionalização. Em conseqüência, o CNS enfaticamente recomenda a execução de estratégias permanentes de mobilização desses atores, sobretudo através de atividades de informação especialmente desenhadas para esse efeito. As seguintes diretrizes são indicadas para tanto:

a) sem prejuízo de mensagens de natureza geral e de coberturas mais amplas, a informação deve ser preferentemente específica às condições de cada Região de Saúde e complementada com informação local pertinente;

b) as peculiaridades dos seguintes públicos-alvo devem ser consideradas:

- as populações específicas, sobre seus direitos a uma atenção integral e como obtê-la no sistema regionalizado e o significado da atenção

básica e de sua complementação com a média e alta complexidade;

- lideranças e gestores setoriais e outras lideranças políticas;
- prestadores, para compreenderem seus papéis e dos serviços que gerenciam no Sistema;

- profissionais e trabalhadores da saúde.

c) as estratégias de informação sobre a regionalização devem utilizar as oportunidades de integração com outras atividades de informação; por exemplo:

- programas de treinamentos;
- manuais de operação de serviços;
- divulgação de programas.

d) a informação dirigida aos profissionais de saúde é particularmente crítica no processo e deve ser permanente desde a formação, a articulação com as entidades de classe e a utilização de seus meios de comunicação é um mecanismo de grande potencial;

e) a informação para a população deve conceder atenção especial aos mecanismos de participação e controle sociais, particularmente os Conselhos de Saúde e os Conselheiros e suas entidades representadas. O CNS tem uma responsabilidade direta nesse sentido;

f) as responsabilidades no desenvolvimento e execução das estratégias de mobilização e informação têm correspondência com as responsabilidades em todo o processo de regionalização: cabe aos Estados, com o apoio do Ministério da Saúde e a ação complementar dos Municípios, a responsabilidade central, como condutores/coordenadores da regionalização.

#### **4.6. Acompanhamento e Avaliação do Processo pelo CNS**

O CNS deve acompanhar, em forma participativa, o desenvolvimento do processo em curso avaliando-o adequadamente. O Grupo de Trabalho apresentará à 105.<sup>a</sup> RO, em fevereiro de 2001, seu relatório complementar que deverá incluir:

- a) informação sobre o desenvolvimento do processo até então;
- b) proposta de diretrizes para o planejamento;
- c) proposta de mecanismo(s) e formas para a continuação do trabalho;
- d) outros aspectos pertinentes.

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS  
E REFORMA DO ESTADO**



# POSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE A RESPEITO DA PROPOSTA DE CRIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

*(Deliberação por unanimidade da reunião plenária do CNS, de 7 e 8 de maio de 1997, com base em informação do Grupo de Trabalho designado na reunião plenária de 4 e 5 de dezembro de 1996, integrado pelos conselheiros Gilson Cantarino O'Dwyer, Paulo César Augusto de Souza, Sérgio Francisco Piola, Mozart de Abreu e Lima, Rita de Cássia Barradas Barata e Stela Félix Machado Guillin Pedreira)*

## 1. PANO DE FUNDO

Mais importante que o texto dos projetos de lei e de decreto elaborados pelo MARE para fixar a idéia das “Organizações Sociais”, são as palavras do próprio ministro L. C. Bresser Pereira, no seu livro “Crise econômica e reforma do Estado no Brasil” (Editora 34, 1996, pág. 282/3), ao falar da reforma do Estado em geral e, em particular do aparelho do Estado e do seu pessoal, onde esclarece que:

“Esta reforma terá como objetivos: a curto prazo, facilitar o ajuste fiscal, particularmente nos Estados e Municípios, onde existe um claro problema de excesso de quadros; a médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública, voltando-a para o atendimento dos cidadãos”.

...

“Já a modernização ou o aumento da eficiência da administração pública será o resultado a médio prazo de um complexo projeto de reforma, com o qual se buscará a um só tempo fortalecer a administração pública direta ou o ‘núcleo estratégico do Estado’, e descentralizar a administração pública com a implantação ‘agências executivas’ e de ‘organizações sociais’ controladas por contrato de gestão”.

...

“Em outras palavras, a proposta não é a de continuar no processo cíclico que caracterizou a administração pública brasileira, alternando períodos de centralização e de descentralização, mas a de, ao mesmo tempo, fortalecer a competência administrativa do centro e a autonomia das agências executivas e das organizações sociais. O elo de ligação entre os dois sistemas será o contrato de gestão, de que o núcleo estratégico deverá aprender a definir e controlar, e as agências e organizações sociais, a executar”.



Citando o próprio autor da proposta de criação das “Organizações Sociais”, eis os apontamentos e observações que constituem verdadeira diretriz para o entendimento da estrutura e dos objetivos das Organizações Sociais:

1. A reforma do aparelho do Estado, que é a discussão em pauta, pressupõe a antevisão da reforma do Estado que, por sua vez, pressupõe a antevisão de nova relação Sociedade-Estado, onde este passa a refletir equanimente os interesses e direitos do conjunto da sociedade e dos diversos estratos e segmentos.

Nesta nova lógica, há que ser claramente definido o que é bem comum e particular, o que é público e privado, assim como o aparelho de estado há que ser eficaz e eficiente, e em função disso organizado.

2. Ora, sendo a Saúde, o Ensino, o Desenvolvimento da Ciência e Tecnologia e a Cultura atividades de execução não exclusiva do Estado, e sendo os Hospitais Públicos, as Universidades Públicas, os Institutos Públicos de Pesquisa e os Museus Públicos órgãos cuja funcionalidade carrega o grave peso do burocratismo, lentidão administrativa, baixíssimos orçamentos, clientelismo, e daí a ineficácia e ineficiência, caberá então à reforma a remoção desse grave peso, criando e promovendo a imprescindível flexibilização e agilização gerencial e administrativa, elevando-os a órgãos públicos com a necessária autonomia gerencial e desafio de cumprimento de metas de produtividade e de qualidade, sob contratos ou compromissos de gestão, sempre em função dos resultados para a população.

Em outras palavras, a simples transformação dos órgãos estatais em entidades de outra natureza jurídica sob contrato de gestão com o Poder Público não é reformar o aparelho de Estado; na verdade, privatiza e perde os seus órgãos efetores, preservando as graves distorções no resto do aparelho, resto este que é quem vai definir e gerenciar os contratos de gestão. As ações e os serviços pertencentes ao campo dos direitos inalienáveis de cidadania, cuja responsabilidade é dever do Estado, mas cuja execução não é exclusiva do Estado, requerem elevada e competente regulação pelas entidades da sociedade organizada e por intervenções do próprio Estado.

3. Os hospitais públicos e as universidades públicas hoje existentes devem ser vistos e tratados como uma massa crítica de unidades efetoras de ações de saúde, pesquisa e ensino, inabdicável pelo Poder Público: além do cumprimento da sua função social e no desenvolvimento acumulam experiência e competência imprescindível para exercer sua função regulatória sobre os estabelecimentos privados que prestam serviços na mesma área. O Sistema Público de Saúde (SUS), por exemplo, já vem

contratando no setor privado 74% dos seus leitos hospitalares, cuja regulação carece ainda de maior competência reguladora, o que vem perpetuando significativos desperdícios e desassistência à população. Urge avançar na competência gerencial dos 26% de leitos públicos, através de uma efetiva reforma do aparelho de Estado, e esta competência será decisiva no exercício da função reguladora.

4. Por outro lado, a proposta de Organizações Sociais para substituir hospitais públicos, não leva em conta o significado da profunda reforma do aparelho de Estado em andamento no setor Saúde desde 1987, quando se iniciou a estadualização e municipalização do antigo INAMPS, pelo caminho convencional (Convênios SUDS). Acumulou-se, desde então, rica e imprescindível experiência: em 1988 e 1990, com a Constituição e Leis n.ºs 8.080/90 e 8.142/90 que implantam o SUS (universalidade, equidade, descentralização, controle social, hierarquização/regionalização e integralidade); em 1993 e 1996, com a NOB 93 e NOB 96 – Comissões Intergestores (Nacional – Tripartite; Estaduais – Bipartites; e Regionais – Bipartites Regionais) e Condições de Gestão (Incipiente, Parcial, Semiplena e Plena).

Esta reforma do aparelho do Estado no setor Saúde é um processo radical e conseqüente em todos os níveis do setor. Nas três esferas de Governo realizam-se a cada quatro anos as Conferências de Saúde de caráter deliberativo. Desenvolvem-se também nas três esferas de governo os Planos de Saúde e os Fundos de Saúde para a gestão financeira.

Além de radical, este processo é extremamente complexo, inclusive porque está direcionado para superar obstáculos e resistência de grande vulto, oriundos de outros setores de governo que não passam pelo mesmo processo de reforma e também de parte do setor Saúde, ainda portadora de pesadas heranças pré-constitucionais, ligadas à capitalização privada com recursos públicos de saúde, à tecno-burocracia centralizadora e ao corporativismo.

5. A vanguarda deste processo cobre hoje quase 17% da população brasileira residente em Municípios que mais avançaram, entre os quais 144 que atingiram a forma mais competente de gestão (semiplena), além de vários Hospitais Universitários Públicos que desenvolvem e aplicam tecnologias de ponta e modelos gerenciais de alta eficiência e eficácia. Essa vanguarda, mais que qualquer outro movimento transformador efetivo na sociedade e no Estado brasileiro nos dias de hoje, tem absoluto interesse, compromisso e objetivos de obter, no mais breve prazo, modelos jurídicos flexíveis e ágeis para as unidades efetoras: hospitais, distritos de saúde e outras.

6. O SUS e seu desenvolvimento expressam estratégia consistente

e conseqüente, ao enfrentarem a Reforma do Aparelho do Estado da Saúde nos diferentes níveis: do “núcleo estratégico”, “agências executivas”, “órgãos públicos com autonomia gerencial” (organizações sociais?) e setor privado. Esta proposta de reforma não considerou, o SUS pelo menos quanto ao Congresso Nacional de Saúde, a Comissão Intergestora Tripartite e demais instâncias e entidades (doc. Xerografado/96).

No tocante às “Organizações Sociais” adotamos estes outros comentários genéricos e específicos sobre a proposta, os quais ajudam a equacioná-la no âmbito da Administração e a visualiza-la no contexto do SUS.

### **Comentários Genéricos**

1. É conferido ao Executivo Federal um poder altamente discricionário que possibilita aos ministros, no caso ao da Saúde, a faculdade de beneficiar determinados grupos e marginalizar outros, ao seu único e exclusivo critério. O art. 1.º da minuta de Medida Provisória confere ao Executivo o poder de “qualificar” as Organizações Sociais (OS) e o art. 6.º, de forma até mesmo redundante, afirma que tal “qualificação” será feita mediante “Ato do Presidente da República”. Não estão previstos quaisquer mecanismos concorrenciais, seja por preço, seja por qualificação dos membros das OS. Diante disso, é de se indagar sobre como procederá o presidente ou o ministro da pasta em questão ante a possibilidade de dois ou mais grupos formarem “pessoas jurídicas” de direito privado, sem fins lucrativos e se dispuserem a gerir uma determinada instituição de saúde. A “qualificação” nesse caso se assemelharia à doação de uma sesmaria e não cabe a argumentação sobre uma possível honorabilidade ou defesa do interesse público por parte do ocupante desse ou daquele ministério, tendo em vista que a Administração Pública deve orientar-se, dentre outros, pelo princípio da impessoalidade. Tal caráter do processo de “qualificação” tem ainda implicações específicas sobre o SUS, assinaladas mais adiante.

2. As OS terão autonomia para definirem, por decisão de seus respectivos Conselhos de Administração ou Curadores, os regulamentos dispondo sobre “os procedimentos” que serão adotados para “contratação de obras e serviços”, “para compras e alienações” e “o plano de cargos e salários dos empregados da entidade”. Essa forma de contornar os entraves legais atualmente existentes – que obrigam à realização de processos licitatórios para a contratação de obras, de serviços, efetivação de compras e, na maioria dos casos, para a alienação de propriedades –, de fato, agrada aos gestores e administradores, mas constitui-se em precedente extremamente perigoso sob o ponto de vista da moralidade admi-

nistrativa. Não se pode esquecer que as OS estarão executando orçamento público. Ademais, a permissão para a alienação de patrimônio pode significar a transferência privilegiada de terrenos e prédios públicos a particulares sem os controles que a lei hoje exige.

3. Com ampla autonomia para contratar compras, serviços e pessoal e alienar patrimônio público, é de se indagar quem assumirá os débitos de uma “pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos” que, com certeza, devido à sua natureza, não possuirá patrimônio nem capital próprios. Isso implica que nenhuma delas terá como responder por seus atos perante terceiros ou perante o próprio governo federal. Em caso de malversação das verbas destinadas a estas entidades (o que não é raro de ocorrer em nosso País), não teria a União garantias pelo ressarcimento dos prejuízos. Nem tampouco haveria garantias no que tange às dívidas trabalhistas e com empresas contratada (v.g. empresas de limpeza e conservação e de vigilância). Muito provavelmente estas dívidas recairiam nas custas do governo federal ou, em última instância, do contribuinte. Assim, a descoberta de irregularidades na gestão dos recursos, de descumprimento de cláusulas contratuais, de inépcia administrativa, ou mesmo o desinteresse do grupo dirigente da OS poderá colocar o Poder Público numa situação de impasse: ou rescinde o contrato, ou compactua com irregularidades. Decidindo-se pela rescisão, a Administração Pública pode se ver na situação de que não surja nenhum interessado pela gestão da instituição ou que os débitos com credores e trabalhistas sejam tão grandes que nenhuma outra pessoa jurídica ouse assumi-los. Não restaria à União outra alternativa que retomar a gestão da instituição, agora sem pessoal próprio, endividada ou fecha-la, com graves prejuízos para seus usuários. Não dispor de ente específico para a realização de seus compromissos sociais, como também ser arrastada a longos processos para reaver bens cedidos, assim como o cumprimento de débitos trabalhistas e de credores. Se os recursos são transferidos do orçamento, a sua origem necessariamente criaria expectativa de direito para os credores da instituição descredenciada.

4. A minuta de Medida Provisória abre a perspectiva de que um servidor público cedido às OS perceba remuneração adicional por prestar serviços em uma instituição em que, provavelmente, ele já trabalhava recebendo apenas seus vencimentos. Essa novidade criará uma diferenciação entre servidores cedidos às OS e não cedidos de difícil administração por parte do Poder Público. Isso sem falar na possibilidade de reclamações trabalhistas com base na isonomia de tratamento entre os servidores cedidos e os não cedidos e em reivindicações do servidor que retornar aos quadros da Administração Pública.

## **Comentários Específicos para o SUS**

1. A reforma visando à “qualificação” de uma determinada OS no caso específico da saúde, ignora por completo a dinâmica da descentralização que vem sendo levada a cabo no setor. De acordo com a minuta da MP, a “qualificação” se dá por ato do Ministério da área a que se subordina a instituição. Do mesmo modo, na celebração do “contrato de gestão” não se leva em consideração a existência das autoridades sanitárias estaduais e municipais e seus respectivos planos e autonomia para gerir, nos limites legalmente estabelecidos, a saúde em seus territórios.

2. Ao conselho das OS cabe “definir objetivos e diretrizes de atuação da entidade”, sem que se preveja nenhuma compatibilização ou subordinação aos Conselhos de Saúde. É preciso que o processo de autonomização e de transferência de gestão para um ente não estatal na área da Saúde não ignore a necessária e justa subordinação das instituições ao Poder Público municipal. As OS sendo consideradas entes públicos deverão ser adequadas às exigências de Controle Social vigentes no sistema de saúde. Entretanto ao serem consideradas entidades autônomas qualquer interferência governamental poderá ser considerada abusiva.

3. As dotações orçamentárias serão destinadas às OS sem qualquer consideração sobre o processo de descentralização, mas na “forma do Contrato de Gestão”. A exemplo do já destacado nos dois itens anteriores, essa questão também demonstra que não foram consideradas a dinâmica do processo de descentralização e a autonomia do Município para gerir a saúde em sua respectiva área geográfica.

4. A perspectiva de que a instituição passe a celebrar convênios para a absorção da demanda dos planos privados de seguros de saúde, a exemplo do que já vem ocorrendo hoje em algumas instituições, traz dificuldades para a implementação da concepção original do SUS de universalidade e de equidade. Essa fórmula certamente criará a categorização da clientela e redundará em privilegiamento dos “clientes particulares” em detrimento do “paciente SUS”. Por outro ângulo de análise, é inconcebível imaginar organizações públicas com pletora de demanda social-SUS desviando bens e pessoas para atendimento a clientelas de planos de saúde e seguros, estes vistos como supletivos ao próprio SUS.

## **2. PRESSUPOSTO (FALACIOSO) DA PROPOSTA DAS “ORGANIZAÇÕES SOCIAIS”**

Basta um simples exercício epistemológico sobre o pressuposto

da iniciativa de criação das “Organizações Sociais” e, em seguida, sobre a existência ou não de apoio constitucional à proposta do MARE, para se verificar a desnecessidade da iniciativa de novo modelo de organização de serviços públicos e se confirmar a racionalidade de uma outra providência governamental que deveria ser tomada em lugar do projeto das OS, providência esta filosoficamente justificável e pragmaticamente operável.

Vejamos:

Tanto os argumentos lançados pelo MARE na Exposição de Motivos que acompanhou o projeto de lei que “dispõe sobre as entidades qualificadas como Organizações Sociais”, como o enunciado dos objetivos do “Programa Nacional de Publicização, constantes do projeto de decreto preparado pelo MARE na forma da referida lei, dão como base da criação das Organizações Sociais, em síntese, a “rigidez burocrática” da atual administração pública, direta e indireta, cuja forma organizacional já não atende, com agilidade, qualidade e eficiência, à demanda dos cidadãos por determinados serviços sociais, como a saúde e a educação.

O documento do MARE se refere as tentativas anteriores “no sentido de assegurar autonomia aos serviços sociais através das figuras jurídicas das autarquias e das fundações públicas”, as quais, entretanto, segundo o MARE, “fracassaram ao pretenderem a implantação de uma administração gerencial ao invés de burocrática”, ... “na medida em que a incapacidade de conceber e implantar instrumentos de controle e de avaliação adequados levaram à recentralização de todo o sistema”. E afirma, enfaticamente, o MARE: “Com o projeto das Organizações Sociais será possível descentralizar novamente, em moldes mais consistentes e irreversíveis”. (sic)...

ENTÃO SERIA MAIS LÓGICO E NATURAL QUE O GOVERNO TOMASSE A INICIATIVA DE RETIRAR TODOS OS ENTRAVES QUE ELE MESMO COLOCOU NO FUNCIONAMENTO DAS AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES PÚBLICAS, E TAMBÉM NOS ÓRGÃOS AUTÔNOMOS, E DEVOLVESSE A ESSES ÓRGÃOS E ENTIDADES A AGILIDADE, FLEXIBILIDADE E AUTONOMIA GERENCIAL QUE LHE SÃO IMANENTES E FORAM SENDO RESTRINGIDAS AO LONGO DO TEMPO, AO INVÉS DE CRIAR NOVO ENTE JURÍDICO, ESDRÚXULO, QUE EXIGIRIA MAIS CONTROLE DO ESTADO, GASTARIA MAIS RECURSOS DO ESTADO E, EVENTUALMENTE, TRARIA AO ESTADO ÔNUS INCALCULÁVEIS, UMA VEZ QUE O PODER PÚBLICO NÃO PODERIA EXIMIR-SE DA EXECUÇÃO DE DETERMINADO SERVIÇO PÚBLICO QUE UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DEIXASSE DE EXECUTAR.

### **3. A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DIANTE DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Exatamente porque o Governo não se preocupou em retirar as entaves das autarquias e fundações (uns impostos por lei e outros, a maioria, por decretos, portarias e circulares), fazendo-as recuperar a sua autêntica natureza de entidades da Administração Indireta, descentralização portanto, foi que ele incorreu num dos maiores equívocos na organização e execução dos serviços públicos: a famigerada Organização Social, que tem características de pessoa jurídica de direito privado e apresenta muitos aspectos típicos do direito público.

Neste particular, é importante dizer que vários dispositivos da Constituição Federal, abaixo transcritos, mostram que as OS estão dentro da Administração Pública, ao contrário do pensamento vigorante no MARE, que imagina ser possível um ente “não-governamental” gerindo serviços públicos.

A proposta do MARE conflita com o texto constitucional que até mesmo no caso das empresas públicas e das sociedades de economia mista submetidas ao regime jurídico do setor privado, cf. art. 173, § 1.º, CF, as sujeita a observar os princípios constitucionais orientadores da Administração Pública (art. 37, CF), como concurso público, licitações, não acumulação de cargos, etc. Frize-se: mesmo as entidades que operam segundo as leis do setor privado estão sujeitas a observar mandamentos próprios da administração pública, pois, nessas hipóteses, a mesma Constituição derogou preceitos do direito privado. Como, então, as OS poderão ficar de fora dos limites constitucionais demarcadores da organização e do funcionamento das entidades da administração indireta?

Art. 5.º

...

XVIII – A criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada à interferência estatal em seu funcionamento;

...

Art. 37 – A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte:

...

Art. 41

...

§ 3.º – Extinto o cargo ou declarada sua desnecessidade, o servidor estável ficará em disponibilidade remunerada, até seu adequado aproveitamento em outro cargo.

...

Art. 49 – É da competência exclusiva do Congresso Nacional:

...

X – fiscalizar e controlar, diretamente, ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta:

...

Art. 70 – A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercido pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

...

Art. 165 – Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

...

§ 5.º – A lei orçamentária anual compreenderá:

I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

...

Art. 169 – A despesa com pessoal ativo e inativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderá exceder os limites estabelecidos em lei complementar.

Parágrafo único. A concessão de qualquer vantagem ou aumento de remuneração, a criação de cargos ou alteração de estrutura de carreiras, bem como a admissão de pessoal, a qualquer título, pelos órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, só poderão ser feitas:

I – se houver prévia dotação orçamentária suficiente para atender às projeções de despesa de pessoal e aos acréscimos dela decorrentes;



II – se houver autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias, ressalvadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

Cotejando-se esses preceitos da Carta Magna com dispositivos do projeto de lei de criação das Organizações Sociais, verifica-se, de imediato, que, pelo art. 5.º, inciso XVIII, é vedada a interferência estatal no funcionamento de associações e cooperativas e o art. 3.º do projeto de lei prevê um Conselho de Administração ou Conselho Curador com 30% de representantes do Poder Público, como membros natos.

De outra parte, no tocante à transferência de recursos públicos para as OS e os mecanismos de fiscalização financeira, orçamentária e operacional que o Poder Público exercerá sobre as OS (artigos 10 a 15 do projeto de lei), as OS estão mais próximas de caracterizarem-se como entidades da Administração Indireta do que como genuína pessoa jurídica de direito privado, abrangida no art. 170 e seguintes da Constituição.

Pode-se adivinhar, também, o conflito que se instaurará entre a OS – fundacional e o Ministério Público – fiscal das fundações, quando a OS fundacional alegar que só está sujeita à fiscalização do Ministro de Estado supervisor, auxiliado pela auditoria externa do Tribunal de Contas (art. 11 do PL).

Então há de se perguntar: se a lei de criação das OS já nasceria passível de arguição de inconstitucionalidade e, em consequência, seriam inválidos os contratos de gestão celebrados entre a União e a OS, ensejando demorados e complexos litígios na Justiça, por que não buscar, como se lembrou atrás, outras formas de flexibilizar e agilizar os órgãos e entidades públicas hoje existentes, abandonando-se a idéia de criação das OS?

#### **4. A OBSERVÂNCIA DE PRECEITOS CONSTITUCIONAIS PELAS CONHECIDAS “FUNDAÇÕES DE APOIO” (ENTIDADES PRIVADAS)**

É oportuno fazer referência à Lei n.º 8.958, de 20/12/94, que disciplinou as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio, visando, com essa medida, a compatibilizar a atuação das fundações de apoio, benéfica as IFES, com a observância, pelas próprias IFES e pelas fundações de apoio, de normas indisponíveis reguladoras da administração pública.

##### ***Por exemplo:***

a) a Lei n.º 8.958/94 mantém a fiscalização dessas fundações privadas pelo Ministério Público;

b) na aplicação de recursos públicos as fundações de apoio estão obrigadas a observar o Estatuto de Licitações e Contratos; e

c) as fundações de apoio devem submeter-se ao controle finalístico e de gestão exercido pelo Poder Público.

Além disso, a lei vedou às IFES o pagamento de débitos contraídos pelas fundações de apoio, bem como a responsabilidade em relação ao pessoal contratado pelas fundações.

Finalmente a mesma lei previu o ressarcimento as IFES, pelas respectivas fundações de apoio, da utilização de bens e serviços das IFES.

Ora, se algumas entidades privadas (fundações de apoio), que vinham atuando em favor da eficiência, agilidade e flexibilidade, foram obrigadas a se enquadrar no contexto legal regulador da Administração Pública, respeitando, assim, mandamentos constitucionais, nenhuma outra iniciativa do estilo das “fundações de apoio” (como as OS) poderá juridicamente prosperar.

## **5. DA FLEXIBILIDADE OPERACIONAL DAS AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES PÚBLICAS**

Recentemente, a Medida Provisória n.º 1.549-29, de 16/4/97, que tratou da organização da Presidência da República e dos Ministérios dispôs, no seu artigo 48, que o Poder Executivo poderá qualificar como Agência Executiva à autarquia ou a fundação que tenha cumprido os seguintes requisitos:

I – ter um plano estratégico de reestruturação e de desenvolvimento institucional em andamento;

II – ter celebrado Contrato de Gestão com o respectivo Ministério supervisor.

§ 1.º – A qualificação como Agência Executiva será feita em ato do Presidente da República.

§ 2.º – O Poder Executivo editará medidas de organização administrativa específicas para as Agências Executivas, visando a assegurar a sua autonomia de gestão, bem como a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros para o cumprimento dos objetivos e metas definidos nos Contratos de Gestão.

Como lembramos anteriormente, o governo teve e tem oportunidade de aprimorar as estruturas administrativas vigentes, flexibilizando e agilizando a máquina burocrática, como pretendeu demonstrar com a idéia da

“qualificação como Agência Executiva” de autarquias e fundações públicas, a fim de assegurar-lhes, de um lado, autonomia de gestão e recursos orçamentários e financeiros suficientes, e, de outro lado, exigir-lhes resultados.

Só que o governo não precisa qualificar as autarquias e fundações públicas como agências executivas para atingir aqueles fins mediante contrato de gestão.

Basta que exija das autarquias e fundações a sua reestruturação adequada e o seu funcionamento qualitativo, pois, de sua natureza, as autarquias e fundações devem ter autonomia de gestão, recursos suficientes e produzir resultados satisfatórios.

Assim, o art. 48 da MP n.º 1.549-29/97 deveria ser reformulado, no mínimo para considerar todas as autarquias e fundações públicas como entidades aptas a realizar os seus objetivos institucionais, assegurando-se a elas as prerrogativas que lhes são iminentes e estão sendo restringidas.

Do contrário, o governo está subvertendo a ordem natural das coisas, pois o ministério supervisor de uma autarquia ou fundação já tem poderes (deveres), legalmente garantidos, para exigir que essas entidades cumpram o seu papel, independentemente de contrato de gestão!

Aliás, falar em “contrato” de gestão entre a Administração Direta e entidades da Administração Indireta é um contra-senso, pois desnatura o instrumento jurídico denominado “contrato” e cria mais problemas que soluções.

Ainda nessa passagem cabe observar, como consta de documento do ano passado, de autoria de Guido Ivan de Carvalho, que

**“NÃO É PRECISO DESMONTAR O APARELHO ESTATAL EXISTENTE, NEM TUMULTUAR O ARCABOUÇO LEGAL DO PAÍS, PARA FAZER UM HOSPITAL, UMA UNIVERSIDADE, UM CENTRO DE TECNOLOGIA OU UM MUSEU FUNCIONAREM A CONTENTO, OU SEJA, EM BENEFÍCIO DA COLETIVIDADE E COM EMPREGO ADEQUADO DE RECURSOS”.**

Conforme expôs ao Grupo e consta do referido documento afirmou Guido Ivan que em vez de “privatizações”, “terceirizações” ou da “publicação do público que virou privado”, bastam algumas medidas, como:

1) extrair da legislação vigente o seu potencial de soluções variadas, seguras e efetivas, mantendo no âmbito estatal o que aí deve permanecer, e só privatizando o que a Constituição admite como privatizável;

2) aplicar à área social as disposições constitucionais que não se destinam apenas à área econômica, como a participação de autarquia e fundação pública em empresa privada;

3) flexibilizar a gestão e o funcionamento das autarquias e fundações públicas (como é de sua natureza jurídica), entidades essas que estão cada vez mais amarradas e oneradas por orçamentos insuficientes, estruturas uniformes e controles descabidos e ineficazes, incluindo recentes medidas burocratizantes impostas pelo próprio MARE.

Portanto, sem alterar a Constituição nem editar qualquer lei de reforma administrativa, mas apenas usando o arsenal jurídico vigente, podem ser adotadas algumas alternativas instrumentais na área do SUS (além de outras possíveis, tanto pela União como pelos Estados e Municípios – “Agenda IDISA”, INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO, 1995) cabendo lembrar, aqui, que a descentralização dos serviços e ações de saúde fortaleceu, institucionalmente, os Municípios na execução de serviços e, depois, os Estados.

a) Criação por lei, estadual ou municipal, de estabelecimento hospitalar autárquico, uma autarquia de regime especial com a finalidade exclusiva de prestar serviços de assistência à saúde, de acordo com os princípios, as normas e os objetivos do SUS.

b) A autorização, por lei, para a criação de subsidiárias de autarquias, fundações públicas e empresas públicas, como previsto na Constituição Federal, medida que resolveria a situação de órgãos e extensões de secretarias de saúde e universidades, como hemocentros, institutos de pesquisa, produtoras de insumos biológicos, hospitais universitários, etc.

c) Estabelecimento, por decreto, resolução ou portaria, de parceria do poder público com instituições privadas filantrópicas ou sem fins lucrativos da área da Saúde, para a execução de determinados serviços em benefício da população;

d) Instituição de regimes especiais de trabalho em órgãos públicos.

As alternativas acima, concretizadas isolada ou conjuntamente, e na extensão de cada realidade estadual ou municipal, com as peculiaridades político-administrativas e loco-regionais, oferecem as mesmas vantagens operacionais desejadas pelo MARE na área social garantindo a agilização e flexibilização dos serviços, com resultados qualitativos para a população, sem os problemas anteriormente apontados.

Registre-se, de passagem, que não constituem obstáculos à boa gestão dos serviços públicos o “regime jurídico único” (a CLT não é um

regime jurídico único para o setor privado?...), nem o “estatuto das licitações e contratos”, ainda que esses conjuntos de regras jurídicas reclamem aperfeiçoamentos.

O gestor competente sabe administrar, finalisticamente, dentro da lei e o reconhecimento social de sua atuação acabará por credenciá-lo a exigir do governo constantes melhorias no Serviço Público.

## **6. CONCLUSÃO**

Diante do que ficou acima exposto considera-se que:

- 1) é necessária maior flexibilidade na gestão das unidades de saúde;
- 2) já existem alternativas legais, tais como autarquias, fundações e empresas públicas capazes de permitir essa maior flexibilização sem necessidade da criação de um novo ente jurídico;
- 3) há vários aspectos na proposta das OS que são conflitantes com as disposições constitucionais;
- 4) o processo de qualificação das OS é discricionário, cabendo exclusivamente ao Ministro da Saúde, no âmbito da União, a indicação dos grupos que virão a constituir as referidas organizações;
- 5) a proposta das OS não explicita as formas de relação entre os diferentes segmentos da clientela (SUS, convênio, seguros, etc.) podendo colocar em risco os princípios de universalidade, integralidade e equidade;
- 6) a proposta das OS não leva em conta a organização do SUS principalmente no que respeita às instâncias de controle social e direção única do sistema, visto que não prevê mecanismos de subordinação aos gestores municipais ou estaduais por parte dessas organizações;
- 7) não há garantias que protejam o Estado face à criação da expectativa de direito para os credores dessas organizações em caso de descumprimento ou insolvência;
- 8) a transferência de patrimônio público estatal para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, malversação, etc., constitui grave precedente;
- 9) há aspectos principalmente os relativos à gestão de RH, na proposta das OS, que não atendem às necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como a possibilidade de ter na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferentes remunerações.

Finalizando, consideram-se que o Poder Executivo (especificamente o MARE) poderia, num esquema mais aberto e receptivo, pelo menos no tocante à área da Saúde, onde o SUS já significa uma reforma do aparelho do Estado, discutir alternativas de aperfeiçoamento de estruturas, gerenciamento e financiamento de órgãos e entidades públicas da área da Saúde.



## **RESOLUÇÃO DO CNS N.º 207, DE 5 DE DEZEMBRO DE 1996**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 61.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 4 e 5 de dezembro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando que:

- ♦ o Conselho Nacional de Saúde é o órgão máximo deliberativo da Política de Saúde no País, conforme prevê a Lei n.º 8.142/90;

- ♦ as responsabilidades desse Conselho com o Sistema Único de Saúde (Lei n.º 8.080/90), em processo de implantação e a exigir maior decisão política no que tange à descentralização e ao seu financiamento;

- ♦ os Conselheiros tomaram conhecimento da proposta de Reforma Administrativa, inclusive em sua aplicação no setor saúde, embora que de forma indireta e incompleta;

- ♦ reconhecendo a necessidade de aprimoramento do processo de descentralização do Sistema de Saúde e em particular a necessidade de alcançar maior eficiência das unidades assistenciais a serviço de eficácia social do Sistema; e

- ♦ reconhecendo as profundas implicações das (medidas) propostas e o risco de repercussões desorganizativas no setor Saúde (natureza pública dos serviços, articulação de níveis hierárquicos, asseguramento da integralidade, garantia de acesso equânime e universal da população, etc.).

### **RESOLVE:**

1. Solicitar ao Governo Federal que não adote nenhuma proposta de mudança sem o prévio debate nesse Conselho e na sociedade e suspenda a aplicação da proposta de reforma na saúde para que o Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e no prazo de 180 (cento e oitenta) dias se pronuncie a respeito.

2. Pedir ao Ministro da Saúde e ao Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado que dêem todo o apoio necessário ao trabalho da comissão especial estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde para a matéria.



CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 207, de 5 de dezembro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE  
Ministro de Estado da Saúde

# REFORMA DO ESTADO E REPERCUSSÕES PARA O SUS

*(Deliberação aprovada por unanimidade na reunião plenária do CNS, de 10 de novembro de 1999)*

## 1. APRESENTAÇÃO

No final de 1998, o Conselho Nacional de Saúde, conforme previsto na Resolução 223, de 7 de maio de 1997, determinou a reativação dos trabalhos do grupo que analisou as propostas de reforma do Estado e suas relações com o Sistema Único de Saúde, com o objetivo de atualizar o posicionamento do plenário frente às propostas do governo federal e de algumas unidades federadas de criação das “organizações sociais”. Entretanto, no início dos seus trabalhos o grupo decidiu, além de atender a este objetivo, adotar uma opção mais abrangente qual seja a de analisar também outras modalidades organizacionais aplicáveis ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as alterações constitucionais e legais decorrentes da nova legislação referente à Reforma do Estado. O foco das discussões no âmbito do GT alcançou ainda o conjunto de experiências, visando à flexibilização, que vêm sendo adotadas em diferentes instituições de saúde.

### 1.1. Composição do Grupo de Trabalho

Coordenador: Sérgio Francisco Piola

Relator: Rita Barradas Barata

Componentes: Carlos Martins

Neide Regina Cousin Barriguelli

Mozart de Abreu de Lima

Fernando Passos Cupertino de Barros

Temístocles Marcelus Neto

Ruy Nedel (Assistente técnico do CNS)

### 1.2. Dinâmica dos Trabalhos

Definidos os objetivos e a pauta de trabalhos, o grupo passou a avaliar, no decorrer de seis reuniões, algumas experiências de gestão que haviam sido objeto de análise, por encomenda, no convênio CNS/ABRAS-

CO, bem como as alterações constitucionais decorrentes da emenda referente à administração pública (reforma administrativa), a Lei Federal n.º 9.637, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a Lei Complementar n.º 846 do Estado de São Paulo, que dispõe sobre o mesmo assunto.

Além da discussão e análise dos documentos referidos, o grupo reuniu-se com a Professora Maria Sylvia Zanella Di Pietro, da Faculdade de Direito da USP e com a Dr.<sup>a</sup> Lenir Santos da UNICAMP, procurando aclarar as implicações legais. De posse desses conteúdos o grupo elaborou o presente relatório para a apreciação do plenário.

## **2. RELATÓRIO**

### **2.1. Introdução**

O objetivo primordial de qualquer reforma da administração pública deve ser colocá-la a serviço dos cidadãos, da forma mais eficiente e eficaz. Na área da Saúde, a criação do SUS já representou uma profunda reforma dos princípios gerais de organização do sistema. Contudo, é necessário aprofundar o seu processo de implementação, inclusive rompendo antigas amarras para que, de fato, construa-se nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, uma nova lógica de modelo de gestão e assistencial que atenda aos interesses da população.

Esta nova lógica não pode perder-se na discussão exclusiva das formas de se constituir juridicamente uma entidade. Ademais, é necessário avançar para além dos debates econômicos que, em geral, propõem alternativas que visam, quase sempre, a buscar mecanismos de redução de custos por intermédio da desoneração de encargos sociais e da desregulamentação do trabalho.

De qualquer forma, considerando-se, por exemplo, a questão da gerência de unidades de saúde, sobretudo as de maior porte, há necessidade de maior flexibilidade, porém resguardando-se os preceitos constitucionais e legais na defesa do patrimônio público, os interesses dos cidadãos e obedecendo-se aos princípios e diretrizes do SUS (CNS Resolução n.º 223, de 7 de maio de 1997).

Partindo desse pressuposto, este relatório analisa a questão em quatro tópicos:

- dificuldades na gerência de unidades de saúde;
- caminhos de superação dessas dificuldades, apontados pela legislação;

- formas jurídicas alternativas;
- conclusões e recomendações.

## **2.2. Dificuldades na Gerência de Unidades de Saúde**

O grupo identifica dois conjuntos principais de problemas a serem considerados na gestão do Sistema Único de Saúde:

(i) problemas, na dimensão macro do sistema, isto é, que dizem respeito à consolidação da proposta do SUS como um todo, destacando-se a inexistência de financiamento estável e regular, compartilhado pelas três esferas de governo e as dificuldades do processo de descentralização, diante da falta de explicitação de um compromisso mais claro acerca das competências dos diferentes níveis de governo; e,

(ii) problemas na dimensão micro, isto é, que dizem respeito à gerência de unidades de saúde.

Considerando-se, especificamente, a questão da gerência de unidades de saúde, é necessário que se estabeleça alguns critérios para a análise das propostas de reforma administrativa:

a) o regime jurídico público ou privado, lucrativo ou filantrópico, uma vez que as relações entre o Estado e esses entes se fará de maneira diferenciada de acordo com a natureza jurídica;

b) a complexidade tecnológica das unidades consideradas, visto que os problemas gerenciais serão diferentes segundo o porte da unidade considerada;

c) a inserção dessas unidades no Sistema Único de Saúde, isto é, o grau de integração ao sistema considerando-se aspectos, tais como a necessidade; a compatibilidade dos serviços prestados com a situação epidemiológica da população; a capacidade de gestão da respectiva esfera de governo, entre outros;

d) a missão institucional das unidades, principalmente, quanto ao atendimento universal e igualitário aos usuários, naquilo que for o seu objeto de ação, responsabilizando-se pelos resultados (produto) obtidos em termos de qualidade dos serviços oferecidos;

e) o controle social sobre a gestão e os serviços prestados pelas unidades de saúde. Entende-se por “controle social” a instituição de Conselhos ou Comissões com participação de usuários (Comissões Locais de Saúde), constituídos dentro dos critérios e objetivos definidos nas Leis Orgânicas e pelas Conferências Nacionais de Saúde, que não podem ser

confundidos com os tradicionais Conselhos Fiscais das entidades prestadoras de serviços.

Com relação aos problemas de gerência de unidades de saúde, objeto desse relatório, a análise focalizou:

- a gestão de recursos humanos, tendo em vista as limitações impostas pelo regime do funcionalismo e pela Lei Camata<sup>1</sup>, que estabelece o teto de despesas com pessoal;
- as possíveis limitações para a capacidade gerencial impostas pelas leis que regulamentam a compra de bens e serviços (de licitações);
- os dispositivos legais que regulamentam as formas jurídicas das instituições de saúde;
- instrumentos que possibilitem estabelecer compromissos de gestão e, portanto, que permitam a substituição do mero controle formal pela avaliação de resultados.

### **2.3. Mudanças na Legislação e Repercussões em Relação aos Pontos Anteriormente Mencionados**

#### **2.3.1. Gestão de Recursos Humanos**

Com relação à gestão de recursos humanos a reforma administrativa, entre outros preceitos, estabelece que:

- para atividades exclusivas do Estado o provimento de cargos ou empregos públicos é feito por concurso público de acordo com as normas previstas em lei e com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego;
- para ocupantes de empregos regidos pela CLT o processo seletivo será obrigatório, instituindo-se a figura do emprego público;
- a remuneração dos servidores de qualquer um dos poderes federais deverá ser aprovada em lei respeitados os dispositivos da Lei Camata;
- é permitida a criação de gratificações por desempenho.

Observa-se assim que a reforma administrativa manteve as restrições anteriormente existentes no que diz respeito à remuneração e formas de seleção e ingresso de servidores, além de formalizar uma série de iniciativas que já estavam em curso, tais como a contratação em regime regido pela CLT e a fixação de gratificações de desempenho. A permissão para a contratação em regime regido pela CLT significa o fim do conceito de estabilidade da função pública e busca aliviar o ônus com as aposentadorias próprias do regime dos servidores públicos.

<sup>1</sup> Lei que define o teto de gastos com pessoal, atualmente fixado em 50% do orçamento estadual.

### 2.3.2. Lei de Licitações

A adoção do contrato de gestão entre entes públicos da administração direta e indireta, permitirá a adoção de normas diferenciadas para licitação estabelecidas no próprio contrato, a exemplo do que foi estipulado na lei de criação das agências executivas. Também para as empresas públicas a nova legislação prevê a adoção de legislação específica, que se espera mais ágil.

### 2.3.3. Contrato de Gestão

O dispositivo constitucional, parágrafo 8.º do artigo 32, (Emenda 19), depois de regulamentado por lei possibilitará o estabelecimento de contratos de gestão com órgãos da administração direta, autárquica e fundacional de modo a proporcionar-lhes maior autonomia gerencial, orçamentária e financeira. O principal objetivo do contrato de gestão é desviar o foco do controle, anteriormente centrado exclusivamente nas atividades meio, em direção a produtos e resultados.

O contrato de gestão é um instrumento (contratual/convenial) que assegura o repasse de recursos financeiros (inclusive para investimentos) às unidades prestadoras de serviços de saúde do SUS, por dotação orçamentária ou valores pré-definidos, de forma automática, através do estabelecimento de metas e resultados a serem atingidos. Os valores pelos serviços prestados não são repassados através da quantidade de procedimentos realizados.

Esse dispositivo constitucional possibilitará o estabelecimento de acordos formais com órgãos da administração direta, autárquica e fundacional de modo a proporcionar-lhes maior autonomia (gerencial, orçamentária e financeira) e com isso, ampliar sua eficiência no alcance de seus objetivos finalísticos.

A autonomia, devidamente regulada, poderá (i) liberar os órgãos sob contrato de gestão de alguns controles orçamentários e financeiros; (ii) adotar normas diferenciadas para a compra de bens e serviços (licitações); (iii) permitir a criação de gratificações por desempenho; (iv) desviar o foco do controle das atividades-meio para os resultados; (v) agilizar os procedimentos de recrutamento e contratação de pessoal utilizando o concurso público para os cargos relacionados com as atividades exclusivas de Estado e o processo seletivo para os casos de ocupantes de empregos regidos pela CLT.

No caso das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e das Organizações Sociais, entes quase públicos e, por definição, autônomos, o objetivo do contrato de gestão seria o de instrumentalizar o Po-

der Público para o exercício do controle sobre essas entidades as quais, embora de direito privado, recebem recursos públicos, sujeitando-se por conseguinte, a submeterem-se aos princípios constitucionais da administração pública, quais sejam moralidade, publicidade, impessoalidade.

#### 2.3.4. A Terceirização de Serviços

Na interpretação de alguns juristas a instituição pública não pode terceirizar funções para as quais disponha de cargo específico para desempenhá-la. É possível, no entanto, terceirizar inclusive serviços finalísticos, desde que prestados fora das dependências do órgão público.

Formas variadas de terceirização têm sido utilizadas na criação de “quadros paralelos” para a execução de determinados programas, como o PSF, o PACS e o de controle do vetor da dengue, por exemplo. Progressivamente, quem gera recursos públicos e quem presta os serviços públicos são entidades distintas, havendo uma multiplicidade de formas de terceirização através de empresas privadas, cooperativas gerenciais ou de profissionais, contratação temporária, comissionamentos e vínculos informais. O relatório final do seminário “Políticas de Recursos Humanos para a Saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho” realizado pela coordenação de desenvolvimento de RH para o SUS do MS, OPAS e CONASEMS analisa essas várias modalidades chamando a atenção para a precarização das condições de trabalho que a maioria delas implica.

### 2.4. Formas Jurídicas Alternativas

Foram discutidas algumas das formas jurídicas contempladas na legislação, considerando-se sua adequação ou não ao SUS.

#### a) Organizações Sociais

A proposta de criação de Organizações Sociais tem como objetivo central a redução das despesas com pessoal no setor público, de forma a buscar o enquadramento aos parâmetros da Lei Camata e, conseqüentemente, contribuir para o ajuste fiscal (o que é discutível, pois na verdade apenas modifica o código de despesas para pagamento de pessoal). Na versão federal, adotada por alguns Estados, também buscam a obtenção de fontes alternativas de receita, decorrentes sobretudo, da venda de serviços para operadoras de planos e seguros de saúde a pacientes privados. A proposta não responde de maneira adequada às questões do controle social, gera questionamentos quanto ao poder discricionário das autoridades que detêm a competência para a qualificação dos proponentes e levanta dúvidas quanto a possíveis desigualdades de acesso que possa gerar.

Na versão paulista, as organizações sociais são destinadas a atender exclusivamente ao SUS e para a habilitação é exigida experiência prévia de atuação na área. Contudo, só se aplicam a estabelecimentos de saúde novos, isto é, que ainda não tenham entrado em funcionamento, restringindo assim, sua possibilidade de aplicação à grande maioria da rede de serviços.

Há ainda a figura das sociedades civis de interesse público, de que trata Emenda 19 e a Lei Federal n.º 9.790/99, que poderia ser analisada a fim de estabelecer sua aplicabilidade aos problemas de gestão do SUS.

#### b) Empresa Pública

A empresa pública poderia trazer vantagens, como a flexibilização das normas de licitação; a livre fixação da remuneração de pessoal, respeitada a exigência de prova de seleção e as regras da política salarial do governo. Entretanto, considerou-se que as experiências existentes no País limitam-se a situações de complexos hospitalares de referência, ignorando-se os motivos que levam ao aumento do custo operacional (se decorrente do modelo em si ou da complexidade de suas atividades). Além disso, os controles gradativamente impostos pelo governo a essas empresas, aparentemente as tornaram menos flexíveis do que as organizações sociais ou as sociedades civis de interesse público. Pela nova legislação o Estado poderá fazer contratos com unidades públicas, constituídas como Empresas Públicas, aumentando sua flexibilidade de gestão.

#### c) Agências Executivas

As agências executivas também apresentam uma série de prerrogativas que lhes conferem maior autonomia e flexibilidade de gestão. Entretanto, são figuras jurídicas regulamentadas apenas no plano federal não podendo ser aplicadas aos serviços do SUS que, em sua maioria, estão na esfera municipal ou estadual. Ademais, no desenho atual, se destinam ao desenvolvimento de ações e serviços de competência exclusiva do Estado. Não é o caso da prestação de assistência à saúde e, por conseguinte, de hospitais e unidades de saúde em geral. Mas é, tipicamente, o caso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, já criada, de outra agência (já cogitada) para regular o setor de planos e seguros de saúde.

#### d) Fundações de Apoio

As fundações de apoio, mecanismo utilizado principalmente pelos centros de excelência para flexibilizar a gerência administrativa e financeira e possibilitar o aumento de suas receitas, começam a ter sua legalidade contestada pelo Ministério Público do Estado de São Paulo sob a alegação de propiciar a criação de mecanismos de desigualdade no acesso aos serviços.



### **3. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

#### **3.1. Conclusões**

Na verdade, a alternativa mais segura para a gestão das unidades de Saúde Pública deve ser a gestão pública, por administração direta, indireta e fundacional (a partir dos instrumentos de gestão definidos na legislação do SUS), com efetivo controle social e financiamento assegurado pelo Sistema Único de Saúde (das três esferas de governo), com coordenação do respectivo gestor, especialmente do gestor municipal.

As unidades de saúde privadas, incluindo as filantrópicas, prestadoras de serviços de saúde ao SUS, deverão ter relações formais com o Sistema de Saúde, através dos instrumentos legalmente constituídos (contratos, convênios ou outro termo de parceria), baseados nos princípios do Direito Público, cuja regulação deve ser assegurada pelos gestores do Sistema de Saúde, em processos de negociação e com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Por outro lado, quaisquer que sejam as modalidades jurídicas, organizacionais ou os instrumentos administrativos que possam ser adotados para conferir maior autonomia às unidades públicas de saúde, visando a torná-las mais eficientes, têm como principal risco a institucionalização das desigualdades no acesso em virtude da possibilidade de discriminações no atendimento.

A melhor combinação possível entre o máximo de eficiência e o mínimo de desigualdade poderia ser alcançada a partir das seguintes diretrizes:

- profissionalização da gestão, recrutando executivos qualificados, remunerados segundo valores de mercado, trabalhando em regime de tempo integral e dedicação exclusiva;
- separação entre gestão administrativa e gestão técnica traçando clara linha divisória entre ambas, assegurando-lhes o mesmo status funcional;
- garantia de maior autonomia às unidades prestadoras, sobretudo àquelas de maior porte, desde que sujeitas a efetivo controle social (código de defesa dos usuários de serviços públicos);
- adoção do contrato de gestão como instrumento para o repasse de recursos aos entes públicos da administração direta, autárquica e fundacional, visando a conferir maior autonomia à gerência de serviços e garantia do compromisso com o cumprimento de metas previamente acordadas;

- adoção de política de recursos humanos que valorize adequadamente a atuação dos funcionários e que forneça ao gerente instrumentos reais de administração de pessoal.

Com relação às Organizações Sociais, o grupo mantém as restrições colocadas em posicionamento anterior do Conselho Nacional de Saúde e sugere um maior acompanhamento da experiência de São Paulo que apresenta algumas modificações positivas em relação à proposta federal.

### **3.2. Recomendações**

- Sugerir aos gestores do SUS a elaboração de estudos relacionados à aplicabilidade das formas jurídicas empresa pública e sociedades civis de interesse público, para a área da Saúde, entre outras opções contempladas nas alterações constitucionais introduzidas pela Emenda 19.

- Incentivar a elaboração de anteprojeto para legislação infraconstitucional e/ou emendas constitucionais naqueles pontos em que há possibilidade de conferir flexibilidade gerencial, participação social e maior controle de resultados na administração de serviços do SUS (contrato de gestão, código de defesa dos usuários de serviços públicos, e outros).

- Apoiar o trabalho da CIRH/CNS de elaboração de uma NOB de recursos humanos para o SUS.



**HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS  
E DE ENSINO**



# **INSERÇÃO (DO COMPONENTE ASSISTENCIAL) DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – ABRIL DE 1999**

*(Relatório aprovado por unanimidade na reunião plenária do CNS, de 7 e 8 de abril de 1999)*

## **1. INTRODUÇÃO**

A crise dos Hospitais Universitários e de Ensino, atualmente, deve ser analisada e entendida como decorrente da crise institucional por que passa o aparelho formador na área da Saúde; da crise de financiamento e da estrutura de gastos do Sistema de Saúde e de condução das políticas públicas.

No entanto, é possível estabelecer novas bases de parceria dos Hospitais com os Gestores do Sistema Único de Saúde (Municipais, Estaduais e Federal) para construção dos instrumentos necessários tanto para a efetivação da hierarquização e regionalização dos serviços, como para novas diretrizes curriculares, contribuindo, assim, na superação de alguns fatores determinantes da crise.

A lógica organizacional e a cultura institucional da inserção apenas parcial no Sistema Único de Saúde, forçaram os Hospitais Universitários e de Ensino a adaptarem-se ao atendimento da demanda espontânea, à necessidade de faturamento na tabela do SUS, com as conseqüentes distorções no atendimento, com prestação de serviços primários e secundários, desperdícios e pouca resolutividade do sistema, levando a um descompasso entre demanda, oferta, modelo assistencial, currículo e pesquisa.

Os Hospitais Universitários e de Ensino, as Instituições de Ensino Superior e Gestores do SUS devem buscar a inserção mais orgânica e efetiva no sistema, criando condições reais de exercer sua missão e retribuir com a qualidade técnica que possui na assistência, no ensino, na pesquisa, na educação continuada, na avaliação de incorporação de novas tecnologias, através da pactuação, tornando-se mais abertos (os hospitais) à influência externa na definição do perfil profissional para o mercado e em especial para o SUS e na integração efetiva, sendo, de fato, referência terciária regional para o Sistema de Saúde.

## **2. REFERENCIAIS**

### **2.1. Inserção dos HUE no Sistema Único de Saúde**

A pactuação com os gestores públicos permite melhorar o rendimento, o impacto e resultados dos serviços de saúde: os espaços de pactuação, nas Comissões Bi e Tripartite e Conselhos de Saúde, possibilitam estabelecer uma relação adequada entre demanda e oferta de serviços, através de mecanismos reguladores que racionalizem tal relação. Entre eles, a central de regulação é imprescindível.

Esse movimento exige que os HUE participem na elaboração das políticas local e regional de saúde e disponibilizem para a central de agendamento as consultas de especialidade; serviços de apoio diagnóstico e terapêutica e internações, facilitando o acesso da rede básica a esses serviços.

Portanto, a central de regulação é instrumento de equidade no sistema, sendo possível aos Gestores e Prestadores (parceiros) implantar mecanismos que levam em conta a necessidade de saúde da população (prioridade de acesso) e não a necessidade própria dos serviços, sem prejuízo para o ensino.

## **2.2. Os HUE e as Novas Diretrizes Curriculares**

O processo de descentralização da gestão em curso, o esgotamento do mercado (especializado) e as exigências sociais impõem novos desafios ao aparelho formador. Entre estes desafios está o estabelecimento de novas diretrizes curriculares, tendo como premissas:

- a) a interdisciplinaridade;
- b) centrado no aluno;
- c) busca de espaços de ensino e aprendizagem, na rede de atenção primária e secundária;
- d) incorporação efetiva de conhecimento, habilidades, atitudes e competências, que tenham como referência as reais necessidades da população;
- e) conseqüente processo de avaliação integrado, contínuo e eficaz, transformador num aspecto geral, como a CINAEM, bem como instrumentos específicos de cada Escola na área da Saúde.

A Lei n.º 9.394/96, de Diretrizes e Bases da Educação – Lei Darcy Ribeiro – extingue o dispositivo de currículo mínimo e o substitui por “estratégias curriculares”, flexibilizando as mudanças curriculares, facilitando, portanto, o alinhamento do processo educacional a outras estratégias de transformações na sociedade. Assim, torna-se fundamental a aproximação do Sistema Único de Saúde com o Sistema Formador, tanto quanto com o Sistema de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, visando à otimiza-

ção dos recursos hoje dispersos em programas e atividades desalinhadas. Em outras palavras, MEC, MS e MCT deverão implementar suas políticas relacionadas à saúde no desenvolvimento e consolidação do SUS.

### **2.3. Os HUE como Pólos de Capacitação**

Os Hospitais devem se efetivar como pólos de capacitação e educação continuada para os profissionais da rede primária e secundária, com enfoque interdisciplinar através de cursos, oficinas, seminários e estágios organizados.

Uma demanda é o Programa Saúde da Família, que necessita da constituição de pólos, com certa celeridade.

### **2.4. Os HUE e a Construção de Novos Modelos Integrais da Atenção à Saúde**

A construção desses modelos é exigência da realidade de atendimento da clientela, e deve ocorrer a partir da elaboração de protocolos técnicos em conjunto com os profissionais do sistema.

Os protocolos técnicos possibilitam que a qualidade técnico-científica seja implantada no SUS, exigência esta, inadiável, e não só os Ministérios da Educação e da Saúde, mas também o Ministério da Ciência e Tecnologia, deverá fomentar pesquisas afins para viabilizar esse objetivo.

### **2.5. Os HUE e as Esferas de Gestão e Financiamento**

A inserção gerencial dos HUE à respectiva esfera de comando (municipal ou estadual) deverá ser definida no âmbito do pacto, tendo como referência, os instrumentos hoje existentes, tal como a Lei n.º 8.080/90 e a NOB 96, e lembrando sempre a necessidade de pleno respeito ao princípio Constitucional da autonomia universitária.

É fundamental reverter a lógica de financiamento subordinada ao pagamento por produção de serviços ambulatoriais, de internação e de alto custo, que de maneira geral, além de aportarem recursos insuficientes, induzem modelos técnico-assistenciais nem sempre adequados à realidade epidemiológica e às necessidades de saúde em âmbito local e regional.

É possível, desde que de forma pactuada, estabelecer contratos de gestão entre o HU e o gestor de sistema (municipal ou estadual) que determine responsabilidades e compromissos mútuos em relação à missão, metas, indicadores, avaliação e controle (pela própria instituição hospitalar



e pelo sistema), que garantam respostas às demandas dos diferentes níveis do sistema de saúde.

Deve-se inclusive, estabelecer uma nova modalidade de financiamento que permita ao HU o cumprimento das metas pactuadas, bem como o planejamento no processo de execução financeira da instituição (plano de custeio e investimento).

Se a pactuação aqui preconizada visa à inserção mais eficaz e eficiente dos HUE no SUS, o que inclui combate incessante aos desperdícios e implementação dos gastos voltados para a qualidade e resultados, deve-se também incluir nos pactos, de modo indissolúvel, a qualificação do ensino e pesquisa. Mas nada disso poderá por si só garantir a construção do SUS e de políticas públicas conseqüentes, se o País continuar destinando poucos recursos públicos à Saúde e à Educação, com *per capita* anuais dez vezes menores em média, em relação aos países desenvolvidos.

Finalmente, as sugestões acima remetem para a democratização da gestão dos HUE através de Conselhos Gestores, permitindo a participação dos usuários, alunos, profissionais de saúde, docentes e gestores públicos, em busca dos novos rumos para os serviços, e de consolidação dos mesmos como centro de atenção à saúde de excelência do SUS.

Este Relatório foi debatido e aprovado pela totalidade dos participantes da Oficina de Trabalho, a seguir relacionados.

Aginaldo Luiz Lesca Zague – SMS/Niterói; Atilio Mazzoleni – SESU/MEC; Amanceo Paulino de Carvalho – HUCFF/UFRJ/ABRAHUE; Arthur Roquete de Macedo – CNE; Carlos Alberto Eiras Garcia – Reitor da UF de Pelotas e ANDIFES; Claudio Duarte da Fonseca – MS/SAS/DSS; Edmundo Gallo – CONASEMS; Enio Lustosa Cantarelli – HU Oswaldo Cruz – UE Pernambuco; Francisco Barbosa Neto – HU Pedro Ernesto – UERJ e ABRAHUE; Francisco L. Gonzaga – HU Antonio Pedro –UFF; Gilson Coleman – HC/Marília; Gilson Cantarino O’Dwyer – CONASS; Janine Vieira Teixeira – FASUBRA; Jorge Chacha – Reitor da UF de MS e ANDIFES; José Ademar Baldim – ABRAHUE; José Guido Corrêa de Araujo – ABEM; José Roberto Ferraro – Presidente da ABRAHUE; Luiz André – ANMR; Luiz Cordoni Jr. – CGDRH/SPS/MS; Marcelino Osmar Vieira – UFSC e ANDIFES; Marcelo Coltro – DENEM; Maria Natividade J. S. T. Santana – ABEN; Mozart Junior T. Sales – ANMR; Niversina Soares – FASUBRA-SINDICAL; Paulo Carrara de Castro – ABRASCO; Raimundo N. Martins Fonseca – DENEM; Regina C. R. Stella – ABEM; Ricardo Lagreca – HU Onofre Lopes – UF de RN e ABRAHUE; Rosa Sampaio Vila Nova – CONASEMS; Samuel Silva da Silva – ABEM; Sérgio Luiz Magarão – MEC/CNS; Vitor Rabelo – ABRAHUE.

# **INSERÇÃO (DO COMPONENTE ASSISTENCIAL) DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – OUTUBRO DE 1999**

*(Utilização estratégica dos recursos do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa de Saúde (FIDEPS) e os de outras Fontes – Relatório aprovado por unanimidade na reunião plenária do CNS, de 5, 6 e 7 de outubro de 1999)*

## **1. NOTA PRELIMINAR**

A concretização dos propósitos do FIDEPS aqui resgatados e melhor direcionados, e nem a aplicação integral dos recursos captados em outras fontes segundo os princípios e diretrizes do SUS, não terão qualquer possibilidade de substituir o grave desfinanciamento público dos serviços de saúde. Essa questão encontra-se afeta à esfera macroeconômica e macropolítica no País, permanecendo o grande desafio do reagendamento pela sociedade e governo, de um Projeto de Emenda Constitucional (PEC) visando ao financiamento estável e suficiente para o setor.

Os mecanismos para melhor orientação e controle da aplicação dos recursos do FIDEPS e os de Outras Fontes, objeto desta oficina, visam, especificamente, a contribuir para uma estrutura dos gastos do SUS regional, incluindo o HUE, menos desperdiçadora e mais aderente aos princípios e diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, além do fôlego para continuar promovendo a imprescindível aglutinação e parcerização dos atores envolvidos, e a elevação da sua credibilidade e força política no contexto do reagendamento da PEC, da construção do SUS e da viabilização da missão dos HUE.

## **2. FIDEPS**

Deve ser aplicado em mecanismos efetivos de inserção no SUS regional. Este incentivo não deve permanecer preso à mera produção de serviços e graus do ensino de pós-graduação no HUE, mas, sim, ao Ensino e Pesquisa nos Serviços de complexidade primária e secundária extramurais, na rede de serviços da região, e complementarmente, nos serviços de complexidade terciária do HUE. O Programa de Integração Ensino-Serviço (PIES) deve ser reforçado e agilizado, com ampliação da sua composição para a ABRAHUE, ANDIFES, ABEM, ABEN, ANMR, DENEM e outros atores imprescindíveis, além da criação de instância correspondente do PIES nacional em cada uma das cinco macrorregiões do País.

## **Mecanismos e Metas**

1. Elaboração de Protocolos de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas, de forma integrada, com os profissionais das unidades ambulatoriais e hospitalares do SUS da região de influência direta (públicas e privadas conveniadas/contratadas), com destaque às ações de Atenção Básica à Saúde (Promoção, Proteção e Diagnóstico Precoce) e de Média Complexidade (Ambulatórios de Especialidade, Laboratórios, Hospitais Gerais de Pequeno e Médio Porte e Serviços de Urgência/Emergência).

2. Da mesma forma, elaboração de instrumentos de Referência e Contra-Referência.

3. Aprimoramento técnico integrado com profissionais das unidades ambulatoriais e hospitalares do SUS da região, através de Reuniões de Discussão Clínica de casos selecionados pelas equipes dessas unidades.

4. Participação dos HUE e Instituições de Ensino Superior (IES) nas instâncias de Gestão Descentralizada do SUS: Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada Estado, Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito da Diretoria Regional de Saúde do Estado, e nos Conselhos de Saúde do Estado, Capitais e Municípios-sede de HUE.

5. Reconhecimento da elaboração de Protocolos Técnicos de Condutas, de instrumentos de Referência e Contra-Referência e do Aprimoramento Técnico (Educação Continuada), ao nível de mecanismos privilegiados de discussões, negociações e pactuações entre o HUE/IES e os Gestores Descentralizados e Profissionais da rede de serviços da região, centrados nas Secretarias Municipais de Saúde.

6. Elevação progressiva da porcentagem de casos encaminhados, no atendimento ambulatorial, incluindo os serviços auxiliares de diagnose e terapia e de internações eletivas, visando a reduzir a demanda espontânea a nível residual. As internações de urgência/emergência devem ser realizadas, prioritariamente, através de central de vagas e agendamentos. Os prazos, etapas e metas serão definidos nos pactos do HUE e Gestores do SUS na sua região de abrangência direta, a partir da pactuação dos Protocolos de Condutas e dos Instrumentos de Referência e Contra-Referência.

7. Efetivação do disposto nos itens anteriores: somente viável através do exercício da pactuação de objetivos específicos e contrapartidas definidas, a começar com o Município-sede do HUE, e tendo como pano de fundo a implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento básico e decisivo da construção regional do SUS. O atual repasse direto do Ministério da Saúde aos HUE, mesmo nos Municípios e Esta-

dos habilitados na Gestão Plena do Sistema, não interferirá na participação decisiva dos Municípios em todas as pactuações referidas, apesar de permanecer controverso o pleno exercício da sua capacidade regulatória na vigência do repasse direto.

8. Elevação progressiva da porcentagem de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de complexidade terciária do HUE, visando a zerar o atendimento de complexidade primária e reduzir o de complexidade secundária a nível necessário para a confirmação diagnóstica dos casos de complexidade terciária e seu atendimento, caracterizando o HUE como Hospital de Referência Regional. Os prazos, etapas e metas serão definidos nos pactos do HUE e Gestores do SUS na sua região de abrangência direta, de acordo com as seguintes variáveis:

- capacidade instalada de complexidade terciária no HUE;
- capacidade do HUE de desenvolver e incorporar Ciência e Tecnologia de Saúde, e de fixar especialistas de alto nível; e
- capacidade instalada dos serviços de complexidade primária e secundária nos ambulatorios e hospitais do SUS regional, e seu potencial de desenvolvimento rápido, se for o caso.

9. Inserção do HUE no SUS regional como parte de processo maior, que abrange a inserção do Ensino e Pesquisa, isto é, das IES. Por isso as diretrizes básicas da inserção são, também, da competência das IES, e não exclusivas do SUS. Além do reordenamento dos recursos alocados no FIDEPS, sob supervisão do PIES, caso necessário, deverão ser disponibilizados recursos novos, visando a incentivar as IES que cumprirem metas de atividades extramurais.

10. No mais breve prazo o repasse do FIDEPS deverá ser na forma de Fundo a Fundo, cuja aplicação deverá ser acompanhada e avaliada mediante o cumprimento de metas do HUE, definidas no seu plano anual de inserção no SUS regional, por sua vez, discutido e aprovado no PIES e encaminhado à aprovação na CIR e CIB.

11. Qualquer outra forma de repasse que venha substituir o pagamento por produção (Tabela SUS), deverá absorver os objetivos do FIDEPS aqui delineados, e os respectivos recursos.

### **3. OUTRAS FONTES DE RECURSOS**

Incluem Recursos provenientes de ressarcimentos dos atendimentos de consumidores de planos e seguros privados, de Contratos de Operadoras Privadas de Planos e Seguros com HUE, conforto de hotelaria e

outros. Independentemente da natureza da outra fonte esses recursos devem ser integralmente aplicados no HUE, subordinados aos princípios e diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde: universalidade e Equidade. Tanto os consumidores de planos e seguros privados como os não consumidores, são usuários do SUS, com iguais direitos perante a Lei, a qualidade e resolutividade do atendimento no HUE, incluindo as esperas no agendamento ambulatorial e hospitalar, em outras palavras, não há respaldo legal nem ético para o estabelecimento de duas filas para o atendimento.

## **Mecanismos e Metas**

### **1. Gastos básicos e estratégicos em:**

1.1. Manter o mais elevado nível de qualidade e resolutividade assistencial, estreitamente apoiado por atividades de pesquisa de desenvolvimento e incorporação de tecnologias de ponta em saúde, realizadas no próprio HUE/IES.

1.2. Elaboração e Operacionalização de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), moderno, multiprofissional e que contemple a fixação e aderência de profissionais de alto padrão, *vis-à-vis* o mercado no setor. O PCCS deve contemplar ainda, margem de adicionais especiais, objetivando a fixação e aderência de especialistas e pesquisadores que atingiram situação de serem disputados em mercado sofisticado a nível nacional e internacional. As pontuações do PCCS para os objetivos de fixação e aderência não precisam depender exclusivamente dos valores monetários, se for considerado como comprovado valor de realização profissional, o simples fato de integrar o quadro de um HUE de elevado prestígio na região e no Estado. A conjugação dos dois níveis de valores deve assegurar a fixação e aderência em tempo integral (com ou sem dedicação exclusiva), e

1.3. Plena ocupação da capacidade instalada do HUE, hoje ainda com significativas ociosidades (gerais ou por serviços, ou por equipamentos ou por horas-especialista), em especial nos procedimentos de maior complexidade.

2. Oferta da mesma qualidade e resolutividade assistencial aos usuários do SUS, consumidores ou não de planos e seguros privados de saúde, devendo permanecer eliminada qualquer hipótese de repressão da demanda do usuário SUS-dependente pelo usuário consumidor de plano ou seguro privado, com a mera justificativa de um ser consumidor privado e o outro não.

3. A opção dos usuários do SUS, consumidores de planos e seguros privados, para receberem assistência no HUE, deve ser consequência na-

tural da competência do HUE oferecer a esses usuários, além de uma qualidade e resolutividade evidentes e adequadamente comunicadas, também um acolhimento, relacionamento na recepção e prazos de esperas humanizados, competência esta, obrigatoriamente estendida aos usuários SUS-dependentes, o que é seguramente viável se a estratégia dos gastos dos recursos captados com os contratos das operadoras privadas, e de outras fontes, forem utilizados igualmente na qualidade da assistência, acolhimento, recepção e prazos de esperas, para todos, nivelando-se a oferta por cima.

4. O estabelecimento de teto ou percentual da capacidade instalada dos HUE (leitos, procedimentos, etc.) a ser reservado para os usuários consumidores de planos e seguros privados, é sumariamente improcedente, devido a dois fatores:

4.1. A grande diversidade regional e microrregional do País quanto:

- ao percentual populacional que é consumidor de planos e seguros privados (de 0 a mais de 60%);
- à capacidade instalada para serviços de complexidade secundária e terciária em cada HUE;
- ao perfil das ociosidades de cada HUE (geral, de serviços, de equipamentos, de horas-especialista, etc.), e
- à capacidade instalada para serviços de complexidade primária e secundária na rede ambulatorial e hospitalar da região, o que por si condena qualquer nivelção (por cima ou por baixo) de teto ou percentual, por submeter a imprescindível flexibilidade da oferta-demanda a uma irrefreável pressão pela nivelção da ocupação dessa reserva.

4.2. O grande risco de não ser possível conter a corrida que, muito provavelmente, seria desencadeada pelas Operadoras Privadas aos HUE que venderem seus leitos a preços menores, ou pelos HUE às Operadoras, oferecendo serviços até o teto permitido, considerando o atual quadro do desfinanciamento do SUS.

Por isso, a identificação do limite de oferta de serviços para consumidores de planos e seguros privados deve ser dar no processo da pactuação do HUE e Gestores Descentralizados do SUS em cada região, visando sempre a impedir o deslocamento do usuário SUS-dependente pelo usuário consumidor de planos e seguro privados. Essa pactuação será, também, a instância capaz de impedir que o HUE seja compelido a ficar dependente das Operadoras Privadas, mas que, ao mesmo tempo, mantenha para elas ofertas de possíveis ociosidades de capacidade instalada, além da fila única para toda a capacidade instalada, ociosa ou não.

5. O mapeamento e atualização periódica da capacidade instalada ociosa ou de excedentes de ofertas (geral, por serviços, por equipamento e por horas-especialista) deve ser apresentado e discutido no Conselho do Hospital e com os Gestores Descentralizados do SUS, à luz da realidade de cada HUE, da capacidade instalada dos serviços de saúde da região e do perfil da repressão da demanda na região, visando delimitar as ofertas de serviços aos usuários SUS-dependente e consumidores de planos e seguros privados sem a criação de duas filas e transgressão dos princípios da universalidade e Eqüidade.

6. O conforto de hotelaria, adicional ao conforto mínimo e humanizado, ofertado universal e eqüitativamente segundo normas do SUS, pode ser vendido a usuários que desejam consumi-lo, mas sob duas condições:

- a oferta de salas e apartamentos com conforto adicional não deverá ultrapassar o limite, além do qual estabelece-se a repressão da demanda dos usuários SUS-dependentes aos serviços do HUE de referência regional. Esse limite deve ser definido pela pactuação com os Gestores Descentralizados do SUS, em especial a CIR e/ou a Secretaria de Saúde do Município-sede;

- os preços dos confortos adicionais de hotelaria devem constar de uma tabela de conhecimento público, sua contabilidade disponível ao controle e avaliação pelos Gestores do SUS, e o lucro totalmente integrado à execução orçamentária do HUE, na universalidade e Eqüidade da oferta de serviços.

7. Os recursos captados pelo HUE em outras fontes devem ser aplicados segundo um Plano Anual de Aplicação, subordinado dos princípios da universalidade e Eqüidade, e cuja execução deve estar disponibilizada às instâncias de Avaliação e Controle da Gestão Descentralizada do SUS e os Conselhos de Saúde (do Município-sede e do Estado).

8. Os HUE deverão contar com a imprescindível autonomia gerencial, a fim de assumirem as competências referentes ao cumprimento das metas assistenciais pactuadas, receber os recursos correspondentes, executar um Plano de Cargos, Carreiras e Salários moderno, incorporar, desenvolver e aplicar tecnologias de ponta, e outros desafios.

9. O exercício liberal da Medicina e outras profissões na área da Saúde (negociação, assistência e pagamento acertados pessoalmente entre o profissional e o cliente) é forma de prática profissional normal no setor privado, mas cuja relação médico-paciente dificulta, a um nível incontrolável, a realização da universalidade e Eqüidade no Hospital Público/HUE, já que implica, de partida, na configuração das duas filas. Além desse impedimento, pesa, também, o fato comprovado de que não é o exercício liberal

da profissão no HUE o fator que fixa o profissional de alto padrão e mesmo o especialista ou pesquisador de ponta na instituição, mas, sim, a existência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários moderno e competitivo que garanta a fixação e aderência ao projeto institucional conforme referido no subitem 1.2.

#### **4. RAZÕES DA ESTRATÉGIA ÚNICA**

##### **(Utilização dos recursos do FIDEPS e os de Outras Fontes)**

É a própria relação de mútua causa-efeito da Inserção do HUE no SUS, com a Elevação da sua Qualidade e Resolutividade enquanto Referência Regional de Complexidade Terciária. Destaques:

1. O baixo grau de organização do Sistema de Saúde na região, a ausência ou precariedade de mecanismos de Referência e Contra-Referência, pactuados com os Gestores Municipais do SUS e a rede ambulatorial e hospitalar da região, incluem a não inserção do HUE no SUS regional e acarreta entre outras graves distorções, a inevitável pressão de demanda e conseqüente atendimento de problemas de saúde de complexidade primária e secundária no interior do HUE, chegando em regra, de 50% a 70% do seu atendimento total, especialmente o ambulatorial, o que vem sufocar e restringir drasticamente a oferta de serviços de complexidade terciária pelo HUE, o que não raro, reflete-se em margens insustentáveis de ociosidade ou subutilização de equipamentos sofisticados e horas-especialistas, nos HUE com mais capacidade instalada de complexidade terciária.

2. O usuário do SUS que sofre grandes esperas para consultas especializadas, procedimentos sofisticados e internações de complexidade terciária, tem a sua demanda reprimida (é deslocado) em regra, por outro usuário do SUS que está recebendo atenção de complexidade primária ou secundária dentro do mesmo hospital. Essa distorção da oferta-demanda é várias vezes maior que o deslocamento do usuário SUS-dependente pelo usuário rico ou consumidor de plano e seguro privado de saúde, o que não deve justificar essa segunda forma de deslocamento do SUS-dependente, nem a conclusão que a sua eliminação, por si, eliminará a repressão da demanda de assistência de alta complexidade no HUE. Apenas confere o imprescindível realismo aos projetos de transformação do quadro vigente, rumo à construção do SUS.

3. A reorientação dos gastos dos recursos do FIDEPS e os de Outras Fontes deve constar de Planos de Aplicação específicos, que por sua vez integrem o Plano de Metas (meio e fim) do HUE. O Plano de Metas do HUE



deve ser debatido e aprovado em compatibilidade com a Programação Pactuada Integrada (PPI) da região de influência, articulada e aprovada pela CIR, e tendo a CIB como instância final e aprovação.

Este Relatório foi debatido e aprovado pela totalidade dos participantes da Oficina de Trabalho a seguir relacionados:

Dr. Antonio Carlos R. de Oliveira Júnior – Representante do Fundo Nacional de Saúde – FNS/MS; Dr. Atílio Mazzoleni – Secretaria do Ensino Superior/MEC; Dr. Augusto Alves de Amorim – Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS; Dr. Ayrton Pires Brandão – Diretor da Fundação Cardiovascular Pedro Ernesto – UERJ; Dr. Claudio Duarte da Fonseca – Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS; Dr. Edmundo Gallo – Representante do CONASEMS; Dr. Francisco Barbosa Neto – Diretor do Hospital Universitário “Pedro Ernesto” – UERJ e Representante da ABRAHUE; Dr. Gilson Caleman – Diretor do Hospital Universitário de Marília, SP; Dr. Jorge João Chacha – Reitor da Universidade Federal de MS – Campo Grande – Representante da ANDIFES; Dr. José Ademar Baldim – Diretor do Hospital Universitário “Alzira Velano”, MG e Representante da ABRAHUE; Dr. José Antonio F. Ramirez – Diretor do INCOR-FM/USP; Dr. José Luís da Silva Valente – Secretaria de Ensino Superior/MEC; Dr. José Roberto Ferraro – Diretor do Hospital São Paulo da UNIFESP e Presidente da ABRAHUE; Dr. Lúcio Borges Barcelos – Representante do CONASEMS e Secretário de Saúde de Porto Alegre; Dr. Luís Eurico Valandro – Diretor Técnico do Grupo Hospitalar Conceição; Dr. Luís Gordoní Júnior – Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS; Dr. Marcelino Osmar Vieira – Diretor do Hospital Universitário da UFSC e Representante da ABRAHUE; Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Jaeger – Secretaria de Saúde do RS – Representando o CONASS; Dr. Nelson Rodrigues dos Santos – Coordenador-Geral do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS; Dr. Ricardo Lagreca – Diretor do Hospital Universitário “Onofre Lopes” – UFRN; Dr. Ruy Germano Nedel – Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS; Dr. Samuel Gohman – Assessor da ANDIFES; Dr. Sérgio Luís Magarão – Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS.

# FINANCIAMENTO DO SUS



# CONTRIBUIÇÃO DO CNS AO GRUPO DE TRANSIÇÃO DE GOVERNO E DISCUSSÃO DO ORÇAMENTO DO MS DE 2003 NO CONGRESSO NACIONAL

*(Relatório aprovado por unanimidade na reunião plenária do CNS, de 6 de novembro de 2002)*

## 1. CONSTATAÇÕES E POSICIONAMENTOS ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO SUS

1. A proposta orçamentária do Ministério da Saúde, pela primeira vez, não foi apreciada previamente pelo CNS, por não ter sido encaminhada em tempo hábil para o ano-referência de 2003.

2. A perda do caráter normativo do parecer da Advocacia-Geral da União, que defende a base fixa de 1999 como ano anterior até 2004, foi vitória dos interesses da Sociedade, do SUS e do TCU que publicou a Decisão 143, mantendo a base móvel como ano imediatamente anterior, de 2000 a 2004. A LDO/2003 também manteve, no § 3.º no seu Artigo 57.

3. Houve veto Presidencial ao referido parágrafo, que apesar de não retornar o caráter normativo ao parecer da AGU, orienta o Congresso claramente para adotar a interpretação da base fixa. A aplicação da base fixa significa a subtração de R\$ 2 bilhões e 281 milhões do mínimo assegurado pela Constituição Federal, que deveriam constar na proposta orçamentária do MS para 2003. Mantendo-se esta interpretação até 2004, a subtração a partir de 2000 aproximar-se-á de R\$ 6 bilhões.

4. Após a aprovação final do Orçamento pelo Congresso Nacional, cabe à Presidência da República estabelecer a Programação Orçamentária e Financeira através de Decreto. Há vários anos, esse Decreto e outros Decretos complementares vem promovendo o que vem sendo denominado de Tríplice contingenciamento:

- somente parte da dotação orçamentária inicial poderá ser comprometida orçamentariamente (empenhada);
- do empenhado, apenas parte terá disponibilidade financeira; e
- do que foi mantido com disponibilidade financeira, parte deverá cobrir os Restos a Pagar de exercícios anteriores, cujo pagamento deveria ter ocorrido no próprio exercício com recursos do orçamento correspondente.

Até o final de setembro de 2002, o Ministério da Saúde conta com:

- R\$ 2 bilhões e 419 milhões do seu orçamento sem disponibilidade financeira, com perspectiva de ir para os Restos a Pagar em 2003,
- R\$ 1 bilhão e 307 milhões bloqueados, com perspectiva de cancelamento em 31.12.02, e
- R\$ 941 milhões de Restos a Pagar de 1999, 2000 e 2001.

É assim indiscutível que o Decreto Presidencial invade não só a Lei Orçamentária, mas também a Constituição Federal (EC/29).

5. Em 30.9.2002, normalmente por volta de 75% do Orçamento deveria estar executado, porém somente 63% estavam liquidados, com grande parte de itens com baixíssima execução:

- Saneamento Básico ..... 0,18%  
(Projeto Alvorada)
- Saneamento Básico ..... 7,32%  
(FUNASA/MS)
- Reaparelhamento do SUS ..... 20,39%  
(MS)
- Reaparelhamento do SUS ..... 41,9%  
(REFORSUS)
- Sangue e Hemoderivados ..... 11,42%  
(MS)
- Controle de Endemias ..... 33,93%
- VIGISUS ..... 20,685%
- Carência Nutricional ..... 47,98%

6. A aplicação do índice inflacionário oficial – IGPDPI demonstra que o valor constante na proposta orçamentária do MS enviada ao Congresso Nacional significa crescimento negativo em relação a 2002 e 2001, comparação esta, conflitante com a aprovação e aplicação da EC 29.

7. O Brasil, na comparação internacional de dólares/habitantes-ano destinados à saúde, continua chocantemente distante de efetivar para sua população, serviços suficientes e de qualidade, próprios de um sistema de saúde razoável. Enquanto os sistemas de saúde mais avançados e sensíveis aos direitos da população contam com uma faixa acima de 1.500 dóla-

res por habitante ao ano, como o caso do Canadá, Inglaterra, Espanha, Suécia, França e Itália, permanecemos por volta de dez vezes menos. As estimativas atuais para a participação dos orçamentos públicos nos gastos totais da sociedade brasileira com saúde, encontram-se em torno de 45% sendo os 55% restantes de origem privada (planos privados e gastos familiares no mercado de saúde). Destaque-se que nos países acima citados, a participação dos orçamentos públicos está acima de 70%, restando menos de 30% para os gastos privados.

8. Os poucos orçamentos públicos destinados ao SUS, comprimem cada vez mais os gastos que os gestores tem de realizar, principalmente as Secretarias Municipais de Saúde, que dependem dos repasses federais. Os gastos com serviços menos especializados e menos dependentes de produtos importados, em regra, menos beneficiados com poder de pressão para elevar os recursos repassados são os mais comprimidos. É o caso dos investimentos em edificações, equipamentos, medicamentos e *kits* laboratoriais para unidades básicas de saúde acolhedoras, de qualidade e resolutivas, e principalmente, a remuneração, capacitação permanente e fixação das equipes na rede básica de saúde. Maior poder de pressão possuem os serviços que realizam procedimentos mais especializados e complexos, que dependem de insumos nacionais e importados e que são remunerados por produção. Em outras palavras: toda a Atenção Básica, desde a realizada por Agentes Comunitários, Equipes de Saúde de Família, até as Unidades Básicas de Saúde, no seu conjunto, estão ainda longe de ser a principal forma de acesso ao SUS, e resolução dos problemas básicos de saúde, predominando a triagem para os serviços de média complexidade, ou mesmo a procura direta a esses serviços.

9. O achatamento orçamentário e financeiro imposto pela política econômica ao MS, através da grande resistência ao cumprimento integral da EC 29, do triplice contingenciamento, da baixa execução de vários itens e outros mecanismos, não é justificado por baixas receitas: a receita das contribuições sociais da Seguridade Social, arrecadadas até 31.8.2002 (R\$ 124,9 bilhões) já eram superavitárias em relação às despesas liquidadas (R\$ 92,5 bilhões) dos Ministérios correspondentes (Saúde, Previdência/Assistência Social e Trabalho). A justificativa encontra-se na voracidade dos Encargos Financeiros da União (Juros e Amortizações da Dívida Consolidada da União) que de 31.12.2000 a 31.8.2002 consumiu R\$ 176,7 bilhões (mais de seis orçamentos anuais do MS). Como se não bastasse, a dívida consolidada da União cresceu no mesmo período, R\$ 294 bilhões.

10. O esforço sempre crescente de racionalizar a oferta de serviços nos moldes do modelo SUS, mantendo-se o financiamento sempre muito insuficiente, gerou uma estratégia equivocada de garantir a eficiência dos

gastos, através da fragmentação da atenção integral à saúde em dezenas de programas, projetos e atividades, isolados entre si, e cada um vinculado a requisito para receber os repasses federais, ou a itens específicos do orçamento do MS. Assim ocorre com a desvalorização do PAB fixo e a valorização do PAB variável, com o crescimento de incentivos específicos, convênios para programas especiais, com bolsas, com bônus, com os requisitos para habilitações da NOB-96 e da NOAS-02. Mais recentemente, ocorre também, com habilitações por programas especiais, redes nacionais de ações específicas, com ações previstas no FAEC, além dos valores da tabela de procedimentos, que incentivam ou desincentivam. Todos esses fragmentos e gastos correspondentes, comprimidos sob tetos financeiros municipais e estaduais. A própria peça orçamentária do MS reflete o esforço da racionalidade de fracionar a atenção integral, em busca da eficiência e eficácia dos gastos, e mais que a peça orçamentária, essa tendência está demonstrada na geração torrencial de portarias e instruções normativas do Ministério da Saúde aos Municípios e Estados, na base de 8 por dia útil. As grandes conquistas do repasse Fundo a Fundo e da autonomia dos Fundos de Saúde tornaram-se quase ilusórias: a quase totalidade de cada uma das dezenas de gastos vinculados e também a remuneração dos prestadores são os requisitos para o recebimento dos repasses. Essa exacerbação do fracionamento da atenção integral, gerada no MS, atingiu também prioridades de abrangência nacional e responsabilidade intransferível do MS, entre outras, a erradicação de algumas endemias, que hoje encontram-se diluídas e pouco assumidas no conjunto das dezenas de projetos e programas. Terá sucesso essa obstinação federal de tentar compensar a corrosão do sistema pelos baixos recursos, através do fracionamento e detalhamento de dezenas de serviços, projetos e programas, padronizados nacionalmente, isolados entre si, e cada um com fração vinculada dos repasses financeiros? A construção do SUS prevista pela Lei n.º 8.080/90, preconiza o planejamento e orçamento ascendente, com metas de serviços pactuadas segundo as realidades locais e regionais. Essa construção está sendo seguida? As diretrizes iniciais da regionalização, previstas na deliberação do CNS Referências para a Regionalização das Ações e Serviços de Saúde, na Norma Operacional Básica – 96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde, estão sendo seguidas?

11. A parte menos complexa e especializada dos serviços de média complexidade, que deve prestar suporte direto às ações da Atenção Básica, deverá constar do financiamento global *per capita*, no qual já se encontra a Atenção Básica, e não mais por produção, pela tabela de procedimentos. Apesar do financiamento global ser forma muito mais avançada para a construção do SUS, poderá, contudo, conviver com uma situação extremamente preocupante: os recursos federais repassados *per capita* para a Aten-

ção Básica e a Média Complexidade Baixa, estarão dimensionados para um valor médio para cada ação e serviço, muito abaixo do custo de uma boa qualidade e resolutividade dos serviços, desqualificando-os; e os recursos federais repassados por produção para a Média complexidade alta e para a Alta Complexidade, se aproximam ou ultrapassam o custo, qualificando os serviços e/ou satisfazendo os pleitos dos prestadores e profissionais especializados. A grande preocupação é, se está em marcha à divisão do SUS: o pobre para os pobres e o rico para os ricos e médios-altos. A conclusão inequívoca, ao contrário de transferir recursos da alta e média-alta complexidade para a baixa e média-baixa, deve ser de no mínimo dobrar os recursos atuais para a baixa e média-baixa, com recursos novos para investimento estratégico e custeio, incluindo recursos humanos, e elevar no que for possível os recursos para a alta e média-alta.

12. Para os gestores descentralizados municipais e regionais, a sustentação dia a dia torna-se cada vez mais áspera e estressante, quando não angustiante: a demanda crescente por serviços preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade, e a escassez cada vez maior de recursos, apresentam-se por meio de grande número de atendimentos inadmissíveis a cada dia, que acabam adiados; some-se a pressão dos usuários, as demandas dos prestadores de serviços (públicos e privados) também inadmissíveis, e da mesma maneira, os profissionais e os fornecedores de medicamentos, equipamentos e outros insumos: todos são clientes dos gestores. O quadro geral é mais de estratégias de sobrevivência que, no seu volume e tensão, confundem e desviam as estratégias de construção do SUS. A expressão trocar roda do carro andando ecoa hoje mais vazia, muitas vezes substituída por andar o carro de qualquer jeito.

A angustia vem da visão ainda mantida de que a construção do SUS e do novo modelo de atenção são esperanças e direitos de cidadania possíveis, e consagrados na Constituição, mas o peso do anti-SUS, fora e dentro do SUS não está ainda sob controle. Vale ainda destacar que os servidores públicos do SUS, federais, estaduais e grande parte dos municipais, são consumidores de planos privados de saúde, subsidiados parcialmente pelo próprio gestor público, e com descontos nos seus salários, restando aí, mais indagações preocupantes sobre a inserção destes profissionais na construção do SUS.

13. Os gastos com atendimento ambulatorial ultrapassaram os com internações no SUS, em 2001, o que deve ser reconhecido como positivo: R\$ 5,4 bilhões e R\$ 5,1 bilhões, respectivamente, para o SIA-SUS e o SIH-SUS. A atenção básica, entre o PAB fixo e o PAB variável, incluindo o PACS e o PSF, ultrapassaram os R\$ 3 bilhões. Foram 165 milhões de consultas em atenção básica, além das campanhas de vacinação, e 85 milhões de



consultas especializadas. Em mais de 5.000 Municípios, onde residem 88 milhões de pessoas, há PACS, e em quase 4.000 Municípios, onde residem 52 milhões de pessoas, há PSF.

O SIA-SUS e o SIH-SUS remuneraram também, por produção, 200 milhões de exames laboratoriais e 79 milhões de procedimentos de alto custo (transplantes, hemodiálises, tomografias, ressonâncias, cirurgias cardíacas, politraumatizados, neurocirurgias, rádio-quimioterapia e outros).

Por outro lado, foi diminuída a grande defasagem histórica entre os valores dos recursos federais repassados aos Estados mais ricos e mais pobres da União, tendo em vista melhorar a oferta de serviços nas regiões mais pobres. Esses valores têm sido comparados por meio dos *per capita* de custeio.

Esses grandes números sempre impressionam como eficiência do setor público de saúde no Brasil, que oferece tal volume de ações e serviços com um *per capita* do SUS em 2001, de R\$ 231,35, que significa R\$ 19,27 mensais por brasileiro(a). Nenhum plano privado se sustentaria com essa oferta e essa mensalidade.


No entanto, as questões levantadas nos itens anteriores relativizam o real significado desses grandes números para a saúde da população, no sentido de refletir o cumprimento dos objetivos estratégicos da construção do SUS, referidos nos onze desafios apontados no documento do CNS, “O Desenvolvimento do SUS no Brasil: Avanços, Desafios e Reafirmação de Princípios e Diretrizes”. A operacionalização das diretrizes referidas nos onze desafios, passa a ser agenda prioritária da Direção Única do SUS nas três esferas de governo. Outras agendas prioritárias devem ser identificadas e selecionadas em curto prazo nas pautas passadas do CNS, ainda não implementadas ou inconclusas.

A finalidade seria a retomada do relatório final da 11.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, especialmente o seu capítulo Agenda para Efetivação do SUS e do Controle Social.


## 2. SÍNTESE

### CADEIA DESAGREGADORA DA CONSTRUÇÃO DO SUS

#### **CORROSÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS E DO ORÇAMENTO DO MS DE 2003:**

- 
- - 2,28 bilhões (Base Fixa)
  - - 4,66 bilhões (Perspectiva do Tríplice contingenciamento)
  - Menor valor real que 2001 e 2002
  - Não passou pela apreciação do CNS

#### **REPASSES FEDERAIS VINCULADOS A:**

- 
- Equívoco estratégico de garantir eficiência de gastos por meio de:
    - Fracionamento exagerado e injustificado da Integralidade em dezenas de atividades com financiamentos específicos
    - Exacerbação normativa e controlista do MS (8 Portarias por dia útil).
  - Discriminação negativa da relação: valor dos repasses x custos das ações e serviços com qualidade/resolutividade, contra a AB e a MC baixa.
  - Tetos financeiros muito abaixo dos compromissos pactuados.

#### **CONSEQUÊNCIAS DIRETAS**

- As estratégias de construção do modelo SUS são fragilizadas, desviadas ou anuladas pelo crescimento forçado de estratégias de sobrevivência a que são compelidos os gestores municipais, regionais e estaduais.
- Corrosão dos esforços de estruturar a) o quadro da oferta de serviços, subordinado ao perfil das necessidades da população em cada região e microrregião, e b) a oferta apenas das ações e serviços necessários, a começar dos SADT da MC.



EDITORA MS  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
(Normalização, impressão e acabamento)  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558  
*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Brasília – DF, fevereiro de 2003  
OS 0138/2003