

**COLEÇÃO**  **SÉRIE**  
**ESCOLA DE GOVERNO** **TRABALHOS DE ALUNOS**

# POLÍTICAS E GESTÃO EM SAÚDE



Ministro de Estado de Saúde  
Humberto Sérgio Costa Lima

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz  
Paulo Marchiori Buss

Vice-Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico  
Euzenir Nunes Sarno

Vice-Presidência de Desenvolvimento Institucional, Informação e Comunicação  
Paulo Ernani Gadelha Vieira

Vice-Presidência de Ensino e Recursos Humanos  
Tânia Celeste Matos Nunes

Vice-Presidência de Serviços de Referência e Ambiente  
Ary Carvalho de Miranda

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Jorge Antônio Zepeda Bermudez

Vice-Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Antonio Ivo de Carvalho

# POLÍTICAS E GESTÃO EM SAÚDE

Organização:

Márcia Garcia

Virginia Alonso Hortale



Rio de Janeiro, 2004

© 2004 Fundação Oswaldo Cruz  
Todos os direitos desta edição reservados  
à Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

1ª edição - Coleção Escola de Governo em Saúde  
Série Trabalhos de Alunos  
Políticas e Gestão em Saúde - Nº 2

Tiragem: 500 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Escola de Governo em Saúde  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 3º andar  
CEP 21041-210 - Rio de Janeiro - RJ  
www.ensp.fiocruz.br

Coleção Escola de Governo - Série Trabalhos de Alunos - Políticas e Gestão em Saúde 2

**Coordenação da Coleção Escola de Governo**  
Antonio Ivo de Carvalho

**Coordenação da Série Trabalhos de Alunos - Políticas e Gestão**  
Márcia Garcia  
Virginia Alonso Hortale

**Apoio Administrativo:**  
Simone Titiry

**Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:**  
CASA OITO Propaganda · Design

**Revisão:**  
Carmen Jochem

**Fotos da capa:**  
Gutemberg Brito

Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

---

G216p Garcia, Márcia (org.) Políticas e Gestão em Saúde. / Organizado por  
Márcia Garcia e Virginia Alonso Hortale. Rio de Janeiro : Escola de  
Governo em Saúde, 2004. 112p., tab., graf. – (Coleção Escola de Governo.  
Série Trabalhos de Alunos. Políticas e Gestão em Saúde; n.2)

ISBN 85-88026-07-4

1.Política de saúde. 2.Realocação de recursos. 3.Convênios.  
4.Administração de serviços de saúde. 5.Academias e Institutos. I.Hortale,  
Virginia Alonso (org.). II.Título. III.Série.

CDD - 20.ed. – 362.1068

# ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	
COLEÇÃO ESCOLA DE GOVERNO	7
APRESENTAÇÃO	
SÉRIE TRABALHOS DE ALUNOS	9
TRABALHO 1	
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE E REPASSE DE RECURSOS NA MODALIDADE CONVÊNIO: RESULTADOS NO PERÍODO 1999-2002	13
TRABALHO 2	
MODALIDADE CONVENCIONAL E SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO: O CASO DA SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	43
TRABALHO 3	
GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL E GESTÃO ESTRATÉGICA: UM CONTRAPONTO	67



# APRESENTAÇÃO

## Coleção Escola de Governo

O Sistema Único de Saúde no Brasil necessita de consolidação política e técnica. Para se consolidar, necessita renovar-se, inovar. Para inovar, precisa mobilizar seu formidável patrimônio de 15 anos de experiências concretas e conhecimento acumulado, transformando-o em tecnologias disponíveis para a ação dos profissionais e da cidadania.

Inspirado na melhor tradição do pensamento social e sanitário brasileiro, o SUS temperou-se e impôs-se nas conflituosas arenas setoriais, servindo hoje de modelo exemplar de política pública democrática. Chegando à maturidade, é ainda permanentemente desafiado pelas iniquidades do quadro sócio-econômico brasileiro, fonte permanente de fragilidade social e risco sanitário.

Consolidar o SUS implica avançar na reforma sanitária, o que exige mais do que o rigor dos princípios, mais do que o ardor das práticas. O dinamismo das arenas sociais, a multiplicidade de atores e situações, a complexidade dos fenômenos saúde-doença, a interdependência entre as esferas globais e locais exigem a produção constante de conhecimentos capazes de aportar inovações significativas ao processo de trabalho e à produção social da saúde.

Cumprir tal desafio nas dimensões e ritmo dos tempos atuais certamente supõe novas estratégias de articulação entre teoria e prática, academia e serviços, ciência e sociedade, organizações e profissionais.

A Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, com a criação da Escola de Governo em Saúde, vem ampliando seus esforços de colaborar para o aumento da capacidade e qualidade da governança em saúde no Brasil. Tem como foco a produção e gestão do conhecimento estratégico para o sistema, bem como o desenvolvimento profissional de seus quadros e organizações.

A presente Coleção Escola de Governo é concebida como ferramenta para a difusão desse conhecimento novo, gerado a partir das experiências de profissionais e organizações de saúde, em diálogo crítico com o patrimônio do pensamento sanitário e social. Visa divulgar diversos tipos de trabalho: relatórios de pesquisa, pequenas monografias, revisões temáticas, discussões metodológicas, de autoria de pesquisadores, alunos e profissionais do sistema, desenvolvidos no âmbito de nossos programas de formação e investigação.

Esperamos, assim, contribuir para consolidar o SUS como sistema baseado tanto na evidência da experiência como na gestão do conhecimento.

Antônio Ivo de Carvalho  
Coordenador da Escola de Governo em Saúde  
ENSP/FIOCRUZ



# APRESENTAÇÃO

## Série Trabalhos de Alunos

Nos últimos anos, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz, através da Escola de Governo em Saúde, vem se dedicando a reorientar seus programas de ensino e pesquisa visando apoiar o aumento da capacidade institucional do Sistema Único de Saúde. A Coleção Escola de Governo em Saúde foi então concebida com a finalidade de difundir conhecimentos produzidos a partir dos diversos estudos e análises relacionadas ao processo de gestão do Sistema de Saúde. A Série "Trabalhos de Alunos" vem atender à produção dos diversos Cursos lato sensu, levando em consideração os critérios de excelência, relevância em sua aplicabilidade e capacidade de contribuir com o aperfeiçoamento da gestão do SUS.

A Escola de Governo em Saúde coordena a formação lato sensu de quadros dirigentes do SUS que trabalham no nível central do Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Apresentamos o segundo número da série "Trabalhos de Alunos" contendo o conjunto de trabalhos produzidos no Curso de Especialização em Administração na Área de Saúde, oferecido aos profissionais da área técnico-administrativa do Ministério da Saúde e do Curso de Especialização em Saúde Pública ambos oferecidos em 2002.

Para cancelar a qualidade dos trabalhos, foram convidados especialistas ad hoc, e sua avaliação baseou-se principalmente nos critérios de relevância para a gestão do SUS, aplicabilidade e adequação dos procedimentos metodológicos indicados ao objeto e aos objetivos do trabalho.

Esperamos que sua leitura auxilie na reflexão e na ampliação de possibilidades para uma gestão mais eficaz do SUS.

Márcia Garcia, Virginia Alonso Hortale e Celia Regina de Andrade  
Organizadoras



A Escola de Governo em Saúde agradece aos seguintes especialistas que colaboraram na avaliação dos trabalhos, na qualidade de consultores ad hoc:

Ana Cecília de Sá Campello Faveret  
Hospital Geral de Bonsucesso - Rio de Janeiro

Flávio Magajews  
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - Santa Catarina

Francisco Javier Uribe Rivera  
Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro

Lígia Bahia  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio  
Universidade Estadual de Campinas - São Paulo

Marcelo Consendey  
Universidade Federal do Paraná - Paraná

Mirian Cohen  
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Ronaldo Garcia  
Secretaria Especial do Desenvolvimento Econômico e Social - Brasília

Wagner de Jesus  
Ministério da Saúde - Brasília



TRABALHO 1

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE E REPASSE  
DE RECURSOS NA MODALIDADE CONVÊNIO:  
RESULTADOS NO PERÍODO 1999-2002<sup>(1)</sup>

Maria do Perpétuo Socorro Ayres Oliveira<sup>(2)</sup>

Ronaldo Garcia<sup>(3)</sup>

(1) Trabalho apresentado como requisito à obtenção de Título de Especialista no Curso de Especialização em Administração na Área de Saúde Pública, realizado em 2002.

(2) Autora: Graduada em Letras, Técnica na Área de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

(3) Orientador: Sociólogo, doutorado em Economia do Setor Público, Subsecretário de Políticas de Desenvolvimento da Secretaria Especial do Desenvolvimento Econômico e Social.



## INTRODUÇÃO

O mundo atual, marcado por movimentos rápidos, imprevisíveis e globalizados nas áreas de economia, política, mercados de bens e serviços e no contexto geral, está exigindo das organizações públicas e privadas condições e capacidade de produzir respostas imediatas e efetivas às situações emergentes. Tal capacidade resulta da manutenção do controle das ações e de uma visão cada vez mais prospectiva que ofereça meios de intervir com eficácia nas organizações.

As ações no campo da saúde convergem para o alcance de grandes objetivos finais voltados para a eficiência, eficácia e equidade na atenção à saúde da população brasileira. É dentro desta perspectiva que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) vem desenvolvendo, desde 1999, estratégias de acompanhamento de execução de convênios junto a organizações públicas e privadas, para que a utilização dos recursos financeiros conveniados reverta sempre em benefícios aos usuários do sistema público de saúde. Seu desafio é alcançar a excelência na prestação de serviços públicos na área da saúde.

Os dados e resultados apresentados demonstram a estratégia utilizada pelo FNS, em busca da qualidade e com ênfase no binômio "custo-efetividade", sem interferir no andamento das ações precípuas dos órgãos de controle externo e interno.

No decorrer do exercício de 2002 as ações de acompanhamento foram desenvolvidas prioritariamente, de forma descentralizada, pelos Serviços/Seção de Acompanhamento e Prestação de Contas das Divisões de Convênios e Gestão do Ministério da Saúde, situados em 26 estados, e pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios do FNS, em Brasília.

O foco da atuação institucional esteve sempre voltado para a elevação da competência técnica e operacional dos recursos humanos e para a melhoria da qualidade dos dados e informações coletados. Tais resultados poderão ser utilizados para aperfeiçoamento, correção de rumos e melhoria das ações de saúde pública nas esferas federal, estadual, municipal e local.

Este trabalho se destina a descrever as ações desenvolvidas pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios juntamente com as Unidades de Convênios descentralizadas nos quatro anos de sua existência, trazendo informações sobre o procedimento de



Acompanhamento de Convênios desenvolvido pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios do FNS realizada diretamente ou por outrem por delegação de competência, no período de 1999 a 2002.

Foram usados no estudo bibliográfico: livros, revistas, artigos científicos e relatórios sobre o tema e, ainda, material extraído da internet. Foram pesquisados: leis, medidas provisórias, tratados internacionais, decretos, resoluções, repertórios de jurisprudência, pareceres. Para a análise dos dados coletados fez-se uso do método dedutivo a fim de responder aos objetivos traçados para este estudo.

## FUNDAMENTOS LEGAIS DOS GASTOS EM SAÚDE

Os gastos em saúde são efetuados mediante um fundo de saúde. A Constituição federal e as legislações federais do setor determinam sua existência enquanto Conta Especial (Conjunto de diferentes contas bancárias da Saúde), onde são depositados e movimentados os recursos financeiros do sistema sob a fiscalização do Conselho de Saúde (art.33 da Lei 8.080/90 e inciso I e V do art. 4º da Lei nº 8.142/90).

O Art.198 da Constituição federal de 1988 dispõe que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade (p.208)”.

Em seu Art.195, a Constituição federal define que os recursos do SUS (enquanto integrante da Seguridade Social) são compostos por receitas provenientes da União, dos estados, do Distrito federal e dos municípios, e não apenas por recursos de transferência de uma esfera de governo para outra (p.200).

Isso é reiterado pelo parágrafo 3º, art. 7º da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que estabelece que “todos os recursos transferidos pela União e próprios dos estados, do Distrito federal e dos municípios, destinados a ações e serviços públicos de saúde serão aplicados por meio do Fundo de Saúde, que será acompanhado e fiscalizado por Conselhos de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição federal (p.29). Dessa forma, todos os recursos do SUS, em todos os níveis governamentais, devem ser provenientes do Fundo de Saúde e nenhuma despesa com ações e serviços de saúde pode ser realizada sem fazer parte do Fundo de Saúde”. São considerados fundos especiais, conforme definição da Lei nº 4.320/64, as receitas especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e serviços públicos de saúde.

Com escopo neste dispositivo constitucional, em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, detalhando o funcionamento do SUS através da edição das Leis 8.080/90 e 8.142/98, do Decre-

to nº 1.232/94 e ainda das NOB-SUS/01/93 e 01/96, NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM 95/2001) e NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM 373/2002), que deram início ao processo de descentralização administrativa e financeira através das transferências intergovernamentais.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regula a execução, em todo território nacional, das ações e serviços de saúde, definindo as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização, além de explicitar as fontes de financiamentos que serão gerenciadas pelo FNS.

As transferências de recursos estão regulamentadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O Decreto-lei nº 701, de 24 de julho de 1999, autoriza o Poder Executivo a instituir um Fundo Especial - Fundo Nacional de Saúde, com a finalidade de "apoiar, em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva coordenados ou desenvolvidos pelo Ministério da Saúde". O Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, alterado pelos decretos nº 66.162, de 3 de fevereiro de 70 e revogados pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993, institui o Fundo Nacional de Saúde vinculado ao Ministério da Saúde. A Portaria nº 87, de 6 de março de 1970, aprovou o Regimento Interno, indicando as fontes de recursos e as atribuições da junta deliberativa designada pelo Ministério da Saúde com a incumbência de gerir os recursos.

O FNS foi reorganizado em 1993, de acordo com os objetivos e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993. A partir de então ele deixa de exercer uma função de apoio para prover as diversas ações e serviços de saúde.

O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, estabelece as condições e formas de repasse regular e automático de recursos do FNS para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e do DF.

A Portaria nº 2.531, de 14 de dezembro de 1995, do Ministério da Saúde, com base no próprio princípio constitucional da descentralização, visando racionalizar e uniformizar de forma coerente os procedimentos administrativos, atribui ao órgão repassador a função de acompanhar, por meio dos órgãos regionais de representação do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas com o Sistema Nacional de Auditoria, a execução físico-financeira das ações estabelecidas nos planos de trabalho pactuados mediante convênios.

Em 1998 a Portaria nº 3.255/GM, de 24 de julho de 1998, estabeleceu critérios de tramitação de processos de cooperação financeira entre o Ministério da Saúde e os órgãos ou entidades federais, estaduais e municipais, por meio de instrumentos tais como convênios, acordos, ajustes ou congêneres.

Considerando a necessidade de regular as atividades operacionais no âmbito do Ministério da Saúde e implementar os critérios de tramitação de processos de cooperação financeira entre o MS e órgãos/entidades federais, estaduais e municipais, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 267, de 31 de março de 1999, aprovou as Unidades Organizacionais nos Núcleos Estaduais, atribuindo suas respectivas competências.



Por meio dessa Portaria foram criadas as Unidades de Convênios Regionais, destinadas a desconcentrar os trabalhos executados pelo FNS, cabendo ao órgão central definir o desenvolvimento de políticas, tendo em vista implementar e aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento, bem como normatizar técnicas e procedimentos.

A Portaria nº 270/GM, de 6 de abril de 1999, alterada pela Portaria nº 422, de 13 de abril de 2000, aprovou as normas de financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênios, bem como as orientações relativas à sua execução e à prestação de contas, evidenciando as atividades de acompanhamento a serem exercidas pelas unidades descentralizadas.

De acordo com o Decreto nº 3.496, de 1º de junho de 2000, que aprova a Estrutura Regi- mental do Ministério da Saúde, em seu art. 8º, compete à Diretoria de Administração do FNS, no inciso VI – planejar, coordenar e supervisionar as atividades de convênios, acordos, ajustes e similares sob a responsabilidade do MS, bem como promover o acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos ao SUS. Na Diretoria de Administração do Fundo Nacional da Saúde, a Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas de Contratos e Convênios está subdividida em duas Coordenações: a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios – CAAV e a Coordenação de Prestação de Contas – CPCONT.

A Portaria nº 1.147, de 11 de outubro de 2000, dispõe sobre a reorganização dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde e dá outras competências, enquanto se promove a alteração do Decreto nº 3.496/2000, determinando a subordinação técnica e administrativa das Unidades Organizacionais nas Unidades Federadas, alterando, no inciso III do art. 2º, a nomenclatura das Divisões e Serviços de Convênios para Divisões e Serviços de Convênios e Gestão, revogando as disposições contidas nas PTMS nº 267/99, 1.101/99, 508/00, a Conjunta nº 01/MS/FNS/99 e as Conjuntas nºs 02 a 06/00.

No seu art. 3º as Divisões e Serviços de Convênios e Gestão passam a responder pelas Unidades Gestoras do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, com responsabilidade sobre a administração de recursos humanos, orçamentários, financeiros, materiais, serviços gerais e patrimoniais, sendo delegada a competência de ordenador de despesa aos chefes das Divisões e Serviços de Convênios e Gestão, tanto para a prática dos atos de gestão como para responderem pelas atividades de orçamento, finanças, contabilidade, modernização administrativa, recursos logísticos e humanos necessários ao funcionamento das unidades.

A Portaria se aplica a todas as Unidades Federadas, exceto São Paulo e Rio de Janeiro, sem prejuízo da subordinação técnica à Diretoria de Administração Técnica do FNS. A estrutura operacional do FNS se desenvolvia, até maio de 2000, por intermédio de duas Coordenações Gerais (Execução Orçamentária e Financeira e de Contratos e Convênios) subordinadas à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Hoje, além destas duas Coordenações Gerais, integra a estrutura do Fundo Nacional de Saúde a Coordenação de Acompanhamento de Projetos e Análise de Prestação de Contas.

Com a edição do Decreto nº 496, de 1º de junho de 2000, o Fundo Nacional de Saúde foi desvinculado da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento e, na forma de Diretoria Executiva, passou a se subordinar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Tal fato constitui um reconhe-

cimento do trabalho desenvolvido pelos técnicos e dirigentes do FNS, no que se refere ao fortalecimento e à ampliação das diretrizes do SUS. Em 10 de outubro de 2001, o Decreto nº 3.964 dispõe sobre a Organização do Fundo Nacional de Saúde, fortalecendo-a como instituição, de acordo com as diretrizes e objetivos indispensável na consolidação do SUS.

O Decreto, além de dar autenticidade às atividades que vinham sendo desenvolvidas pela instituição, em especial as transferências de recursos por meio dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e a celebração de convênios com órgãos e entidades, incluiu o parcelamento de débitos (competência do diretor executivo do FNS, na fase administrativa do Processo) e as Atividades de Acompanhamento e Prestação de Contas dos convênios celebrados.

O FNS, sem prejuízo das competências dos Órgãos de Controle Externo e Interno e do Sistema Nacional de Auditorias do SUS, procederá no âmbito federal ao acompanhamento, ao controle e à avaliação de todos os recursos a ele alocados, considerando seus aspectos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais. Como unidade de orçamento, finanças e contabilidade do SUS, o FNS integra os órgãos setoriais de que trata o inciso II do art. 4º da Lei nº 10.180/2001, aplicando-se também ao mesmo o disposto no art. 6º da referida Lei.

As atribuições do FNS, como Agente Financeiro do componente federal do SUS, envolvem as seguintes modalidades de financiamento: transferências de recursos regular e automática fundo a fundo; pagamento da remuneração por serviços produzidos (SIA/AIH); transferências de recursos por meio da celebração de convênios, contratos, acordos internacionais e instrumentos congêneres.

O FNS, como unidade de acompanhamento, fiscalização, controle e avaliação dos recursos transferidos ao SUS, integra o Sistema Nacional de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde. Como órgão repassador, tem procurado se organizar para exercer a sua competência de acompanhar e avaliar a execução dos convênios celebrados com os órgãos e entidades federais, estados, municípios, Distrito federal e organizações não governamentais.

A formalização do convênio se dá, inicialmente, pela habilitação de entidades convenientes e seus dirigentes. Em seguida, a proposta de financiamento (que pode ser apresentada ao mesmo tempo em que a habilitação) é analisada pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e, sendo aprovada, o repasse dos respectivos recursos financeiros é realizado de acordo com o cronograma físico-financeiro aprovado como parte do Plano de Trabalho e com a disponibilidade financeira do concedente. Os recursos repassados desta forma devem ser utilizados para o pagamento de despesas correntes (custeio) e de despesas de capital (obras, equipamentos e materiais permanentes).

A instauração e institucionalização de uma sistemática de acompanhamento de convênios, com recursos financiados pelo FNS, tiveram início em outubro de 1999 e a cada publicação anual vêm sofrendo modificações, com o objetivo de aperfeiçoar cada passo desse processo.

A estruturação do processo de acompanhamento se caracteriza como instrumento fundamental para a formulação e implementação de políticas públicas na área de saúde, atuando como agente para a adoção de métodos e procedimentos de gestão eficiente dos recursos públicos.

As ações de acompanhamento passaram a ser exercidas pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios, compondo, dentro da estrutura organizacional do



FNS, a Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas. A partir de então, as atividades de acompanhamento vêm sendo planejadas e implementadas pela Coordenação Nacional, localizada em Brasília, em conjunto com as equipes das Divisões de Convênios e Gestão do Ministério da Saúde, espalhados pelos 26 estados. O trabalho é realizado, prioritariamente, com visitas de verificação in loco para levantamento de dados e informações e fornecimento de orientações técnicas, legais e operacionais que contribuam para a correta execução dos convênios. A estrutura regimental do FNS é detalhada em anexo.

O Sistema de Liderança do FNS está estruturado em cargos de Administração e Gerência. A Administração é composta pelo diretor-executivo e 03 coordenadores-gerais. A liderança intermediária é formada por 07 coordenadores de processos, 34 Divisões, aqui incluídas as Divisões de Convênios e Gestão (DICON), localizadas nos estados, 65 Serviços, 19 deles na sede do FNS, e 9 gerentes (5 de Assuntos Especiais, 01 de Planejamento, 01 de Relações Institucionais, 01 de Atendimento e 01 de Apoio Administrativo).

Os líderes/gerentes são o diretor executivo, os coordenadores-gerais, os coordenadores, os chefes das Divisões e os chefes dos Serviços.

Para definir os valores organizacionais e das orientações da organização, realiza-se semanalmente uma reunião com o diretor-executivo do FNS, coordenadores-gerais, coordenadores, assessores, e o chefe da Divisão de Manutenção e Suporte a Sistemas – DIMAS e ainda há uma outra reunião com o Comitê Interno de Melhoria da Gestão, onde são tratados e alinhados os fatos e dados relativos à Melhoria da Gestão no FNS. Semestralmente há uma reunião com o diretor-executivo e os chefes das Divisões de Convênios e Gestão – DICON, contando com a presença, também, de outros dirigentes e líderes do FNS e do Ministério da Saúde.

## EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO COMO REQUISITO DE AVALIAÇÃO NA EXECUÇÃO DE CONVÊNIOS

No decorrer dos anos 70, a diminuição do crescimento econômico e do papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornava indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem que por isso a acessibilidade aos serviços de qualidade fosse questionada. Neste contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução. A maioria dos países (Estados Unidos, Canadá, França, Austrália, etc.) criou organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias.

A avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo o mais racional e efetivo possível. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou pela complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem o maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis.

Para que isso aconteça, é necessário que se defina claramente para que se está fazendo a avaliação e quem tem o poder para decidir. Para que a decisão a ser tomada seja realmente efetiva e não se torne apenas uma medida racionalizadora de recursos, será necessário que se tenha sempre em mente que a avaliação deverá ser feita considerando o beneficiário final, cliente/usuário do serviço/programa ou projeto e não exclusivamente quem solicitou a avaliação. Esta característica peculiar faz com que a avaliação se torne um campo de trabalho propício para a aplicação transdisciplinar dos conhecimentos existentes e disponíveis em áreas como a Epidemiologia, Administração, Estatística, Ciências Sociais, etc.

A importância da avaliação através de um sistema de acompanhamento de desempenho nas instituições públicas vem aumentando em diversos países, e em muitos casos de forma vinculada à adoção de contratos de gestão ou formas assemelhadas de vincular ganho de eficiência e eficácia à autonomização dos aparelhos estatais. Algumas das características desse novo cenário merecem destaque: maior exigência de responsabilidades dos servidores, escassez de recursos, pressão para melhorar a gestão financeira, bem como a consideração do público como cliente principal dos serviços prestados pelo Estado.

Dessa maneira, a avaliação do desempenho constitui peça indispensável da gestão moderna, ao lado da fixação de metas, contratos e ajustes para controlar a prestação de serviços públicos. Obter informações adequadas sobre o funcionamento da Administração Pública pode ajudar os órgãos administrativos a desenvolver suas políticas, administrar seus custos de forma mais eficiente, aumentar a efetividade e promover a transparência da gestão pública, ampliando o grau de responsabilização.

Observando as experiências internacionais das últimas décadas, percebe-se que o propósito fundamental do processo de modernização do Estado é desenvolver nas instituições públicas um tipo de gestão com competência e capacidade para mobilizar seus recursos da maneira mais eficiente possível e alcançar resultados concretos em benefício da comunidade. Trata-se de buscar que o funcionamento regular dos serviços, além de respeitar os princípios da transparência, equidade e disciplina fiscal, considere de maneira prioritária a satisfação dos usuários, a distribuição eficiente dos recursos e a capacidade de responder às demandas do processo de crescimento da economia.

O FNS obtém informações que lhe permitem identificar os serviços/produtos que oferece aos seus clientes, mediante registros contidos em:

- Projetos demandados ao FNS e analisados por técnicos;
- Pesquisa semestral realizada junto a seus clientes;
- Sistema de atendimento por telefone;
- Formulários preenchidos a cada atendimento pessoal no FNS;
- Avaliações aplicadas quando da realização de palestras.

Todos esses registros permitem que o FNS saiba, de antemão, quais são as necessidades dos seus clientes, antecipando-se a elas.

O FNS desenvolve suas atividades considerando os macroprocessos, a seguir: Convênios, Contratos e Similares; Transferência de Recursos Fundo a Fundo; Remuneração por Serviços Produzidos, Apoio Financeiro a vários programas tais como: Saúde da Família, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores, Prevenção e Controle e Assistência aos Portadores de DST e AIDS, Qualidade e Eficiência do SUS, Assistência Farmacêutica, Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica, Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Degenerativas, Saúde Mental, Prevenção e Controle da Tuberculose e outras Pneumopatias, e outros.

O procedimento de acompanhamento consiste em fazer um julgamento sobre a intervenção (projeto/convênio/acordo), comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processos), e os resultados obtidos (efeitos) com critérios e normas predeterminadas, constituindo o conceito de avaliação normativa, a qual corresponde à função de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade.

O FNS vem conseguindo desenvolver uma gestão pública eficiente e comprometida com os resultados obtidos. Nestes quatro anos de exercício, houve transformações em várias dimensões: surgimento de lideranças internas, incorporação de técnicas modernas (sistemas informatizados) que facilitam o processo de tomada de decisões, estabelecimento de metas de desempenho mensuráveis, dentro de um quadro participativo, e comprometimento dos diversos níveis de coordenação com uma gestão de melhor qualidade, de modo que os avanços conseguidos até então permaneçam. Uma das ferramentas mais utilizadas para o desenvolvimento desse tipo de gestão é a mensuração e a avaliação do desempenho institucional por meio de um conjunto de indicadores-chave.

Um sistema de indicadores de desempenho bem planejado e bem estruturado possibilita um compromisso maior com resultados durante a discussão e a execução de programas, mediante a determinação de metas de desempenho que expressem os sucessos esperados em termos de quantidade e qualidade dos serviços prestados à sociedade e da efetividade e eficiência com que são oferecidos.

Um dos fatores fundamentais para a qualidade da gestão de qualquer instituição é a capacidade de medir seus resultados. Para as organizações públicas, como o FNS, esta é uma tarefa que encerra algumas complexidades específicas derivadas de suas características institucionais.

Sem dúvida alguma, as técnicas de avaliação de gestão encontram-se mais desenvolvidas no setor privado do que no público. As razões principais desse quadro derivam da dificuldade para medir os produtos oferecidos pelo setor público, devido à multiplicidade de objetivos que as instituições públicas perseguem e dos serviços que provêm e, principalmente, à ausência de mercados, preços e transações, o que dificulta a mensuração de sucessos. Isto significa que não existem para o setor público indicadores diretos e sintéticos de mensuração de desempenho como os que geralmente se aplicam nas empresas privadas. Muitas vezes o impacto de uma ação no serviço público depende de fatores externos à gestão, de condições econômicas globais ou de prioridades políticas, o que dificulta a avaliação objetiva do valor que esta ação específica agrega.

No setor privado, os sistemas de avaliação de gestão orientam-se para a mensuração dos resultados financeiros da empresa. Esses resultados, em geral, têm uma base objetiva de medidas que deriva da valoração de seus produtos e insumos no mercado, assim como de seu desempenho financeiro. A participação no mercado, as utilidades e o custo unitário de produção, entre outros, constituem indicadores tradicionais de gestão empresarial.

A gestão dos serviços públicos compõe-se da oferta de diversos bens e serviços, gratuitos ou subsidiados, o que impede sua redução a uma expressão monetária comum. A gestão é avaliada por meio do consumo de recursos (nível de gastos, dotação de pessoal, déficit, etc), em vez de medir os benefícios à comunidade.

A adoção de um sistema de indicadores que avalie permanentemente a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados à comunidade tem um enorme potencial como ferramenta para melhorar a gestão pública. As instituições públicas devem cumprir seus objetivos ao menor custo possível e definir critérios de eficiência na avaliação dos resultados.

Vejamos algumas vantagens na utilização de indicadores nas instituições públicas:

(a) Do ponto de vista organizacional: possibilita a avaliação qualitativa e quantitativa do desempenho global da instituição, por meio da avaliação de seus principais programas e/ou projetos e apóia o processo decisório de desenvolvimento organizacional e de formulação de políticas de médio e longo prazo.

(b) Do ponto de vista do gestor público: melhora o processo decisório, oferece aos gestores públicos as informações necessárias para bem desempenhar suas funções de controle da máquina; possibilita a responsabilidade dos gestores a cargo dos projetos e viabiliza a participação dos cidadãos.

Relatórios periódicos (gerenciais transparentes) podem estimular o público a acompanhar e ter mais interesse pelos serviços públicos, oferecidos pelas diferentes esferas e níveis de governos, além de encorajar os funcionários públicos a prestar serviços de melhor qualidade. De fato, são tantos os objetivos e tão diferentes os programas conduzidos na área da saúde, que não se justifica a adoção de apenas uma forma de avaliação para toda uma administração.

Pode-se entender a avaliação da gestão institucional como um processo permanente. Nessa direção, o Decreto nº 2.829, de 29 de outubro de 1998, que estabelece normas para a elaboração e execução do Plano Plurianual e dos Orçamentos da União, revela uma nítida preocupação com a avaliação governamental e com a responsabilização.

Nos artigos abaixo relacionados vemos estabelecida a periodicidade da avaliação:

- art. 5º Será realizada avaliação anual de consecução dos objetivos estratégicos do governo federal e dos resultados dos Programas, para subsidiar a elaboração de Lei de Diretrizes Orçamentárias de cada exercício.

- art. 6º. Define as finalidades da avaliação física e financeira dos Programas/Projetos, e a quem cabe a mesma: A avaliação física e financeira dos programas e dos projetos e atividades que os constituem é inerente às responsabilidades da unidade responsável.



A preocupação com a gestão da qualidade e com a satisfação da sociedade é também prevista, no art. 7º: “Para fins de gestão da qualidade, as unidades responsáveis pela execução dos programas manterão, quando couber, sistema de avaliação do grau de satisfação da sociedade quanto aos bens e serviços ofertados pelo poder público”.

De acordo com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) para a avaliação da qualidade da atenção, é preciso implementar indicadores, objetivos baseados em critérios técnicos, e adotar instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados. Ainda que a avaliação dos resultados e do impacto deva ser orientada por objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, os principais instrumentos devem se voltar para a melhoria do nível de saúde da população.

A realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento e programação, que considere aspectos epidemiológicos, recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência, é apresentada como pressuposto para que a regulação da assistência disponibilize a alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

O esforço que parece urgente é o de identificar as responsabilidades e competências específicas de cada esfera de governo e desenvolver a capacidade da direção nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde, para a avaliação dos resultados dos processos de gestão, das formas de organização, e do modelo de atenção sobre a reorganização da gestão local do sistema, e, principalmente de seu impacto na melhoria das condições de saúde da população – objetivo final dos princípios e diretrizes constitucionais.

Uma forma muito difundida de vincular indicador de desempenho com os propósitos essenciais de uma organização são a implementação do Planejamento Estratégico, considerando este um processo metodologicamente estruturado, mediante o qual uma organização mostra a especificação de sua missão em objetivos e alocação de responsabilidades pelo cumprimento desses últimos.

A missão do FNS é “contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde”. E dentro desta ótica a missão do acompanhamento é “orientar, controlar e acompanhar a execução dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de cooperação financeira aos órgãos federais, estaduais, municipais e entidades privadas sem fins lucrativos, mediante convenio, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres”.

No contexto da descentralização de ações e serviços de saúde, fica patente a possibilidade da condução da gestão da saúde com a participação de sujeitos distintos. A descentralização e, conseqüentemente, as novas responsabilidades que são assumidas pelo sistema local de saúde, exigem o desenvolvimento de competências que podem ser subsidiadas pelo relevo da realidade que a avaliação pode fornecer aos sistemas, serviços ou programas/projetos de saúde.

## PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NO ACOMPANHAMENTO

Com o processo de descentralização e a conseqüente necessidade de padronizar as atividades de acompanhamento, foram realizadas atividades para repasse das experiências da Unidade Central e análise do desempenho do corpo técnico das Unidades Regionais. Foram realizadas visitas a vários estados, e um acompanhamento, sob orientação da unidade central, onde foram transmitidas as experiências desenvolvidas pela equipe do FNS nas análises de documentos fiscais, extratos bancários/aplicação financeira e processos licitatórios, esclarecendo dúvidas e orientando quanto à aplicação correta da legislação que rege os convênios, fornecendo orientações técnicas às equipes das divisões de convênios, a fim de instrumentalizá-los para responder aos questionamentos dos convenentes, oferecendo roteiros e relatórios a serem utilizados como suporte aos trabalhos desenvolvidos e indicando os tipos de ações corretivas quando constatada a ocorrência de impropriedades ou irregularidade.

Na análise desse trabalho, podem ser constatados:

1. Deficiência na formação profissional das equipes nas Divisões de Convênios, no que se refere ao embasamento legal e conhecimento para serem aplicados no ato da verificação "in loco", dificuldades na elaboração de relatórios, racionalização e agilização das atividades;
2. Número reduzido de servidores, bem como ausência de especialistas (engenheiros, enfermeiras e outros), dificultando o procedimento do acompanhamento "in loco";
3. Carência de equipamentos de informática, materiais de consumo e de apoio e veículos para realização dos trabalhos (em alguns estados).

Em face dessas constatações, adotaram-se as estratégias especificadas a seguir:

1. Elaboração de relatórios periódicos de consolidação, com a finalidade de avaliar os resultados dos acompanhamentos realizados que retratem a execução dos convênios e seus impactos;
2. Elaboração de Manual para o acompanhamento, com a nova metodologia e a clara definição das responsabilidades de cada unidade, das normas e procedimentos relativos aos acompanhamentos que vêm sendo atualizados todos os anos;
3. Realização de treinamento para capacitação das equipes técnicas quanto ao conhecimento e utilização do Manual, da Legislação (Lei nº 8.666/93 e suas alterações), dos programas (anteriormente citados), apresentação do Sistema de Gerenciamento de Convênios (GESCON);
4. Descentralização dos processos de prestação de contas, oferecendo suporte ao corpo técnico das unidades regionais;
5. Desenvolvimento dos módulos de acompanhamento de convênios no SIAPC (Sistema de Acompanhamento e Prestação de Contas), este substituído pelo GESCON;
6. Geração de informações atualizadas para publicações no "Informativo do Fundo Nacional de Saúde";
7. Cooperação técnica do Departamento de Engenharia / REFORSUS em alguns acompanhamentos, no que se refere a convênios de obras;



8. Criação da página na WEB/FNS, contendo relação de convênios acompanhados por UF;
9. Programação de acompanhamentos em conjunto com equipes técnicas das Unidades Regionais (Divisões de Convênios);
10. Aperfeiçoamento das análises dos resultados dos acompanhamentos;
11. Desenvolvimento de parcerias e ações integradas com as áreas técnicas dos programas do Ministério da Saúde;
12. Promoção de ações de intercâmbio e cooperação técnica entre as Divisões de Convênios;

A importância e necessidade do acompanhamento estão direcionadas não só para o cumprimento da Lei, mas fundamentalmente para impedir a indevida aplicação de recursos federais descentralizados e conseqüentemente a redução dos índices de devolução de recursos financeiros por ineficácia e ineficiência na execução.

Nesta perspectiva, o trabalho de acompanhamento visa detectar e sanear dois focos importantes: As impropriedades, que são atos ou fatos administrativos contrários às normas legais, e as irregularidades, que são atos ou fatos que ferem as normas legais e legislação pertinente por resultar em prejuízo qualificável ou não ao erário. Temos ainda situações que não configuram evidências objetivas, mas que merecem ser registradas, em relatório, como observações a serem incluídas nas recomendações aos convenentes.

No decorrer de 2002, foram realizadas ações de acompanhamento em todo o território nacional, com planejamento, sistematização e execução de atividades que pudessem oferecer dados e informações para o redirecionamento de recursos, correção de distorções, prevenção de gastos com investimentos desnecessários, fornecendo subsídios para decisões gerenciais.

Os procedimentos adotados objetivaram: centrar as ações de acompanhamento na obtenção de dados úteis e ágeis que sirvam de base nas decisões gerenciais, produzindo materiais e fornecendo suporte técnico destinado a orientar e subsidiar as equipes técnicas das unidades regionais e demais órgãos convenentes; e promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos nas ações de acompanhamento, elevando os índices de competência para garantir o padrão de qualidade em todos os níveis.

Os procedimentos adotados se apresentam sob duas formas:

1. Acompanhamento Concomitante, realizado dentro da vigência do convênio, para verificar a correspondência das ações executadas com as programadas, além do fornecimento de orientações técnicas ao convenente para a retomada do percurso;
2. Acompanhamento subsequente ou posterior, realizado após o término da vigência do convênio, para verificar o cumprimento do objeto, alcance dos objetivos sociais e a observância da legislação vigente.

Para obtenção das informações e dos dados, foram utilizadas as seguintes ferramentas:

1. Visitas in loco, que consistiram no deslocamento de equipes técnicas ao local de execução do objeto do convênio, em vigência ou com vigência expirada, para fornecimento de orientações

técnicas e legais, levantamento de constatações sobre a execução e elaboração de recomendações e solicitações de providências que propiciassem a retomada de percurso por parte do convenente;

2. Formalização/circulação de correspondências para a obtenção de informações sobre a execução dos convênios junto a fontes fidedignas ou próximas do objeto;

3. Sistema de informação acerca da execução orçamentária e financeira (SIAFI) e de gerenciamento de projetos (GESCON), com realização de consultas relativas às situações em que se encontram os convênios.

A priorização dos convênios a serem acompanhados foi definida a partir dos seguintes critérios:

- Convênios dos exercícios de 1997 e 1998 cujas vigências foram prorrogadas e que não tinham recebido visita de acompanhamento;
- Programas prioritários do Ministério da Saúde, com ênfase em Urgência e Emergência, Gestante de Alto Risco e Hemorrede;
- Convênios com recomendação de nova verificação in loco;
- Convênios que ainda não tinham sido acompanhados e que já haviam recebido o repasse integral ou a primeira parcela;
- Convênios com solicitação de informações de órgãos de controle interno e externo;
- Convênios que foram prorrogados;
- Convênios com valores expressivos (acima de R\$ 500 mil).

Com base nestes critérios, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios, em conjunto com as Divisões de Convênios e Gestão dos Estados, elaborou e executou a programação de acompanhamento ao longo desses três últimos anos. Ao longo do exercício, a Coordenação Nacional forneceu suporte técnico e operacional, bem como realizou, de forma sistemática, o monitoramento mensal da execução da programação, garantindo um aumento quantitativo e qualitativo da produtividade do trabalho de acompanhamento de convênios.

No decorrer da execução das atividades de acompanhamento, a CAAV/FNS planejou e executou, em ação conjunta com as DICON, uma programação extra de acompanhamento em 246 convênios de todo o Brasil, que incluiu os maiores investimentos em obras e equipamentos. Este trabalho resultou em uma publicação denominada "Acompanhamento de Convênios", que demonstra a situação dos grandes convênios, com dados, informações e relato fotográfico.

Para o cumprimento integral da programação estabelecida, a Coordenação Nacional desenvolveu, ainda, duas atividades: visitas in loco de acompanhamento de convênios, com a participação de técnicos de outras DICON, em unidades federadas que apresentaram dificuldades técnicas e operacionais para o cumprimento de suas metas; e cooperação técnica em serviço e treinamento de atualização em acompanhamento de convênios.

A cooperação técnica em serviço foi realizada pelos técnicos da Coordenação Nacional nas 25 Divisões de Convênios e Gestão e teve como focos principais a consistência e a coerência dos dados e informações dos relatórios de verificação in loco.

A utilização do Módulo Acompanhamento do Sistema GESCON facilitou as atividades de coordenação, planejamento e supervisão do nível central, como também as ações de execução das unidades descentralizadas. O uso desta ferramenta reduziu o trabalho de busca de informações sobre convênios, elaboração e circulação de relatórios, além da padronização de procedimentos técnicos, entre outros avanços. O fluxo mais racional e ágil dos dados vem permitindo a obtenção de relatórios gerenciais mais objetivos sobre o andamento de programas e projetos financiados pelo Fundo Nacional de Saúde.

Dentre os principais instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos recursos aplicados em saúde, conforme a Emenda Constitucional nº 29, destacam-se:

a) Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

Objetiva coletar, processar e difundir os dados relativos a receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. Esse sistema produz indicadores gerais do comportamento da aplicação de recursos em saúde, inclusive aquele exigido pela Emenda Constitucional nº 29.

A partir da publicação da NOAS 01/2001, o preenchimento do SIOPS tornou-se obrigatório, sendo condição para a manutenção da habilitação dos estados e municípios ao SUS. O SIOPS é uma importante ferramenta de informação gerencial, pois possibilita que o gestor do Fundo e o Conselho de Saúde construam diferentes quadros com vários níveis de informações. São exemplos: receitas da administração; receitas da área da saúde; despesas por categoria econômica e por elemento de despesas, tanto da administração como da Secretaria de Saúde; dentre outras.

b) Plano de Saúde e Relatório de Gestão

Dispõem de informações da execução orçamentária das ações e serviços públicos de saúde. A partir de 2000, esses documentos deverão conter os indicadores do SIOPS. O Plano de Saúde explicita o diagnóstico da situação social e sanitária, os objetivos, metas e prioridades da ação de governo em saúde. O Plano de Saúde deve conter e compatibilizar em cada esfera, de forma clara, o quadro de metas, a programação pactuada e integrada, os resultados físicos e financeiros.

O Plano de Saúde é revisado, anualmente, em função de novas metas de gestão e adequação à dinâmica da política de saúde. O quadro de metas destaca as metas da ação do governo em saúde e em cada esfera, para cada exercício anual. Resulta de negociação e consenso entre Órgãos Gestores e Conselhos de Saúde. A Agenda de Saúde e o Plano de Saúde devem ser submetidos, pelos Órgãos Gestores, aos respectivos Conselhos de Saúde.

c) Relatório Resumido da Execução Orçamentária

Exigido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, é uma fonte de informações sobre o comportamento da arrecadação e a realização da despesa da administração como um todo, sendo composto ainda do balanço orçamentário e dos demonstrativos da execução das receitas e das despesas, classificadas em diversas categorias contábeis. Esse relatório contempla as previsões anuais e atualizadas das receitas e das despesas. Deve ser elaborado a cada dois meses, e é o instrumento chave para acompanhar a realização orçamentária da Administração Geral e de sua relação com o Fundo de Saúde.

#### d) Prestação de Contas

O acompanhamento dos recursos da área da saúde é garantido pela Lei federal nº 8.689/93 e pelo Decreto federal nº 1.651/95. Ambos determinam a necessidade de prestação de contas periódicas. É no cumprimento do dever de prestar contas que o poder público pode comprovar a aplicação dos recursos programados em saúde. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos aos estados e aos municípios deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Tribunal de Contas.

#### e) Papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

Existe a necessidade de se compatibilizar as ações e tarefas do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) com as dos Tribunais de Contas, com a finalidade de evitar duplicidade de esforços. Assim também há necessidade de envolvimento e engajamento das secretarias dos estados e da responsabilização pela auditoria naqueles municípios, onde não se está auditando.

#### f) Conselho de Saúde

Instrumento para o acompanhamento e fiscalização dos recursos do Fundo. A dificuldade dos conselheiros de saúde está em exercer a fiscalização dos recursos, devido à ausência de conhecimento contábil, no entanto ela é realizada de forma qualitativa, que prescinde de conhecimento contábil. Uma das formas de exercício do controle social é a atuação do Conselho de Saúde, que não se dá apenas no controle, assumindo um papel mais amplo na área da saúde.

O SUS prevê a “participação da sociedade” até na elaboração dos planos de saúde. Significa dizer que o Conselho de Saúde é o instrumento de participação dos segmentos da comunidade na própria gerência do SUS, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Para facilitar o exercício desse controle, a legislação prevê que as informações financeiras devem ser disponibilizadas aos demais organismos de representação política ou da sociedade civil até por meio da internet. É necessário um contato mais estreito entre os Tribunais de Contas e os Conselhos de Saúde, e de uma orientação aos gestores para que os dispositivos legais sejam cumpridos, atividade essa que já é praticada pelo setor de acompanhamento.

As ações de acompanhamento, pautadas nos princípios de descentralização e racionalidade técnica e administrativa, tornaram-se mais ágeis, dinâmicas e objetivas. As constatações de irregularidades, impropriedades e respectivas recomendações foram comunicadas com maior eficiência aos convenentes, e com maior rapidez através do envio da cópia do relatório de verificação in loco.

Os procedimentos de controle do atendimento das recomendações apontaram para a melhoria e presteza da correção dos desvios e equívocos na execução do objeto dos convênios e o consequente alcance dos objetivos. O sistema GESCON envia uma mensagem no nosso computador, após trinta dias do envio das recomendações ao conveniente, para que se efetive o controle da situação daquele convênio acompanhado e se verifique a necessidade de reiterar ou não o ofício com as recomendações, fazendo com que os gestores se posicionem quanto ao atendimento das mesmas.

Constituem objeto do processo de acompanhamento os seguintes programas/projetos e ações do Ministério da Saúde: erradicação do *Aedes Aegypti*; gestante de alto risco; unidade móvel; unidade



móvel e equipamentos; urgência e emergência; saúde da família; prevenção, controle e assistência aos portadores de DST/AIDS; assistência farmacêutica; qualidade do sangue (Hemorrede); alimentação saudável; prevenção e controle do câncer e assistência oncológica; prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas; saúde mental; saúde do trabalhador; saúde do jovem e adolescente; prevenção e controle da tuberculose e outras pneumopatias; saúde da mulher e aleitamento materno; atenção à pessoa portadora de deficiência e saúde do idoso; profissionalização da enfermagem; ampliação; ampliação e equipamentos; reforma e equipamentos; reforma; conclusão de obras; conclusão e equipamento; construção; construção e equipamento; aquisição de equipamentos.

Sempre orientados pelo princípio da equidade, investimentos em serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) devem ser feitos nos âmbitos microrregional e regional, elevando a oferta destes serviços da população usuária para diminuir a demanda reprimida. Essa expansão deve incluir:

- a) fixação e capacitação dos profissionais correspondentes, visando assegurar acessibilidade igualitária de toda a população aos serviços de referência;
- b) coerência com os planos regionais de investimentos;
- c) suporte às ações de vigilância sanitária (Rede de Laboratórios de Saúde Pública e de Centros de Controle de Qualidade);
- d) auto-suficiência nacional na produção e fornecimento de hemoderivados, imunobiológicos, medicamentos essenciais e outros insumos críticos.

## RESULTADOS ALCANÇADOS

Ao longo do período de outubro de 1999 a dezembro de 2002 as ações de acompanhamento foram sendo realizadas, agregando novas solicitações e estratégias, de modo a oferecer resultados mais abrangentes e, em conseqüência, retratar com maior precisão a execução dos convênios.

A importância e necessidade do acompanhamento estão direcionadas não só para o cumprimento da Lei, mas fundamentalmente para impedir a indevida aplicação de recursos federais descentralizados e conseqüentemente a redução dos índices de devolução de recursos financeiros por ineficácia e ineficiência na execução. Os procedimentos de controle do atendimento das recomendações apontaram para a melhoria e prestação da correção dos desvios e equívocos na execução do objeto dos convênios e o conseqüente alcance dos objetivos.

Com a estruturação e o funcionamento da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios, e o conseqüente planejamento do trabalho, foi possível modificar, substancialmente, a situação de acompanhamento de convênios sob responsabilidade do FNS. As informações existentes indicam que, no período de janeiro a setembro de 1999, quando as ações de acompanhamento ainda não estavam sistematizadas, foram realizados apenas 8 acompanhamentos. No período de outubro de 1999 a dezembro de 2000 foram acompanhados 1.913 convênios,

equivalentes a R\$ 808.455.400,00. No exercício de 2001 foi possível realizar 2.788 visitas de acompanhamentos, equivalentes a R\$ 1.226.030.323,30. No ano de 2002 atingiu-se um total de 3.949 acompanhamentos realizados, equivalentes a 1.665.077.774,94.

Em 2002 foram programados 3.019 acompanhamentos e realizados 3.949, significando um aumento de 31% em relação à meta global estabelecida. Deve-se considerar que a execução efetiva da programação teve início em fevereiro de 2002, com disponibilidade do Sistema GESCON a partir de 01/01/2002. Destaca-se que, das 27 unidades federadas, duas atingiram 100% da meta física programada; duas não atingiram 100% e as demais (23) superaram a meta física programada.

Desde a estruturação das ações de acompanhamento em 1999 até 2002, a Coordenação Nacional e as Divisões de Convênios e Gestão efetuaram 8.325 visitas in loco.

O monitoramento mensal, a capacitação de recursos humanos e o suporte técnico desenvolvido pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios, e a ferramenta gerencial do Sistema GESCON/Módulo Acompanhamento foram procedimentos que contribuíram para o bom desempenho das ações de acompanhamento. A média mensal de convênios acompanhados em 2002 foi de 329, superando, consideravelmente, a média do exercício anterior, que foi de 205. A análise dos acompanhamentos realizados aponta os seguintes destaques:

Do total de 3.949 acompanhamentos realizados em convênios em 2002 do FNS, 246 integraram uma programação especial, direcionada para convênios de obras e equipamentos e de valores expressivos que resultou em documento específico. A consolidação dos dados e informações sobre a execução dos convênios evidencia que:

- 26,01% dos objetos pactuados (construção, reforma, ampliação, aquisição de equipamentos e materiais, realização de eventos entre outros) foram executados integralmente e 43,83% estão em execução;
- 15,55% dos objetivos atendidos foram atingidos, resultando em benefícios para a população e 24,60% estão sendo atingidos;
- 9,91% estão com objeto e objetivo atingidos integralmente (em vigência) e 6,21% atingidos integralmente (vigência expirada);

As constatações verificadas resultaram em providências solicitadas aos gestores, objetivando o redirecionamento das ações para a efetiva execução dos convênios, entre as quais destacam-se:

- 53,66% receberam notificação para atendimento de recomendações com indicação para nova verificação in loco;
- 24,39% receberam notificação apenas para atendimento de recomendação;
- 0,35% receberam notificação para devolução de recursos;
- 6,29% foram notificados da regularidade da execução; e
- 100% receberam cópias dos relatórios para conhecimento e providências cabíveis.

Em relação às regiões, considerando o número de convênios programados, do total de 3.949 acompanhamentos, 37,35% se localizam na Região Nordeste; 21,52% na Região Sudeste; 18,26% na Região Norte; 12,21% na Região Sul e 10,66% na Região Centro-Oeste.



Ainda em relação às regiões, o Sudeste obteve o maior desempenho quando considerado o valor dos convênios acompanhados. Do total de recursos da ordem de R\$1.665.077.774,94, 33,30% são da Região Sudeste, 25,47% do Nordeste, 16,34% do Centro Oeste, 12,53% da Região Sul e 12,36% da Região Norte. Os quadros e gráficos constantes nos anexos do presente trabalho detalham os convênios acompanhados em cada Unidade Federada, especificando quantidade, valores, objeto, objetivo, providências e resultados, bem como os custos da Programação Financeira, consolidado por UF, para efetuarmos o acompanhamento.

A partir do total de convênios pagos integralmente e parcialmente, nos exercícios de 1999 a 2002, chega-se à existência de 11.891 convênios. Deste total, 5.906 convênios já receberam acompanhamentos. Ressalta-se que entre estes convênios estão aqueles com valores expressivos, e que receberam no mínimo duas visitas de acompanhamento.

Todo o trabalho de acompanhamento foi direcionado para o fornecimento de orientações técnicas, operacionais, legais e administrativas aos convenentes, para a correta aplicação dos recursos financeiros que resultem em benefícios à população brasileira, como: melhoria do atendimento, obras adequadas e de boa qualidade, profissionais capacitados, equipamentos modernos e a conseqüente prestação de um serviço público de qualidade na área da saúde.

## ANÁLISE CRÍTICA DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO

As formas e processos de acompanhamento de programas, projetos e ações do Ministério da Saúde, junto a estados e municípios, podem ser caracterizados como desarticulados e fragmentários. Além disso, o acompanhamento tem tomado por objeto, em especial, as ações/recursos meios, em detrimento de processos e do impacto de resultados das ações.

As razões se referem, entre outras, à estrutura e organização das secretarias, departamentos e setores, que nestes últimos anos têm estabelecido formas de atuação também fragmentárias, reproduzindo em suas ações sua própria composição atomizada. Estas características estruturais e organizativas têm propiciado a produção de uma cultura organizacional, cujo reflexo tem sido a delimitação de espaços estanques de atuação, constituindo modos de experimentar relações institucionais pouco permeáveis.

Posturas e condutas que costumam moldar a interação do Ministério da Saúde com os demais níveis de gestão têm afirmado essa cultura institucional. De um lado, a visão pouco integradora entre o conjunto das proposições e iniciativas do Ministério da Saúde tem favorecido intervenções mais verticalizadas e paralelas; de outro, como conseqüência dessa primeira, há a produção em "efeito cascata" desta estrutura em níveis de gestão, reproduzindo serialmente este modelo de atuação. Além disso, as iniciativas muito raramente integram de forma concomitante modos de gestão e atenção à saúde, produzindo uma outra dicotomia. Assim, é possível constatar-se um triplo processo de desarti-

culação: entre as instâncias internas (setores, programas e projetos); com os demais parceiros (outros níveis e instâncias de gestão) e entre a gestão e as estratégias de intervenção em saúde.

O processo de acompanhamento deriva, ao nosso ver, da combinação, de um lado, da base conceitual, ou seja, da compreensão e entendimento de acompanhamento, base abstrata, mas com força material, pois modula, em parte, as ações. Esta concepção, por sua vez, guarda relação de coerência com um conjunto de outras definições, como de formulação, avaliação, etc. De outro lado, a estrutura organizativa, ou o arranjo institucional, também interfere na produção de modalidades e posturas de acompanhamento, na medida em que propicia, conforma e formata determinados modelos de inter-relação entre os sujeitos e grupos.

Em que pese as críticas às formas de acompanhamento, algumas iniciativas têm se somado a uma ação integrada, em que se busca articular melhor as ações, tanto ao interior do Ministério da Saúde, como com secretarias estaduais e municipais e, em alguns casos, com a sociedade civil organizada, a partir das instâncias de co-gestão do SUS, como CONASS e CONASEMS e ONGs. Estas iniciativas, no entanto, podem ser consideradas como pioneiras, indicativas de que há acúmulos internos que anunciam formas mais co-responsabilizadas e melhor concertadas, como uma nova relação entre os gestores.

Alguns esforços têm sido tomados para aplacar a desarticulação entre secretarias, departamentos e setores, cuja máxima é "Construir o Ministério Único da Saúde", onde deverá existir integração entre as áreas técnicas e as equipes de acompanhamento, e onde a linguagem falada por todos os técnicos da área de saúde em relação aos Programas/Projetos desenvolvidos pelo FNS seja única.

O acompanhamento tem buscado esse entendimento com as áreas técnicas, mas os avanços ainda são muito pequenos. Optamos por dar conhecimento do nosso trabalho às equipes técnicas do Ministério da Saúde, encaminhando cópias dos relatórios de verificação "in loco" no que diz respeito aos programas, porém não temos recebido qualquer sugestão, nem críticas que enriqueçam o processo de acompanhamento. No nosso entender, como o acompanhamento e a avaliação são atividades essenciais no contexto da descentralização de ações e serviços de saúde, fica patente a possibilidade de se conduzir a gestão da saúde com a participação de sujeitos distintos.

Monitoramento e vigilância, controle e supervisão, apoio e suporte, têm sido tomados como sinônimos de acompanhamento. Contudo, esta igualdade pode ser apenas relativa, na medida em que estes termos são assemelhados, mas não iguais. Indicam, na verdade, quando se revelam similares, que há uma certa imprecisão naquilo que se define por acompanhamento.

Por outro lado, a tarefa/função de acompanhamento implicaria, sempre, incorporar uma mescla de cada um daqueles sentidos postos acima. Ou seja, partimos do pressuposto de que a concepção e as operações decorrentes do acompanhamento seriam constituídas de um certo grau necessário de ações, ora mais ora menos direcionadas, de um lado, para o controle e a supervisão; de outro para a cooperação e o apoio. Constituímos, dessa forma, uma perspectiva dialética de acompanhamento.

De imediato se coloca como necessária uma definição mínima de termos. Embora se considere que as expressões citadas acima têm uma definição polissêmica, o que implica considerá-las a partir de uma certa "elasticidade conceitual", estamos tomando por base que, divididos em dois



blocos, elas se identificam ora mais ou ora menos com algumas práticas institucionais. Isto traria por consequência sua vinculação a distintas modalidades e perspectivas de atuação institucional.

O monitoramento, a vigilância, o controle e a supervisão estariam mais relacionados a uma postura transcendente do agente que acompanha, como uma ação externa que se estruturaria a partir da composição, de um lado, de um suposto saber legitimado socialmente com, de outro, cotas de poder institucional que conferiria a este agente capacidade de intervenção, interdição. Essa relação pode-se dizer, tem de um lado um agente investido de poder e, de outro, alguém que sofre este poder. Este segundo pólo, nesta relação, tende a ser infantilizado e dotado de baixo poder de autonomia decisória. Caberia, tão-somente, o cumprimento fiel das regras predeterminadas, tais como atender às cláusulas do Convênio – a instrução normativa delimitadora de competências e responsabilidades.

Apoio e suporte, por sua vez, estariam relacionados a posturas mais horizontalizadas, nas quais a interação entre sujeitos determinada em processo prevaleceria na relação. Apoio pode ser tomado como sinônimo de suporte, como arrimo para o manejo de situações, ou seja, de ofertar solidariedade e cooperação no enfrentamento de dificuldades, para as quais não se teria, a priori, senão que genericamente, orientações, instrumentos e processos demarcados. Esta não demarcação, contudo, não pode ser tomada como deficiência ou ineficiência, na medida em que muitos dos projetos e ações, sobretudo no campo da atenção e da gestão, como dependem da interação de um conjunto complexo de fatores, se produzem em processo, em movimento, do qual de antemão pouco se pode prever. Aqui a idéia de acompanhar como sinônimo de ir junto de e, nesse processo, se contrair responsabilidade, toma relevo.

A combinação dessas duas perspectivas de acompanhamento implica, inicialmente, a recusa da renúncia da complementaridade destes campos antinômicos, para recusar, isto sim, a opção por um ou outro destes pólos. De certa forma, optaríamos pela composição, em diferentes coeficientes, de controle, de um lado, e de suporte de outro. Mas por que e quais as vantagens disto? Os projetos-ação se compõem tanto de meios como de fins. Far-se-ia necessário distinguir atividades do tipo fim daquelas tipo meio, ou melhor, no interior das atividades, projetos, programas, aqueles componentes mais finalísticos (ligados aos objetivos e resultados), daqueles mais ligados à viabilidade das ações (suporte, meio para a realização das ações). Isto possibilitaria a construção de um grau de discernimento, uma visualização de forma mais objetiva do que se estaria acompanhando, localizando-se com mais precisão o objeto da ação do acompanhamento.

Com isso não se quer impor uma nova dicotomização, agora entre meios e fins, senão um desmembramento abstrato destes componentes, com vistas a percebê-los em suas especificidades, sem, contudo, perder a perspectiva de que se constituem na verdade em um todo, pois não haveria atividades fins sem os meios para viabilizá-las. Esta posição (fim-meio) seria também relativa. Uma atividade pode ser meio no todo da operação, mas fim para uma determinada unidade de produção (um setor ou área) responsável pelo seu acompanhamento. No interior desta unidade de produção, a atividade meio será tratada como fim, para o qual se utilizará outro meio de viabilização da ação, no caso o acompanhamento.

Atividades ou componentes fins e os mediáticos devem ser acompanhados de forma diferenci-

ada, para que as realizações produzam o mais possível daqueles efeitos desejados. Os efeitos, muitas vezes, são passíveis de quantificação, mas nem sempre são capturáveis por meio de quantificações, senão com um outro tipo de instrumental, mais qualitativo. Isto indica, sobretudo, que os processos de acompanhamento devam ser distintos em sua natureza, a depender do objeto e dos fins.

Acompanhar é tarefa de responsabilização de ambas as partes (de quem financia e de quem executa) e em distintas e complementares atribuições. Por outro lado, se existe a imbricação entre financiador e executor, há que se estabelecer processos de co-responsabilização, na medida em que se trata de um mesmo objeto, do qual participam distintos níveis de gestão.

Nesta perspectiva, o gestor estadual teria um papel de relevância e destaque, na medida em que, de um lado, não caberia nem seria necessário e oportuno ao Ministério da Saúde acompanhar “in loco” cada uma das ações por ele desencadeadas, tarefa que as secretarias estaduais de Saúde poderiam cooperativamente executar. Por outro lado, os gestores municipais necessitam tanto de apoio e suporte, como de supervisão e vigilância, tarefa muitas vezes também não exequível pelo gestor federal. Dessa forma, cabe ao gestor estadual, em um processo de triangulação, uma tarefa importante no acompanhamento, qual seja, a de intermediar, junto com o órgão responsável pelo projeto/ação no Ministério da Saúde e com os Núcleos Estaduais do MS, atividades de acompanhamento.

Co-responsabilização, por outro lado, não pode ter como efeito secundário a relativização das cotas de responsabilidade de cada entidade cooperadora, ao contrário. Para se ter responsabilidade de forma conjunta, há que se identificar as responsabilidades primárias de cada um no processo para, então, contrair responsabilidades mais coletivizadas, ou seja, pertinentes a cada um dos sujeitos do processo.

Ao processo de acompanhamento co-responsabilizado acrescenta-se a dimensão temporal. Quando se acompanha? A idéia de processo quer expressar que não há deliberadamente um momento de acompanhamento, mas uma sistemática que se inicia desde a formulação das ações até seu encerramento, ou seja, até o processo final de avaliação com a comprovação do objeto e objetivos atingidos totalmente.

Além destas questões, haveria que se estabelecer mecanismos de acompanhamento mais articulados e integrados por parte do MS, no sentido de se constituir processos mais transversalizados, ou seja, menos verticalizados e mais orgânicos. Além disso, seriam necessários esforços para que as iniciativas fossem formuladas e implementadas a partir de uma percepção mais global, tanto no que se refere à verificação dos pontos de engajamento com outros projetos, das ações, como na indicação dos projetos, dos processos de acompanhamento, de avaliação, etc.

Formas Operacionais do Acompanhamento: ação in loco; ações supervisionadas a distância; ações conjuntas: entre MS e outros gestores; sistemas de informação (SIAFI, SIOPS); pesquisas avaliativas, planos/recortes para transversalizar o acompanhamento; microrregiões; regiões metropolitanas; zona rural; pequenos municípios; municípios sede/pólos; outros recortes, aglutinações por especificidades; tomar as diretrizes/eixos prioritários do SUS, entre os quais a descentralização, o acesso universal, a integralidade das ações e a humanização; indissociabilidade entre os modos de gestão e os modelos de atenção à saúde; co-responsabilização-ações pactuadas entre gestores;



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esse estudo constatamos alguns pontos de extrema importância que deverão ser levados em consideração na atividade de acompanhamento de convênios. São eles:

1. As informações e dados decorrentes do processo de acompanhamento deverão ser considerados como instrumentos importantes e fundamentais para o aperfeiçoamento e/ou reformulação das ações desenvolvidas em níveis federal, regional e local.

2. As ações de acompanhamento vêm sendo desenvolvidas na perspectiva de criação e implementação de condições técnicas para que as informações se tornem cada vez mais fidedignas e possam ser analisadas e oferecidas à reflexão e tomada de decisão pelos dirigentes da saúde pública, convenientes e demais áreas interessadas.

3. A utilização de procedimentos modernos e eficazes e de ferramentas informatizadas de trabalho objetivou, sempre, a valorização dos recursos humanos envolvidos no desempenho das ações de acompanhamento.

4. As constatações de irregularidades, impropriedades e respectivas recomendações foram comunicadas aos convenientes com maior agilidade e eficiência, na expectativa de correção imediata de desvios e a conseqüente obtenção de êxito na execução do objeto e alcance dos objetivos dos convênios.

5. A intensificação do controle do atendimento das recomendações feitas aos convenientes, resultantes das ações de acompanhamento, e o retorno decorrente desta estratégia demonstraram a importância do trabalho desenvolvido e a necessidade da sua continuidade e do seu aprofundamento.

6. O monitoramento mensal da execução da programação, a capacitação e o aperfeiçoamento dos recursos humanos e a utilização do sistema GESCON/Módulo Acompanhamento, aliados ao suporte técnico desenvolvido pela Coordenação Nacional junto às DICON, foram estratégias eficientes que contribuíram para alavancar o desempenho das ações de acompanhamento em 2002.

7. Uma retrospectiva das ações desenvolvidas indica a evolução dos acompanhamentos dos convênios a partir de 1999 até 2002. Os resultados alcançados demonstram que houve um aumento relevante em quantidade e qualidade na aplicação dos recursos acompanhados.

8. No exercício de 2002 foram programados 3.019 acompanhamentos e foram executados 3.949 resultantes de convênios financiados pelo FNS. Acrescentam-se a este total 203 convênios da FUNASA e 49 contratos do REFORSUS, somando 4.201 acompanhamentos realizados, resultando em um aumento de 31% em relação à meta global estabelecida.

9. Do total de 3.949 acompanhamentos realizados em convênios do FNS, 246 correspondem a uma programação especial voltada para convênios de valores expressivos de obras e equipamentos, os quais registraram algumas especificidades.

10. Avaliação das políticas considerando qualidade e efetividade; necessidade e relevância dos serviços de saúde; redução das desigualdades e regionalização e redimensionamento da rede de serviços.

11. Deverá haver mais recursos (subsídio a elaboração, acompanhamento e regulamentação da EC29/200).

12. Deverá haver mais controle social (demonstrativos que permitem o acompanhamento do desempenho dos governos e a fiscalização pelos Conselhos).

13. Maior qualidade na aplicação dos recursos (planejamento pelo gestor, com melhoria na alocação dos recursos, inclusive relativa à EC29/00).

14. As constatações verificadas implicaram providências solicitadas aos gestores, objetivando o redirecionamento das ações para a efetiva execução dos convênios, das quais estamos recebendo retorno, através das correspondências onde os gestores fazem questão de comprovar as providências adotadas, sugeridas através da nossa visita no relatório de verificação in loco.

15. Em relação às regiões, considerando o número de convênios programados, do total de 3.949 acompanhamentos, 37,35% se localizam na Região Nordeste; 21,52% na Região Sudeste; 18,26% na Região Norte; 12,21% na Região Sul e 10,66% na Região Centro-Oeste.

16. Ainda em relação às regiões, o Sudeste obteve o maior desempenho quando considerado o valor dos convênios acompanhados. Do total de recursos da ordem de R\$ 1.665.077.774,94, 33,30% são dessa Região, 25,47% são da Nordeste, 16,34% do Centro-Oeste, 12,53% da Região Sul e 12,36% da Região Norte.

17. Todo o trabalho de acompanhamento foi direcionado ao fornecimento de orientações técnicas, operacionais, legais e administrativas aos convenentes, para a correta aplicação dos recursos financeiros que resultem em benefícios à população brasileira, com a melhoria do atendimento, obras adequadas e de boa qualidade, profissionais capacitados, equipamentos modernos e a conseqüente prestação de um serviço público de qualidade, buscando a equidade e dando ênfase à questão custo-efetividade, fazendo-se cumprir o eixo prioritário do SUS.

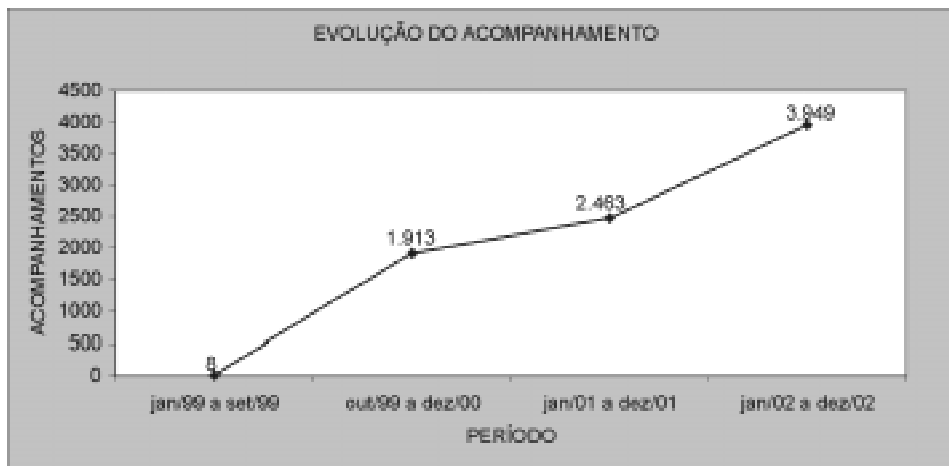
# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, 2001. Ministério da Saúde: Gestão Municipal de Saúde: Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro, 232 p.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. FNS. Rumo à Consolidação do SUS: Relatório da Gestão 1998 a 2002, Brasília, 80 p.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, 72p.(Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Relatório do Seminário sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional Nº.29, dias 19, 20, 21/09/2001, Brasília: Ministério da Saúde, 84p.(Série D. Reuniões e Conferências, Nº 17).
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. Ações de Acompanhamento de Convênios, Brasília, , 126p.(Série C. Projetos Programas e Relatórios).
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde (FNS). Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios-Atividades de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios (Síntese Informativa), Brasília, 8p.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde (FNS). Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios (Procedimentos e orientações), Brasília, 10p.
- ABRUCIO, Fernando Luiz, 1997. O Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública. Cadernos ENAP, nº 10, Brasília: ENAP, 52p.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos, 1997. A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Brasília: MARE, Lakatos E.M. & Marconi M.A. Metodologia Científica. Atlas. 87p.
- MEDEIROS MARCELO, 1999. Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. Rio de Janeiro, (Texto para Discussão N. 687): IPEA, 16p.
- GARCIA, Ronaldo, 2001. Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental. Brasília, (Texto para Discussão N.776): IPEA, 66p.
- LUCHESE, Patrícia, T. R. A NOAS 2002 (Texto para discussão) Sobre a Articulação de Políticas e estratégias dos diversos campos de atuação do SUS e a indução de processos de Avaliação de Resultados e Impacto: ENSP, Rio de Janeiro, 2002, 10p.
- CORE, Fabiano Garcia. Reforma Gerencial dos Processos de Planejamento e Orçamento. Revista ABOP V.4,N.43, 2002. Brasília (Texto para discussão), p.103-135.

# ANEXO I

Quadro 1

DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DE ACOMPANHAMENTOS REALIZADOS 1999/2002				
PERÍODO	jan a set/99	out/99 a dez/00	jan/01 a dez/01	jan/02 a dez/02
QUANTIDADE	8	1.913	2.463	3.949





## ANEXO II

### SECRETARIA-EXECUTIVA

#### 1. Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde

##### 1.1 Divisão de Manutenção e Suporte de Sistemas

###### 1.1.1 Serviço de Atividades de Apoio Administrativo

##### 1.2 Divisão de Convênios e Gestão (Núcleos Estaduais) - subordinação técnica e administrativa

###### 1.2.1 Serviço de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas

###### 1.2.2 Serviço de Habilitação e Análise de Projetos

###### 1.2.3 Serviço de Administração

#### 2. Coordenação-Geral de Contratos e Convênios - CGCC

##### 2.1 Coordenação de Habilitação, Cadastramento, Análise de Controle de Projetos

###### 2.1.1 Divisão de Habilitação e Cadastramento

###### 2.1.1.1. Serviço de Habilitação e Cadastramento

###### 2.1.2. Divisão de Análise e Controle de Projetos

###### 2.1.2.1 Serviço de Controle de Projetos

###### 2.1.2.2 Serviço de Análise de Projetos

##### 2.2. Coordenação de Elaboração, Processamento e Controle de Contratos e Convênios

###### 2.2.1 Divisão de Elaboração, Processamento e Controle de Contratos e Convênios

###### 2.2.1.1 Serviço de Elaboração

###### 2.2.1.2 Serviço de Processamento

###### 2.2.1.3 Serviço de Controle

### 3. Coordenação-Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil - CGEOFC

#### 3.1 Coordenação de Orçamento

##### 3.1.1 Divisão de Programação, Controle e Avaliação

###### 3.1.1.1 Serviço de Programação

###### 3.1.1.2 Serviço de Controle e Avaliação

##### 3.1.2 Divisão de Execução Orçamentária

###### 3.1.2.1 Serviço de Movimentação de Créditos e Empenhos

#### 3.2 Coordenação de Finanças

##### 3.2.1 Divisão de Análise e Preparo de Pagamentos

###### 3.2.1.1 Serviço de Análise

###### 3.2.1.2 Serviço de Preparo

##### 3.2.2 Divisão de Pagamentos

###### 3.2.2.1 Serviço de Pagamentos

#### 3.3 Coordenação de Contabilidade

##### 3.3.1 Divisão de Análise e Prestação de Contas Contábil

###### 3.3.1.1 Serviço de Análise e Prestação de Contas Contábil

##### 3.3.2 Divisão de Tomada de Contas Especial

###### 3.3.2.1 Serviço de Tomada de Contas Especial

### 4. Coordenação-Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas de Contratos e Convênios - CGAPC

#### 4.1 Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios

##### 4.1.1 Serviço de Acompanhamento

##### 4.1.2 Serviço de Avaliação

#### 4.2 Coordenação de Prestação de Contas de Contratos e Convênios

##### 4.2.1 Serviço de Controle e Documentação de Prestação de Contas

##### 4.2.2 Serviço de Análise e Parecer de Prestação de Contas

---

TRABALHO 2

---

MODALIDADE CONVENCIONAL  
E SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO:  
O CASO DA SECRETARIA DE POLÍTICAS  
DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE<sup>(1)</sup>

Maria da Conceição Cardoso Álvares<sup>(2)</sup>

Elizabeth Barros<sup>(3)</sup>

(1) Trabalho apresentado como requisito à obtenção de Título de Especialista no Curso de Especialização em Administração na Área de Saúde Pública, realizado em 2002.

(2) Autora: Formada em Pedagogia. Técnica em Assuntos Educacionais - SE/SPO/CGPL do Ministério da Saúde.

(3) Orientadora: Cientista Social, Consultora.



## APRESENTAÇÃO

O repasse de recursos financeiros por intermédio de convênios constitui uma importante estratégia de apoio a projetos específicos e localizados. Caracterizados na modalidade de Transferências Voluntárias e negociadas entre diferentes agentes sociais que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, dão suporte à realização de diferentes ações demandadas pelo próprio Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais, universidades, institutos de pesquisa, entre outros.

Os recursos financeiros consignados no Orçamento do Ministério da Saúde para projetos extemporâneos, repassados mediante assinatura de convênios, apóiam ações que vão desde obras físicas, equipamentos, capacitação de recursos humanos, estudos e pesquisas, etc. Estes são qualitativamente diferenciados por terem um largo espectro de ação e flexibilidade de destinação. Vários setores internos ao Ministério da Saúde os indicam como complemento para projetos específicos, quando as linhas de repasse fundo a fundo não permitem abertura para as finalidades pretendidas.

A abrangência espacial e temática das ações definidas pela Secretaria de Políticas de Saúde – SPS como prioritárias requer a adoção de medidas que viabilizem o acompanhamento da execução das ações pactuadas e a avaliação dos resultados obtidos. Esta foi a principal motivação para a escolha deste tema. A maior importância do desenvolvimento deste tema é que as conclusões e recomendações aprimorem o processo de acompanhamento de convênios no Ministério da Saúde.

## INTRODUÇÃO

A regulamentação do financiamento da saúde no Brasil ainda não conseguiu equacionar, de maneira racional, as demandas por recursos financeiros advindas das mais variadas entidades públicas, governamentais ou não governamentais, para enfrentar e superar os principais problemas existentes no setor. Com o custo cada vez mais elevado das ações e atos médicos requeridos à



atenção integral da saúde da população, a preocupação dos gestores públicos é otimizar os recursos financeiros existentes sempre buscando melhor destinação e maior impacto em sua aplicação.

O funcionamento dos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade absorve a quase totalidade dos recursos financeiros disponibilizados para a saúde no Brasil. Os mecanismos de repasse para esta função estão definidos em Lei e regulamentados por atos do Ministério da Saúde, negociados e pactuados nas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde – SUS, onde é garantida a presença dos três entes federados na definição dos aspectos normativos decorrentes. Entretanto, mesmo que alguns indicadores mostrem superávites nacionais em relação aos estabelecimentos de saúde existentes em termos nacionais, ainda existem regiões com vazios assistenciais que precisam ser preenchidos, para que as populações ali presentes tenham seus direitos constitucionais de atendimento garantidos. Algumas ações caracterizadas como de caráter transitório, mas importantes para o aprimoramento do sistema de saúde, também requerem recursos financeiros para serem solucionadas. Como não existe previsão de repasse de recursos financeiros fundo a fundo para esse tipo de atividade, utiliza-se o instrumento convenial.

O Ministério da Saúde assina anualmente um número expressivo de convênios com várias entidades nacionais para apoiar projetos. Todos os setores internos demandam este tipo de apoio financeiro, porém o acompanhamento da execução dos recursos repassados e os resultados finais pretendidos ficam relegados a um plano secundário. A prioridade do acompanhamento é dada aos componentes contábeis e financeiros e aos aspectos meramente intermediários da execução.

Um número significativo de convênios foi assinado pela SPS nos exercícios de 2000 a 2002. Assinados com estados, municípios, entidades filantrópicas, universidades e outras entidades governamentais e não governamentais, esses convênios, no valor total dos repasses efetuados, representaram importante modalidade de transferência de recursos no conjunto do financiamento da saúde no país.

Como são importantes pelos expressivos valores repassados, é necessário também acompanhar e avaliar os resultados decorrentes desta iniciativa. O acompanhamento e a avaliação de convênios são funções essenciais do processo de gerenciamento de programas e projetos consideradas prioritárias no bojo da ação estratégica governamental. Constituem parte integrante e indissociável do processo de planejamento e devem voltar-se para produtos, resultados e análise de desempenho, visando sempre a melhoria das condições de saúde da população.

O processo de acompanhamento de convênios não pode ser visto como um fim em si mesmo, ou seja, para cumprir uma formalidade burocrática. O objeto do convênio é estabelecer uma parceria ficando esta evidente, desde o início da negociação do projeto encaminhado para apoio. Esta tarefa deve ser realizada de forma integrada entre os segmentos responsáveis pela tramitação, aprovação formal do instrumento convenial e análise da factibilidade técnica do projeto a ser financiado. Desta forma, uma ação integrada entre esses setores possibilitaria melhores condições para adequações e ajustes que se fizerem necessários à consecução dos resultados finais pactuados e para maior repercussão dos recursos financeiros despendidos nessa modalidade de repasse.

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar o Sistema de Acompanhamento da aplicação de recursos financeiros repassados pela Secretaria de Políticas de Saúde nos anos 2000/2002 na

modalidade convencional. Para isto serão discutidos os instrumentos utilizados no Processo de Acompanhamento e Avaliação de Convênios e o papel desempenhado pelas áreas técnicas e normativas da Secretaria de Políticas de Saúde no Acompanhamento e Avaliação de convênios, visando propor a implementação de modelo integrado de acompanhamento e avaliação das transferências convencionais.

O trabalho é baseado na análise de documentos técnicos oficiais utilizados pelo Ministério da Saúde para orientar entidades públicas que se candidatam aos recursos financeiros disponibilizados para apoio de ações focais, a serem transferidos mediante a modalidade convencional. Foram feitos levantamentos sobre os Programas e Projetos considerados prioritários pela SPS e pelo Ministério da Saúde, para financiamento por esta modalidade de repasse financeiro. Também foram levantados e comparados os recursos financeiros comprometidos com convênios no período 2000 a 2002 pela SPS.

A análise foi realizada a partir de dois componentes básicos: I - metodologia de acompanhamento empregada pelo Fundo Nacional de Saúde-FNS; II - modelo de acompanhamento proposto pela SPS. Inicialmente analisou-se o que está determinado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e outros diplomas legais enfatizando o instrumento jurídico convencional.

Na segunda fase da análise verificou-se o que foi conveniado, dentro das áreas consideradas prioritárias, com vistas a determinar a execução orçamentária e aferir o que representou estes gastos em relação ao total de convênios apoiados. Muitas atividades puderam contar com a autora deste trabalho como ator privilegiado nesse processo, pois no período estudado integrava a SPS e fazia a interlocução com outros atores do Ministério da Saúde no tema em questão.

Por fim, realizou-se um estudo sobre os procedimentos do acompanhamento empreendido pelo FNS nos convênios assinados pelo Ministério da saúde e a análise da repercussão deste acompanhamento sobre os setores técnicos e normativos encarregados da regulamentação das atividades apoiadas, para que o propósito deste trabalho pudesse ser alcançado.

## SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE - COMPETÊNCIAS E AÇÕES

A Secretaria de Políticas de Saúde foi criada em 1997<sup>1</sup>, na gestão do Ministro Carlos Albuquerque. Seu objetivo foi desenvolver um processo organizado de formulação de Políticas de Saúde que aglutinasse, além das áreas internas do Ministério da Saúde, outros órgãos de diferentes setores governamentais e esferas político-administrativas.

A SPS foi uma tentativa no núcleo gestor principal do Ministério da Saúde de criar uma instância voltada à coordenação de processos de formulação e de avaliação de políticas de saúde. Regimentalmente a SPS tinha como missão:

1 A Secretaria de Políticas de Saúde foi extinta no início do atual governo, e suas competências foram distribuídas entre as demais Secretarias Nacionais criadas com a reforma organizacional empreendida no Ministério da Saúde.



1 – Construir o novo modelo de atenção à saúde, cujo eixo estruturador é a atenção básica. Desta forma desloca o foco de atenção da doença e/ou agravo para população e território; leva a saúde para mais perto da família; prioriza as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas;

2 – A estratégia básica de redefinição da atenção básica é o Programa Saúde da Família que se apresenta como porta de entrada do SUS, devendo estar integrado aos serviços de saúde local, e, nesse sentido, destaca-se a importância da microrregionalização;

3 – Introduzir as mudanças na ponta do sistema resolvendo os pontos de estrangulamento, e intervindo com resultados; articular os sistemas de saúde nos três níveis de governo visando à consolidação do SUS;

4 – Fortalecer a gestão do SUS nos três níveis de governo e, nesse sentido, incrementar as atividades administrativas e financeiras para melhorar a capacidade gerencial, possibilitando aos três níveis de governo obter capacidade gerencial.

Suas competências, ampliadas pelo Decreto n.º 3.496 de 01/06/2000, eram:

1 – Coordenar o processo de formulação de políticas de saúde, fortalecendo as instâncias deliberativas do SUS (Conselhos e Conferências de Saúde);

2 – Promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador a atenção básica;

3 – Coordenar, em articulação com outros órgãos do Ministério da Saúde, o processo de avaliação das políticas de saúde;

4 – Participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo;

5 – Coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção básica em saúde;

6 – Coordenar a gestão da política de recursos humanos para o SUS;

7 – Coordenar a gestão política de ciência e tecnologia em saúde; e

8 – Prestar cooperação técnica a estados, Distrito federal e municípios visando potencializar a capacidade gerencial destes e fomentar novas práticas de saúde.

Diante da nova missão foi proposto um novo desenho organizacional da SPS, onde a Coordenação Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas – CGPLAE possuía as seguintes funções:

- Coordenar o processo de planejamento mediante o desenvolvimento da programação, acompanhamento e avaliação de planos, programas, projetos e atividades da Secretaria de Políticas de Saúde;

- Coordenar o processo de elaboração da proposta orçamentária anual da Secretaria;

- Prestar assessoria e promover articulação entre os departamentos da Secretaria;

- Articular e disseminar informações necessárias ao processo de gestão do SUS: execução orçamentária dos Programas da SPS e acompanhamento dos convênios programados em tramitação na SPS;

- Assessorar o processo de regionalização da assistência à saúde, desenvolvendo projetos estratégicos de Apoio e Fortalecimento da Gestão Estadual e de Qualificação de Equipes Municipais e Estaduais Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde.

A CGPLAE desenvolvia rotineiramente atividades de coordenação do processo de planejamento da SPS junto aos departamentos, coordenações e áreas técnicas responsáveis pelo desenvolvimento e gerência dos programas sob a responsabilidade da SPS, na perspectiva de articulação interna para assegurar o alcance das metas e aplicação dos orçamentos por programa correspondente na Lei Orçamentária Anual. A área de Planejamento viabilizava a tramitação dos convênios buscando adequar o plano de trabalho ao parecer técnico e compatibilizava as funções programáticas de acordo com a programação e a Lei Orçamentária Anual que consignava recursos para a área.

## MODALIDADES DE TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS - BREVE ANTECEDENTE

A Constituição federal, promulgada em 1988, trouxe importantes mudanças para a Organização Político-Administrativa e para o pacto federativo, principalmente no que se refere à repartição de recursos financeiros e ao SUS. O capítulo da Saúde, cuja regulamentação se deu pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, estabelece as responsabilidades pelo financiamento das ações de saúde como encargo dos três entes federados que compõem esse sistema, facultando ao setor privado atuação complementar sob supervisão do setor público.

Embora seja de responsabilidade dos três entes federados o financiamento do setor, a maior parte dos recursos aportados cabe ao Ministério da Saúde por força de suas funções de regulamentação e pela concentração dos recursos financeiros determinados pela Constituição. As transferências dos recursos federais para Estados e Municípios se dão de três maneiras:

1. TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS – são recursos arrecadados pelo governo federal, provenientes das receitas do imposto de renda (IR) e do imposto sobre produtos industrializados (IPI), conhecidos como transferências constitucionais e compõem os Fundos de Participação dos Municípios e dos Estados, entre outros;
2. TRANSFERÊNCIAS LEGAIS – são regulamentadas em leis específicas que disciplinam os critérios de habilitação, formas de repasse e de aplicação dos recursos além de prestação de contas. Nesta modalidade de transferência incluem-se os repasses do SUS;
3. TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS – caracterizadas pela entrega de recursos corren-



tes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde<sup>2</sup>.

A transferência de recursos do Ministério da Saúde para os estados, municípios e demais prestadores do SUS se dá sob três formas:

1. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO – caracterizadas como transferências legais, têm como ponto forte o fato de se realizar o repasse regular e automático aos estados e municípios, propiciando a esses a oportunidade de elaborarem suas programações de curto, médio e longo prazos, garantindo aos gestores horizonte definido para compromissos com gastos das ações e/ou programas de saúde executados;

2. TRANSFERÊNCIAS PARA REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRODUZIDOS – também caracterizadas no âmbito das transferências legais, são realizadas para pagamento direto aos prestadores de serviços de saúde estatais ou privados contratados ou conveniados, contra a apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia aprovação do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo Ministério da Saúde.

3. TRANSFERÊNCIAS MEDIANTE A MODALIDADE CONVENIAL – caracterizadas como transferências voluntárias, geralmente para apoiar projetos específicos na área da saúde para a realização de ações e programas de responsabilidade mútua entre quem concede e quem recebe, ou seja, a consecução do objeto final conveniado é responsabilidade conjunta dos signatários dos convênios aprovados.

As necessidades de recursos para a área da saúde são grandes. Isto faz com que as autoridades se empenhem na busca de soluções para o financiamento do setor e para que se tenha fonte definida e definitiva. Este objetivo norteou a luta pela aprovação da EC 29, que assegura a participação da União, estados e municípios no financiamento do custeio das ações de forma integral, visando garantir a provisão dos serviços de saúde a toda a população que deles necessite, cumprindo dessa forma o princípio da universalização.

As dificuldades econômicas que o país vêm atravessando ultimamente e o comprometimento da maior parte do orçamento federal para garantir o funcionamento dos serviços de saúde, independente da complexidade tecnológica ofertada, não têm permitido a adoção de uma política de investimentos capaz de direcionar recursos para suprir vazios ou déficits assistenciais ainda verificados em algumas regiões do país, notadamente nas mais pobres.

Com a escassez de recursos constatada, a modalidade de transferência, via convênios, assume singular importância para suprir eventuais necessidades localizadas. Dessa forma, é de fundamental importância associar a aprovação de projetos microlocalizados à definição de prioridades para atendimento com os recursos não comprometidos com transferências compulsórias.

<sup>2</sup> Para mais ou melhores esclarecimentos ver: Tribunal de Contas da União – Transferências de Recursos e a Lei de Responsabilidade fiscal; orientações fundamentais – dezembro de 2000.

## CARACTERIZAÇÃO DOS CONVÊNIOS

Convênio é qualquer instrumento que discipline a transferência de recursos públicos e tenha como partícipe órgão da administração pública federal direta, autárquica ou fundacional, empresa ou sociedade de economia mista que esteja gerindo recursos da União, visando à execução de programas de trabalho, projeto, atividade ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.

O convênio tem sido o instrumento utilizado para transferência de recursos financeiros por meio de parceria estabelecida com órgãos ou entidades estatais e organizações não-governamentais, com o objetivo de descentralizar a execução de projetos, atividades ou eventos específicos com base em prioridades estratégicas. A eleição de prioridades deve basear-se na necessidade de maximizar os recursos disponíveis de forma a melhorar a saúde da população e promover o reordenamento do modelo de atenção à saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde definiu áreas programáticas prioritárias que deveriam ser observadas obrigatoriamente por todas as suas áreas internas indistintamente. O Manual de Convênios elaborado pelo Ministério da Saúde para orientar a apresentação de projetos diz que “atendidas as condições gerais de financiamento, no tocante ao enquadramento da proposta dentro das áreas consideradas preferenciais de atendimento, o MS dará prioridade aos projetos destinados à infra-estrutura do SUS ou Saneamento Básico, vinculados a despesas de capital, cujos pleitos estejam previstos no Orçamento Geral da União, para o exercício em análise, consignados sob a forma de Emenda Parlamentar<sup>3</sup> nominalmente identificada”. As áreas de atendimento prioritário, definidas pelo MS, são:

- Atendimento ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Atendimento ao Programa de Saúde da Família (PSF);
- Atendimento ao Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI)<sup>4</sup>;
- Combate a endemias, em especial as que apresentam índices expressivos de morbi-mortalidade;
- Aquisição e instalação de máquinas de diálise por entidades que comprovem capacidade de operação e manutenção;
- Manejo de situações de emergência e catástrofes.

O Ministério da Saúde pode definir outras áreas, consideradas preferenciais sempre que propiciarem a melhoria da qualidade da saúde, conquanto o escopo das eventuais propostas indique a possibilidade de redução de indicadores de doenças, ou possa servir de suporte técnico-gerencial para o alcance desse objetivo. Dentre as áreas programáticas definidas como prioritárias para receberem apoio financeiro por parte do Ministério da Saúde, a prioridade zero é conferida a

3 Emenda Parlamentar é um instrumento usado por parlamentares para propor a destinação de recursos orçamentários para a realização de investimentos em suas bases eleitorais. São propostos a aquisição de equipamentos médicos e construção de Estabelecimentos de Saúde. Segundo Calil (2001) a população valoriza o deputado com atuação mais paroquial, “que faz” e que traz “benefícios para sua cidade” e não valoriza o deputado pela sua atuação de legislador e fiscalizador do Poder Executivo.

4 Para atendimento ao PACS, PSF e PRMI, dá-se ênfase às ações de educação em saúde, mobilização comunitária, assistência alimentar e nutricional, saúde da mulher, planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto institucional e pós-parto.



projetos que visam melhorar a infra-estrutura do SUS ou Saneamento Básico. As propostas de apoio financeiro contemplam, dentre outras, a aquisição de mobiliário, equipamentos<sup>5</sup>; unidade móvel de saúde, construção, reforma e ampliação de unidades de saúde, bem como estudos e pesquisas na área da saúde.

Com exceção das ações que compõem projetos resultantes de acordos internacionais de financiamento, como REFORSUS, VIGISUS e DST/AIDS, com estrutura de gastos previamente aprovada nas negociações com as agências de “fomento internacional”, as demais ações configuram um vasto leque, onde o critério de prioridade para atendimento dos pleitos encaminhados tem pouca visibilidade, e, em muitos casos é excelente oportunidade para o exercício de práticas político-clientelísticas.

As áreas prioritárias de atendimento pela SPS, decorrentes da sua nova missão e competências, destacavam ações no atendimento aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF), ao Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) e combate a endemias, em especial as que apresentam índices expressivos de morbi-mortalidade. Além destas ações, outras áreas como Alimentação Saudável, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Saúde da Criança, Jovem e Mulher, Saúde do Trabalhador, Assistência Farmacêutica, Qualidade e Eficiência do SUS e Gestão de Políticas de Saúde, também foram consideradas prioritárias.

A Figura 2 mostra como se organiza o processo de transferência de recursos na modalidade convencional. Como pode ser visto nesta figura, duas fases modelam esse processo quanto ao planejamento e organização das atividades requeridas. A primeira fase caracteriza o processo de celebração de convênio para solução de um problema específico apresentado na forma de plano de ação, onde se evidenciam os componentes de monitoramento e avaliação como responsabilidades intrínsecas dos atores envolvidos.

A segunda fase ressalta a interação entre gestores, técnicos e o controle social para sustentar a coerência do plano aprovado com as ações prioritárias e realça o componente de prestação de contas em interação com o objeto final definido, qualidade de vida da população.

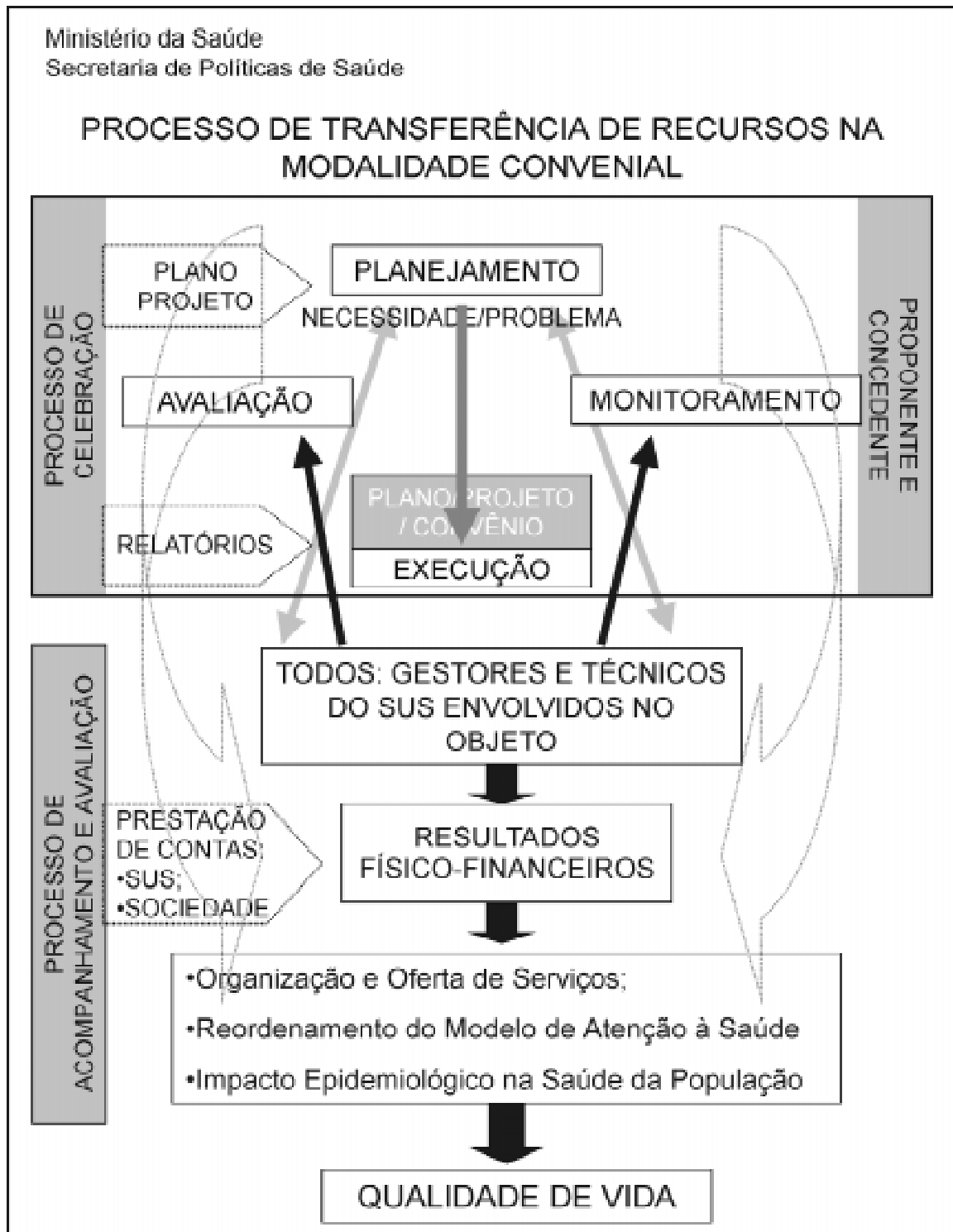
Todo gestor público é obrigado a prestar contas dos recursos recebidos, sob pena de aplicação de sanções previstas em lei, e comprometer o fluxo de recursos, mediante suspensão de transferências. Assim, ao término da vigência do instrumento que efetuou a transferência, deve o responsável pela aplicação destes adotar medidas com vistas à apresentação das contas, e, fundamentalmente, observar no que diz respeito ao repasse via convênios.

Ressalte-se que a prestação de contas dos recursos repassados diretamente do FNS para os fundos estaduais, do Distrito federal e municipais de saúde deve ser feita por intermédio do relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Tal procedimento não exclui a ação fiscalizadora concorrente do Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

5 Os equipamentos financiados são de informática, hospitalar inclusive para UTI/CTI, ambulatorial, serviço de apoio diagnóstico e terapia (SADT), etc.

Figura 2

## PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS NA MODALIDADE CONVENCIONAL





A Tabela 1 detalha os programas prioritários da SPS que foram contemplados com assinatura de convênios nos anos de 2000, 2001 e 2002. Conforme pode ser observado, o valor solicitado não guarda relação com os valores empenhados e pagos. Neste particular chama atenção o ano de 2001, onde a diferença de valores solicitados, empenhados e pagos é bastante expressiva. Não devem ser considerados valores solicitados como compromissos assumidos, pois somente após análise final de cada projeto apresentado e seu enquadramento nas prioridades definidas é que este passa a ser apto a receber financiamento.

Dos recursos empenhados, no valor de R\$ 64.288.930,00 (sessenta e quatro milhões, duzentos e oitenta e oito mil e novecentos e trinta reais) foram repassados aos proponentes R\$ 49.113.811,00 (quarenta e nove milhões, cento e treze mil e oitocentos e onze reais) nestes três anos analisados. São valores altos para uma época marcada por insuficiência financeira em todos os segmentos governamentais.

A magnitude destes valores é razão suficiente para que se estruture um sistema de acompanhamento que consiga mensurar os resultados em termos qualitativos das ações desenvolvidas. O objetivo de avaliar os resultados é nortear e definir prioridades futuras. Se estas são compatíveis com os anseios e necessidades da população e se está havendo melhoria nas condições de acesso e atendimento.

Chama atenção ainda nesta tabela o número de convênios solicitados à SPS neste período. De 803 convênios solicitados, foram empenhados recursos financeiros para 387 e efetivamente pagos 316. Este panorama mostra que às vezes a aprovação formal não é suficiente para garantir a liberação dos recursos conveniados.

Tabela 1

Convênios Solicitados, Empenhados, Pagos e Respectivos Valores por Programas Prioritários da SPS

PROGRAMAS PRIORITÁRIOS	SOLICITADO						EMPENHADO						PAGO					
	Nº 2000	VALOR 2000	Nº 2001	VALOR 2001	Nº 2002	VALOR 2002	Nº 2000	VALOR 2000	Nº 2001	VALOR 2001	Nº 2002	VALOR 2002	Nº 2000	VALOR 2000	Nº 2001	VALOR 2001	Nº 2002	VALOR 2002
Promoção da Educação em Saúde			14	1.895.276,00	2	430.518,00			2	509.710,00					2	509.710,00		
Recursos Humanos para o SUS	2	310.280,00			27	3.036.362,00	2	310.280,00			19	2.248.539,00	2	310.280,00			19	1.929.375,00
Estudos e Pesquisas para o SUS			39	10.353.269,00	8	2.594.000,00			22	7.380.980,00	6	1.806.300,00			22	7.380.980,00	4	1.483.000,00
Doenças Crônicas Degenerativas	14	1.684.293,00	1	65.440,00	3	641.560,00	4	215.566,00	1	65.440,00	2	546.700,00	4	215.866,00	1	65.440,00	2	546.700,00
Tuberculose e outras Pneumopatias	30	3.639.020,00	27	5.751.394,00	15	2.795.000,00	20	2.404.000,00	27	5.751.394,68	15	2.493.000,00	20	2.404.000,00			8	1.161.000,00
Hanseníase e outras Dermatoses	28	6.604.420,00	30	31.684.000,00	9	2.294.000,00	20	5.029.499,00	9	1.637.436,00	6	1.940.610,00	20	5.029.499,00	9	1.637.436,00	4	903.050,00
Alimentação e Nutrição	19	1.805.284,00	40	6.691.500,00	31	5.311.525,00	16	1.641.588,00	5	1.369.800,00	30	4.526.803,00	16	1.641.988,00	4	1.180.000,00	19	2.636.000,00
Saúde da Família	27	2.407.477,00	106	17.530.000,00	35	6.544.400,00	26	2.350.028,00	9	1.710.800,00	21	4.740.780,00	26	2.350.028,00	8	1.270.800,00	15	2.434.500,00
Saúde da Criança	12	2.137.207,00	17	2.560.000,00	9	2.533.050,00	11	2.083.863,00	1	319.000,00	6	1.424.953,00	11	2.083.863,00	1	319.000,00	5	781.953,00
Saúde do Jovem	26	1.320.830,00	38	2.975.000,00	14	1.913.450,00	15	889.280,00	6	195.200,00	2	170.000,00	14	867.280,00	6	195.200,00	2	170.000,00
Saúde da Mulher	21	2.945.090,00	27	2.932.000,00	11	1.040.920	13	1.215.927,00	10	570.000,00	10	1.600.490,00	13	1.215.927,00	10	570.000,00	7	500.001,00
Saúde do Trabalhador	28	6.245.958,00	70	11.393.000,00	23	2.752.142,00	19	5.460.498,00	9	848.000,00	22	748.758,00	19	4.954.940,00	8	698.000,00	15	1.581.109,00
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>29.100.465,00</b>	<b>409</b>	<b>93.830.879,00</b>	<b>187</b>	<b>32.754.657,00</b>	<b>146</b>	<b>21.691.229,00</b>	<b>101</b>	<b>20.357.760,68</b>	<b>140</b>	<b>22.329.941,00</b>	<b>145</b>	<b>21.073.671,00</b>	<b>71</b>	<b>13.826.566,00</b>	<b>100</b>	<b>14.213.574,00</b>

Algumas ações dessas áreas foram preferencialmente apoiadas, com destaque para atividades de capacitação de recursos humanos, implementação de serviços, estudos e pesquisas, saúde da família e de educação em saúde. Definidas as áreas prioritárias de atendimento e apresentados projetos detalhados sobre o objeto a ser financiado, algumas condições são observadas para fins de financiamento<sup>6</sup>:

- prévia habilitação, mediante o preenchimento do Cadastro do Órgão ou Entidade e do Dirigente juntamente com os documentos e comprovantes de adimplência com recolhimentos de impostos federais, estaduais e municipais como também das contribuições sociais<sup>7</sup>;
- preenchimento da proposta de Plano de Trabalho – considerados vários anexos com detalhamentos técnicos e documentais;
- enquadramento da proposta nos programas e ações financiáveis;
- adimplência na prestação de contas de convênios anteriormente firmados com o Ministério da Saúde;
- disponibilidade de crédito orçamentário e de recursos financeiros<sup>8</sup>.

A formalização do processo de celebração do convênio ocorre a partir da assinatura e posterior publicação do seu extrato no Diário Oficial da União-DOU. Todos os atos, procedimentos intermediários e conclusivos relativos ao atendimento das solicitações de repasse de recursos, aprovação, celebração, execução do objeto, acompanhamento e a prestação de contas são registrados no Sistema Integrado de Administração Financeira-SIAFI, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e no Sistema Gerencial Informatizado de Gestão de Convênios-GESCON do Ministério da Saúde<sup>9</sup>.

A Tabela 2 detalha o fluxo gerencial para o estabelecimento de convênios no âmbito da SPS. Em cada uma destas fases perdem-se inúmeros dias em análises e decisões sobre a aprovação dos projetos recebidos. Os dois passos iniciais são bem característicos da natureza e do ritmo a tomar nas demais fases do processo. Acrescentem-se às fases desse fluxo interno, um misto de análise técnica e organização processual, outros mais solicitados pelo FNS que serão descritos e analisados mais adiante.

6 Para mais detalhes, ver as Normas de Financiamento de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios-Orientações Técnicas – Ministério da Saúde.

7 São exigidos em torno de dezoito documentos para uma entidade, independente de sua natureza jurídica, proceder sua habilitação. Documentos que vão desde a identificação do dirigente do órgão, declarações de adimplência junto a outros órgãos públicos, cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal e Certidões Negativas de débitos junto às Fazendas, Municipal, Estadual, Federal e INSS, entre outros.

8 Quanto à disponibilidade de orçamento e de recursos financeiros, convém salientar que terão atendimento prioritário projetos com maior volume de despesas de capital, com pleitos previstos no Orçamento Geral de União, para o exercício em análise, consignados na forma de Emenda Parlamentar “nominalmente identificada”. As razões para tamanho zelo com a identificação nominal da Emenda Parlamentar não ficam explicitados em nenhuma norma do Ministério da Saúde.

9 Devido ao elevado número de convênios assinados pelo Ministério da Saúde, foi implantado em 1999 pelo Fundo Nacional de Saúde um sistema informatizado com dados que permitissem acompanhar a situação de cada convênio, fase de análise e localização da tramitação processual deste. O sistema informa o nome da instituição conveniada, objeto do convênio, posição dos recursos financeiros (valor empenhado pago e datas de publicação e liberação de parcelas).



TABELA 2

Fluxo Gerencial Para Estabelecimento de Convênio na Secretaria de Políticas de Saúde - 2000/2002

Fases / Atividades	Gabinete do Ministro da Saúde	Secretaria Executiva	Fundo Nacional de Saúde	Gabinete do Secretário de Políticas de Saúde	Coordenação Geral de Planejamento	Departamentos SPS	Áreas Técnicas	Protocolo SPS/SINPAS
Entrada de Documentação para solicitação de Convênios: abertura do processo, cadastro e habilitação			○					○
Encaminhamento do processo controle e tramitação					○			
Encaminhamento do processo para parecer técnico e de acordo						○	○	
Encaminhamento do processo para análise final e indicação orçamentária					○			
Encaminhamento do processo para aprovação				○				
Encaminhamento do processo para autorização	○	○						
Encaminhamento do processo para Empenho/ Convênio e liberação de recursos			○					
GESCON - Sistema de Gerenciamento de Convênios								

Cumpridas todas as exigências apresentadas pelo Ministério da Saúde para aprovação do projeto, duas questões chamam atenção pela contradição intrínseca e pela relevância de ambas nesta modalidade de repasse de recursos financeiros, considerando a variedade do perfil dos agentes financiados. De um lado, o sufocante processo cartorial exigido para habilitar um projeto que pode levar meses para aprovação final de um financiamento, e de outro, a inexistência, na prática, de instrumentos formais de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados com a proposição apoiada.

O processo cartorial definido para assinatura de convênios chama atenção pela rigidez de suas normas. Esse instrumento, pelas suas próprias características burocráticas e pela submissão excessiva de portarias e instruções normativas, sempre causou problemas por, seguidamente, não respeitar os direitos de uma das partes convenientes. Em várias situações, a adimplência exigida, e em muitos casos comprovada pelos "proponentes" por ocasião da apresentação de projeto que vai gerar a assinatura do instrumento, se transforma em inadimplência por culpa exclusiva, porém nunca assumida, das estruturas burocráticas da administração federal.

O tempo tomado pela tramitação burocrática de um processo referente ao termo de convênio é bastante significativo e, na maioria das vezes, impõe constantes substituições de documentos

válidos quando da apresentação inicial, que o tempo burocrático tornou inválidos. É tempo irrecuperável que prejudica a execução da proposta aprovada. Conseqüentemente isto afeta o cronograma de desembolso financeiro, comprometendo também as possibilidades de monitoramento e avaliação do projeto em questão<sup>10</sup>.

A Tabela 3 mostra todos os convênios tramitados pela SPS e não apenas aqueles em apoio às atividades consideradas prioritárias, conforme a tabela II. Como pode ser observado, existe uma diferença considerável entre o número de convênios programados, ou seja, projetos apresentados e analisados, e o número de convênios efetivamente aprovados e autorizados para liberação de recursos. Depreende-se daí que existe uma segunda avaliação da pertinência e da viabilidade técnica e política dos projetos recebidos. De 1.020 convênios programados pela SPS, menos da metade, ou seja, apenas 477 tiveram liberação de recursos autorizados.

A macrorregião Sudeste concentra a maioria dos convênios programados e pagos. Entretanto, a macrorregião Centro-Oeste recebeu o maior volume de recursos financeiros seguida das macrorregiões Sudeste e Nordeste respectivamente. Ressalte-se que o volume de recursos consignados àquela região se deve ao apoio financeiro ao Conselho Nacional de Pesquisa-CNPq<sup>11</sup>, que devido à sua localização no Distrito federal, provocou esse desequilíbrio quanto ao volume de recursos recebidos em relação às demais. Fazendo o expurgo dos valores repassados ao CNPq, a Região Sudeste assume o primeiro lugar no ranking dos valores recebidos entre as Regiões.

Os dados apresentados na Tabela 3 demonstram, de certa forma, a fragilidade desta modalidade de transferência de recursos, mesmo para atividades focais, pois não existe garantia de repasse integral do valor conveniado durante a vigência do convênio. Não raro, os critérios para hierarquizar as prioridades sobre a liquidação dos repasses, principalmente quando ficam inscritos em restos a pagar, dependem de regulamentação da área econômica e em muitas ocasiões não são liberados. Às vezes, critérios pouco convencionais são utilizados para definir a ordem cronológica dessas liberações.

Tabela 3  
Consolidado dos Convênios Programados e Liquidados da SPS - 2000/2002

REGIÃO	2000				2001				2002				TOTAL			
	Programado		Pago		Programado		Pago		Programado		Pago		Programado		Pago	
	Nº	VALOR (1)	Nº	VALOR (2)	Nº	VALOR (1)	Nº	VALOR (2)	Nº	VALOR (1)	Nº	VALOR (2)	Nº	VALOR (1)	Nº	VALOR (2)
NORTE	58	7.484.174,62	46	6.435.728,41	53	7.809.082,36	8	1.497.718,30	24	4.573.709,65	21	2.805.704,78	135	2.805.704,78	75	10.789.151,49
NORDESTE	88	14.830.931,59	63	12.173.296,16	139	19.766.568,66	30	6.159.094,66	67	11.362.840,73	46	8.563.471,34	294	8.563.471,34	139	24.895.862,16
SUL	33	6.600.181,00	24	5.591.959,12	66	6.760.252,68	9	1.076.089,47	26	3.928.536,02	20	2.119.057,57	125	2.119.057,57	53	8.787.106,16
SUDESTE	83	18.913.535,73	53	12.106.237,35	187	65.781.110,51	33	7.642.629,38	79	16.499.025,86	58	11.527.690,70	349	11.527.690,70	144	31.275.557,43
CENTRO-OESTE	42	6.921.007,92	36	6.340.062,52	51	41.991.622,54	13	56.774.842	24	5.588.364,33	17	3.394.738,00	127	3.394.738,00	66	66.509.642,52
TOTAL	304	54.749.831,54	222	42.697.283,56	496	142.108.636,74	93	73.149.373,81	220	41.952.476,59	162	26.410.66,39	1020	26.410.66,39	477	142.257.319,76

10 Em relação a eventuais atrasos na liberação de recursos financeiros previstos no cronograma de desembolso estipulado, o Ministério da Saúde adita automaticamente a vigência do convênio por portaria, caso haja solicitação do proponente.

11 Os recursos repassados ao CNPq tiveram como objeto a capacitação de Recursos Humanos para o SUS no bojo do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde e de abrangência nacional. Foram programados no ano de 2001 R\$ 33.613.400,00 e foram repassados até o final daquele ano R\$ 54.903.600,00. Não computando estes valores do CNPq a performance desta região, em termos de valores recebidos, assume o menor patamar em relação às demais regiões.



## PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNIO

O acompanhamento e avaliação das metas e objetos pactuados nas parcerias por meio de convênios e instrumentos similares, sobretudo com estados, municípios e instituições envolvidas, demandam estratégias fundamentais para que as áreas técnicas/programas da SPS sejam parceiros do processo de implantação da atenção básica e das políticas públicas na área de saúde.

O monitoramento e a avaliação de convênios constituem partes do processo de planejamento e são funções essenciais do gerenciamento do projeto. Nas fases intermediárias de execução o monitoramento deve indicar, de forma precisa, as condições de sustentabilidade do projeto e suas perspectivas de conclusão e êxito. Isto possibilita correções de rumos, por ventura necessárias, de modo a favorecer o pleno alcance dos resultados finais pactuados.

Regimentalmente o órgão repassador de recursos do Ministério da Saúde é o FNS, independente da origem da demanda e da natureza do repasse. Por consequência direta desta prerrogativa regimental, a prestação de contas do agente tomador dos recursos, via convênio, deve ser feita ao Fundo. A prestação de contas é constituída basicamente de relatórios de cumprimento do objeto e da execução físico-financeira e demonstrativo da receita e despesa, inventário dos bens adquiridos com os recursos de convênio e extratos da conta bancária, entre outros.

A prestação de contas implica a elaboração de dois pareceres: um financeiro conclusivo, baseado em Roteiro Preliminar de Análise quanto à correta utilização dos recursos repassados, e outro técnico, quanto ao alcance das metas. O relatório financeiro é elaborado após acompanhamento local efetuado pelos técnicos do FNS, ao passo que o segundo, na maioria das vezes, é elaborado sem uma avaliação mais acurada das áreas técnicas que dominam o assunto. Pelo número de convênios assinados e pelas obrigações dessas áreas no que concerne à regulação das atividades executadas nos serviços de saúde em todo território nacional, é de fácil compreensão a dificuldade desses setores para acompanhar os convênios, ao contrário do FNS. Entretanto, a estrutura do FNS é preparada para acompanhar a execução contábil financeira de convênios, e em alguns casos, agrega "provas" documentais e evidências fotográficas de situações encontradas, principalmente no que se refere a obras civis e equipamentos apresentados pelo agente financiado.

Esses dois relatórios devem ser complementares e elaborados com a finalidade de aferir o impacto final do objeto pactuado. Entretanto, na prática não é o que acontece, pois o relatório financeiro acaba prevalecendo e determinando o ritmo e as decisões futuras sobre a continuidade do convênio, pois a manifestação da área técnica é apenas para cumprimento de uma formalidade legal e, na maioria das vezes sem conhecimento da realidade local de execução.

Dessa forma há uma inversão da hierarquia do processo de acompanhamento ao relegar a um plano secundário os princípios e parâmetros utilizados para justificar o financiamento do projeto apresentado. Com a apresentação de evidências como forma de comprovar a execução dos recursos, consolida-se o cumprimento de meras formalidades burocráticas consubstanciadas nas ativida-

des-meio em detrimento da consecução dos objetivos finalísticos<sup>1</sup>. Comprovam-se os gastos segundo o plano de aplicação aprovado, cumprindo um ritual processual exigido pela Administração Pública, e relega-se a um plano secundário o alcance social pretendido pelo projeto aprovado.

Salienta-se que esse tipo de acompanhamento é de fundamental importância, pois permite a verificação in loco de como os recursos financeiros repassados estão sendo utilizados pelos agentes locais. Confere legitimidade na aplicação dos recursos e garante aos financiadores que não está havendo desvio na finalidade estipulada para o financiamento aprovado. O acompanhamento realizado pelo FNS na execução de convênios, caracterizado como auditagem, embora de suma importância, não é cotejado com informações técnicas de natureza qualitativa, pois não existe nenhum instrumento formalizado que faça o encontro dessas informações. As “informações técnicas” cumprem apenas as formalidades exigidas para comporem os processos na forma de pareceres que atestam cumprimento de fases intermediárias da execução e finalização da vigência do convênio.

Para seleção dos convênios a serem acompanhados in loco o FNS utiliza os seguintes critérios:

- convênios com valores expressivos<sup>2</sup>;
- convênios para apoio a programas definidos como prioritários pelo MS;
- convênios que recebem repasse integral dos valores conveniados ou a primeira parcela e que não foram acompanhados;
- convênios com solicitação de nova verificação in loco;
- convênios com solicitação de informações de órgãos de controle interno e externo;
- convênios com prorrogação de vigência.

O Fundo Nacional de Saúde recomenda que o processo de acompanhamento se inicie por convênios com valores expressivos e executados por entidades localizadas nas capitais dos estados e somente após cobertura total das capitais se dará cobertura aos convênios localizados em cidades do interior. Excepcionalmente esta prioridade poderá ser invertida no caso de determinação superior.

Para mensurar o alcance social que se pretende com determinada inversão financeira, no caso de apoio mediante convênio, o monitoramento é realizado também pelos setores técnicos para a aferição dos resultados alcançados e para possibilitar correções de rumos no processo de formulação de políticas públicas de saúde. Para alcançar esse intento é de suma importância integrar as informações recolhidas pelo FNS com informações geradas pelas áreas técnicas.

Buscando interagir com o FNS para melhorar o desempenho do processo de acompanhamento, a Coordenação Geral de Planejamento da Secretaria de Políticas de Saúde – CGPLAN/SPS desenvolveu um sistema próprio, inicialmente um Projeto Piloto de Acompanhamento e Avaliação de Convênios para avaliar os resultados finais. Assentado numa proposta de supervisão, apoio e orientação, visava redirecionar, quando fosse o caso, a execução do objeto conveniado, propiciando os meios necessários para superação de problemas eventualmente constatados para o alcance das metas estabelecidas.

1 É dada ênfase à verificação das atividades-meio como edificação física, aquisição de móveis e equipamentos, de fácil comprovação material.

2 A definição quantitativa de valores expressivos não tem uma ordem de grandeza definida a priori, varia de exercício para exercício. A cada período este critério pode sofrer modificação a depender do número e dos valores consignados para assinatura dos respectivos convênios.



Este projeto piloto continha dois instrumentos básicos que se caracterizavam pela simplicidade e objetividade das informações solicitadas: Relatório de Acompanhamento de Transferência de Recursos Financeiros e Relatório de Avaliação de Resultados.

O preenchimento destes relatórios seria responsabilidade direta dos agentes financiados. Estas informações, encaminhadas periodicamente e analisadas pelos setores técnicos e de planejamento, possibilitaria o redirecionamento das ações que se fizessem necessárias, objetivando otimizar a aplicação de recursos e o alcance das metas pactuadas. O relatório de avaliação de resultados solicitava três informações básicas: produtos obtidos, resultados alcançados e condições de sustentabilidade do projeto.

Para aferir o nível de aceitação desse sistema, a SPS realizou no ano de 2000 um estudo junto aos agentes conveniados. Foram enviados formulários de avaliação para oitenta e dois convênios escolhidos aleatoriamente, com retorno de cinquenta respondidos. Uma matriz da análise elaborada pela CGPLAN classificou os respectivos convênios em quatro níveis segundo seu estágio de execução: ótimo, bom, regular e insatisfatório.

Constatou-se que dezesseis convênios foram considerados com nível de execução ótimo, bom ou regular. O restante foi avaliado como de execução insatisfatória. Para estes últimos haveria um acompanhamento técnico presencial visando a correção dos problemas detectados de forma a obter melhores resultados e promover condições para a sustentabilidade do projeto apoiado.

Dentre as principais dificuldades apontadas pelos executores, estranha-se que mais de 50% são relacionadas à problemas burocráticos (atraso no repasse de recursos e burocracia na execução do convênio), o que evidentemente acarreta sérios prejuízos para a consecução do objeto final pactuado. A existência desses problemas demonstra de maneira clara a necessidade de maior integração entre o processo de concessão desse tipo de apoio financeiro e o acompanhamento aos projetos apoiados.

O projeto piloto da SPS não foi implantado. Duas dificuldades frustraram sua implantação. A primeira vindo das áreas técnicas, que rejeitaram se engajar nesse processo, pois não queriam lidar com ações consideradas "menos nobres", comparadas com suas funções de normalizar e regular as ações de saúde respectivas. Os relatórios encaminhados pelos executores seriam, necessariamente, avaliados tecnicamente quanto ao alcance dos resultados propostos, e, eventualmente redundariam em estudo mais profícuo sobre os resultados apresentados. A imensa maioria dos projetos aprovados que redundaram em convênios foi demanda dessas áreas. Cumprido as formalidades para aprovação e assinatura dos convênios e repasse dos recursos, os atos subsequentes passam para outra esfera de responsabilidade, configurando, em certos casos, antagonismos injustificáveis.

A segunda dificuldade foi a resistência do Fundo Nacional de Saúde em aceitar dividir responsabilidade no processo de acompanhamento e adaptar seus instrumentos ao modelo proposto pela SPS. Segundo a área de Coordenação Acompanhamento e Avaliação de Contratos e Convênios do Fundo Nacional de Saúde –CAAV/FNS, é suficiente para o processo de acompanhamento as áreas técnicas analisarem os relatórios produzidos por seus auditores e se manifestarem sobre eles. Para análise dos componentes físicos, aqui entendidos como os resultados finais pactuados, o FNS não possui condições de aferição de seu alcance, salvo se objetos materiais, e nem tão pouco está preparado para tal finalidade por não ter essa competência regimental.

## CONCLUSÃO / RECOMENDAÇÕES

Com base nos aspectos técnicos, gerenciais e financeiros apresentados neste trabalho pode-se tirar importantes conclusões para serem consideradas no momento de definir os instrumentos a serem utilizados na avaliação de resultados pactuados.

Um aspecto que merece ser destacado refere-se à ambigüidade do processo de acompanhamento dos convênios assinados pelo Ministério da Saúde. Em muitas situações esse processo parece ser a afirmação de posições atomizadas setorialmente sem nenhuma correspondência com os resultados que se pretende alcançar, configurando, dessa forma, uma situação de antagonismo entre áreas, cujo trabalho, converge para a mesma finalidade. Definir uma política de acompanhamento do emprego de recursos públicos pressupõe a assunção de uma série de responsabilidades e compromissos que devem ser compartilhados entre as várias áreas do MS na busca de um objetivo comum coerente com as demandas da população. Este equilíbrio propicia uma melhoria significativa do processo de tomada de decisão durante todas as fases de execução de um projeto apoiado com recursos de convênios.

Não pode haver posição isolada na condução do processo de acompanhamento para essa modalidade de transferência de recursos aqui analisada. É imprescindível estabelecer parcerias permanentes com interlocutores de todas as áreas que tenham alguma interface com o assunto, para juntos buscarem superar os entraves existentes e atender as demandas apresentadas. Implementar um processo de acompanhamento não poder ser uma ação particular com opiniões restritas de técnicos de uma área específica. Consiste sim na riqueza da troca de conhecimentos e experiências e ainda na capacidade de interação que deve pautar os vários órgãos responsáveis pela aprovação dos convênios.

Da análise realizada acima pode-se também concluir o seguinte:

1. A modalidade de transferência de recursos pela via convencional é um importante instrumento por complementar as fontes disponíveis para o setor no apoio a atividades descentralizadas. Entretanto, um papel importante que poderia ser plenamente cumprido por essa modalidade de repasse de recursos - papel redistributivo para corrigir distorções existentes nas regiões mais necessitadas - não é reconhecido. Isto poderia ser feito mediante adoção de uma política alocativa que considerasse o nível de desenvolvimento regional e das condições de vida e de saúde da população como critério principal no momento de determinar a destinação dos recursos financeiros.
2. A concentração de recursos repassados por esta modalidade em regiões mais desenvolvidas indica o descumprimento de um dos pilares que norteiam o financiamento do SUS o qual preconiza tratamentos diferentes para os desiguais, independente da modalidade de transferência utilizada. Ao se concentrar os recursos disponíveis para esse tipo de apoio em regiões, mais aquinhoadas, o Ministério da Saúde consolida, ainda que não intencionalmente, as distorções e os desequilíbrios regionais históricos herdados pelo SUS.
3. Uma política de investimentos em saúde deve ter como premissa básica a correção



desses desequilíbrios. O orçamento para a saúde é finito, portanto, a limitação dos recursos financeiros impõe restrições para seu gasto. De qualquer forma a correção de iniquidades deve ter precedência sobre os critérios distributivos dos recursos disponíveis. Segundo SANTOS, citado por CARVALHO (2002), “Existem várias formas de equidade: a igualdade de gastos e de recursos e a igualdade de recursos, oportunidades de acesso e de utilização para necessidades iguais”. Assim sendo, no campo das desigualdades a afirmativa é o inverso e não pode de maneira alguma se perpetuar.

4. O desempenho do acompanhamento dos convênios assinados para execução de ações no âmbito da SPS demonstra o baixo grau de adesão dos segmentos técnicos da Secretaria na avaliação dos resultados pactuados, confirmando a dificuldade demonstrada por esses setores para se engajarem em um processo desta natureza. Fica claro o estabelecimento de uma divisão de trabalho que, sob a ótica da gestão pública gerencial, é prejudicial para o conjunto das ações empreendidas pelo Ministério da Saúde no apoio às demais entidades que gravitam ao seu redor.

5. A inexistência de um sistema de informação que consolide por atividade ou programa prioritário os convênios assinados dificulta o acompanhamento local das ações desenvolvidas. As discrepâncias verificadas entre informações do FNS e CGPLAN/SPS, assim como os conflitos de competência sobre o papel de cada órgão no processo de acompanhamento foram fatores de inibição para análise mais efetiva dos resultados alcançados pelos convênios formalizados. O GESCON não cumpre com essa finalidade, pois ele privilegia os aspectos formais e legais dos processos em tramitação no Ministério da Saúde.

A título de contribuição para o aperfeiçoamento do processo de concessão de recursos e acompanhamento de convênios recomenda-se:

- Proceder a uma revisão do sistema de acompanhamento dos convênios de modo a propiciar uma maior integração entre as áreas técnicas normativas das atividades de saúde com os setores responsáveis pelos procedimentos de concessão de apoio financeiro nesta modalidade. Para isto será necessário estabelecer mudanças no fluxo dos processos apresentados. Inicialmente os processos de análise de viabilidade técnica e factibilidade financeira devem ser reestruturados de modo que os aspectos finalísticos dos projetos a serem apoiados sejam considerados prioritários;

- Proceder a realização de estudos por amostragem para aferir os resultados da aplicação dos recursos transferidos para as condições de vida da população e para aferir se houve melhoria no atendimento demandado pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

- Simplificar o fluxo burocrático na tramitação documental exigida dos agentes que se apresentam como tomadores de recursos por essa modalidade de transferência. Estabelecer como validade temporal dos documentos apresentados pelos proponentes o momento no qual é formulada a petição e entregue o que foi exigido. O não cumprimento de prazos, por problemas de tramitação burocrática, não deve ser atribuído ao proponente.



- Após o enquadramento do projeto apresentado às linhas prioritárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a ordem de atendimento, para análise, assinatura e liberação de recursos deverá obedecer a critério estritamente técnico, de acordo com ordem cronológica de entrada e de cumprimento de eventuais exigências apontadas por quem de direito;
- Adequar o sistema GESCON para emissão de relatórios de acompanhamento detalhado por ação e programa.
- Estabelecer que todo e qualquer apoio a entidades de atuação local, regional e estadual seja precedido de apreciação e recomendação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, inclusive Emenda Parlamentar;
- Estabelecer novo processo de atendimento a Emendas Parlamentares, com prioridade, quando for o caso, a Emendas apresentadas por partidos políticos e homologadas na CIB e não mais emendas individuais.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, 1997. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Instrução Normativa n.º 1, de 15 de janeiro de 1997. Diário Oficial da União de 31.01.1997. Brasília.
- BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Informações e Avaliação. Coordenação de Planejamento. Proposta de Projeto Sistema de Banco de Dados Para Acompanhamento e Avaliação do Repasse de Recursos Através de Convênios e Instrumentos Similares. Brasília. (mimeo)
- BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Projeto Reforsus. Unidade de Acompanhamento e Avaliação. Sistema de Avaliação – Metodologia de Avaliação dos Subprojetos do componente I do Projeto REFORSUS. Volume I – versão preliminar. Brasília.
- BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas de Contratos e Convênios. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Convênios. Treinamento para padronização e operacionalização das Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante a celebração de convênios. Brasília. (mimeo)
- BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Informações e Avaliação. Coordenação de Planejamento. O Processo de Construção do SUS: Avanço e Desafios. In: Seminário sobre Gestão Estadual de SUS: Tendências e Perspectivas, 14 e 15 de outubro de 1999, Brasília: DF.
- BRASIL, 2000. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Informações e Avaliação. Coordenação de Planejamento. Proposta de Acompanhamento de Repasse de Recursos Através de Convênios e Instrumentos Similares. Brasília. (mimeo)
- BRASIL, 2000. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Execução de Recursos de Programas financiados pelo Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde e seus reflexos no acompanhamento e na prestação de contas. Brasília.
- BRASIL, 2000. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas de Contratos e Convênios. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Convênios. Síntese informativa sobre as Atividades de Acompanhamento 2000. Brasília. (mimeo)
- BRASIL, 2000. Tribunal de Contas da União. Secretaria Geral de Controle Externo Transferências de Recursos, Lei de Responsabilidade Fiscal – Orientações Fundamentais. Brasília. 120 p.
- BRASIL, 2001. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas de Contratos e Convênios. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Convênios. Síntese informativa sobre as Atividades de Acompanhamento 2001. Brasília. (mimeo).
- BRASIL, 2001. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Planejamento, Ciência e Tecnologia. Superintendência de Acompanhamento e Avaliação de Políticas Públicas. Sistemática de Avaliação das Políticas Públicas do Estado da Bahia – Marco Lógico Conceitual: Projeto Piloto. Salvador.

- BRASIL, 2001. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Gestão Municipal de Saúde – Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde.
- BRASIL, 2001. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Gestão Municipal de Saúde – Textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de saúde. Manual Básico. Série A . Normas e Manuais Técnicos. Brasília.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Ações de Acompanhamento de Convênios: Relatório Gerencial 2002. Brasília.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante celebração de convênios: orientações técnicas 2001/2002 série A n. 74. Brasília.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Planejamento, Informações e Avaliação. Coordenação de Planejamento. Consolidado da transferência de recursos por Departamento, Programa e Subprojetos e Subatividades 2000/2002. Brasília (mimeo).
- BRASIL, 2002. Ministérios da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 2001/2002 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2ª edição revista e atualizada. Brasília.
- BRASIL, 2003. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas de Contratos e Convênios. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Convênios. Procedimentos, Orientações: Programação de Acompanhamento 2003. Brasília. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde – Metodologia de Formulação. Brasília. (mimeo)
- CALIL, S. J., 2001. Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico – hospitalares. In Brasil: Radiografia da Saúde/Negri & Di Giovanni (org.), Campinas, SP: UNICAMP, 91-121.
- CARVALHO, G. C.M., 2002. Financiamento Federal para a Saúde – 1988/2001. São Paulo: Papercrom Editora e Gráfica Ltda. 311 p.



---

TRABALHO 3

---

GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE NO BRASIL E GESTÃO  
ESTRATÉGICA: UM CONTRAPONTO <sup>(1)</sup>

Luciane Binsfeld<sup>(2)</sup>

Virginia Alonso Hortale<sup>(3)</sup>

1 Trabalho apresentado como requisito à obtenção de Título de Especialista em Saúde Pública, realizado em 2002.

2. Autora: Enfermeira sanitária da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

3. Orientadora: médica, com doutorado na área de Saúde Pública e Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP.



## INTRODUÇÃO

Na última década, as reformas implementadas no Brasil para a construção do Sistema Único de Saúde/SUS têm colocado a rede básica de saúde enquanto território estratégico de intervenção. A este nível de atenção é atribuída a possibilidade de assegurar uma cobertura universal da população, maior efetividade no conjunto das ações e capacidade de provocar um reordenamento do sistema.

Algumas propostas com ênfase na atenção básica têm como referência o modelo piramidal, que apresenta na sua base os serviços ambulatoriais, responsáveis, em tese, por uma resolubilidade de 80%, e representaria a porta de acesso para os usuários aos demais serviços de saúde com maior densidade tecnológica.

Outro projeto que vem sendo priorizado é a implantação do Programa de Saúde da Família/PSF, uma estratégia que propõe reorganizar o modelo de atenção à saúde a partir do nível local, e que através da vinculação de recursos está conseguindo expandir o número de equipes de saúde da família e também ampliar a rede básica de saúde em todo o país.

Mais recentemente, na elaboração do conjunto de estratégias da Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS, o maior comprometimento dos municípios com a garantia de acesso aos serviços de atenção básica, junto com a regionalização e organização funcional do sistema, constituiu um dos elementos centrais para o avanço do processo de implantação do SUS. Ampliou-se o conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações tidas como básicas e foi instituído o Piso de Atenção Básica Ampliado para o financiamento deste elenco de procedimentos.

No entanto, a rede básica se apresenta hoje como um sistema complexo, não possuindo somente a função de "porta de entrada" do SUS, de acesso aos demais níveis de complexidade, mas o lugar essencial para se realizar a integralidade das ações de saúde, individual e coletiva, e uma forma de aproximar as práticas de saúde à população (Merhy, 1997). Não bastaria apenas ampliar a assistência médica, mas repensar os processos de trabalho em saúde, a necessidade de incorporação tecnológica e capacitação de recursos humanos, e as mudanças na organização e gestão desse sistema para torná-lo mais eficaz e eficiente.

Atualmente, dentre as inúmeras mudanças necessárias para que a rede básica seja um vetor estratégico na reestruturação do sistema de saúde, encontra-se a mudança no processo de



gerenciamento adotado por esses serviços, pois em geral atua ainda sob influência do modelo burocrático, com forte centralização e maior ênfase nos processos que nos resultados. Por isso, é importante investir em estudos que apontem mecanismos capazes de ampliar a capacidade gerencial destas unidades, principalmente através da incorporação de instrumentos de planejamento e avaliação que permitam, ao mesmo tempo, desenvolver ações mais coordenadas e compatíveis com a situação e desencadear um processo comunicativo e democrático no interior dessas unidades, resgatando o papel de sujeitos dos profissionais de saúde.

No Brasil foram desenvolvidas algumas propostas de mudança quanto à maneira de se planejar e gerenciar os serviços de saúde. O que elas têm em comum é o fato de buscarem se distanciar do modelo burocrático. No entanto, existem diferenças quanto à ênfase que é dada por cada uma aos vários aspectos do trabalho e da gerência em saúde. Estas diferenças permitem configurar correntes de planejamento e gestão em saúde no Brasil. Tais correntes têm procurado desenvolver teorias, técnicas e instrumentos capazes de dotar os serviços de saúde de maior capacidade de gestão, tornando essas organizações mais democráticas e orientadas para o atendimento às necessidades dos usuários.

Assim, considerando as atuais necessidades colocadas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde e o desenvolvimento teórico na área do planejamento e da gestão em saúde no Brasil, buscou-se realizar um estudo, baseado na revisão bibliográfica, com o objetivo geral de analisar os instrumentos de gestão propostos por algumas correntes de planejamento e gestão no Brasil e a possibilidade de utilização nas unidades básicas de saúde. Os objetivos específicos deste trabalho foram: 1) descrever as principais correntes de planejamento em saúde no Brasil; 2) discutir a atenção básica no âmbito das atuais políticas de saúde no Brasil; 3) identificar e discutir os principais dispositivos gerenciais propostos pelas diferentes correntes.

Serão descritas algumas correntes de gestão em saúde, com destaque de alguns autores que desenvolvem um trabalho teórico na construção de métodos e técnicas de gestão, buscando-se identificar quais os instrumentos que esses autores propõem para construir a gestão nos serviços e sistemas de saúde. Devido ao tempo e ao escopo deste trabalho, vale destacar que não se buscou realizar um inventário completo das correntes de planejamento e gestão em saúde no Brasil. Partiu-se de uma revisão bibliográfica e da seleção de autores e correntes que se coadunam com os propósitos deste trabalho.

Em seguida, são analisadas a constituição das unidades básicas de saúde e suas transformações dentro do desenvolvimento das políticas de saúde construídas no país, destacando-se a proposta do SUS, que as coloca como local estratégico para a reestruturação do sistema de saúde e do modelo de atenção. Também serão discutidos os principais instrumentos gerenciais propostos pelas correntes de gestão em saúde no Brasil e sua aplicabilidade nos serviços da rede básica de saúde.

Por fim, resgatam-se as discussões realizadas anteriormente, procurando acrescentar reflexões sobre as possibilidades de utilização dos instrumentos gerenciais nas unidades básicas de saúde, tentando identificar os aspectos que potencializam ou dificultam o uso destes instrumentos nestas unidades.

## CORRENTES DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Como foi dito anteriormente, estão sendo construídas diversas propostas teórico-metodológicas referentes à gestão e ao planejamento em saúde no Brasil. Essas propostas procuram desenvolver métodos alternativos que rompam com o modelo burocrático de gestão e se distanciem da lógica criada por Taylor e Fayol. Alguns autores como Rivera & Artmann (1999) e Merhy (1995), ao tratarem desta produção teórica, identificam diferentes caminhos de compreensão do planejamento e da gestão em saúde, os quais tiveram desenhos tecnológicos construídos a partir da análise crítica de modelos normativos e estratégicos.

A partir desses pontos de vista diferenciados, poderiam ser identificadas quatro correntes de gestão e planejamento em saúde: Vigilância da Saúde, Ação Programática em Saúde, Planejamento Estratégico Comunicativo e Gestão Estratégica, e Planejamento em Saúde. Para este trabalho optou-se por trabalhar com duas destas correntes: Planejamento Estratégico Comunicativo e Gestão Estratégica, e Planejamento em Saúde, pois se considera que seus trabalhos se aproximam mais do objeto de estudo em discussão.

As demais correntes discutidas por Merhy (1995) e Rivera & Artmann (1999) - Vigilância da Saúde e Ação Programática em Saúde - apesar de repensarem os processos de planejamento e gestão em saúde, discutem mais enfaticamente em seus trabalhos propostas de distritalização e territorialização em saúde, práticas assistenciais, programas de saúde e processo de trabalho, o que, acredita-se, as aproxima mais da discussão sobre modelos assistenciais em saúde, ou seja, das diferentes maneiras de se desenvolver as ações em saúde. Percebe-se, inclusive, que estas correntes se utilizam de várias propostas e técnicas de gestão elaboradas por outros autores para discutir a gestão de serviços e sistemas de saúde, não representando o instrumental da gestão e do planejamento como objeto específico de seu trabalho.

Teixeira et al (1998), ao discutir as diferentes noções sobre a Vigilância da Saúde no decorrer do tempo, identifica três concepções diferenciadas: a) a Vigilância da Saúde equivalente à análise de situação de saúde; b) a Vigilância da Saúde como proposta de integração institucional entre as ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental e; por fim, aquela que a autora julga mais de acordo com as necessidades colocadas para o sistema de saúde, c) a Vigilância da Saúde como ... uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, havendo duas concepções, que embora não sejam divergentes enfatizam aspectos distintos: uma, que privilegia a dimensão técnica, ao conceber a Vigilância à Saúde enquanto um modelo tecno-assistencial alternativo, [...] e outra que privilegia a dimensão gerencial da noção de Vigilância à Saúde, caracterizando-a como uma 'prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações. (p.17).

Do mesmo modo, Mendes (1999a) caracteriza a Distritalização da Saúde, elemento fundamental da proposta da Vigilância da Saúde, como processo social de mudança das práticas sanitá-



rias do SUS, apontando as dimensões: política, dado que pretende mudar a lógica centralizadora do Sistema Nacional de Saúde; ideológica, ao optar por uma proposta assistencial assentado numa concepção ampliada de saúde e doença e; técnica, por exigir a utilização de conhecimentos e tecnologias para a sua implementação.

Já em relação à Ação Programática em Saúde, Rivera & Artmann (1999:363), abordando as correntes de gestão em saúde, tecem comentário sobre a Ação Programática em Saúde, e identificam uma evolução da programação de uma posição de técnica de planejamento (racionalização econômica do processo de produção em saúde) para um significado de modelo assistencial ou modelo operatório das práticas de saúde.

A seguir, serão indicadas duas correntes da gestão em saúde que serão abordadas no decorrer deste trabalho, destacando alguns dos seus autores e discutindo suas produções teóricas referentes aos métodos e técnicas de gestão em saúde. Ênfase especial será dada aos dispositivos gerenciais que vêm sendo propostos por estas correntes, entendendo por dispositivos gerenciais aquelas técnicas, mecanismos e arranjos que dão instrumentos ao gerente no processo de condução de uma organização rumo aos seus objetivos. Além disso, busca-se evidenciar os dispositivos específicos aos quais cada autor dá maior ênfase, uma vez que muitas das propostas são comuns às diferentes correntes de gestão.

## Gestão Estratégica e Planejamento em Saúde

Os autores que serão abordados nessa corrente estão ligados ao Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da UNICAMP em Campinas/SP, e vêm acumulando experiências de consultoria, pesquisa e gestão em todo o país. O eixo temático que adotam é o da caixa de ferramentas, o que demonstra a flexibilidade de abordagem e a variedade de enfoques e métodos de planejamento e gestão que norteiam a construção de seu trabalho.

O projeto e as experiências se articulam a partir da construção de um modelo em Defesa da Vida, que busca a democratização das instituições, o resgate dos trabalhadores enquanto sujeitos participantes do processo de gestão e a centralidade dos usuários e de suas necessidades enquanto objetos de trabalho. Dentre os vários autores que atuam dentro desta corrente, foram selecionados Cecílio (1994, 1997a, 1997b, 1999, 2000) e Campos (1997a, 1997b, 1998, 2000) que, embora incluídos em uma mesma corrente, dão diferentes ênfases aos vários aspectos da gestão e, por isso, serão trabalhados separadamente.

Luís Carlos de Oliveira Cecílio

Dentre os pesquisadores que fazem parte do LAPA/UNICAMP, Cecílio é o que mais tem descrito experiências de mudança vivenciadas no sistema de saúde brasileiro. No livro "Inventando a mudança na saúde" (1994), do qual é organizador, apresenta três experiências distintas vividas no sistema público. Duas delas fazem parte de sua tese de doutorado: Sistema Municipal de Saúde de

Piracicaba e da Santa Casa de Saúde do Pará. Esses relatos apresentam a construção de projetos através da utilização de determinadas tecnologias de planejamento estratégico e também a proposta de arranjos institucionais, que foram testados nos referidos serviços em outros locais, destacando que sua experiência se deu principalmente em serviços hospitalares.

Dentre os autores que Cecílio utiliza para desenvolver sua tecnologia de planejamento estratégico (conforme o próprio autor) estão: Robirosa - Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais; Matus – Planejamento Estratégico Situacional (PES); e o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOOP). Dentro desta corrente Cecílio é o autor que mais tem se utilizado da obra de Carlos Matus, analisando e adaptando o seu método a várias de suas experiências.

A partir do diálogo com esses autores, Cecílio (1997a:152) constrói uma Tecnologia Leve de Planejamento Estratégico, que está sendo testada e sofre adaptações devido, principalmente, a duas variáveis: o tempo como recurso escasso dos dirigentes e a necessidade de tornar acessível o manuseio de tais tecnologias a um número crescente de pessoas.

Assim o autor estaria procurando construir um método simplificado de planejamento, que fosse acessível aos diversos níveis do sistema e que pudesse ser utilizado pelo maior número de pessoas possível, porém que não perdesse seu rigor e sua potência enquanto instrumento de planejamento e gestão.

Essa tecnologia leve, construída por Cecílio (1997a:152), se constitui a partir de duas fontes principais: PES e ZOOP. Do primeiro incorpora elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e das condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, mas principalmente a idéia de que é possível “criar” governabilidade. Do segundo incorpora uma certa simplificação metodológica, que tem se apresentado muito útil na nossa experiência.

O autor argumenta que existem duas questões importantes para o sucesso do plano: a clareza e o rigor com que é elaborado e sua gestão. Para construir o sistema de gestão do plano, Cecílio sugere a criação de um “sistema de alta responsabilidade”, como desenvolvido por Matus. Dentro desse sistema de gestão seriam implementados: um sistema de petição e prestação de contas, um sistema de gerência por operações e um novo sistema de direção.

Para Cecílio, esse sistema poderia possibilitar uma mudança nos serviços onde os trabalhadores não têm tradição de assumir compromissos concretos e não são cobrados quanto a esse cumprimento, e onde os gerentes, na maioria das vezes, acabam não planejando devido à necessidade de resolver problemas emergenciais. Também seriam feitas algumas reformas estruturais para a execução do plano: gestão colegiada do plano com participação dos diferentes níveis de gerência; organização das pautas de reunião do colegiado priorizando os assuntos importantes; envolvimento das gerências formais com as operações que são mais pertinentes aos seus níveis de trabalho e decisão.

Em um de seus textos Cecílio (1997) descreve a conformação do sistema de direção que propõe para a Santa Casa do Pará, representado por um triângulo que mostra em suas pontas a base do sistema: Gestão Colegiada, Autonomia das Unidades de Trabalho, Comunicação Lateral, e no centro a avaliação dos resultados.

Como se pode perceber, ao tratar da gestão do plano, Cecílio se utiliza da produção de Matus, referente ao momento tático-operacional e ao sistema de alta responsabilidade. Porém o mesmo autor apresenta várias críticas à teoria desenvolvida por Matus. Também é possível observar que, na construção do sistema de direção da Santa Casa, Cecílio se serve dos instrumentos descritos anteriormente na proposta de Campos.

Esses aspectos podem ser melhor entendidos, quando se analisa um trabalho do autor (Cecílio, 1997), no qual ele procura, através de um recorte bibliográfico de autores que trabalham a Teoria Geral da Administração como uma questão ideológica, formular um modelo de gestão do setor público a partir da ótica do movimento sanitário e seu projeto para o setor saúde.

Neste trabalho, Cecílio (1997) utiliza autores como Carlos Bertero, Prestes Mota, Maurício Tragtemberg e Guerreiro Ramos. E através desses autores faz uma análise crítica das Teorias Sistêmica e Comportamental, e da Administração Científica de Taylor e Fayol.

Neste mesmo trabalho o autor analisa o PES de Carlos Matus, e tece suas críticas, sendo que uma delas seria a de Matus utilizar a Teoria Sistêmica no momento de construir o sistema de direção que toma como adequado para desenvolver seu método de planejamento, e deste modo não estaria se distanciando da orientação hegemônica da Teoria Geral da Administração, a qual após sua análise seria inadequada para formular uma proposta de gestão do setor público.

No entanto, vale ressaltar que esta visão de Cecílio é contraposta por autores como Lima (1996) e Lima (2003), que consideram não apenas a utilização da teoria sistêmica por Matus, mas também a utilização de uma perspectiva racional, natural e política, conformando uma compreensão integradora e totalizante (múltipla) das organizações.

Outra crítica levantada por Cecílio (1997) seria a de Matus não discutir claramente questões das quais tem se ocupado a Teoria Geral da Administração como: conflitos entre os objetivos dos trabalhadores e os da empresa, democratização das relações internas na empresa, conquista da adesão dos funcionários e mecanismos de controle dos usuários sobre o sistema.

Cecílio (1997:264) chega a considerar o desenho organizacional do PES empobrecido ou inacabado, principalmente envolvendo seu objeto de estudo no momento, o setor público, e, em particular, o setor saúde. E apesar de incorporar a produção teórica de Matus às suas experiências e à elaboração do seu instrumento de planejamento, são consideradas insuficientes para o modelo de gestão da administração pública, que é o objeto da presente investigação.

O autor também destaca que encontrou dificuldades em operacionalizar o PES em seu formato original. Por essa razão buscou outros trabalhos que contribuíram para a construção do seu modelo de desenho gerencial: a metodologia do ZOOP, e as concepções desenvolvidas por Campos sobre a gestão do setor público. Daí decorrem as semelhanças encontradas nos instrumentos utilizados para a gestão pelos dois autores.

Como se pode perceber, Cecílio constrói seu trabalho com base na teoria do PES, porém se utiliza de outros autores para enriquecê-lo e modificá-lo, conforme a necessidade surgida de suas experiências, pretendendo, assim, construir um método acessível aos diferentes gestores dos serviços de saúde.

Outro importante trabalho desenvolvido por Cecílio (2000) diz respeito às análises que realiza quanto à utilização da Missão Institucional como possível condutor de mudanças nas organizações de saúde. E dentre os autores trabalhados, Cecílio é o que mais se preocupa em debater a missão dos serviços públicos de saúde, colocando a construção da missão como um potencializador da possibilidade de mudança nas organizações.

Para o autor, o termo missão adotado em seu trabalho seria uma tradução do termo projeto. Para definir o que considera como projeto, o autor utiliza o conceito de objetivo oficial, evocado por Perrow, que remeteria às proposições gerais da organização assumidas em manifestações formais e públicas pelos dirigentes (Cecílio 2000:975).

Cecílio ressalta que este tema já vem sendo discutido na produção da Teoria Geral da Administração, que pode ser encontrada já nos trabalhos de Henry Fayol. Poderia-se afirmar que esta concepção Fayolista dos objetivos definidos “em cima”, pelos níveis superiores de decisão – pela direção – e descendo em cascata para os níveis administrativos intermediários, até os níveis operacionais, é ainda paradigmática nas organizações e em boa parte do que se produz na TGA...(Cecílio, 2000:976).

Através de sua experiência com a utilização do planejamento estratégico, em oficinas de trabalho por todo o país, percebeu que no momento da problematização o foco dos gerentes e dos trabalhadores dos serviços eram os problemas intermediários. Haveria então uma dificuldade por parte desses gerentes e trabalhadores de entender a finalidade da organização, seus objetivos primordiais e seu compromisso social.

A idéia de definir a missão dentro das organizações de saúde poderia ajudar a deslocar a atenção das equipes de saúde para os cidadãos que utilizam esse serviço e para uma forma de criar diretrizes pautadas na vida real das organizações e de seus usuários.

Ao realizar uma simulação da utilização da missão em uma unidade hospitalar, Cecílio (2000:979) descreve quais seriam as etapas seguidas para desenvolver o trabalho. Primeiramente a missão é descrita de modo que possa explicar quatro conceitos: esta organização existe para defender tais produtos, com tais características, para tais clientes, visando alcançar tais resultados.

Após a definição da missão, outra parte do trabalho seria estabelecer alguns indicadores para monitorar o cumprimento da missão; outros que possibilitassem avaliar os aspectos dos produtos e suas características, o tipo de clientela atendida e o grau de alcance dos resultados. E o terceiro passo seria construir indicadores para avaliar se os resultados que foram definidos na missão estão sendo cumpridos.

Cumpre destacar que não se pode prescindir do envolvimento de todos os trabalhadores durante a construção do trabalho, e que organizações com sistemas de gestão descentralizados que possuem uma direção colegiada podem facilitar o trabalho da missão. Isto seria necessário, porque a operacionalização da missão implica alguns movimentos internos da equipe, principalmente conversação e estabelecimento de compromissos, o que seria facilitado por uma gestão participativa e democrática.

Uma das primeiras preocupações do autor, quando começou a utilizar a idéia de missão nas organizações, foi descobrir se seria possível definir com clareza a missão da organização como um



todo e de seus departamentos. E após suas experiências, afirma que este conceito é plenamente aplicável ao setor saúde e que pode ser adotado nas organizações como um todo (como um hospital), ou por seus departamentos, e até mesmo por um centro de saúde. Assim, trabalhar a missão dentro das organizações pode iniciar um processo de mudança nas mesmas, principalmente por constituir um campo de conversações para a equipe.

Após essas experiências o autor aponta alguns “ganhos” em se trabalhar a missão dentro das organizações:

- sua utilização estimula a conversação dentro das organizações e o agir comunicativo, como desenvolvido por Rivera (1995);
- contribui para o deslocamento do foco de atenção dos problemas para o usuário, o que seria um problema para os serviços, como colocado anteriormente, e constituiria ainda um dispositivo de mudança cultural;
- ajuda a definir o papel das organizações para os trabalhadores e enfatiza o alcance dos resultados;
- estimula a utilização das informações e a criação de indicadores de acompanhamento.

A forma com que o autor trabalha a missão nas organizações se distancia dos conceitos discutidos no início, como a apresentada pela Teoria Geral das Organizações, onde a definição de objetivos estaria sendo traçada pelos níveis superiores da organização, para serem cumpridas pelos demais níveis subordinados. A idéia de organização trabalhada pelo autor é contrária a esta e pressupõe a organização como palco de disputas e de interesses distintos, que deverão ser permanentemente negociados em arranjos institucionais que favoreçam a negociação e a disputa.

Assim sendo, o trabalho com a missão dentro das organizações de saúde poderia possibilitar o estabelecimento do diálogo entre os diversos trabalhadores e também o estabelecimento de compromissos e responsabilidades que estariam voltados para atender às necessidades dos usuários, principal foco de atenção dos serviços de saúde.

#### Gastão Wagner de Souza Santos

O autor analisa as teorias e escolas que tratam de gestão, e a partir dessa análise propõe métodos de gestão que busquem a construção de sujeitos e a constituição de instituições democráticas. Campos (2000, 1998) caracteriza seu trabalho e seus métodos como anti-Taylor, devido às críticas que faz em relação ao taylorismo e seus princípios gerais, os quais seriam os fundadores do que denominou Racionalidade Gerencial Hegemônica.

Alguns desses princípios ainda são encontrados nas organizações e continuam sendo o eixo central da gestão de organizações públicas de saúde: o autoritarismo e a concentração de poder nos núcleos de gerência. Isto acaba limitando a autonomia e a iniciativa do trabalhador.

Taylor produziu um sistema de governo onde se observa uma grande diferença de poder entre os dirigentes e os executores e também entre as possibilidades de desenvolvimento pessoal desses grupos. Haveria aqueles com o poder de tomar decisões, de elaborar projetos, enfim, de pensar, enquanto buscava-se reduzir os interesses, os desejos e as expectativas dos trabalhadores.

A Racionalidade Gerencial Hegemônica estaria assim produzindo a alienação dos trabalhadores, através da separação entre os produtores da gestão dos meios de produção e do resultado do seu próprio trabalho, reduzindo a possibilidade de construção de sujeitos capazes de exercer a co-gestão dos processos de trabalho. Haveria também uma tentativa de reduzir os sujeitos trabalhadores a sua objetividade máxima, ou seja, havia de se criar uma máquina administrativa que reduzisse Interesses e Desejos dos trabalhadores a um mínimo possível (Campos, 2000:29).

Apesar da ocorrência de algumas mudanças e do surgimento de outras teorias (Teoria de Sistemas, Desenvolvimento Organizacional, Qualidade Total) que objetivam a busca de autonomia dos trabalhadores, a liberdade, segundo o autor (ibidem:24), só é permitida para que todos trabalhem melhor segundo o interesse e a visão da direção geral...sempre para aumentar a produtividade e não para pensar questões atinentes aos trabalhadores. Tudo em nome da busca da eficiência e da eficácia nas organizações. Por isso, ao construir o método da Roda, Campos (2000) privilegia as pessoas, o sujeito, e propõem a constituição de Coletivos Organizados, o que implicaria construir capacidade de análise e co-gestão para que esses coletivos produzam bens e serviços e também organizem sua própria constituição.

A co-gestão realizada nesses Espaços Coletivos estaria produzindo tanto compromisso quanto capacidade reflexiva e autonomia, e dessa forma seria um caminho para a democratização e a gradativa "desalienação" desses trabalhadores.

Para o Método da Roda o fortalecimento do sujeito e a democratização da instituição são os dois principais caminhos para a reformulação e superação da Racionalidade Gerencial Hegemônica. Para isso o autor estuda mecanismos de constituição dos sujeitos e dos coletivos, considerando-os essenciais para a construção do método, e como meio de intervir na produção desses sujeitos.

Campos se utiliza de conceitos da psicanálise e de autores como Delleuze e Guatarri, para estudar a constituição dos sujeitos em função de planos e regiões que conformam espaços de existência e de expressão para os sujeitos, que estariam situados entre seu mundo externo e interno:

- planos internos a ele: estrutura biológica, do desejo e do interesse;
- planos que estariam numa região de contato entre o interno e o externo, onde ocorre a formação de compromissos, a constituição e gestão de contratos e projetos;
- e uma região de incidência do externo sobre o interno, onde estão os planos das necessidades sociais e o das instituições.

O sujeito estaria vivendo imerso e sofrendo a ação de todos esses planos, ao mesmo tempo em que estaria interferindo nesses planos. O Método da Roda seria um recurso para os coletivos que estivessem interessados em interferir nesses planos e na construção dos sujeitos, buscando ampliar sua capacidade de análise e de intervenção. Propõe a construção de espaços coletivos, entendidos como lugares de encontro dos sujeitos, onde se busca a análise e a tomada de decisões.

O autor sugere inventar um sistema de gestão participativo ou co-gestão, que, por meio de vários arranjos, facilitaria o exercício da democracia nas instituições. Para tanto seria necessário



que ocorressem reformas tanto nas estruturas das organizações (normas e desenhos da organização), quanto no seu modo de funcionamento (reconstrução do modo de pensar e agir das pessoas).

Chama-se a atenção para o fato de que, além de pensar a abertura democrática da gestão de serviços para os trabalhadores, Campos (2000) dá ênfase à participação daquele que é objeto de intervenção dos serviços: o usuário.

Segundo o autor, podem ser identificado quatro tipos de espaço coletivo que se constituem em ferramentas de apoio à gestão: dois que estariam estruturados e agregados ao organograma: Conselhos de Co-Gestão e Colegiados de Gestão; e outros dois, considerados dispositivos eventuais, utilizados conforme o contexto e necessidade: Dispositivos, Diálogos e Tomada de Decisão no Cotidiano.

O Conselho seria composto por atores internos e externos à organização, que representariam trabalhadores, a sociedade e o governo. Da articulação de diferentes conselhos surgiriam sistemas de co-gestão e nesses conselhos os coletivos expressam seus desejos e interesses, confrontando-se entre si e com a realidade, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a construção de bens e serviços (Campos, 2000:147).

O que os diferencia dos colegiados de gestão é que esses estariam voltados para operacionalizar a gestão interna das organizações. Um lugar onde as equipes de trabalho pudessem se organizar e elaborar seus projetos e visões de mundo. São órgãos compostos pelos dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores e desses participantes são escolhidos os representantes que vão compor os conselhos de co-gestão.

Haveria também vários dispositivos de participação utilizados conforme o contexto e a necessidade, destinados a promover encontros com os diversos sujeitos, como assembleias, reuniões ocasionais, oficinas de planejamento, grupos de trabalho.

O quarto espaço de gestão, diálogo e tomada de decisão no cotidiano, também é fundamental, já que, sem ele, ocorreria uma paralisia do sistema e uma sobrecarga de questões e decisões desnecessárias para os outros espaços coletivos.

Porém, somente esses dispositivos organizacionais não seriam suficientes para modificar a concentração de poder e desfazer os sistemas rígidos de hierarquia dentro das instituições. Para superar as marcas deixadas pelo taylorismo, Campos acredita que seria necessário alterar as estruturas organizativas, considerando que ela também produz subjetividade e possui influência sobre os sujeitos.

Outra proposta de Campos (1998, 2000) seria a criação de Unidades de Produção, que substituiriam os tradicionais departamentos ou seções, comuns às concepções burocráticas que separam os trabalhadores segundo sua função ou especialidade. Essas unidades de produção seriam construídas segundo a lógica simultânea de valores de uso e de coletivos, e não a das especialidades ou corporações. Cada unidade de produção comporia um colegiado de gestão, com participação multiprofissional, e elaboraria um projeto de trabalho.

O autor sugere a composição de equipes formadas não em função de suas especialidades, mas sim em função das unidades de produção, ou seja, os diferentes grupos e demandas colocadas pela população. Assim, seriam constituídas equipes de acordo com os grupos populacionais com os

quais o serviço trabalha. Por exemplo, em um centro de saúde, fariam parte de uma mesma equipe (unidade de produção) todos aqueles envolvidos com a saúde da criança, ou da mulher, independente da especialidade de cada um. As mudanças de ordem estrutural não seriam, portanto, inúteis (como organogramas, espaços de participação, linhas de decisão), pelo contrário, contribuiriam para a geração de processos de libertação e desalienação.

Por fim, destaca-se que o autor busca um método alternativo ao taylorista para a gestão dos serviços, um método que discuta o desenvolvimento de espaços coletivos para a construção de sujeitos que participem da co-gestão das instituições e a organização de serviços com nova estrutura, voltada para a democracia.

## Planejamento Estratégico Comunicativo

Esta corrente está ligada ao Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ/RJ, que desenvolve sua produção teórica através da aplicação, análise e discussão do Planejamento Estratégico Situacional e da Teoria das Macroorganizações de Carlos Matus. Realiza também uma discussão com outros métodos e teorias, principalmente Habermas e sua teoria do Agir Comunicativo, buscando construir uma proposta mais ampla de organizações comunicantes. Além disso, atualmente tem incorporado elementos das *Learnig Organizations* e da prospectiva estratégica.

Francisco Javier Uribe Rivera

Os trabalhos mais recentes desenvolvidos por Rivera têm como referencial teórico a obra de Habermas, principalmente a teoria do Agir Comunicativo, a qual ele utiliza como auxílio na construção de uma proposta de organizações comunicantes ou dialógicas. O termo comunicante foi retirado dos trabalhos de Bartoli e corresponderia a organizações abertas, evolutivas e flexíveis, com finalidades explícitas e responsabilizantes para todos.

Nesse sentido a perspectiva comunicativa envolveria o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além de uma racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos (Rivera & Artmann, 1999:357).

Um aspecto fundamental deste enfoque seria a instauração de um agir comunicativo no interior das organizações, aliada à construção de projetos solidários. Nesse sentido é proposta a utilização de métodos que possibilitem a construção de fluxos de comunicação ampliada e a negociação de compromissos entre os atores desta organização.

Para Rivera (1995, 1996), esse tipo de organização comunicante seria um modelo ideal para as organizações de saúde. Rivera & Artmann (1996:358) classificam as organizações de saúde com base no trabalho de Mintzberg, como organizações do tipo profissional e para esse tipo de organização não se justificaria a introdução de um sistema pesado de gestão estratégica, do tipo supra

estrutural, mas um conjunto de práticas que de maneira mais informal partilhe da filosofia da intensificação do espírito da gestão por compromissos.

O autor cita as reflexões realizadas por Dussalt (1992) e Lima (1994) no sentido de identificar os requisitos de um modelo de gestão adequado às características das organizações profissionais de saúde, e segundo esses autores a complexidade do trabalho nas organizações de saúde, a impossibilidade de uma padronização mecanicista e a intensa distribuição de poder nas mesmas são sugestivas de um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo, comunicativo. O que estaria reforçando a proposta de Rivera de que organizações comunicantes são as mais adequadas para as organizações de saúde de tipo profissional.

Outro autor que se encontra muito presente nas discussões de Rivera é o chileno Carlos Matus, que desenvolveu a teoria do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Segundo Rivera, podem ser encontrados aspectos no planejamento situacional que permitem uma interpretação comunicativa. O triângulo de ferro de Matus, formado pelos vértices Direcionalidade, Governabilidade e Responsabilidade, é considerado um bom modelo, na medida em que ajudaria a delimitar o contorno de uma organização comunicante, e o sistema de gerência descentralizada seria um tipo de estratégia ou gestão voltada para o desenvolvimento dessas organizações.

A análise dos três princípios de organização do PES; o princípio da responsabilidade; o princípio da descentralização e o princípio da subordinação das formas organizativas às práticas de trabalho e destas às estruturas mentais, também contribuiria para evidenciar o sentido comunicativo da proposta matusiana.

Outros elementos resgatados da proposta de Matus referem-se à idéia de um sistema de gestão descentralizado por operações, à análise de problemas e soluções e aos aspectos da análise de viabilidade e do desenho estratégico.

Assim Rivera (1996) faz uma reconstrução do trabalho de Matus através da aplicação do Agir Comunicativo habermasiano, assumindo o planejamento como meio de construção de organizações dialógicas.

Outro autor adotado por Rivera é Fernando Flores e sua teoria das conversações. Este interpretaria as organizações enquanto eventos lingüísticos e sua obra alimenta a estratégia de gestão comunicativa criada por Rivera. A aplicação prática desta compreensão lingüística é um programa denominado "o Coordenador, um administrador de conversações". Assentado na premissa de que o conjunto de possibilidades de conversações organizacionais é uma rede finita, este instrumento computacional objetiva racionalizar o processo de geração lingüística de compromissos, possibilitando a interação comunicativa a distância das pessoas envolvidas naquele (Rivera, 1996: 366).

Durante seu trabalho, Rivera (1995) identifica o que considera lacunas conceituais e metodológicas do PES, e procura apontar possíveis áreas de complementação. Essas "deficiências" encontradas estariam relacionadas à ausência de uma reflexão mais profunda sobre cultura; à necessidade de desenvolver a tecnologia de negociação cooperativa; à necessidade de aperfeiçoamento das habilidades de liderança; e a uma construção muito simplificada da perspectiva estratégica.

Para discutir uma possível complementação destas áreas, o autor faz uma investigação usando principalmente a produção teórica de autores internacionais como Thévenet, Ficher e Ury, Senge e

Godet. A produção teórica desses autores contribui tanto para instrumentalizar o processo de gestão como para desenvolver uma proposta mais ampla e comunicacional do planejamento.

Rivera encontra limites na proposta de Matus, quando trata da cultura, porque, embora ele reconheça a importância desta em relação ao processo de trabalho, sua tese de mudança organizacional estaria baseada na teoria e no treinamento, e não no aprofundamento da análise visando uma proposta de intervenção mais eficaz.

Sendo assim, a proposta de Matus é insuficiente, não esgotando as possibilidades de trabalhar com cultura. Por isso busca a complementação da questão da cultura em outros autores, o que o leva a trabalhar com Maurice Thévenet, autor francês que destaca a análise participativa da cultura como caminho para o processo de mudança.

Segundo Rivera (1998a:03), a cultura é vista por Thévenet como o conjunto de referências compartilhadas organizacionalmente e produzidas historicamente nos processos de aprendizagem imanentes ao enfrentamento contínuo de problemas.

Haveria dois motivos principais que tornariam a proposta de Thévenet importante para a gerência: o fato de proporcionar um enfoque de análise, de auditoria de cultura, e o de sugerir uma concepção de trabalho cultural.

Desta forma o autor francês estaria operacionalizando a discussão sobre cultura, propondo instrumentos para trabalhar a cultura dentro das instituições, ajudando a ultrapassar o campo das generalidades, e da dificuldade de instrumentalização.

Os eixos, categorias ou domínios delimitados para uma auditoria de cultura seriam:

- análise longitudinal dos fundadores e das lideranças marcantes da organização;
- análise histórica das tecnologias ou dos projetos tecnológicos da empresa;
- análise da importância relativa das diferentes estruturas produtivas;
- análise do sistema de gestão;
- análise histórica das estruturas de poder, organogramas, convenções, visando captar os esquemas de interação social, dos hábitos e dos ritos sociais.

É recomendado que a auditoria de cultura seja participativa, e uma das contribuições mais imediatas que ela traria seria a possibilidade de que os agentes reforcem sua capacidade de compreensão da organização e seu nível de compartilhamento de visões e representações.

A outra questão colocada, o trabalho cultural, permite uma visão da cultura enquanto recurso, que se coloca a serviço do objetivo de discernir os aspectos da cultura que deveriam ser reforçados para o enfrentamento de problemas. Assim seria mais estratégico utilizar a cultura como recurso para o projeto de mudança, resgatando seus traços positivos, do que tentar mudá-la ou enfraquecê-la.

A partir dessa análise Rivera argumenta que é impossível criar uma fórmula de mudança cultural. O que o autor faz em seu trabalho é uma leitura crítica do conceito de mundo de vida de Habermans, dos componentes culturais trazidos por Thévenet e da teoria do PES, os quais poderiam se complementar e contribuir para uma noção mais integradora do conceito de cultura, e trazer a comunicação como uma estratégia genérica de mudança cultural.



Outro ponto que merece ser mais bem trabalhado, segundo Rivera, é a da visão de liderança que não destaque a necessidade de um estado maior constituído pelo desenvolvimento de super estruturas de gestão... (Rivera & Artman,1999:359). Assim seria necessário pensar uma liderança comunicativa, o que implicaria ver a liderança não mais ligada à supervisão, mas à viabilização dos processos de interação necessários ao desenvolvimento da organização.

Ao fazer uma discussão teórica sobre as visões de liderança, as qualidades e requisitos de um líder, Rivera utiliza trabalhos de Bennis, Crozier e Deming. Porém o autor que mais influencia sua análise sobre liderança é Peter Senge e seus trabalhos, principalmente “O Novo Trabalho do Líder”, onde procura caracterizar os requisitos da liderança da organização que aprende, as habilidades que deveria incorporar e a sugestão de algumas ferramentas de desenvolvimento da liderança.

Para Rivera, as idéias de Senge se contrapõem à visão forte e carismática, assumindo a liderança como principal responsável pelos processos de aprendizagem coletiva (Rivera & Artman,1999:360). Na visão de Senge, o líder exerceria três papéis principais dentro da organização: o de projetista dos ideais e propósitos da organização; o de professor ajudando a reestruturar os modelos mentais e visões da realidade das pessoas; e o de regente das pessoas e da missão organizacional. Assim as habilidades necessárias à liderança seriam: construção de visões compartilhadas, habilidade de trazer à tona e testar modelos mentais e de desenvolver o pensamento sistêmico.

Parte importante da proposta de Senge, segundo Rivera (idem:ibdem), estaria relacionada ao desenvolvimento de um raciocínio estrutural no que diz respeito à explicação dos problemas, buscando causas essenciais de alto poder de alavancagem, o qual o aproxima de Matus. E a outra seria referente à necessidade de desenvolver a técnica de simulação de cenários como instrumento de aprendizagem.

Algumas ferramentas de desenvolvimento de liderança, que fazem parte da proposta de Senge para as organizações que aprendem e são utilizadas por Rivera, podem ser brevemente citadas:

- Descoberta do Arquétipo de Sistema prevalectente. A identificação do tipo de Arquétipo de Sistema da organização seria um exercício importante, capaz de ajudar a identificar mudanças organizacionais significativas.
- Definir dilemas estratégicos. Diz respeito à capacidade de evocar os dilemas ou de distinguir valores distintos atrás das decisões.
- Coluna da Esquerda de Chris Argyris. Essa ferramenta ajudaria a identificar e questionar saltos de abstração e discutir criticamente sobre as premissas de nossas posições e comportamentos.
- Laboratórios de Aprendizagem, onde seria necessário combinar temas profissionais com dinâmicas interpessoais significativas.

Através dessa análise, Rivera (1998a) procura a construção de um novo paradigma de liderança, em que a mesma tenha uma visão estratégica da organização e os atributos de comunicação e negociação que possam ajudá-la a desenvolver seu trabalho como fator de mobilização e não de imposição. Para se trabalhar com a liderança, não se pode deixar de discutir a negociação, que é considerada pelo autor como uma habilidade básica para aqueles que estão exercendo a liderança.

Ao realizar uma discussão sobre negociação, Rivera (1998b) comenta sobre vários autores como Matus, Chalvin, Zajdsznajder, porém o modelo escolhido e mais trabalhado pelo autor é o da negociação cooperativa da Escola de Negociação de Harvard, sendo utilizados também alguns protocolos de aprimoramento do diálogo ou da comunicação argumentativa retirados da escola da “Organização que Aprende”.

O modelo proposto pela Escola de Negociação de Harvard consta de quatro elementos básicos que são: trabalhar os aspectos do relacionamento interpessoal; negociar sempre interesses e nunca posições rígidas ou exigências; inicialmente buscar soluções criativas e, somente depois decidir, e definir padrões e critérios justos para a negociação.

Através destes elementos o autor apresenta modelos e aspectos da comunicação e da negociação que devem ser analisados por aqueles que participam de discussões ou que pretendem defender seus projetos e alcançar bons resultados.

O autor também utiliza os trabalhos de Peter Senge (apud Rivera, 2001), o qual propõe alguns protocolos de diálogo (retirados da V Disciplina) que ajudem a treinar a capacidade de comunicação e escuta, melhorando a qualidade do diálogo. Dentro destes protocolos se encontram outros protocolos para melhorar a argumentação, para melhorar a indagação, para lidar com pontos de vista discordantes, e protocolos para os momentos de estrangulamento.

Outro instrumento de gestão bastante utilizado por Rivera (2001) é a prospectiva estratégica. Ao analisar a técnica de cenários do PES, Rivera considera que a mesma sofre de algumas limitações devido à sua excessiva simplificação, e discute que essas limitações estariam relacionadas à falta de um maior processamento metodológico das variáveis do sistema, a não utilização do método de impactos cruzados, a não “probabilização” formal dos cenários e à fraca utilização dos métodos de consulta a especialistas.

Para preencher essas lacunas da prospectiva, o autor utiliza os trabalhos de Godet, o qual assumiria uma feição formalizadora na medida em que ataca essas questões de fundo, mobilizando um arsenal de instrumentos, como o método Delphi, a análise estrutural das variáveis sistêmicas, o jogo dos atores. (Rivera & Artmann, 1999:2)

Dentre as técnicas desenvolvidas por Godet (apud Rivera & Artmann, 1999), as que mais chamam a atenção do autor seriam a análise estrutural e a matriz de impactos cruzados.

A análise estrutural consiste em analisar através de um quadro de dupla entrada a influência que cada variável exerce sobre a outra, e o resultado é a redução do número de variáveis, através da seleção das mais importantes. E a Matriz de impactos cruzados, que está centrada nas principais tendências ou hipóteses de comportamento de uma variável, permite analisar o quanto uma variável influencia as outras.

O método proposto é um enfoque combinado, que conjuga um tipo de análise estratégica qualitativa, baseada no jogo dos atores e uma análise formalizada, que supõem o cálculo das probabilidades isoladas e condicionais (cruzadas) das hipóteses de comportamento das variáveis – chave do sistema de análise. (Rivera & Artmann, 1999:3).

A outra proposta que o autor pretende desenvolver é aprofundar um software de probabilização de cenários que permite cruzar as hipóteses de comportamento de um sistema em processo de prospecção, probabilizando suas relações recíprocas ou combinações. Percebe-se que



o objetivo principal do autor, com relação à análise prospectiva através de uma simplificação didática do enfoque de Godet, é colocar à disposição do público acadêmico e dos gerentes uma ferramenta importante para o auxílio na tomada de decisão.

Encerra-se aqui a descrição das características das correntes de gestão em saúde no Brasil. Buscou-se evidenciar as principais ênfases dadas por cada autor, bem como as influências que sofrem e os dispositivos gerenciais que propõem. O quadro abaixo sintetiza essas características.

Quadro I

Características dos Modelos de Gestão Propostos pelas Correntes de Planejamento e Gestão no Brasil

Corrente	Autor	Características	Influências
Gestão Estratégica e Planejamento	Gastão Wagner de Souza Campos (1992,1998,2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase na democratização institucional</li> <li>- Constituição de sujeitos</li> <li>- Incorporação dos usuários na tomada de decisões</li> <li>- Subjetividade e administração</li> <li>- Co-gestão/ colegiados de gestão</li> <li>- Equipes organizadas por unidades de produção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mario Testa (1989,1995)</li> <li>- Deleuze e Guatarray (1996, 1992, 1997)</li> <li>- Van de Vem (1996)</li> <li>- Basaglia (1979,1985)</li> </ul>
	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (1994, 1997a, 1997b, 1997c, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descentralização e responsabilidade</li> <li>- Organismos colegiados</li> <li>- Missão como fator de mudança organizacional</li> <li>- Gestão do poder</li> <li>- Reforma das estruturas organizacionais</li> <li>- Tecnologia leve de planejamento</li> <li>- Caixa de ferramentas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matus (1993, 1994)</li> <li>- Mario Testa (1989,1995)</li> <li>- Paulo Motta (1979, 1991,1997)</li> </ul>
Planejamento Estratégico Comunicativo	Francisco Javier Uribe Rivera 1989, 1995, 1996, 1998a, 1998b, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agir comunicativo</li> <li>- Organização comunicante</li> <li>- Planejamento estratégico-situacional</li> <li>- Direcionalidade, responsabilidade e Planejamento</li> <li>- Ênfase na cultura organizacional</li> <li>- Liderança e negociação</li> <li>- Prospectiva</li> <li>- Organizações que aprendem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matus (1993, 1994)</li> <li>- Senge (1995, 1998, 2000)</li> <li>- Flores (1989)</li> <li>- Thévenet (1986,1993)</li> <li>- Crozier (1989, 1994)</li> <li>- Godet (1998)</li> <li>- Habermans (1987)</li> <li>- Porter (1980, 1986)</li> </ul>

## ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Nas últimas décadas vêm ocorrendo alterações na constituição dos serviços de saúde no país, as quais acompanham as mudanças históricas que sofreram as políticas de saúde em nível nacional e internacional. As unidades básicas de saúde, como parte integrante da rede de serviços de saúde, foram alterando sua conformação e seu papel dentro do sistema de saúde, e suas ações refletem diretrizes e dilemas presentes na organização dos serviços de saúde.

Assim, se buscará analisar o crescimento e desenvolvimento das unidades básicas de saúde, seguindo uma perspectiva histórica, e resgatando como as mudanças no sistema de saúde, articuladas às políticas governamentais, contribuíram para organizar a rede básica de saúde hoje existente.

Também se pretende destacar a proposta construída a partir da implantação do SUS, a qual vem determinando uma nova dinâmica para a organização da atenção à saúde em nível local, e onde as ações desenvolvidas pelas unidades básicas de saúde se apresentam como estratégicas para reestruturar o sistema de saúde brasileiro.

### Conformação da Atenção Básica em Saúde

Para discutir a conformação do modelo da atenção básica e a constituição das unidades básicas de saúde, devem ser analisadas as mudanças históricas na política de saúde que influenciaram esse processo, tanto no âmbito internacional quanto no nacional.

No âmbito internacional a implantação dos centros comunitários de saúde inicia-se nos Estados Unidos com a organização do movimento de saúde comunitária ou medicina comunitária. Esses centros tinham como função realizar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população de uma área delimitada.

Esse movimento, que dava maior ênfase à dimensão da assistência simplificada, visando estender a cobertura a grupos excluídos, foi incorporado por organismos internacionais na área da saúde e, com a aprovação da Organização Mundial da Saúde/OMS, os princípios da saúde comunitária passaram a fazer parte dos projetos de órgãos oficiais federais e estaduais de vários países do mundo.

Posteriormente essas ações são definidas pela OMS como "Serviços Básicos de Saúde", e incluem atenção à saúde da mulher e da criança; controle de doenças transmissíveis; saneamento ambiental; manutenção dos sistemas de informação; educação em saúde; enfermagem de saúde pública; e assistência médica de baixa complexidade (Paim & Almeida Filho, 2000). A partir de então, os programas de saúde comunitária passaram a ser implantados na América Latina com o intuito de provocar mudanças positivas na estrutura dos sistemas de saúde .

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde, a partir de um diagnóstico que apontou a grave escassez de serviços de saúde com boa parcela da população excluída da assistência, elaborou uma



proposta que se chamou Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000). Essa proposta assume como uma de suas metas a extensão de cobertura, através dos serviços básicos de saúde, e sistemas simplificados de saúde para toda a população.

Já em 1978 a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde, promovida pela OMS em Alma-Ata, na qual se estabelece a Atenção Primária em Saúde/APS como estratégia para operacionalizar as metas de SPT-2000, reafirma a saúde como direito do homem e de responsabilidade dos governos. Incorporando elementos do discurso da saúde comunitária essa proposta se apresenta com nova definição de Sistemas Locais de Saúde/SILOS, e começa a fazer parte das primeiras iniciativas da reforma do setor saúde nos países subdesenvolvidos.

No Brasil surgiram três interpretações contraditórias sobre a APS, que vieram influenciar os modelos de atenção à saúde propostos, e geraram diferentes opiniões quanto à sua implantação (Mendes, 1999b; Paim, 1999): A primeira seria como estratégia de reordenamento do setor saúde, uma interpretação mais globalizante, que pretendia organizar todo o sistema de saúde do país em função dos requisitos desta estratégia.

A segunda pretendia organizar APS como um programa específico, dirigido a populações marginalizadas, de regiões pobres, oferecendo tecnologias simples e de baixo custo, com pessoal pouco qualificado, complementar à medicina flexneriana. Esta seria a interpretação da atenção primária mais difundida até o momento nos países de terceiro mundo (Mendes, 1999b).

Por fim, a APS seria interpretada como uma estratégia de organização do primeiro nível de atenção para satisfazer às necessidades de saúde de uma população, organizando a porta de entrada do sistema. Para alguns autores (Schraiber & Mendes, 2000; Paim, 1999), a interpretação da APS que se difundiu no país está associada a um serviço simples e com poucos equipamentos. Isto estaria relacionado à forma com que se deu sua implantação, com prestação de assistência do serviço público a populações mais carentes de forma ampla e barata. Para Paim (1999), os cuidados primários de saúde, ao invés de serem uma estratégia de reorientação do sistema de saúde, assumiram um caráter de programa de medicina simplificada.

No âmbito das políticas de saúde, além da extensão da cobertura pelas ações básicas de saúde, as propostas de Alma-Ata ainda tiveram um efeito indireto na descentralização das ações de saúde. Após a difusão do ideário da APS houve uma incipiente desconcentração de recursos e responsabilidades aos municípios, ação que se limitava, anteriormente, à simples desconcentração de ações e serviços (Paim, 1999).

No Brasil, a origem da rede básica de saúde pode ser encontrada na conformação e instauração dos chamados centros de saúde ou centros comunitários, que iniciaram sua organização a partir de 1940 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP foi criado e financiado a partir de um convênio entre o governo americano e o governo brasileiro, e sua implantação tinha o objetivo de organizar os serviços através da criação de postos permanentes (centros de saúde e postos rurais), possibilitando a ocupação de regiões importantes voltadas para a produção do minério e da borracha (Costa e Moeda, 2001; Nemes, 2000).

Segundo Merhy (1997a), esse projeto seria um dos marcadores do desenvolvimento das

instituições de saúde pública no país e visava a formação de uma rede básica de serviços de saúde pública. Sua atuação incluía o controle das doenças infecciosas, diagnóstico precoce, educação sanitária e atividades de higiene.

Nos anos 50 e 60 se explicita a disputa de projetos que poderiam ser divididos em duas linhas: um acreditava que para melhorar o nível de saúde da população era necessário investir em serviços de saúde; o outro acreditava que a melhoria no nível de saúde da população seria alcançada através do investimento na qualidade das condições de vida.

Defendendo a segunda linha, destacaram-se sanitaristas como Mário Magalhães da Silveira, que criticou a política desenvolvida pelo governo para a área de saúde pública e o modelo adotado pelo SESP e, juntamente com Wilson Fadul, apresentou suas propostas na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963. Esses sanitaristas acreditavam e defendiam a proposta de organização de serviços de saúde permanentes que desenvolvessem ações médicas e sanitárias de forma municipalizada, com hierarquia de complexidade e o apoio do Ministério da Saúde aos municípios. Porém essa proposta foi derrotada em 1964 com o golpe militar, o que provocou no setor saúde uma fragmentação maior entre a assistência médica e a saúde pública através da estruturação de um modelo centrado na assistência previdenciária e o sucateamento do setor público.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, na década de 60, houve na política de saúde uma mudança do modelo denominado campanhista (baseado no controle de epidemias e no saneamento dos portos) para um modelo previdenciário. A principal característica deste modelo era o privilegiamento da prática médica, curativa, individual, especializada em detrimento das ações de saúde pública. Essa política provocou a criação de um complexo médico industrial, através do predomínio das empresas privadas na prestação dos serviços, por meio de convênios médicos e credenciamento de hospitais.

Neste período, as ações de saúde pública e a organização dos serviços de saúde no nível local ficaram restritas a programas de saúde comunitária que ofereciam serviços básicos para populações pobres da área urbana ou populações da área rural com dificuldade de acessar os serviços, marcadas pela falta de recursos, deficiência administrativa dos serviços e desvalorização social. Assim a política de saúde apontava para uma dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública, sendo destinada a primeira a maior parte dos gastos públicos e responsabilidade pelas ações curativas, enquanto a saúde pública apresentava uma ação desordenada e pontual envolvendo a promoção e prevenção e o atendimento de algumas doenças infecciosas.

No final da década de 70 ocorre um esgotamento deste modelo, em consequência da crise fiscal do Estado, que não tem mais condições de financiar os serviços devido aos custos elevados e por não se adequar à realidade sanitária nacional (Mendes, 1999b). A partir da constatação desta crise desencadeia-se um conjunto de medidas de racionalização administrativa e financeira, ao lado do barateamento das ações, que repercutiu no setor saúde com o movimento de extensão de cobertura da assistência médica à população, preferencialmente a baixo custo. Assim, para Paim (1999) a primeira metade da década de 70 pode ser caracterizada pela adoção de um modelo focal de medi-

cina ou saúde comunitária, e a outra metade, pelo formato expansionista das ações de saúde quando ocorre a implantação dos programas de extensão de cobertura (PECs).

Esse processo possibilitou o desenvolvimento de modelos assistenciais e tecnológicos alternativos que foram vivenciados por instituições públicas federais, estaduais e municipais. Porém, para Merhy (1997a), isso não provocou necessariamente uma alteração no modelo privado de prestação de serviços, porque essa busca de extensão a baixo custo provocou a consolidação de projetos (como o Projeto de Pronta Ação) que trouxeram mais recursos para o setor privado.

Os projetos de extensão de cobertura via setor público que surgiram, principalmente no final da década de 70, poderiam ser classificados, segundo Paim (1999), como políticas racionalizadoras e políticas democratizantes, uma vez que visavam, ao mesmo tempo, expandir a cobertura das ações de saúde e conter os custos crescentes da assistência oferecida pelo setor privado via expansão do setor público.

Dentro das políticas de racionalização, a que mais se destacou foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS. Esse programa permitiu a ampliação da rede física de postos e centros de saúde nos estados do Nordeste e representou a maior expressão dos programas de extensão de cobertura para todo o país.

Posteriormente, em 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde com o tema "Serviços Básicos de Saúde", momento em que se discutiram as propostas de atenção primária de saúde e Saúde Para Todos no ano 2000. Esta Conferência resultou no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, mais conhecido como PREV-SAÚDE, que visava a extensão máxima da cobertura e incorporação das diretrizes de regionalização e hierarquização, participação comunitária e integração das ações de saúde. Porém esse projeto não chegou a ser implantado na sua totalidade devido à crise financeira da Previdência Social e à oposição de diversas entidades ligadas ao setor saúde.

Nas décadas de 60 e 70 houve críticas com relação ao modelo adotado, decorrentes da comercialização das ações e serviços de saúde, surgindo outras análises e perspectivas diferenciadas com relação ao setor saúde. Para Merhy (1997a), neste momento os atores que criticavam o modelo de saúde posicionavam-se em três frentes distintas que geravam perspectivas tecnológicas e assistenciais diferentes para o setor saúde e também para a rede básica.

As posições conservadoras propunham a privatização total das ações médicas, admitindo a ação estatal de forma complementar através das ações de saúde pública. Essa corrente defendia a organização da assistência médica a partir do produtor privado e por isso não tinha muito a contribuir com a organização da atenção básica no sistema público. O campo tecnológico centrava-se na área médica, nas suas especializações e na absorção de insumos e equipamentos e, dentre os interessados neste modelo, encontram-se grupos médicos e instituições privadas empresarias. Neste modelo a ação estatal seria direcionada àqueles que ficassem de fora do mercado ou às ações coletivas de "interesse" da saúde pública, como realização de campanhas, vacinação, educação sanitária e saneamento.

Dentro da posição transformadora são identificadas duas propostas: uma que pensava a constituição de uma rede básica, mantendo a dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública, e outra que pensava a rede básica como porta de entrada do sistema. Na primeira, os elementos

para implantar um serviço de saúde pública eram os postos de saúde e os programas de saúde estruturados a partir da leitura do processo saúde-doença do modelo da História Natural da Doença. Essas ações não poderiam se confundir com a assistência médica, que deveria cuidar das pessoas doentes, admitindo no interior dos centros de saúde a assistência médica previdenciária como uma ação paralela às ações programáticas. Essa proposta não se difundiu no território nacional, sendo implantada somente de forma regionalizada.

A outra proposta, surgida na VII Conferência Nacional de Saúde, estipulava que a dicotomia das ações deveria ser superada pela unificação em nível ministerial e os serviços de saúde hierarquizados por complexidade tecnológica e regionalizados. A rede básica de saúde seria a porta de entrada dos serviços, obedecendo à hierarquia tecnológica de assistência à saúde como primária, secundária e terciária e atenderia aos problemas de saúde de baixa complexidade com baixa incorporação tecnológica e encaminharia os problemas mais complexos para outro nível hierárquico.

Algumas experiências processadas em instituições públicas incorporaram parte deste projeto, como o PIASS e o PREV-SAÚDE. Seu principal problema foi conceber a doença e as ações de saúde como passíveis de enquadramento dentro de níveis de complexidade, reduzindo-as a uma concepção medicalizante das mesmas.

Uma terceira proposta seria transformadora, apontando a modificação de todo o setor através da democratização do poder e da socialização dos benefícios. Uma política que tratasse a saúde como direito de todos e dever do Estado, e que o acesso aos serviços de saúde fosse universal e igualitário, estruturado através de um SUS, com participação da sociedade na gestão dos serviços. Essa vertente apresenta uma proposta que posiciona a rede básica como o lugar essencial para realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para modificar o conjunto das práticas de saúde.

Surgem então novos projetos, classificados como políticas democratizantes, entre eles o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que envolveu o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, e foi definido como estratégia de articulação entre os Ministérios, os estados e os municípios e representava um caminho para a descentralização e reforço das ações de saúde no município.

Posterior à VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, surge a proposta de criação do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde, que seria uma estratégia para a implantação do SUS e já agregava algumas diretrizes defendidas pelo movimento da reforma sanitária, tais como a integralidade, participação da comunidade, hierarquização e regionalização, entre outros.

Em resumo, entre 70 e 80, a política de expansão de cobertura provocou um rápido crescimento na rede de centros de saúde, incorporando assistência médica, além de ações de promoção e prevenção, a determinados grupos da população anteriormente excluídos. Apesar de algumas mudanças terem ocorrido na sua conformação, de modo geral pode-se dizer que neste período a rede básica de saúde no país foi se estruturando através desse conjunto de postos e centros de saúde, e suas ações vistas como associadas a atividades de promoção e prevenção ou atendimento de doenças infecciosas e a uma medicina de baixo custo para populações carentes.



Esta concepção tem estreita relação com as questões históricas, já descritas, como a dicotomia entre as ações, que delegava à saúde pública a prevenção e promoção, e o modelo previdenciário, que centralizou seus recursos para o financiamento da medicina privada, e a partir da crise financeira expandiu os centros de saúde a fim de ampliar a assistência a baixo custo.

## Atenção Básica e as Atuais Políticas de Saúde

Com a constituição do SUS e a incorporação dos princípios e diretrizes defendidos pelo movimento da reforma sanitária ao arcabouço jurídico-legal, as ações e serviços do sistema de saúde passaram a sofrer alterações na sua conformação e organização, incluindo a rede básica de saúde.

A universalização do sistema traz novas demandas de serviços. Apresenta uma proposta de organização baseada no modelo piramidal, onde a atenção primária ou as unidades básicas de saúde representariam o local que poderia acolher essa demanda e prestar um primeiro atendimento à população. Esse sistema também estaria organizado a partir dos princípios de regionalização e hierarquização, que dividiriam os serviços e as ações em níveis de complexidade para ordenar os fluxos dos usuários em busca de uma racionalização da assistência, sendo o conjunto de unidades básicas de saúde aquele que possibilitaria o acesso aos demais níveis de complexidade.

Porém esse resgate da atenção básica de forma prioritária somente vai se desenvolver enquanto projeto, através de medidas e iniciativas de fortalecimento da atenção básica, adotadas durante a segunda metade da década de 90. Na primeira metade desta década, quando se iniciam de maneira mais efetiva as ações de descentralização, principalmente após a edição das primeiras Normas Operacionais Básicas, a organização das ações de atenção básica tiveram, paradoxalmente, um caráter centralizador e normatizador, cuja expressão organizacional está nos "Programas de Saúde".

Já tradicionais no âmbito da saúde pública, os programas tiveram um papel importante quando da descentralização das responsabilidades e serviços de saúde para o nível local, uma vez que "amparavam" os municípios menos estruturados na organização das suas ações de saúde. Os programas de saúde têm uma ligação direta com a rede básica de saúde, pois é nela que eles são desenvolvidos, representando o oposto ao do atendimento à livre demanda, ou seja, a oferta organizada de ações e serviços de saúde.

No transcorrer dos anos 90, dentro do conjunto de medidas e iniciativas de fortalecimento da atenção básica, podem ser destacadas a implantação e extensão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS e do Programa de Saúde da Família/PSF. O PACS foi implantado em 1991 como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde, implementado inicialmente no Nordeste com a finalidade de expandir a cobertura das ações de saúde à população rural e da periferia urbana, com atividades voltadas principalmente ao grupo materno-infantil. Depois foi estendido para as demais regiões do país e passou a ser considerado um articulador entre o serviço de saúde e a comunidade, realizando visitas domiciliares e desenvolvendo ações básicas de saúde de caráter educativo individual e coletivo.

O PSF é implantado em 1994, incorporando à sua equipe os Agentes Comunitários de Saúde do PACS. Este programa foi apresentado pelo Ministério da Saúde como um programa cuja missão era reorganizar as Unidades Básicas para que estas pudessem estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade com a comunidade, desenvolvendo suas ações de forma integral e resolutiva. A implantação do PSF visava a reorientação do modelo de atenção à saúde através da incorporação de algumas diretrizes às suas ações, como: adstrição da clientela, regionalização e hierarquização, planejamento e programação local, intersectorialidade, educação continuada, interdisciplinaridade, humanização do atendimento, participação da comunidade.

Posteriormente, o Ministério de Saúde passa a conceber o PSF não mais como um programa, pois o mesmo fugiria da concepção usual dos demais programas, não se caracterizando como intervenção vertical e paralela às demais atividades dos serviços de saúde. Assim, ele se enquadra como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades e que passaria a organizar toda a rede básica de saúde a partir da sua lógica.

Dentre as outras medidas e iniciativas que se destacaram encontra-se a utilização do Piso de Atenção Básica/PAB, instituído em 1996 pela Norma Operacional da Atenção Básica/NOB e implantado a partir de 1998 com a habilitação dos municípios na modalidade de gestão plena da atenção básica. O objetivo era modificar a forma de transferência de recursos federais para os municípios, invertendo a lógica de repasse por procedimentos e garantindo o repasse de recursos de forma regular e contínua, com base num valor per capita. Juntamente com o PAB foram instituídos incentivos financeiros (parte variável do PAB) para estimular os municípios a implantar programas que o governo julgava essenciais para a atenção básica (como a vigilância sanitária, farmácia básica, PACS, PSF). Também foi elaborado em 1998 o Manual para a Atenção Básica, que define o elenco de responsabilidades que devem ser assumidas pelos municípios habilitados como gestores da atenção básica.

Nos últimos anos foram realizados vários debates relativos à implantação do PSF com autores e pesquisadores que acreditam e defendem a proposta e outros que a criticam e a consideram insuficiente ou inadequada. Alguns autores declaram que o programa, implementado de modo vertical pelo Ministério da Saúde, faz parte das proposições do Banco Mundial e desenvolve ações restritas a um pacote de medidas de saúde pública e intervenções clínicas de baixo custo, sendo uma proposta paralela à rede básica assistencial já existente (Merhy & Franco, 2002).

Porém, outros autores discordam destas afirmações, considerando uma avaliação equivocada e superficial dos referidos projetos e programas, apresentando argumentações que reafirmam seus princípios e defendem sua implantação. Para Levcovitz & Garrido (1996) e Mendes (1999c), o PSF não se constitui como um sistema de saúde pobre, com baixa incorporação de tecnologia, dirigido apenas à população carente, porque o mesmo cobre, de forma universal, todos os grupos da população, buscando atender todas as suas necessidades, o que dependeria da incorporação de diversas tecnologias.

Para a organização da atenção básica em saúde, é importante destacar que, em função da difusão do PSF de modo não substitutivo, há na rede básica, atualmente, uma diversidade de servi-



ços, contando simultaneamente com Unidades de Saúde da Família e com as unidades ditas “tradiçãoais”, como Centros e Postos de Saúde. O PSF expandiu suas equipes de maneira expressiva e hoje já possui uma população coberta de 9.474.956 em todas as regiões do país, tendo 13.784 unidades de saúde da família, que organizam e desenvolvem suas atividades com base nos princípios e diretrizes do seu projeto. O número de unidades básicas de saúde que se encontram em funcionamento no país, segundo dados DATASUS em janeiro de 2003, são: 12.021 postos de saúde, 11.653 centros de saúde e 1.667 policlínicas.

As unidades básicas de saúde, na maioria, se estruturam a partir da implantação de Programas de Saúde (como programa de saúde da mulher, programa de saúde da criança, programa de hanseníase, programa de hipertensão) e desenvolvem suas ações por meio de consultas previamente agendadas, com alguns atendimentos eventuais e em grupo e a realização de algumas ações de menor complexidade (Campos, 1997a). As ações oferecidas nestas unidades são bastante heterogêneas, variando, geralmente, de acordo com o tamanho e a estrutura das mesmas e de acordo com o local de estabelecimento. Assim, têm-se desde postos de saúde com apenas serviços de imunização e consultas de clínica geral, até unidades com atendimento em várias especialidades. As principais especialidades presentes nesse tipo de unidade (unidades básicas) são: clínica médica; pediatria e obstetrícia, além de atendimento de outros profissionais de nível superior como enfermeiros, nutricionistas e psicólogos (geralmente as unidades maiores, como centros de saúde, possuem estas características).

Segundo Merhy (1997a:198), a partir da Constituição de 1988 a rede básica começa a aparecer como um território estratégico de intervenção para a construção do SUS, sendo ...o caminho de unificação do modelo de atenção para o sistema de saúde, ...meio de construção de uma nova institucionalidade e produção de serviços, para além do modelo médico-hegemônico e burocrático-sanitário.

A rede básica deveria ser concebida objetivando a reversão de uma tendência que centraliza o hospital como principal serviço de atendimento da população, saindo de um modelo considerado hospitalocêntrico para um redebásicocêntrico (Campos,1997; Merhy,1997a). Assim, o bom funcionamento da rede básica de saúde é considerado fundamental para contribuir no “alívio” da rede hospitalar, a qual, na maioria das vezes, acaba atendendo um volume de pessoas que apresentam problemas passíveis de serem resolvidos pelas unidades básicas de saúde, o que acaba extrapolando sua capacidade. (Cecílio,1997b; Botazzo, 1999).

Desta forma, tornou-se convencional esperar que as unidades básicas de saúde se organizem para atender problemas demandados pela população e dar resolubilidade a quase 80% das intercorrências, encaminhando apenas aqueles de maior complexidade. Por ser o serviço mais próximo do nível local e dos grupos sociais, seria também o local privilegiado para realizar uma articulação das práticas de saúde com a comunidade, e desenvolver um trabalho de vinculação e acompanhamento da população.

Porém, para que as unidades básicas de saúde alcancem estes níveis de resolubilidade, elevando sua capacidade de resolver autonomamente os problemas no nível local, é necessário que

haja uma estruturação tecnológica nestes serviços, e uma incorporação de recursos financeiros, materiais e humanos, bem mais elaborada do que a existente até o momento.

Pode-se assim questionar a forma como estão estruturadas e compostas as unidades de saúde da família, ou os postos de saúde menores, para poder configurar uma rede de serviços de atenção básica, calcada somente neste modelo, e que seja capaz de dar conta das atribuições que estão sendo colocadas para este nível. Seria mais coerente repensar a estruturação dos serviços por meio da articulação das unidades de saúde da família a outras unidades básicas de maior complexidade, onde se possa contar com o apoio de outras equipes de saúde bem como de serviços mais especializados.

Caberia também à rede básica, assim como ao restante dos serviços, a busca da integralidade da assistência, através da articulação entre as ações de promoção, prevenção e reabilitação. Considerando os três níveis de atenção à saúde, este é o espaço privilegiado para o desenvolvimento das três estratégias de atenção à saúde, sendo que isto não é esperado dos demais, que teriam como objetivo principal a assistência.

No momento da elaboração das estratégias da Norma Operacional da Assistência à Saúde, houve uma ampliação no conjunto de responsabilidades dos municípios para a garantia de acesso aos serviços de atenção básica, o que foi considerado como um dos elementos centrais para o avanço do processo de implantação do SUS. Assim, as unidades básicas de saúde passam a se constituir como um sistema complexo, e não seriam somente a porta de entrada, mas o local estratégico para a reordenação do sistema, possibilitando atendimento à população de forma universal, integral, equânime, de qualidade e com incorporação tecnológica apropriada.

Quando se afirma que a unidade básica deixa de ser somente a porta de entrada do sistema para se tornar um local complexo, não se está associando esta complexidade somente à incorporação de tecnologias entendidas como equipamentos. Refere-se à mobilização dos diversos campos de conhecimento e práticas necessários, que podem contribuir para impactar o complexo território das necessidades de saúde, e que são fundamentais na reestruturação da rede básica.

Para definir o que se entende por tecnologias, são citados trabalhos desenvolvidos por Merhy (1997<sup>b</sup>, 2002:45), onde considera que não se deve confundir tecnologia com equipamentos e máquinas, já que inclui como tecnologia certos saberes que são constituídos para produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana.

Pelo que já foi descrito, podem-se observar hoje inúmeros desafios para a rede básica de saúde, que está sendo considerada como espaço estratégico e complexo dentro do sistema, responsável por prover ações e serviços de saúde de qualidade, suficientes para toda população, eficientes na utilização de recursos, com capacidade resolutiva e de modificar os níveis de saúde da população.

Porém, para que os objetivos deste projeto sejam atingidos e a rede básica de saúde cumpra sua missão, é preciso haver uma reestruturação nos seus processos de trabalho, na incorporação tecnológica, na definição de sua missão, na utilização da epidemiologia, na estrutura organizacional e nos processos de gestão. Assim poderá realmente contribuir no reordenamento do Sistema Nacional de Saúde.



## DISPOSITIVOS GERENCIAIS E GERÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Considerando que as unidades básicas de saúde, atualmente, possuem uma função estratégica na organização do sistema de saúde, a gerência destes serviços passa a assumir um papel importante. Procura-se discutir neste capítulo como os dispositivos gerenciais que vêm sendo propostos por algumas correntes de gestão de saúde poderiam contribuir para a melhoria na gerência dessas unidades.

Para tanto torna-se importante analisar as características da organização da qual está se tratando, uma vez que não é possível abordar propostas de gestão sem considerar o tipo e a dinâmica específica de cada organização.

Nesse sentido vários autores da área da gestão em saúde (Dussault, 1992; Rivera, 1996; Barbosa, 1997) têm se utilizado da tipologia organizacional formulada por Mintzberg (1995), que classifica as organizações de saúde como Organizações Profissionais. As unidades básicas de saúde, assim como os demais tipos de serviços de saúde estariam inseridas nesta classificação, possuindo, portanto, características inerentes a este tipo de organização, conforme será visto a seguir.

Para Mintzberg, as estruturas das organizações poderiam ser descritas como o somatório de como o trabalho é dividido em tarefas e como é feita a coordenação entre essas tarefas, sendo que as organizações, em termos de configurações, seriam explicadas através de suas características, modos de funcionamento e problemas específicos. O autor considera que haveria cinco mecanismos básicos que abrangeriam as maneiras pelas quais as organizações coordenam o processo de trabalho. Esses mecanismos seriam: o ajustamento mútuo, utilizado por organizações mais simples, onde a coordenação do trabalho se dá através da comunicação e adaptação entre os operadores; a supervisão direta, onde haveria uma pessoa responsável por coordenar o trabalho das demais, através da padronização dos processos, onde as ações são especificadas e predeterminadas; a padronização das saídas, quando há especificação dos resultados; e a padronização das habilidades, quando os conhecimentos e o treinamento necessários para a execução do trabalho são previamente especificados.

Esses mecanismos de coordenação seguiriam uma certa ordem na medida em que o trabalho da organização se torna mais complexo e, apesar de poder existir mais de um mecanismo de coordenação dentro da mesma organização, um deles sempre prevalece. Independente dos mecanismos de coordenação utilizados, todas as organizações poderiam ser divididas em cinco partes, a partir de seus componentes e dos indivíduos que as compõem.

Assim, haveria em cada organização um núcleo operacional, composto pelos operadores ligados diretamente com a produção de bens e serviços; a cúpula estratégica, onde se encontram as pessoas responsáveis pela administração da organização e pelo cumprimento dos objetivos, respondendo diretamente pela organização; a linha intermediária, onde se localizam os gerentes e são responsáveis por ligar a cúpula estratégica ao núcleo operacional; a tecnoestrutura, da qual fazem parte os analistas que vão atuar no sentido de somar e contribuir para melhoria dos demais traba-

lhos; e a assessoria de apoio, que presta serviços de apoio à organização, mas que se localizam fora do trabalho operacional.

Através das diferentes formas pelas quais os mecanismos de divisão e coordenação do trabalho se combinam, para Mintzberg as Configurações Organizacionais seriam cinco: a estrutura simples, a burocracia mecanizada, a burocracia profissional, a forma divisionada e a adhocracia.

As unidades básicas de saúde, a partir de suas características, seriam classificadas como Organizações Profissionais, onde o trabalho de produção exige alto grau de qualificação e não se adapta a normas e controle rígido. Nessas organizações a coordenação se dá através da padronização das habilidades, onde as qualificações são formalizadas nos processos de formação e pelas associações profissionais. O principal componente dessa organização é o núcleo operacional, merecendo destaque também a assessoria de apoio, que entretanto não é indispensável, atuando mais como uma função de servir ao núcleo operacional.

Dentro dessas organizações os profissionais são dotados de considerável autonomia e poder de decisão sobre as questões relativas a sua atuação, e buscam também o controle sobre as decisões da coordenação e administração que os afetam. Por isso a estrutura administrativa dessas organizações apresenta freqüentemente hierarquias paralelas: uma democracia de baixo para cima para os profissionais e uma segunda burocraticamente mecanizada de cima para baixo para assessoria de apoio” (Mintzberg,1995: 197).

Com relação às organizações de saúde, Dussault (1992) argumenta que, por elas serem burocracias profissionais, não seria adequado adotar mecanismos de coordenação autoritários e nem buscar formalizar os processos de produção, sendo mais conveniente utilizar uma gestão mais colegiada e participativa do que autoritária. Assim, a gestão nos serviços de saúde deveria ser descentralizada e flexível, de modo que os trabalhadores participassem dos processos de discussão e da tomada de decisão e tivessem capacidade autônoma de conduzir seus processos de trabalho. Porém essa autonomia não pode prescindir de um certo controle que assegure e garanta o cumprimento dos objetivos organizacionais.

Essa contradição se constitui no principal desafio colocado para o sistema de saúde, relativo à gestão do trabalho. Como associar autonomia profissional com a necessidade de controle institucional que assegure o alcance dos objetivos da organização? Surge, então, a necessidade de criar mecanismos de gestão que não limitem a liberdade dos trabalhadores, e que ao mesmo tempo não deixem que isso seja utilizado para garantir interesses pessoais.

Outro autor discute a gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde (Santana, 2001), e questiona alguns aspectos importantes por estarem freqüentemente associados ao baixo desempenho das organizações:

- Como enfrentar os prejuízos derivados da divisão do trabalho em saúde, que podem refletir na desumanização do atendimento, na alienação do trabalhador e no conseqüente desperdício para os serviços?
- Como evitar que o corporativismo dos profissionais e as estratégias de defesa dos seus interesses não prejudiquem o atendimento aos usuários?

- Quais os mecanismos e instrumentos que podem ser trabalhados para assegurar a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços?
- Como encontrar medidas que estimulem os trabalhadores a aumentar seu desempenho, visando a melhoria da produtividade com qualidade da execução das ações de saúde?

Para o autor essas questões explicitam a importância da gestão do trabalho nos serviços de saúde, e a superação destas dificuldades apontadas decorreria de uma mudança nas práticas tradicionais dos serviços, onde as rotinas ainda estariam voltadas basicamente para o controle dos funcionários.

No âmbito da rede básica de saúde, também podemos encontrar autores (Bertussi et al, 2001; Castanheiras, 2000; Dantas & Mello, 2001) que apontam a necessidade de se discutir a gerência no nível local, apresentando alguns problemas, além dos descritos acima, que ainda estariam fazendo parte do cotidiano das UBS e de uma nova conformação para este nível de atenção:

- limites apresentados pela unidade em prestar atendimento e necessidades apresentadas pela demanda;
- necessidade de um maior número de profissionais e diferentes categorias;
- incorporação tecnológica adequada à necessidade de oferta de serviços;
- pouca participação da população nas discussões e decisões de saúde;
- conflito entre as necessidades de estabelecer normas na instituição e os problemas imediatos trazidos no dia-a-dia pelos usuários;
- prejuízo causado pelas mudanças governamentais e a descontinuidade dos compromissos estabelecidos com as políticas públicas;
- necessidade de uma desconcentração maior de autonomia e poder decisório para as unidades de saúde;
- visão da administração de recursos humanos que reconheça os profissionais enquanto atores sociais necessários para mudar o processo de trabalho e não como insumos;
- conflitos entre os interesses dos trabalhadores e as normas estabelecidas pela instituição, e as demandas dos usuários;
- conflitos gerados no interior das equipes decorrentes da diferenças entre o pessoal universitário e o pessoal auxiliar dentro da instituição;
- distanciamento do pessoal administrativo e de apoio em relação às finalidades que orientam o trabalho na unidade;
- dificuldade em ter uma política de recursos humanos que busque construir instrumentos que garantam a qualidade do trabalho devido às políticas de achatamento salarial e às condições de execução do trabalho.

Com base na experiência vivida em unidades básicas de saúde, e na literatura, acredita-se que, à lista de problemas acima apontada, é possível acrescentar ainda:

- indefinição da missão;

- pouca utilização de métodos de planejamento para orientar as ações e atividades desenvolvidas nas unidades;
- problemas decorrentes da necessidade de atender às demandas vindas do nível central;
- baixa autonomia na definição e movimentação de recursos financeiros;
- dificuldade de articulação com outros serviços da rede e dependência destes para garantir atendimento de maior complexidade .

Para Castanheiras (2000), a gerência das UBS teria duas dimensões pelas quais se responsabilizaria: (a) organização e controle - este relacionado à parte administrativa e aquela relacionada à estrutura organizacional, que dariam sustentação ao trabalho assistencial; (b) relacionada à execução do trabalho mesmo e dos trabalhadores.

Assim, ao olhar os problemas na gerência das UBS, percebe-se a existência de uma variedade deles. Pode-se pensar que esses problemas possuem dimensões e especificidades distintas: de ordem político-administrativa, como a incorporação tecnológica inadequada e os prejuízos causados pelas mudanças governamentais; e relacionados à gestão do trabalho, como os conflitos de interesse e o distanciamento do pessoal administrativo com os objetivos da organização.

Porém, quando se considera a posição que ocupa o gerente das unidades básicas dentro do sistema de saúde, por mais que seja uma posição privilegiada de articulação entre as instâncias de coordenação central e a prestação direta de serviços, ele depende de decisões externas que acabam colocando muitos problemas fora do seu espaço de governabilidade. Para iniciar um processo de mudanças dentro da unidade, vai precisar equacionar a construção destes projetos internos com as políticas governamentais, municipal, estadual e federal, que estão gerindo o sistema e interferindo na organização dos serviços e possuem um poder de decisão maior.

Ao analisar principalmente os problemas administrativos e políticos, percebe-se que, para viabilizá-los é preciso que a gerência possua autonomia e poder de decisão, o que acontece em poucos locais, sobretudo quando se trata de UBS. Isso pode dificultar ou inviabilizar muitos processos de mudança dentro do serviço. Esses entraves podem também interferir na implantação de instrumentos de gestão do trabalho, como os que serão trabalhados adiante, pelo fato de o gerente, muitas vezes, não ter condições de enfrentar questões como o espaço físico da unidade, os horários de trabalho dos profissionais, a compra de equipamentos, a negociação de referência e contra-referência com as demais unidades da rede, entre outros.

Pretende-se discutir neste trabalho os instrumentos que auxiliem os gerentes durante o processo de gestão das UBS e na tomada de decisão, contribuindo assim na discussão e identificação de mecanismos que possam apontar para a resolução dos problemas identificados acima.

Ressalta-se que os instrumentos identificados nas correntes de gestão estudadas apresentaram-se mais úteis no momento da discussão de problemas referentes à gestão do processo de trabalho nas UBS, não dando ênfase a mecanismos para o enfrentamento de problemas que não estejam diretamente sob a governabilidade do gerente. Além disso, a discussão é mais adequada às unidades básicas que apresentam algum grau de complexidade organizacional, como os Centros de



Saúde, com maior número de profissionais e de ações desenvolvidas e que abrigam um maior número de especialidades médicas, servindo, muitas vezes, como referência para as unidades básicas menores, como os postos de saúde.

Um dos instrumentos trabalhados por Cecílio (2000) - definição da missão - parece ser útil, quando se analisam as diversas dificuldades apresentadas na gestão das UBS. Como colocado pelo próprio autor, na maioria das vezes os profissionais e a própria gerência apresentam dificuldades em entender a finalidade da organização, o que acaba deslocando sua atenção e dificultando a visualização dos problemas enfrentados por aquele que necessita dos serviços de saúde: o usuário. Esse mesmo autor descreve todas as etapas de construção da missão das organizações, sendo a primeira a de formulação do conceito da missão, que deve conter quatro elementos essenciais: produtos, características do produto, clientes e resultados.

A segunda etapa é definir os indicadores que serão utilizados para analisar se os aspectos da missão foram realmente alcançados, passo importante para que esse conceito de missão construído saia do papel e passe a estar presente no cotidiano dos trabalhadores, também permitindo uma avaliação posterior à construção. Para que este processo seja efetivo e legítimo, deve-se contar com a presença e o envolvimento dos trabalhadores em todas as etapas de elaboração, o que por si só já traz benefícios para o serviço, propiciando um ambiente de diálogo e discussão entre os trabalhadores, algo bastante raro nas unidades básicas de saúde.

Outro resultado possível e almejado com este processo é desviar o foco de atenção dos interesses dos envolvidos ou dos problemas internos de cada departamento ou setor para os problemas vividos pelos usuários. Assim haveria uma possibilidade de modificar um dos problemas apresentados pelas UBS e também pelos demais serviços de saúde, que consiste nos conflitos resultantes dos diferentes interesses entre usuários, trabalhadores e direção, que buscam melhorias no trabalho prestado pela unidade.

Uma questão também importante é o envolvimento de outros setores não ligados diretamente à assistência – apoio e administrativo – que devem neste momento ser envolvidos no processo, para não provocar problemas como o referido anteriormente, de distanciamento destes com as finalidades e objetivos da organização e dos demais setores. Os indicadores construídos para monitorar o cumprimento da missão na unidade, ou nos diferentes setores, devem envolver o maior número possível de profissionais, para que os mesmos se apropriem desta construção e a utilizem para realizar avaliações de desempenho da unidade.

Em suas experiências Cecílio (2000) afirma que esta ferramenta é possível de ser aplicada às organizações de saúde, sendo que para as unidades básicas de saúde a construção da missão, a partir do envolvimento dos trabalhadores, poderia diminuir os conflitos e aumentar a responsabilidade dos trabalhadores, desencadeando um processo de reflexão no trabalho que priorize o usuário. Afinal de contas, se a UBS é tida por muitos como a “porta de entrada” do sistema de saúde, onde “se dá o primeiro contato da população com esse sistema”, o foco no usuário é fundamental para a eficácia do trabalho na unidade.

Não se pretende afirmar que este instrumento poderia solucionar plenamente os problemas

referidos, mas permitiria aos trabalhadores a construção de uma percepção das responsabilidades sociais da UBS e do seu compromisso de alcançar determinados resultados. No entanto o sucesso deste instrumento e de outros que serão trabalhados depende do sistema de gestão adotado pelas UBS, e como já referido anteriormente, para as organizações de saúde seriam mais adequados os sistemas democráticos e colegiados.

Dentre os instrumentos identificados, encontramos os de Campos (2000), que propõe a construção de Espaços Coletivos dentro dos serviços, permitindo a participação de outros sujeitos e não somente aqueles que possuem algum cargo de direção ou coordenação. Esses espaços se destinariam principalmente a ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores e seriam uma forma de buscar uma outra lógica para equacionar autonomia e o controle institucional.

Os Colegiados de Gestão configurariam espaços internos à organização, nos quais se processaria a comunicação dos diferentes sujeitos presentes nos serviços, dando a oportunidade de repensar os projetos e processos de trabalho envolvendo a base do serviço na tomada de decisão. Os colegiados se reuniriam periodicamente e teriam a participação de diversos membros do serviço e da administração, dialogando e debatendo os projetos e o trabalho na organização e decidindo seus rumos. Podem representar um espaço de confrontação e disputa dos diversos conflitos entre os profissionais da unidade, e entre os trabalhadores e a direção.

Esse instrumento pode representar a distribuição de poder dentro da organização, mesmo que momentaneamente, entre os diferentes profissionais e entre a direção, considerando que cada participante exerceria seu direito de voto e as decisões tomadas pelo Colegiado seriam incorporadas à rotina da UBS. No entanto esse mecanismo de gestão não pretende funcionar somente como forma de democratizar a gestão, constituindo espaços de participação, mas sobretudo como espaço pedagógico para os trabalhadores, uma das formas de realizar educação continuada.

A participação nesses Espaços Coletivos permitiria aos trabalhadores desenvolver conhecimentos a partir de discussões sobre diferentes saberes e o processo de análise e de reflexão crítica, que os capacitaria a construir seus projetos e tomar decisões, tornando-se sujeitos dentro das organizações. Sujeitos necessários para trabalhar e desenvolver a complexidade que necessita a UBS, de modo a se tornar um espaço estratégico dentro do sistema.

Já os Conselhos de Gestão, outro dispositivo proposto por Campos (2000), são instrumentos externos à unidade e vão contar com a participação de trabalhadores, da gerência e de representantes da sociedade. Serviriam como espaços de diálogo, elaboração e disputa de projetos, bem como de tomada de decisão, e representariam uma forma de envolver os usuários na gestão da organização, e, conseqüentemente, de contrabalançar os interesses dos gestores e trabalhadores, provocando a negociação com sujeitos externos à UBS. Assim se reforçaria a necessidade de um olhar mais voltado para fora, como já destacado por Cecílio (2000), ao tratar da missão das organizações de saúde.

Além disso, os Conselhos também poderiam representar maior articulação da autonomia dos trabalhadores, cujo controle seria exercido também pelos usuários no processo de decisão e no de avaliação dos serviços realizados.



Para viabilizar esses espaços coletivos e articulá-los à estrutura organizacional da UBS, seria necessário modificar os sistemas hierárquicos tradicionais e os organogramas piramidais para criar fluxos de participação e decisão entre as equipes. Essa lógica de organização acaba produzindo uma disposição desigual de poder e a separação dos trabalhadores por departamentos ou setores segundo sua função ou especialidade, o que pode provocar uma fragmentação do trabalho.

A proposta de Campos (2000) para modificar essa conformação é a criação de unidades de produção que não sejam construídas a partir das especialidades ou corporações, mas por equipes que se identifiquem a partir do seu objeto de trabalho e dos objetivos comuns.

Campos (1997a) apresenta uma proposta de estruturação para os centros de saúde ou postos de saúde, que se daria a partir de três áreas básicas e outras de apoio. Seriam então construídas unidades de atenção da criança, da mulher, e do adulto, compostas por diferentes profissionais, de modo a atender de forma integral esses grupos, que poderiam se dividir em diferentes equipes, conforme a necessidade. Essas unidades de produção devem ser estruturadas de acordo com o perfil epidemiológico, as necessidades dos usuários e os recursos disponíveis por cada UBS, podendo contar com equipes de apoio para aumentar a capacidade de resolução no nível local.

No âmbito deste trabalho considera-se a constituição destas Unidades de Produção fundamental para que se efetive uma mudança real nas unidades básicas de saúde. Isto porque permite modificar a fragmentação do processo de trabalho por categoria profissional, como médicos, serviço de enfermagem, odontologia, dentre outros; propiciando um trabalho interdisciplinar nas diferentes unidades. Isto é determinante, quando se considera a rede básica como local privilegiado da construção da integralidade, conforme discutido no capítulo anterior, pois a integralidade não pode ser viabilizada sem a articulação dos diferentes conhecimentos e práticas existentes no interior das unidades básicas, exigindo assim uma ação interdisciplinar.

Assim, também poderia contribuir para diminuir o corporativismo existente nessas categorias profissionais, devido ao rompimento dos cargos de chefia existentes para as diversas profissões que são substituídas pelas coordenações e supervisões das unidades. Permite também reduzir a fragmentação do trabalho decorrente da forma de organização dos serviços e responsabilizar as equipes por um conjunto de problemas delimitados, vinculando-as a um certo grupo de usuários, e atribuindo a esta equipe o planejamento e a execução das atividades necessárias para atender à demanda e resolver os problemas.

Todos os participantes das unidades de produção poderiam constituir um Colegiado de Gestão, encarregado de discutir as diretrizes, metas e elaborar seu plano de trabalho, com o qual eles se identificariam e teriam o compromisso de cumpri-lo dentro de sua unidade.

No entanto, é importante salientar que estes dispositivos não são de fácil aplicação nas unidades básicas de saúde, uma vez que diversos interesses são colocados em jogo. Cecílio (1999) desenvolveu um trabalho, onde ele discute a hipótese de que a implantação de modos de gestão que pretendem ser democráticos e colegiados estaria sendo vista pelos trabalhadores como uma forma de controle e não de participação. Através da análise da gestão em serviços hospitalares e a

partir de outros trabalhos anteriores, busca discutir os motivos que podem estar interferindo nesta baixa atuação dos trabalhadores nos modelos participativos.

No ambiente hospitalar coexistem atores com idéias e interesses diversos, ocupando diferentes posições e com acumulação de poderes distintos. Ao se trabalhar com a idéia de conselhos, colegiados ou unidades de produção, interfere-se diretamente nas relações de poder existentes, sugerindo que ocorra uma distribuição deste poder. Deste modo, os trabalhadores aceitam de maneira diferente a implantação destes mecanismos, sendo que os médicos, que possuem grande autonomia dentro das organizações de saúde, não aderem à proposta e não participam das reuniões, tentando deslegitimá-las, porque isso significaria perda de poder, enquanto que outros profissionais (como as enfermeiras) vêem nestes espaços a oportunidade de aumentar seu poder.

Apesar do estudo ter sido feito em hospitais, observa-se que as relações de poder são semelhantes às dos demais serviços de saúde, sendo possível que a gerência das UBS enfrente o mesmo problema, não podendo deixar de considerar o fato de que as mudanças nos processos de gestão vão provocar alterações nas estruturas de poder e exigir capacidade de negociação do gerente.

Nas unidades básicas em particular, a relação que se estabelece entre os profissionais, especialmente os médicos, e a unidade pode representar mais um empecilho à implementação de dispositivos gerenciais mais democráticos, como os relacionados por Campos (2000) e outros autores. Isto porque, talvez anterior à questão da disputa de poder no interior da unidade, esteja a questão do interesse. Ou seja, pelo modo como são denunciadas as relações entre médicos e as unidades, onde, em geral, os primeiros não se sentem como pertencentes à organização, visualizando-a apenas como mais um espaço para a execução do seu trabalho em troca de um salário (Campos, 1997a), não haveria sequer interesse destes profissionais para atuar nestes espaços de construção coletiva.

O que motiva os profissionais, muitas vezes, a procurar um emprego nas organizações públicas é a estabilidade proporcionada pelo concurso público, que garante um vínculo empregatício estável, sendo que o seu compromisso com a UBS começa e termina no cumprimento de suas atribuições ligadas diretamente ao atendimento da clientela (Campos, 1997a), não tendo interesse, muitas vezes, de participar da gestão ou de assumir compromissos com a elaboração ou implantação de projetos que alterem a sua rotina.

Propostas, que possam provocar mudanças nas atribuições ou que criem um vínculo de compromisso que não se restrinja à prestação de serviços ligados a diagnóstico e tratamento, não levam à adesão de alguns profissionais apenas pelo fato da possível perda de poder, mas porque não despertam o interesse ou a motivação desses trabalhadores.

Vale a pena lembrar que estes são dispositivos que sofrem a influência de problemas de ordem político-administrativa, como destacado no início deste capítulo, uma vez que a falta de autonomia dos gerentes, as condições de trabalho, os baixos salários, entre outros, vão influenciar negativamente na possibilidade de implementação de algumas destas propostas. Mesmo assim acredita-se que esses mecanismos de gestão participativa não devam ser abandonados, e que para enfrentar essas questões seja necessário estudar e discutir outras estratégias ou mecanismos, que podem surgir a partir do processo de implantação dos próprios dispositivos aqui trabalhados.



Outra questão importante no âmbito das unidades básicas, já referida anteriormente, é a dificuldade em conseguir instrumentos que estimulem os trabalhadores a melhorar sua produtividade e que garantam a qualidade do trabalho (Campos, 1997b; Santana, 2001). Nesse sentido surgiram algumas propostas que integravam um conjunto de incentivos à produtividade, podendo ser financeiros ou não, e que são destinados a gratificar os profissionais que alcançaram determinados indicadores de produtividade estabelecidos. Esses indicadores deveriam ser elaborados em função de objetivos que atendessem às necessidades epidemiológicas e dos usuários presentes no serviço.

Essas propostas não deveriam se caracterizar como remuneração substitutiva ao salário, mas um adicional que só ocorre a partir de um patamar de produção, não associado à remuneração por realização de números de procedimentos ou atos, tendo um caráter relativo e variável. Diversos serviços vêm-se utilizando desses mecanismos que associam desempenho a posterior recompensa financeira aos trabalhadores pelo alcance dos resultados. Isso tem esbarrado em algumas questões que precisam ser amplamente discutidas, porque nem sempre o fato de se associar indicadores de desempenho vai garantir uma avaliação da qualidade dos serviços. Tal planilha de desempenho pode ser usada pelas organizações para direcionar a atividade dos trabalhadores às questões de seu interesse. Pode haver, ainda, o risco dos trabalhadores modificarem seu processo de trabalho, buscando apenas atender aos resultados pelos quais há retribuição financeira, desviando das reais necessidades da população, ou então disso se tornar apenas uma incorporação salarial, não sendo sequer avaliado e discutido com os funcionários, e não alcançando os objetivos propostos de responsabilizar os profissionais pela qualidade do atendimento oferecido à população.

Considera-se que estes dispositivos de gratificação por desempenho são importantes na organização da gerência das unidades básicas de saúde, uma vez que poderiam viabilizar, num primeiro momento, maior comprometimento dos trabalhadores com a organização. Isto aumentaria as chances, inclusive, de sucesso na implementação de outros dispositivos gerenciais, como a participação nos colegiados e conselhos.

No entanto, no caso das UBS, esse mecanismo pode esbarrar em questões legais e numa decisão que não depende exclusivamente do gerente local, por este não dispor de total autonomia sobre os recursos financeiros. No caso de sistemas que optem por este mecanismo de avaliação, algumas questões devem ser discutidas: Quais os reais interesses na utilização deste instrumento? A unidade tem uma estrutura participativa que possibilite a construção e avaliação dos indicadores de desempenho? Esta é a melhor forma de obter a participação e o compromisso dos profissionais com a qualidade do serviço?

Os aspectos trabalhados por Rivera representam mecanismos que deveriam ser apropriados pelos gerentes para poder conduzir o processo de gestão e desenvolver processos de mudanças nas unidades de saúde. A construção de uma gestão democrática depende de que o gerente perceba seu papel, não mais como o produzido pela concepção taylorista, mas de alguém que possui o poder centralizado em torno de si e tem a função de controle e fiscalização das normas e dos trabalhadores.

Para um gerente que pretende conduzir um processo democrático e participativo, é necessá-

rio que se aproprie dos conceitos de liderança trabalhados por Rivera, que assume a liderança como capacidade de tornar possível a construção de processos de interação necessários ao desenvolvimento da organização e não exercendo seu poder de forma centralizada e inflexível.

A capacidade de negociação seria outra questão marcante na vida dos gerentes, considerada como habilidade básica para o exercício da liderança, e como habilidade necessária para o gerente conduzir melhor suas discussões internas ou externas à UBS, para isso podendo se apropriar de determinados instrumentos trabalhados por Rivera (1995, 1996, 2001) de modo a desenvolvê-las melhor.

As discussões realizadas pelo autor se servem do modelo de organização cooperativa da escola de Direito de Harvard, sendo que esse modelo possui alguns elementos básicos que fazem parte das discussões sobre negociação: trabalhar os aspectos do relacionamento interpessoal; negociar sempre interesses e nunca posições rígidas ou exigências; sempre buscar primeiro soluções criativas e somente depois decidir; definir padrões e critérios justos para a negociação.

Para desenvolver melhor esses elementos da negociação, o autor propõe protocolos que aprimorem a argumentação, a indagação, para trabalhar com pontos de vista diferentes e protocolos para os momentos de maior embate ou confrontação, os quais podem auxiliar os gerentes de UBS nos seus momentos de negociação e na tentativa de obter melhores resultados nas discussões.

Ao discutir a questão da cultura dentro das organizações, Rivera se utiliza dos enfoques de Thévenet - análise da cultura, auditoria de cultura e trabalho cultural. Para a análise de cultura, propõe-se que seja realizada uma auditoria de cultura que poderia auxiliar os participantes a compreender melhor a organização e compartilhar as diversas visões e representações que cada um possui. A idéia trabalhada pelo autor é de que a cultura possa ser utilizada como um recurso dentro das instituições, assim, a partir de um discernimento dos traços da cultura de uma organização, poderiam ser utilizados aqueles traços positivos como uma forma de auxiliar no processo de mudança. Ao invés de apenas tentar mudar a cultura ou enfraquecê-la, o que seria mais difícil, o que se propõe é utilizá-la como recurso, reforçando seus pontos positivos para obter mudanças.

Assim, tomar a abordagem cultural como recurso poderia ajudar na adaptação de alguns projetos gerenciais pensados para a unidade básica, modificando-os ou tornando-os mais compatíveis com a análise cultural realizada, e adotando-se aqueles pontos positivos para aumentar a viabilidade de serem operacionalizados.

Quanto à questão da mudança cultural, Rivera coloca que ela poderia ser obtida mais facilmente como resultado de uma abordagem indireta, através da implantação progressiva de outros projetos gerenciais de mudança que se apoiem na democratização, no fortalecimento da comunicação interna, e no desenvolvimento de mecanismos de avaliação e prestação de contas.

Desse modo, os gerentes de UBS, ao se utilizarem de instrumentos de mudança como a construção da missão, os espaços coletivos, por via indireta estariam provocando uma mudança cultural dentro do serviço, podendo potencializá-las no caso de se utilizarem da auditoria de cultura para avaliar seus projetos gerenciais. No caso das unidades básicas de saúde, esta mudança cultural significaria, dentre outras coisas, o rompimento com a fragmentação das ações e com a



postura corporativista dos trabalhadores de saúde e do próprio serviço (Rivera, 1998a), caminhando para uma cultura de maior integração, participação, planejamento e responsabilidade, como foco no usuário.

Outro instrumento de gerência trabalhado por Rivera (2001) é a prospectiva estratégica, utilizada como meio de potencializar o planejamento. Isto porque, ao elaborar-se um plano, tanto o seu processo de construção quanto a sua viabilidade estarão influenciados e condicionados por situações que compõem o futuro, onde será aplicado ou se desenvolverá o plano. Isto torna necessário um “olhar para o futuro”, buscando prever os prováveis contextos, as diferentes alternativas que se desenham, para que se tenha maior probabilidade de êxito na aposta. A técnica de construção de cenários ajuda a sistematizar o pensamento prospectivo, permitindo a seleção de alternativas mais viáveis ou de maior probabilidade de ocorrência.

No entanto, o uso da prospectiva não pode se dar independente do planejamento, pois faz parte dele. Neste sentido, vários autores denunciam a falta de cultura de planejamento nas unidades de saúde em geral (Artmann, 1993, 2000; Cecílio, 1997). Esta cultura manifesta-se também nas unidades básicas, onde prevalece uma condução da organização voltada para a conjuntura e baseada no atendimento do que é “mais emergencial” e “rotineiro”, havendo, assim, pouco espaço para um olhar para o “futuro”. Tanto, que não é fácil encontrar unidades básicas que trabalhem com metas de longo prazo. Então, o uso de técnicas construção de cenários poderia auxiliar na desconstrução dessa forma imediatista de se conduzir as organizações. No entanto, anterior ao uso da prospectiva em si, é importante que se desenvolva uma cultura de planejamento, pouco observada hoje em dia nas unidades de saúde em geral, e nas unidades básicas em particular.

Neste sentido alguns autores vêm construindo tecnologias leves de planejamento (Cecílio, 1997a; Artmann, 2000;), que pretendem através de algumas modificações tornar a utilização deste instrumento mais acessível para o nível local. Essas modificações seriam realizadas devido ao pouco tempo disponível que os dirigentes possuem para trabalhar na construção do planejamento, para que ele não seja um método muito complexo, com o qual não se consiga trabalhar e para que ele possa ser utilizado pelo maior número de pessoas possível. Sua utilização contribuiria na identificação e priorização de problemas, pela UBS, e na discussão de suas causas e conseqüências, possibilitando desenvolver atividades e ações para o seu enfrentamento, bem como realizar uma avaliação posterior à sua operacionalização.

Além disso, o caráter totalizador e rigoroso da explicação situacional facilita a escolha de caráter transversal ou horizontal, que transcendem setores, departamentos e unidades e, nesta medida, o planejamento situacional favorece a integração horizontal... (Rivera e Artmann, 1999:358). Esta característica do planejamento situacional favorece a identificação de problemas que estão fora do setor saúde e, conseqüentemente, favorece o desenvolvimento de ações intersectoriais voltadas para a promoção da saúde, eixo fundamental do processo de trabalho dos serviços da rede básica de saúde.

Para Campos R (2000), o autor que mais tem demonstrado essa preocupação é Cecílio (1997a), porém ele apresenta algumas críticas em relação a essa simplificação, decorrentes principalmente do

fato de o autor substituir o recorte explicativo do PES pela árvore explicativa do ZOOP, perdendo assim a etapa que proporciona maior discussão e compreensão do problema, e simplificar o momento estratégico, substituindo por uma simples análise de controle de recursos e interesses dos atores.

A elaboração de um Plano Local pelas UBS permitiria que o gerente voltasse sua atenção para aqueles problemas e ações que são estratégicos para o serviço e que vão possibilitar que a unidade cumpra com sua missão e alcance seus objetivos, não permitindo que suas atividades se restrinjam apenas a resolver problemas mais imediatos identificados no dia-a-dia. O planejamento, se apresenta, portanto, como importante ferramenta, que pode auxiliar as unidades básicas a construir seus planos e projetos para o enfrentamento de problemas estratégicos, o que pode resultar na melhoria dos serviços prestados para a população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tem-se verificado atualmente o desenrolar de uma grande discussão e produção teórica em torno do planejamento e da gestão de sistemas e serviços de saúde, que aponta para diferentes métodos e instrumentos de gestão visando provocar melhorias na organização dos serviços de saúde. No caso da rede de unidades básicas de saúde, percebemos que está sendo considerada como um sistema complexo, que não constituiria somente a porta de entrada do sistema e o local de atendimento dos problemas de menor complexidade, mas um espaço estratégico para a reordenação do serviço, possibilitando atendimento à população de forma universal, integral, equânime, de qualidade e com tecnologia apropriada.

Nesse sentido, este trabalho buscou discutir como os instrumentos de gestão apontados poderiam contribuir para a gerência das unidades básicas de saúde e capacitar os gerentes no processo de gestão e na tomada de decisão, para que consigam realizar as mudanças necessárias à organização do sistema de saúde. Para tanto, e para atingir o primeiro objetivo deste trabalho, contou-se com a produção teórica de duas correntes de planejamento e gestão em saúde no Brasil. A Gestão Estratégica e o Planejamento em Saúde de Campinas – Campos (1997; 2000) e Cecílio (1994; 1997; 1997a; 1997b; 2000). Planejamento Estratégico Comunicativo – Rivera (1995; 1996; 2001).

Verificamos que estes autores têm pensado e discutido instrumentos para tornar as organizações de saúde mais democráticas e eficientes, pensando a gestão de modo coerente com o tipo de organização de que se trata (organizações profissionais). Nota-se, acima de tudo, uma grande semelhança em relação ao modelo de gestão pensado pelas diferentes correntes; em todas se encontram idéias para afastar os serviços de saúde do modo tradicional, burocrático, de gestão, com decisões centralizadas, pouco envolvimento dos trabalhadores e usuários, pouca pactuação de compromissos, pouca comunicação, dentre outros.



No entanto, é possível observar algumas características que identificam cada corrente, e mesmo cada autor, sendo que essas são evidenciadas em função da ênfase dada por cada um a alguns aspectos da gestão. Assim, Rivera busca através de seu trabalho discutir métodos que permitam a construção de fluxos de comunicação e negociação de compromissos dentro das organizações; Cecílio propõe a utilização do planejamento estratégico e a construção da missão nas organizações, como ferramentas para que os serviços de saúde possam definir e alcançar seus objetivos, direcionados aos usuários. E Campos busca democratizar a gestão dentro das instituições, propondo instrumentos que aumentem a participação, o compromisso e a capacidade de decisão dos trabalhadores dentro dos serviços.

Em relação ao segundo objetivo deste trabalho, identificar os dispositivos gerenciais propostos pelas correntes, verificou-se uma variedade desses dispositivos, que possibilitariam uma melhoria na gestão das unidades básicas, sendo que destacamos: a Missão, Tecnologia Leve de Planejamento, Espaços Coletivos (colegiados, conselhos, e dispositivos de gestão), Unidades de Produção, a Negociação, a Liderança, a Cultura e a Prospectiva Estratégica.

Ao se discutir a atenção básica no âmbito das atuais políticas de saúde no Brasil, terceiro objetivo do trabalho, foi possível observar que nos últimos anos a mesma tem assumido um papel estratégico na organização do sistema, entrando para a agenda de saúde de vários governos, nos seus vários níveis nacional, estadual e municipal. Em função disso, como dito acima, assume uma complexidade maior do que lhe era atribuída anteriormente (como local de ações de baixa complexidade, porta de entrada), passando a ser o local do desenvolvimento da integralidade, responsável por prover ações e serviços de saúde de qualidade, suficientes para toda população e eficientes na utilização de recursos, com capacidade de resolução e de modificar os níveis de saúde da população, o que traz novos desafios para a gestão.

Ao discutirmos a implementação dos mecanismos gerenciais das várias correntes de gestão nas unidades básicas de saúde, quarto objetivo do trabalho, pode-se verificar que possuem potencial para auxiliar numa condução mais democrática e racional destas unidades, contribuindo para o enfrentamento de alguns dos principais problemas relativos à gestão de unidades básicas de saúde, tais como: conflitos gerados no interior das equipes decorrentes das diferenças entre o pessoal universitário e o pessoal auxiliar dentro da instituição; conflitos entre os interesses dos trabalhadores e as normas estabelecidas pela instituição, e as demandas dos usuários; distanciamento que o pessoal administrativo e de apoio tem em relação às finalidades que orientam o trabalho na unidade.

No momento de análise dos problemas enfrentados por este nível do sistema percebeu-se que os gerentes podem não possuir autonomia suficiente para enfrentar determinadas dificuldades, como os problemas administrativos e políticos, o que poderia prejudicar a realização de um processo de mudança. Em relação aos instrumentos analisados, acredita-se que podem provocar algumas mudanças dentro das unidades básicas de saúde, contribuindo tanto para o envolvimento dos trabalhadores na gestão quanto para melhorar o atendimento prestado aos usuários.

Esses mecanismos permitiriam trabalhar com uma gestão mais democrática que, através da instituição de Espaços Coletivos e da construção da missão, poderia proporcionar um ambi-

ente de discussão, reduzindo os conflitos existentes, direcionando a atenção dos trabalhadores para os problemas vividos pelos usuários e aumentando sua responsabilidade e compromisso com a UBS. Uma mudança na estrutura organizacional também seria necessária, não somente buscando uma alteração no processo de trabalho e uma diminuição do corporativismo, mas para que a UBS realmente cumpra com sua finalidade e possa alcançar os desafios hoje colocados para este nível do sistema.

Outros instrumentos, como liderança, negociação e cultura, apresentaram-se mais como potencializadores do processo de gestão, devendo ser incorporados pelos gerentes, para que desenvolvam sua capacidade de gestão e possam utilizar isso no seu cotidiano, revertendo em benefícios para o serviço. Quanto ao planejamento e à prospectiva, deve haver mais esforços para tornar esses mecanismos mais acessíveis ao nível local e ampliar a sua utilização pelos serviços. Porém, a implantação destes instrumentos (colegiados e conselhos de gestão, principalmente) pode enfrentar dificuldades, por gerar mudanças na distribuição de poder dentro da unidade, podendo implicar a não participação de alguns profissionais neste processo, o que exige maior capacidade de negociação do gerente.

Não se pode esquecer, também, que a falta de autonomia dos gerentes pode dificultar a busca de outros mecanismos que auxiliem tanto na solução de problemas ligados a questões administrativas e políticas, quanto na busca de alternativas para que essas mudanças não se tornem apenas um desejo da gerência, sem contar com o interesse e a adesão dos profissionais, e possivelmente não alcançando os resultados esperados.

Acredita-se que a utilização destes instrumentos pode contribuir na gerência das UBS, porém parece haver uma grande distância entre produção teórica, acadêmica, e a real incorporação destes mecanismos pelos serviços. Neste sentido a gerência assume um papel de condução do processo, mas a forma como esta função é ocupada, que freqüentemente ocorre através de indicação política e partidária e não pela experiência e formação profissional, pode interferir na possibilidade de mudança e incorporação de novos mecanismos de gestão pelas UBS.

Assim, é necessário discutir novas possibilidades de articulação entre a academia e os serviços, através de capacitação ou outras formas de ensino, que permitam aproximar os conhecimentos produzidos aos profissionais que efetivamente realizam as ações e os serviços de saúde. Além disso, o estudo de experiências de processo de gestão real, que conseguiram implementar mudanças e alcançar resultados favoráveis aos serviços poderia contribuir para esta reflexão e para a difusão de outras práticas no âmbito da gestão das unidades básicas de saúde.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARTMANN, E., 1993. Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ARTMANN, E., 2000. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. Cadernos da Oficina Social. 3:98-119.
- BARBOSA, P. R., 1997. Gestão em Saúde: o desafio dos hospitais como referências para inovações em todo o sistema de saúde. In.: Fleury, S. (org.). Saúde e Democracia – a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editora.
- BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M. & LIMA, J. V. C., 2001. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Bases da saúde coletiva (Andrade, S. M.; Soares, D. A. & Júnior, L. C., org.) Londrina: UEL, Rio de Janeiro: Abrasco.
- BOTAZZO, C., 1999. Unidade Básica de Saúde: A porta do sistema revisitada. São Paulo: EDUSC.
- CAMPOS, G.W.S., 1997<sup>a</sup>. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_, 1997<sup>b</sup>. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In.: Agir em saúde: um desafio para o público. (Cecílio, L.C.O. & Campos, R.O., org.) 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_, 1998. O Anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública. 14:863-870.
- \_\_\_\_\_, 2000. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos. São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, R.O., 2000. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 16:723-731.
- CASTANHEIRAS, E. R. M., 2000. A gerência na prática programática. In: Saúde do adulto; programas e ações na unidade básica (Schaiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes, R. B. G., org.) São Paulo: Hucitec.
- CECÍLIO, L.C.O., 1994. Inventando a Mudança na Administração Pública: Reconstituição e Análise de Três Experiências de Saúde. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas.
- CECÍLIO, L.C.O. (org), 1997. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec.
- CECÍLIO, L.C.O., 1997a. Uma sistematização e tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In.: Agir em saúde: um desafio para o público. (Cecílio, L.C.O. & Campos, R.O., org.) 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_, 1997b. Modelos technoassistencias em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de saúde pública. 13(3):469-478.
- \_\_\_\_\_, 1999. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Cadernos de saúde pública. 4(2):325-329.
- \_\_\_\_\_, 2000. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. Cadernos de Saúde Pública. 16: 973-983.

- COSTA, W. G. A. & MOEDA, S., 2001. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. *Saúde em debate*. 25 (57): 15-29.
- DANTAS, T. C. C. & MELLO, M. L. C. 2001. O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. *Revista Brasileira de Enfermagem*.54(3):494-499.
- DUSSAULT, G., 1992. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. 26:8-19.
- LEVCOVITZ, L. & GARRIDO, N. G., 1996. Saúde da Família: à procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*. 1:3-9.
- LIMA, J.C. 2003. *Gestão Estratégica de Sistemas de Saúde: Estudo de Caso de uma Região de Saúde à Luz da Teoria das Macroorganizações*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- LIMA, S.M.L., 1994. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. *Revista de Administração Pública*. 28:38-64.
- \_\_\_\_\_, 1996. O contrato de gestão e a conformação dos modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*.30:101-138.
- MENDES, E.V., 1999a. O processo social de distritalização da saúde. In.: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*.( Mendes, E.V., org.) 4ª ed. São Paulo Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- MENDES, E.V., (org) 1999b. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- MENDES, E.V., 1999c. *Uma Agenda Para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- MERHY, E.E., 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In.: *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* (Gallo, E., org.). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- \_\_\_\_\_, 1997a. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In.: *Agir em saúde um desafio para o público*. (Merhy, E.E. & Campos, R.O.) 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_, 1997b. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In.: *Agir em saúde um desafio para o público*.(Merhy, E.E. & Campos, R.O., org.) 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- MERHY, E.E. & FRANCO, T. B., 2002. PSF: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*. 26 (60): 118-122.
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2ª edição, São Paulo, Editora Hucitec. 1997.
- MINTZBERG, H., 1995. *Criando Organizações Eficazes. Estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas.
- NEMES, A. F., 2000. A unidade básica e o sistema de saúde. In: *Saúde do adulto; programas e ações na unidade básica* (Schaiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes, R. B. G. org.) São Paulo: Hucitec.
- PAIM, J. S., 1999. Políticas de descentralização e atenção primária em saúde. In: *Epidemiologia e Saúde*.( Rouquayrol, M. Z. & Almeida Filho, N. org.) 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. 2000. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade.
- \_\_\_\_\_, 1995. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- \_\_\_\_\_, 1996. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*. 12:357-372.
- \_\_\_\_\_, (1998a) *Cultura e Liderança Comunicativa: a Gestão pela Escuta 1*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.. (mimeo).
- \_\_\_\_\_, (1998b) *Negociação Gerencial e Liderança*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo).
- \_\_\_\_\_, 2001. *Análise estratégica e prospectiva em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.. (mimeo).
- RIVERA, F.J.U. & ARTMANN, E., 1999. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 4:355-365.

- SANTANA, J. P., 2001. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde. In: Gestão Municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- SCHAIBER, L. B. & MENDES, G. 2000. Necessidade de saúde e atenção primária. In: Saúde do adulto; programas e ações na unidade básica (Schaiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes, R. B. G. org.) São Paulo: Hucitec.
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBÔAS, A. S. 1998. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Abr-Jun.



