

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ARMANDO MARTINHO BARDOU RAGGIO

BIOÉTICA DO ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
NA REGIONAL METROPOLITANA DE SAÚDE DO PARANÁ

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann

BRASÍLIA

2011

ARMANDO MARTINHO BARDOU RAGGIO

**BIOÉTICA DO ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA REGIONAL
METROPOLITANA DE SAÚDE DO PARANÁ**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.**

Aprovado em 4 de fevereiro de 2011

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann (presidente)
Universidade de Brasília**

**Prof. Dr. Paulo Sérgio França
Universidade de Brasília**

**Dr. Solon Magalhães Vianna
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

À minha companheira Nathalie!

Aos filhos Bruno, Marianne, Felipe, Isabel e Ana;

aos netos Ligia e Rudá e

à Nadia, mãe e avó.

Aos irmãos, cunhadas e sobrinhos,

muito especialmente

Jayli e Jean Carlo.

(in memoriam)

A Ana Goretti, Lenir Santos, Luciana Benevides e Sílvia César
e a Fernando Cupertino, Julio Müller, Gilson Cantarino, Ubirajara Picanço e

Vicente Rodriguez.

Aos colegas e professores do Programa de Mestrado e Doutorado em Bioética
da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Sou grato

À Isabela Mara, ao Abdias, à Camila, à Vanessa, ao Josué, à Isabela, ao Ivaldo e a Luzinete, que no papel de secretários e servidores públicos sempre atenderam com presteza e profissionalismo as demandas de um pós graduando entre as obrigações acadêmicas e as exigências profissionais da gestão municipal de saúde.

Aos meus examinadores, Professor Doutor Edgar Mércan-Hamann, orientador e presidente da banca examinadora, Professor Doutor Paulo Sérgio França e especialmente o Doutor Solon Magalhães Vianna, membro convidado, bem como aos professores Doutor Cláudio Fortes Garcia Lorenzo, coordenador em exercício, Doutor Volnei Garrafa, coordenador do Programa de Pós Graduação em Bioética e ao Doutor Márcio Florentino Pereira, chefe do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB.

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, aos colegas e assessores, em especial à coordenadora técnica Rita Cataneli e ao secretário executivo Jurandi Frutuoso da Silva.

Aos diretores gerais José Luiz Gasparini e Ernesto Wiens, aos diretores de departamentos e regionais de saúde, aos coordenadores das unidades e equipes de saúde e a todos os colaboradores pela elaboração e implantação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, que ainda me estimularam a escrever esta dissertação entremeio nossas responsabilidades e desafios de gestão pública da saúde de São José dos Pinhais.

A Ivan Rodrigues, prefeito municipal, a Jairo Mello, vice-prefeito e aos vereadores na pessoa do Professor Assis, presidente da Câmara Municipal, aos colegas secretários e diretores da equipe de governo da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais, Paraná, gestão 2009-2012.

À Marinalva Gonçalves da Silva, à equipe da Regional Metropolitana de Saúde e do Consórcio Metropolitano de Saúde e à Superintendente de Sistemas de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Marcia Huçulak.

À Maria Lúcia Urban, presidente do IPARDES, à Débora Carvalho, à Débora Slotnik Werneck e à Nadia Zaiczuk Raggio pelo apoio no acesso às informações, aos dados e aos mapas sobre indicadores e índices de desempenho e despesas municipais em saúde, bem como as sugestões sobre a pesquisa e a redação dos resultados; à Maria Laura Zocolotti, à Estelita Sandra de Matias e ao Carlos Eduardo Christ pelo apoio no tratamento de dados e informações, na revisão e na edição desta dissertação.

Pensar globalmente, agir localmente!

René Jules Dubos

RESUMO

A presente dissertação tem por objetivo identificar e analisar características da descentralização das políticas de saúde no Brasil, por meio da observação mais acurada do acesso aos serviços públicos de saúde na Regional Metropolitana de Saúde da Secretaria de Saúde do Paraná no período de 2000 a 2008, especialmente quando da mudança paradigmática de gestão, saindo das normas operacionais básicas e das normas operacionais da assistência à saúde para o Pacto pela Saúde, Consolidação do SUS, por meio da Portaria 399 GM de 22 de fevereiro de 2006. Trata-se de uma pesquisa baseada em dados secundários, obtidos junto às instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde, ao Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES e a estudos acadêmicos sobre o mesmo assunto ou a mesma região. As condições de saúde e de atenção à saúde e à doença se revelam mais desfavoráveis quanto mais afastados estão os municípios em relação à capital. Na razão direta desse afastamento, cresce a demanda relativa por serviços de saúde além das sedes municipais, exceção feita a três municípios agregados à região metropolitana, caracterizando assim restrições de acesso local e regional por ação ou omissão do próprio sistema de saúde, que acentua as desigualdades injustas, malgrado os princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade.

Palavras-chave: Acesso a serviços públicos de saúde; atenção primária à saúde; bioética da saúde; desempenho municipal em saúde; Regional Metropolitana de Saúde do Paraná.

ABSTRACT

The goals of the present dissertation are to identify and analyze the characteristics of the decentralization of Brazilian public health care policies, through an accurate observation of access to public health care services in the Metropolitan Regional of the Health Secretariat of Paraná between years 2000 and 2008, especially with the paradigmatic management shift, leaving the basic operational norms of health care for the Health Pact, consolidation of the National Health Care System – SUS, through Ordinance 399 GM of February 22nd 2006. This is a research based on secondary data, obtained from the management instances of the National Health Care System, the Institute of Economic and Social Development of Paraná - IPARDES and academic studies on the same subject or the same region. Health conditions and attention to health and disease are more unfavorable the further are the municipalities in relation to the capital. The relative demand for health care services beyond the municipalities increases in direct proportion to this distance, with the exception of three municipalities aggregated to the metropolitan area of Curitiba, characterizing local and regional access restrictions due to action or omission of the health care system itself, which accentuates the unfair inequalities, despite the fundamental principles of universality, comprehensiveness and equity.

Keywords: Access to public health care services; primary health care; health bioethics; municipal performance in health care; Metropolitan Health Regional of Paraná.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MAPA DO ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO AS REGIONAIS DE SAÚDE	60
FIGURA 2 - REGIONAL METROPOLITANA DE SAÚDE DO PARANÁ	68
FIGURA 3 - DEMONSTRATIVO DA COMPOSIÇÃO DAS DESPESAS SEGUNDO FONTE DE RECURSOS	80
FIGURA 4 - DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL DE IMPOSTOS GASTOS COM SAÚDE DE 2000 A 2009	90

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - HABITANTES DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA - 1950-1980	69
TABELA 2 - HABITANTES DA REGIONAL METROPOLITANA DE SAÚDE DO PARANÁ - 1980-2010	70
TABELA 3 - TOTAL DE DESPESAS EM SAÚDE REALIZADAS PELOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL METROPOLITANA DE SAÚDE 2009.....	78
TABELA 4 - ÍNDICE IPARDES DE DESEMPENHO MUNICIPAL - IPDM - SAÚDE - RMS - 2000-2008.....	83
TABELA 5 - MÉDIA DOS COMPONENTES DO IPDM-SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SAÚDE POR LOCALIDADE E POR ANEL - 2000-2008	85
TABELA 6 - MÉDIA DO IPDM-SAÚDE (2000-2008) E GASTO PER CAPITA 2009 POR MUNICÍPIO E POR ANEL METROPOLITANO.....	87
TABELA 7 - CLASSIFICAÇÃO DA MÉDIA (2000-2008) DO IPDM-SAÚDE VIS-À-VIS O GASTO MUNICIPAL PER CAPITA EM SAÚDE (2009) NA RMS	88

LISTA DE SIGLAS

AIDS	-	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIS	-	Ações Integradas de Saúde
AMSULEP	-	Associação dos Municípios do Sudeste do Paraná
APMI	-	Associação de Proteção à Maternidade e à Infância
ASSOMECC	-	Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Curitiba
CAPS	-	Centro de Atendimento Psico Social
CEBEMO	-	Catholic Organization for Development Co-operation
CIB	-	Comissão Inter-gestores Bipartite
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS a 13ª CNS)
CNTBio	-	Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
COMESP	-	Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CPMF	-	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
DDS	-	Departamento de Desenvolvimento Social / Prefeitura Municipal de Curitiba
EC	-	Emenda Constitucional
FUNRURAL	-	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPAS	-	Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
IAPB	-	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPC	-	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPI	-	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	-	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
IPARDES	-	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPCA	-	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPDM	-	Índice IPARDES de Desenvolvimento Municipal
IPPUC	-	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
MS	-	Ministério da Saúde
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	-	Norma Operacional Básica
OMS	-	Organização Mundial da Saúde

OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	-	Piso de Atenção Básica fixo ou variável
PAM	-	Postos de Assistência Médica
PDR	-	Plano Diretor de Regionalização
PEC	-	Projeto de Emenda Constitucional
PIB	-	Produto Interno Bruto
PLP	-	Projeto de Lei Parlamentar
PLS	-	Projeto de Lei do Senado
PMC	-	Prefeitura Municipal de Curitiba
PPI	-	Programação Pactuada e Integrada
RIDE-DF	-	Região Integrada de Desenvolvimento Econômico do Distrito Federal e Entorno
RMC	-	Região Metropolitana de Curitiba
RMS	-	Regional Metropolitana de Saúde
SESA	-	Secretaria de Estado de Saúde
SESB	-	Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social
SESP	-	Serviço Espacial de Saúde Pública
SINPAS	-	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	-	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUDS	-	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCE	-	Tribunal de Contas do Estado
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
1.1 SUS, UM DESAFIO QUE SE RENOVA	19
1.2 SUS, UM SISTEMA EM CONSTRUÇÃO	21
1.3 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	23
1.4 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE	25
2 SISTEMAS DE SAÚDE E BIOÉTICA	30
2.1 MODELOS E SISTEMAS DE SAÚDE.....	30
2.2 BIOÉTICA, UMA PONTE PARA O FUTURO	34
2.3 BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE	38
2.4 BIOÉTICA APLICADA À SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA	42
3 A CONSTRUÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE SAÚDE	48
3.1 AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS NA SAÚDE	50
3.2 AS NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	54
3.3 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO PARANÁ	58
3.4 PACTO PELA SAÚDE, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO.....	60
4 SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIONAL METROPOLITANA DO PARANÁ	64
4.1 DINÂMICA SOCIOECONÔMICA REGIONAL	66
4.2 EVOLUÇÃO RECENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAIS	71
4.3 DESPESAS MUNICIPAIS COM SAÚDE	75
4.4 DESEMPENHO MUNICIPAL EM SAÚDE - 2000 A 2008.....	81
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	95

INTRODUÇÃO

Aos 22 anos da nova Constituição Federal a conquista do Sistema Único de Saúde no Brasil é inquestionável e bastante reconhecida, mas tal reconhecimento ainda se sustenta, fundamentalmente, na prática e usufruto de bens e serviços de saúde, e menos pelo que ele significa em termos de promoção e proteção da saúde em prol da cidadania.

Além do crédito conquistado, teremos logrado o tratamento equitativo, adequado e oportuno de todas as necessidades de saúde em termos epidemiológicos e sociais, sob o espectro de desigualdades injustas e a crônica restrição de financiamento?

A expansão quantitativa e territorial dos serviços de saúde e o acesso a bens e serviços setoriais têm realizado o desiderato da inclusão universal que preceituam a Constituição Federal e as leis complementares, com justiça distributiva e respeito à autonomia individual e coletiva, paradigmas da Reforma Sanitária?

A unificação legal terá logrado a integralidade, unificando de fato e adequadamente a promoção, a proteção, a prevenção e a assistência, ou persistiram as mazelas combatidas desde o velho regime da medicina social previdenciária, baseado no consumo de bens e serviços, de especialidades determinadas pela tecnologia e da hospitalização dirigida a problemas agudos ou crônicos complicados?

Este estudo se desenvolveu após consulta ao professor orientador, que acolheu o pleito condicionado à aceitação e confirmação do professor coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética desta Faculdade de Ciências da Saúde: em lugar da proposta original de estudar o acesso à saúde na Região Integrada de Desenvolvimento Econômico do Distrito Federal e Entorno, RIDE-DF, considerar a Regional Metropolitana de Saúde do Paraná e realizar o estudo ao longo da atuação como secretário municipal de saúde de São José dos Pinhais – município situado nessa mesma regional de saúde – entre as vicissitudes e contingências da nova gestão municipal comprometida em mudar a política local de saúde em favor de bem atender às necessidades da população.

Assim, tomou-se por hipótese que na Regional Metropolitana de Saúde do Paraná o Sistema Único de Saúde é inadimplente com a plena realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, além de ser, em determinadas circunstâncias, causador de iniquidades

em saúde.

Na etapa introdutória do trabalho fez-se uma revisão histórica do surgimento e da evolução dos sistemas de saúde bem como da bioética, no mundo e no país, com enfoque nos aspectos de interesse da gestão pública propriamente dita.

Em seguida buscou-se caracterizar o perfil socioeconômico da região, das condições e dos cuidados de saúde com ênfase na atenção primária, bem como o financiamento setorial nos 29 municípios que compõem a Regional Metropolitana de Saúde do Paraná, ou seja, a Região Metropolitana de Curitiba acrescida de três outros municípios participantes da mesma região de saúde: Campo do Tenente, Piên e Rio Negro.

O impacto do Sistema Único de Saúde na referida regional de saúde, no período de 2000 a 2008, foi medido pelo indicador de desempenho municipal em saúde – IPDM-Saúde – desenvolvido pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) e cotejado com a aplicação de recursos por origem e natureza das despesas na evolução do gasto público municipal em saúde.

As respostas encontradas poderão contribuir, em certa medida, para o aperfeiçoamento do sistema público de saúde, visando superar impasses conceituais, técnicos, políticos ou administrativos, em busca da realização plena da universalidade com integralidade e equidade no âmbito da Regional Metropolitana de Saúde do Paraná.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A industrialização do Brasil no começo do século XX contou em grande parte com a incorporação de trabalhadores europeus e seus descendentes, que vieram inicialmente trabalhar na lavoura de exportação, constituindo em seguida um operariado urbano desprotegido socialmente, que se organizou nos moldes de seus países de origem, agregados pela solidariedade e o mutualismo em defesa da integridade física e da reprodução e preservação da família. A assistência à saúde, o auxílio aos desempregados e aos doentes eram sustentados pela cooperação voluntária de cada um enquanto empregado, sob o princípio da ajuda mútua, a que se denominou mutualismo.

Só em 1923, por meio da lei Eloi Chaves, instituiu-se a Previdência Social no país, organizada em torno das Caixas de Pecúlio, que na década de 1930 vieram a se transformar nos Institutos de Aposentadoria e Pensão. Para cada segmento de atividades produtivas criou-se um instituto de aposentadoria e pensão: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB) e outros, além do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores Públicos (BRAGA e PAULA, 1981).

A primeira organização sanitária do Brasil foi criada por Dom João VI, que na fuga para a colônia, ameaçado pelo exército de Junot, chegou à Bahia em 26 de janeiro de 1808, acompanhado de notáveis cirurgiões do Reino, e logo em 7 e 9 de fevereiro baixou alvarás transferindo para cá, sem nenhuma consideração pelas realidades locais, toda a legislação sanitária da metrópole, aliás bastante avançada mas inadaptável à situação de atraso do Brasil (SILVEIRA, 2005).

A política sanitária, porém, seria mais requisitada a partir do novo século, com o agravamento das condições de saneamento das grandes cidades, especialmente no Rio de Janeiro, onde a febre amarela ameaçava a população e a economia agrária exportadora. A epidemia de febre amarela seria motivo de fechamento dos portos aos navios de todo o mundo, razão por que se desenvolveu rapidamente o aparato governamental e tecnológico para a produção de soros e vacinas no Instituto Manguinhos, sob a liderança de Oswaldo Cruz, seguindo-se o saneamento urbano da capital federal, a Reforma Pereira Passos.

Apenas em 1930 se estabeleceu o Ministério da Educação e Saúde Pública, vindo o Ministério da Saúde a ser desmembrado em 1953, por recomendação da 2ª Conferência Nacional de Saúde, dentre outras razões inspirada na criação e instalação da Organização Mundial de Saúde em 07 de abril

de 1947.

Em 1963, restaurado o regime presidencialista, o governo de João Goulart compôs o chamado "Ministério das Reformas", tendo nomeado para o Ministério do Trabalho o senador Amauri Silva, e para o Ministério da Saúde o deputado federal Wilson Fadul. Ambos trabalhistas, estes ministros iniciaram as primeiras articulações governamentais com vistas a integrar as ações de suas pastas, quando por ocasião da 3ª Conferência Nacional de Saúde foi indicada a municipalização como estratégia mais adequada para a integração da política de saúde e o alcance das melhorias reclamadas pela comunidade sanitária, as lideranças sindicais e populares e a população em geral (NITERÓI, 1992).

A estratégia de municipalização da saúde, embora mantida no ideário do movimento social, ficou impedida por mais de 20 anos de ser implementada pela interrupção autoritária do processo democrático, sendo recuperada em 1986 pela campanha à Assembleia Nacional Constituinte.

Em 1967 os institutos de aposentadoria e pensão foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em busca de economia de recursos, da racionalidade administrativa e de governabilidade para o regime autoritário vigente (BRAGA e PAULA, 1981).

Em apenas oito anos seria organizado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com base em três autarquias vinculadas: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRAGA e PAULA, 1981).

Então, em 1975, culminando meio século de política oficial de previdência social e saúde, foi estabelecido o Sistema Nacional de Saúde (SNS) através da lei 6229/75, atribuindo competências às esferas federal, estadual e municipal de governo, com grande predomínio da primeira (BRAGA e PAULA, 1981).

Cabia à esfera federal articular os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação, do Trabalho e do Interior (atual Integração Nacional). As ações sanitárias de caráter coletivo eram afeitas ao Ministério da Saúde; a assistência médica individual ao Ministério da Previdência e Assistência Social; a manutenção de hospitais universitários e a formação e habilitação de profissionais do setor ao Ministério da Educação; as atividades de higiene e segurança do trabalho ao Ministério do Trabalho, e o saneamento básico e ambiental ao do Interior

(BRASIL, 1975).

À esfera estadual cabia o planejamento das ações de saúde, em articulação com a política nacional e a criação e operação dos serviços de saúde em apoio às atividades municipais, e à esfera municipal a manutenção dos serviços de pronto-socorro e de vigilância epidemiológica (BRASIL, 1975).

A mobilização social resultante em ganhos de organização e ganhos de extensão de cobertura da população pelos serviços de assistência, a começar pelo FUNRURAL, que provia assistência aos trabalhadores rurais, seguida da extensão ao atendimento indiscriminado de urgência/emergência pelas unidades hospitalares prestadoras de serviços aos não segurados do INAMPS, alcançaria lideranças municipais eleitas em oposição ao regime, que se comprometiam cada vez mais com o atendimento comunitário e a criação de divisões, diretorias, departamentos ou secretarias municipais de saúde.

O governo federal estabeleceria o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) por recomendação do Conselho de Desenvolvimento Social, a partir do Ministério da Saúde em parceria com outros Ministérios e órgãos federais e os governos estaduais e municipais do Nordeste, criando equipes pioneiras em atenção primária à saúde, como seria recomendado pela Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata em 1978.

Em 1979 realiza-se no recinto da Câmara Federal, por iniciativa da Comissão de Saúde, atual Comissão de Seguridade Social e Família, o I Simpósio Nacional de Saúde, quando lideranças de todo o país estabeleceram um temário indicativo das bases em que viria a ser desenvolvida a proposta de um novo sistema de saúde para o Brasil: democrático e universal.

As eleições diretas para governadores em 1982, que por 18 anos foram substituídas por "eleições indiretas" nas assembleias legislativas, reforçaram o movimento de reivindicações e compromissos com a saúde. O movimento sanitário tomou ânimo e força com a nomeação para muitas secretarias estaduais de saúde de técnicos e políticos comprometidos com a Reforma Sanitária.

Toda esta acumulação foi responsável por dar conteúdo e consistência a um movimento que adquiriu abrangência nacional e capacidade organizativa suficiente para realizar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira que contou com a participação de lideranças não vinculadas aos estabelecimentos governamentais apenas, mas representativas dos interesses da população.

Nessa conferência histórica metade dos participantes com direito a voto se constituiu de

membros indicados pelas suas comunidades de origem, como representantes do interesse da população por uma nova política de saúde, enquanto a outra metade constava de trabalhadores da saúde, gestores públicos e prestadores de serviços de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas deliberações recomendaram a universalização, a integralidade, a equidade e a participação social, deu-se em Brasília de 17 a 21 de março de 1986.

Era a aspiração do movimento social, conforme o pensamento sanitário, ambos baseados na ideia de transformar o sistema vigente em um sistema universal, unificando a promoção e a proteção da saúde com a prevenção e a reparação da doença e, desse modo, cuidar de forma compreensiva da saúde de cada um e de todos, cuidando com eficiência e eficácia da saúde da sociedade inteira.

Lúcio Costa, ao conceber a proposta urbanística de Brasília na década de 1950, antes de em qualquer conferência oficial decidir-se pela "Municipalização da Saúde" (3ª Conferência) ou pela Universalização com Integralidade e Equidade (8ª Conferência), trazia a concepção de uma cidade de todos e para todos, onde educação e saúde seriam serviços públicos como os demais, acessíveis desde o início das obras e de lá para cá, como de fato, a toda a população (RAGGIO, 2006).

A cidade seria o berço da cidadania na prática, onde cada um fosse igual aos outros habitantes em direitos e deveres. Ninguém seria dono da cidade, senão todos. Assim também a saúde: ninguém seria dono da saúde, senão todos.

A discriminação entre usuários dos serviços públicos e dos serviços previdenciários ou beneficentes quase não teve sentido em Brasília, como 30 anos depois seria banida em todo o território nacional pela Constituição Federal de 1988.

Protagonistas do movimento da Reforma Sanitária brasileira são testemunhas do caráter de discriminação e exclusão dos serviços públicos de saúde do país, quando não contribuintes, porque eram trabalhadores informais, desempregados ou autônomos, não possuíam a carteira de segurados da Previdência Social e não tinham direito a ser atendidos pelo INAMPS. Eram atendidos então nas instituições de ensino, de misericórdia e de caridade, nos ambulatórios e hospitais dos estados ou dos municípios. Seu tratamento de saúde era uma benesse e não um direito, sendo todos genericamente designados como indigentes.

Muitos brasileiros padeciam a injustiça de contribuir como trabalhadores para a riqueza da nação e a renda pública nacional, sem serem, no entanto, reconhecidos como cidadãos:

Uma sociedade é saudável na medida em que todos os indivíduos que dela fazem parte sejam saudáveis, do contrário, privando-se um só

indivíduo de viver com saúde, por discriminação da sociedade ou da natureza, onera-se a saúde de toda a coletividade (CEBES, 1979).

O mutualismo do início do século passado foi desaparecendo da sociedade brasileira, enquanto o Estado inadimplente com as políticas sociais veio sendo instigado em prover suas funções precípuas ao longo do processo de democratização, com ênfase na política de saúde.

A nova Constituição Federal, de 1988, caudatária do movimento nacional pela democracia, inspirou-se nas contribuições da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, para estabelecer o princípio fundamental da "**saúde como direito do cidadão e dever do Estado**".

Nasceria então um novo sistema de saúde, socialmente orientado, porém, sob uma cultura de oferta e prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados para atender não apenas previdenciários, mas toda a sociedade brasileira.

Legalmente, a partir da construção do SUS, não deveria mais haver indigência no Brasil, embora ainda haja pessoas que não conseguem acesso aos serviços de saúde e se encontrem segmentos sociais absolutamente vulneráveis, sem guarida alguma, vivendo de teimosia.

1.1 SUS, UM DESAFIO QUE SE RENOVA

O Sistema Único de Saúde constituiu-se sob orientação bioética a partir do princípio da universalidade, dado que todos os seres humanos são vulneráveis desde sempre e, também, desde que a doença é universal, podendo acometer a todos e a cada um e, mais ainda, adoecer e morrer pode ser a qualquer momento (BERLINGUER, 1998).

O desenvolvimento do SUS, no entanto, vem se realizando por agregação acelerada de tecnologia intensiva em capital, especialidades, equipamentos e insumos, enquanto ainda é precária a incorporação de trabalhadores em programas intensivos em trabalho como as equipes recomendadas pela estratégia Saúde da Família e Comunidade.

Assim, na inércia do velho sistema da oferta regendo a demanda, continuamos mantendo o sistema de pagamento por produção, com prioridade aos procedimentos de "média e alta complexidade" a custos crescentes e proporcionalmente maiores, ainda que se tenha adotado o financiamento *per capita* para atenção básica – PAB fixo e PAB móvel da NOB 01/96 – e assumido mais recentemente o Programa de Saúde da Família e Comunidade como estratégia de mudança do sistema.

Apesar do gasto crescente em saúde, cresce em maior proporção a demanda pelos serviços,

assim como o custo de insumos e equipamentos, de modo que os resultados da assistência praticada são encobertos pela insatisfação da clientela em relação à quantidade e à qualidade dos serviços (CARVALHO, 2002).

Tal insatisfação é notória e justificável e se repete ciclicamente, exaurindo vigor e capacidade da organização sistêmica da política de saúde. Os problemas não só persistem, mas a eles se somam outros ainda mais complexos. Essa discussão já havia sido abordada no país por Dupuy (1980), ao introduzir, na análise da instituição saúde no Brasil o conceito de "contraprodutividade", anteriormente desenvolvido por Illich na França, em 1975.

A perda progressiva da autonomia individual e coletiva, abusada pelo comando da oferta de serviços sobre as reais necessidades da população, faz-se acompanhar não só de uma distribuição desigual de recursos para cobrir os gastos públicos da saúde, mas também por uma verdadeira discriminação que disponibiliza o acesso e usufruto de bens e serviços aos melhor posicionados econômica e socialmente.

A lógica do pensamento reducionista consiste em recortar ao máximo o que se estuda para facilitar sua manipulação, mas essa dissecação minimizadora desmantela o objeto, sob a ilusão de reconstruí-lo pela soma das partes. O todo, no entanto, não é simplesmente a soma das partes, senão que maior e qualitativamente diferente (MORIN, 1999).

O avanço tecnológico acelerado e a expansão de expectativas das suas aplicações, associados na estratégia de criar inovação sobre inovação, não só faz ampliar demandas as mais diversas, senão que submete as pessoas a um espectro de desigualdades cada vez mais largo e profundo.

Diante da doença estabelecida, qualquer que seja a sua causa, cabe atender de modo indiscriminado e integral, no limite das condições de que dispomos na economia e na cultura, aplicando todos os recursos necessários e respeitando valores individuais e coletivos.

Esta política social, no entanto, isolada de outras tão essenciais quanto ela, jamais será capaz de produzir saúde pela reparação do mal-estar que afeta uma sociedade inteira. A função distributiva do Estado não pode acontecer tão-somente quando a doença ameaça ou se estabelece. Mais importante que isso é a geração de condições dignas de vida, de modo que as famílias se reproduzam e se desenvolvam com saúde e capacidade de prover a própria existência.

A realidade da atenção à saúde no Brasil coloca a todos, profissionais, prestadores, gestores e usuários frente às contingências financeiras do sistema que, além de atender às vicissitudes do dia-a-dia, deve promover, proteger, prevenir e curar as doenças (GARRAFA e

PORTO, 2003).

1.2 SUS, UM SISTEMA EM CONSTRUÇÃO

Construir um sistema universal, integral e equitativo exige mais que duas décadas de determinação, clareza de objetivos e muita persistência. Temos, no entanto, em face do crédito conquistado, a obrigação de averiguar quanto fomos capazes de alcançar, em termos epidemiológicos e sociais, o tratamento equitativo, integral e universal da saúde da população.

A instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984 foi o primeiro de uma sucessão de atos para unificar e descentralizar o Sistema Nacional de Saúde, dois anos antes da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, donde nasceria a Comissão Nacional da Reforma Sanitária encarregada de consolidar e aprofundar os debates e elaborar um projeto subsidiário da Assembleia Nacional Constituinte que seria eleita no mesmo ano de 1986 (ARRETCHE, 2000).

A iniciativa de promover a integração das ações de saúde foi uma medida destinada a enfrentar os problemas de gestão do sistema de saúde, causados pela superposição e pulverização de funções e recursos, quando se dariam passos importantes no rumo da descentralização (ARRETCHE, 2000).

Logo em 1987 o governo federal, sob a presidência de José Sarney, e os governos estaduais eleitos pelo voto direto, estabeleceriam o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, o SUDS, por meio de convênio com os estados, ainda antes da nova constituição do país, quando as administrações estaduais assumiram as funções das superintendências regionais do INAMPS, a gestão dos convênios e dos pagamentos de serviços das redes conveniadas, a rede própria de atendimento, os funcionários do INAMPS cedidos aos quadros de saúde das unidades federadas, além de convênios e repasses da municipalização da saúde, cujo processo se iniciava (ARRETCHE, 2000).

A Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988 desencadearia a formulação dos dispositivos infraconstitucionais de regulamentação organizacional da saúde, logo no primeiro ano do governo Collor, impedindo que o governo federal assumisse por muito tempo o repasse de recursos para a rede conveniada ou sua relação direta com os municípios, que reduziria a participação dos governos estaduais no processo de descentralização encetado pelo SUDS desde 1987 (ARRETCHE, 2000).

A expressão máxima dos artigos constitucionais 196 a 200 consistiu em criar o Sistema Único de Saúde por meio das leis ordinárias 8.080 de 19 de setembro e 8.142 de 28 de dezembro

de 1990, complementares entre si.

A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu as condições de financiamento e de participação e controle social do Sistema Único de Saúde em reparação aos vetos do então presidente da República à lei 8.080 (BRASIL, 1990).

O artigo 1º da lei 8.142 define a participação social por meio de conselhos e conferências de saúde desde a instância federal até os estados e municípios, conforme a Constituição Federal, as respectivas constituições estaduais e as leis orgânicas municipais.

Pelo Decreto n.º 99.438, de 07 de julho de 1990, foi criado o novo Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que, além de congrega diversos segmentos da sociedade, passou a ter caráter deliberativo, devendo analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública por meio de resoluções a serem homologadas pelo ministro da Saúde.

Em 1991, municípios, estados e União passaram a se articular como responsáveis por um sistema de saúde único, mas descentralizado, regionalizado e hierarquizado, sob gestão compartilhada, no financiamento e no desenvolvimento institucional, mas única em cada unidade federada, deliberando sobre as políticas setoriais com a participação de gestores, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde em paridade com representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde.

A primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1941, por convocação do ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, que também convocou a Conferência Nacional de Educação, baseado na lei 378 de 13 de janeiro de 1937.

Em 2007 realizou-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde, tendo ocorrido nos estados e municípios milhares de conferências preparatórias da conferência nacional. Em apenas 17 anos, desde a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, foram realizadas 157 conferências estaduais de saúde, enquanto a 1ª Conferência Nacional de Educação só ocorreu por força de compromisso governamental em abril de 2010 (CONASS, 2009).

O volume de resoluções das conferências de saúde é crescente, sem, todavia, verificar-se seu desdobramento na organização e operação do sistema de saúde. Pelo contrário, desde a democratização das conferências, conquista histórica do movimento social e da reforma sanitária, quando da convocação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, jamais houve outra conferência com tão reduzido número de resoluções e tamanha incorporação de suas teses para a organização sanitária nacional (CONASS, 2009).

A 8ª Conferência se deu obviamente em um momento histórico privilegiado de ampla participação política, determinante da franca incorporação oficial das formulações colhidas junto à

sociedade e em resgate das reformas de base, especialmente a reforma da saúde, impedida no nascedouro pelo golpe de 1964 (CONASS, 2009).

Desde a 8ª Conferência Nacional, a recorrência à municipalização, dentre os temas abordados pelas conferências de saúde, vem como que atualizando a agenda sanitária nacional e reeditando a palavra de ordem: **Municipalização é o Caminho**, tema central da 9ª Conferência Nacional de Saúde, composto pelos temas específicos: Sociedade, governo e saúde, Implantação do SUS e controle social, além de outras deliberações e recomendações. Era agosto de 1992, crepúsculo do governo Collor, que vetara artigos da lei complementar 8.080 de 19 de setembro de 1990, razão da segunda lei complementar da saúde versando sobre a organização do controle social, instituindo as conferências e os conselhos de saúde com caráter deliberativo e paritário (CONASS, 2009).

A organização do novo sistema de saúde universal, integral e equânime passou a ser tema constante em suas diversas dimensões: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde na 8ª CNS, Implantação do SUS na 9ª CNS, Gestão e organização dos serviços de saúde na 10ª CNS, Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social na 11ª CNS, sintetizando uma acumulação de 15 anos desde a democratização do país. A 12ª CNS parece ter sido convocada com a intenção deliberada de retomar a agenda da 8ª CNS, com o tema: "Saúde, direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos", sob a direção do próprio Sérgio Arouca, liderança destacada da 8ª CNS, desta feita Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (CONASS, 2009).

Controle Social, a designação que veio significar a evolução da participação comunitária, da participação social se transformando na organização social em defesa do direito constitucional à saúde e a outros direitos de cidadania, tem presença constante em todas as conferências desde 1992, como tema específico na 9ª CNS, Controle social na saúde; na 10ª CNS, Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social; na 11ª CNS, Controle social e gestão participativa; na 12ª CNS e A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde na 13ª CNS (CONASS, 2009).

1.3 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Para que se usa alguma coisa? O fim último de todo uso é o mesmo que o fim de toda atividade, que é duplo: para conservar a vida, e para melhorar a vida, isto é, para promover a vida que se considera boa (JONAS, 1994).

Segundo Claudia Travassos e Mônica Martins, ambas da Fundação Oswaldo Cruz, acesso é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, enquanto a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Apesar das divergências, predomina a visão de que o acesso relaciona-se a características da oferta de serviços. O uso de serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele. Fatores individuais predisponentes e contextuais também influenciam o uso.

O acesso é visto pelo seu impacto na saúde e dependerá também da adequação do cuidado prestado. Os determinantes da saúde diferem daqueles do uso de serviços, enquanto a utilização de serviços impacta diretamente a doença, mas apenas indiretamente a saúde. De qualquer forma, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSOS e MARTINS, 2007).

Não obstante a tendência recente de se empregar o conceito baseado em resultados, é importante manter as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados, pois cada um destes processos corresponde a um modelo explicativo distinto. Deslocar o conceito de acesso para os resultados dos cuidados de saúde também apresenta limitações para sua avaliação, requerendo medidas multidimensionais de difícil compreensão, operacionalização e, muitas vezes, de baixa validade (TRAVASSOS e MARTINS, 2007).

Saúde é entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde. Desta forma, a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde. Pode-se inclusive morrer sem adoecer e, na civilização dos nossos dias, cada vez morrem mais pessoas sem adoecer, especialmente em sociedades subdesenvolvidas e periféricas.

Em cada região de saúde do país, ainda que não haja a conurbação das metrópoles, o acesso aos bens e serviços deve ser inversamente proporcional à renda privada ou pública, para ser equitativo. Conforme o princípio da diferença de John Rawls, quando alguma diferença houver na distribuição de bens e serviços públicos deve ser em favor dos mais necessitados (RAWLS, 1997).

Nas cidades de menor renda *per capita* há maiores necessidades, pois aí o acesso e o

consumo de bens e serviços são mais difíceis que nas cidades de maior renda. Isto é próprio do mercado, isto é, onde há maior renda há maior demanda por mercadorias. A saúde reproduz a mesma fórmula, enquanto for tratada como mercadoria.

As pessoas são saudáveis na medida em que se sintam como tal e não apenas porque se apresentam dentro de condições técnicas estabelecidas desde fora de si mesmas e de sua cultura, mas a desigualdade biológica ou social, desfavorável ao desenvolvimento do indivíduo e prejudicial à saúde, pode e deve ser superada ou atenuada com o auxílio do sistema de saúde.

Adoecemos dos agravos da natureza, da herança genética ou devido às nossas próprias relações humanas (FREUD, 1974), expressas na violência silenciosa ou explícita e suas consequências. Isto pode ocorrer a qualquer um, na medida em que somos todos mortais e, portanto, vulneráveis, razão bastante para mantermos a universalidade a qualquer custo.

Quando uma pessoa adoece, o seu corpo e a sua mente adoecem individualmente, assim como a sua família, o seu grupo social, a sua comunidade, a sociedade em geral. Desse modo, o adoecimento do indivíduo é ao mesmo tempo da sua família, do seu grupo social, da comunidade e da sociedade toda.

Uma pessoa vacinada se beneficia da imunidade assim adquirida e, ao mesmo tempo, beneficia os circunstantes não contraindo e não transmitindo o mal evitado, o que configura o efeito indireto denominado **externalidade positiva**.

Tal efeito benéfico pode ser generalizado a partir da atenção compreensiva dos indivíduos, os quais, sendo devidamente atendidos e satisfeitos, poderão propagar as mesmas atitudes e efeitos para suas famílias, suas comunidades e a sociedade inteira.

1.4 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE

Pensar que construir um sistema de saúde sobre uma estrutura preexistente fosse melhor que construir tudo novo foi uma ilusão que tomou conta dos gestores da saúde pública no Brasil, mas, não havia escolha, tratava-se de começar um processo de mudança cujo objetivo final estava bem definido, o bastante para que tantos se engajassem nessa empreitada que mal começava já vão algumas décadas!

Herdou-se do regime autoritário um passivo imenso e irrecusável, pois o empenho em resgatar a democracia nutria-se em grande parte da expectativa de resgate da dívida social, em

que talvez a falta de assistência à saúde fosse o principal componente no sentimento imediato da população em geral.

Há um saldo negativo que ainda ameaça crescer, remanescente de uma conta feita à imagem do sistema de oferta de bens e serviços vicariante, aquém da demanda induzida, sempre em déficit com a satisfação das necessidades sentidas ou fomentadas.

Enquanto o desafio se renova e a construção do sistema de saúde se prolonga, há gestores e trabalhadores de saúde que ainda se referem à visão de uma pirâmide com a base nos serviços locais institucionalizados e estatais, a qual se transmite reiteradamente aos leigos, subordinando o imaginário coletivo ao mesmo paradigma de organização da oferta de bens e serviços do mercado em geral.

Tombar a pirâmide é uma expressão que simboliza a insubordinação perante esta visão estrutural dominante, quando se poderá vislumbrar o primeiro estrato da figura assomando-se sobre os demais e, assim, projetar a predominância da Atenção Primária.

Melhor ainda seria denominar a atenção primária como fundamental, a atenção secundária como complementar e a atenção terciária como suplementar, representadas por círculos concêntricos de fora para dentro, ou da periferia para o centro, a partir daquilo que é mais importante por estar em relação direta com as pessoas, a atenção primária!

Esta compreensão revisitada da Atenção Primária à Saúde deve se realizar mais plenamente por meio da prática de saúde da família e da comunidade enquanto estratégia de ação com vistas à mudança dos sistemas locais de saúde, os quais devem dar atenção holística e compreensiva a todas as pessoas no seio de suas famílias e da comunidade inteira. Só assim poderemos realizar o desiderato de atender a todos integralmente e com equidade (STARFIELD, 2002).

É primordial que se estabeleçam vínculos de conhecimento e confiança entre as pessoas, as famílias e as comunidades para que um sistema de saúde possa realizar plenamente seu mister de promover, proteger, prevenir, curar, reabilitar inclusive ou simplesmente assistir a vida mediante a morte inexorável.

Desde a Primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada de 06 a 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, capital da República Soviética do Cazaquistão/URSS, a Organização Mundial de Saúde recomenda a adoção da Atenção Primária à Saúde com estratégia de promoção, proteção, prevenção e assistência em saúde de todas as

comunidades e povos do mundo.

Até o ano 2000 pelo menos oito conferências de promoção da saúde sucederam a primeira conferência internacional de cuidados primários de saúde, todas voltadas a indicar o novo caminho da saúde para os gestores públicos, os líderes comunitários e a sociedade em geral: a Conferência de Ottawa em 1986; a Conferência de Adelaide em 1988; a Conferência da Suécia, em Sundsvall, no ano de 1991; a Conferência de Bogotá em 1992; a Conferência de Porto of Spain/Trinidad Tobago em 1993; a Conferência de Djakarta em 1997; a Conferência de Genebra / Rede de mega países em 1998 e a Conferência do México em 2000 (BRASIL, 2002).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada de 17 a 21 de novembro de 1986, em Ottawa, Canadá, aprovou a Carta de Ottawa, uma resposta no sentido de se conseguir um novo movimento de saúde pública em nível mundial, baseada no progresso da Declaração de Alma-Ata, no documento da OMS "As Metas de Saúde para Todos" e num debate da Assembleia Mundial de Saúde sobre ação inter setorial para a saúde: "A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la" (BRASIL, 2002).

O indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (BRASIL, 2002).

Em consequência, a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor de saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. A melhoria da saúde decorre das seguintes condições básicas e recursos fundamentais para a saúde: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

A respeito da Carta de Ottawa, Fernando e Ana Maria Lefevre, em seu livro **Promoção de Saúde, a negação da negação**, afirmam que se estamos insatisfeitos com o modo de conceber, praticar e obter saúde, a solução por certo não implica deslocar a saúde do seu leito natural, o setor saúde, deixando-o com a responsabilidade pela doença, porque assim fazendo não há como encontrar a saúde no final do processo (LEFREVE, 2004).

A promoção da saúde representa uma possibilidade concreta, ainda que difícil de ser realizada, de ruptura de paradigma no campo da saúde, recuperando aquilo que foi e continuará sendo

a utopia norteadora da Saúde Pública na sua versão progressista, ou seja, interferir no processo saúde-doença como sino ou indicador de desarmonia, desequilíbrio importante e estrutural nos modos de produzir, viver, morar e, de forma geral, nas relações do homem consigo mesmo, com os outros homens, com a natureza, utopia esta que se perdeu progressivamente com a consolidação de uma medicina e uma saúde pública de base tecnológica, alicerçadas numa visão estreitamente biomédica da doença, condição adversa a ser enfrentada unicamente pelo consumo individual ou coletivo de produtos e serviços crescentemente sofisticados, curativos como preventivos (LEFREVE, 2004).

A promoção da saúde pretende ser um novo modo de compreender a saúde e a doença bem como um novo modo dos indivíduos e das coletividades obterem saúde concebida como negação da negação, o que significa encontrar um novo equilíbrio na relação homem-homem e na díade homem-natureza (LEFREVE, 2004).

A Declaração de Santa Fé de Bogotá resultou da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no período de 9 a 12 de novembro de 1992, cujas conclusões respondem aos problemas específicos das nações latino-americanas e incorporam resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências em promoção da saúde de outras nações do mundo.

A situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de se optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e da pobreza, ao que se sobrepõem os efeitos colaterais causados pelas enfermidades da urbanização e industrialização (BRASIL, 2002).

Dentro deste panorama, a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde. Dessa forma, o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades (BRASIL, 2002).

A violência – em todas as suas formas – contribui muito para a deterioração dos serviços, causando inúmeros problemas psicossociais, além de constituir o fundamento de significativos problemas de saúde pública.

À promoção da saúde cabe não só identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também atuar além, como um agente de mudança

que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades. O desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades é a essência da estratégia de promoção da saúde no continente. A equidade consiste em eliminar diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que restringem as oportunidades para alcançar o direito ao bem-estar (BRASIL, 2002).

Prevenção e cura são polos de uma mesma unidade ampliada no conceito de cuidar: *de cada um conforme a sua capacidade a cada um segundo sua necessidade*. Integralidade com equidade, como preceitua a bioética de intervenção: equidade é uma estratégia para alcançarmos a igualdade (GARRAFA e PORTO, 2005).

2 SISTEMAS DE SAÚDE E BIOÉTICA

2.1 MODELOS E SISTEMAS DE SAÚDE

Em 1910, Abraham Flexner, um filólogo estadunidense, contratado pela Fundação Carnegie, apresentou seu estudo sobre o ensino e a prática da medicina no início daquele novo século nos Estados Unidos, o conhecido Relatório Flexner. De acordo com o estudo, as 124 escolas de medicina existentes foram reduzidas a apenas 31, mediante as evidências de que as demais não eram capazes de cumprir requisitos mínimos sugeridos pelo consultor (NOVAES, 1990).

Dentre as escolas que permaneceram funcionando, as escolas Howard, de Washington, e Meharry, de Nashville, foram destinadas a formar negros para atenderem seu próprio povo, 10 milhões entre 70 milhões de habitantes de então. Segundo Flexner, os negros deveriam ser educados não somente em seu próprio interesse. Seu bem-estar físico não era só uma questão deles mesmos, pois os negros poderiam transmitir doenças a seus vizinhos brancos, ainda se justificando pela proposta de formar negros em medicina, embora tenha designado para tal apenas duas das 31 escolas remanescentes no país.

As outras 29 escolas se destinariam à formação de médicos não negros, tendo em vista organizar o ensino e a prática profissional em especialidades, a começar pela clínica médica, a clínica cirúrgica e a pediatria, todas baseadas na atenção individual e exclusivamente hospitalar (NOVAES, 1990).

O trabalho de Flexner não enfatizava ideias que vinculassem a formação em medicina com a saúde pública e as necessidades comunitárias, já que sua preocupação estava dirigida para a excelência técnica das especialidades clínicas orientadas ao indivíduo (NOVAES, 1990).

Em 1920, o médico militar Bertrand Dawson, membro do Conselho Médico Consultivo do Reino Unido, propôs, no relatório apresentado ao Ministério da Saúde, medidas urgentes para a saúde da sociedade britânica, dentre as quais a organização territorial da atenção à saúde da população inteira, estabelecendo regiões de saúde como estratégia de coordenar os aspectos preventivos e terapêuticos de forma integral e equitativa, medidas estas que inspirariam a criação

do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, ainda que muito mais tarde, em 1948, após a 2ª Guerra Mundial (NOVAES, 1990).

Em se tratando de sistemas de saúde, estes autores permanecem até hoje como os formuladores dos únicos paradigmas referenciais de organização e prática sanitária em todo o mundo, o modelo flexneriano e o modelo dawsoniano, ambos afetados igualmente pela alta assimetria de informação que caracteriza o setor saúde e em diferentes graus, conforme sua concepção sistêmica e capacidade de adaptação, por algumas tendências induzidas, em grande parte pelos interesses de mercado na saúde, quais sejam: a concentração de estabelecimentos e serviços, a acumulação de tecnologia, a inovação e obsolescência tecnológica, que, além de criar incessantemente novos aparelhos e novas drogas, busca estabelecer novas necessidades inspiradas no fetiche dessas mercadorias.

A alta assimetria de informação caracteriza-se pelo elevado diferencial de conhecimento de que dispõem os técnicos e administradores dos sistemas e a pouca ou nenhuma informação dos usuários em geral, seja sobre o sistema, sobre os equipamentos e insumos ou sobre o seu objeto, a doença e a saúde das pessoas propriamente ditas.

A concentração de estabelecimentos e serviços se configura na facilidade com que se criam novos hospitais e ambulatórios ou novos serviços onde haja unidades preexistentes, mais do que se criam unidades pioneiras, apesar da sua maior relevância para certas regiões descobertas.

Uma vez instalados, os estabelecimentos passam a acumular máquinas e equipamentos que dificilmente substituem os preexistentes, salvo quando a inovação tecnológica venha para acelerar a obsolescência, além de criar novas necessidades de exames e/ou tratamentos.

As instituições mantenedoras de unidades dos sistemas de saúde se caracterizam por serem intensivas em capital, cada vez mais, embora continuem sendo intensivas em trabalho, paradoxalmente. Suas despesas com a remuneração do capital alocado em máquinas e insumos são crescentes e desproporcionais ao que despendem com a remuneração do trabalho, apesar do faturamento mediante a venda de bens e serviços sempre em elevação.

As pessoas vivem cada vez mais, ainda que portadoras de doenças, quando não morrem sadias, vítimas de violência acidental ou intencional. As doenças crônicas degenerativas se

acumulam com as doenças persistentes e são negligenciadas em favor do atendimento às doenças agudas ou às consequências do trauma em geral, com acentuada exclusão social.

Diante da incongruência de meios e fins, verifica-se o crescimento da seleção adversa, quando doentes crônicos ou potenciais como os idosos são preteridos de planos ou de serviços de saúde; do abuso moral, em que os afiliados de um plano ou sistema fazem uso dos serviços sem necessidade efetiva, e do papel de agente, ocasião em que exames e especialidades são prodigamente indicados, em nome do que é melhor para a saúde do indivíduo, da família e da comunidade, sem, todavia, respeitar a economicidade e, pior, a escolha de cada um individualmente ou da coletividade em geral.

Michel Foucault considera que o nascimento da moderna medicina social se deu com o capitalismo em fins do século XVIII e início do século XIX, quando então o corpo humano foi o primeiro objeto socializado como força de trabalho, como força de produção. O controle da sociedade sobre os indivíduos começa no corpo e com o corpo, e não simplesmente pela consciência ou pela ideologia.

A política médica de Estado surgiu pela primeira vez na Alemanha entre 1750 e 1770, constituída então de um sistema de observação da morbidade, dos fenômenos endêmicos e epidêmicos, além da contabilidade de nascimentos e mortes; de um sistema de normas sobre a prática e o saber médico; de uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos; de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, desde o médico de distrito até o oficial médico responsável por toda uma região, quando o médico aparece como administrador de saúde. Assim se configurou a primeira organização médica estatal, corporificando o que desde então poderia ser chamado como a Medicina de Estado (FOUCAULT, 1979).

A segunda vertente de desenvolvimento da medicina social é a urbanização surgida na França já em fins do século XVIII. Os medos do urbano, entre eles o medo das epidemias, dos esgotos e dos desmoronamentos, promoveram a adoção do modelo médico e político da quarentena. Então, passou a existir um regulamento de urgência a ser aplicado quando aparecesse a peste ou uma doença epidêmica qualquer. A cidade era dividida em bairros sob responsabilidade

de autoridades designadas, cujas ordens inspetores deveriam cumprir percorrendo as ruas e vigiando, assim, a cidade inteira, verificando se as pessoas permaneciam em casa no período de quarentena. Relatórios diários eram exigidos dos inspetores, que passavam em revista todos os habitantes da cidade. A desinfecção era feita casa por casa. Desse modelo evoluiu a medicina urbana com seus métodos de vigilância e hospitalização quando indicada (FOUCAULT, 1979).

A terceira origem da medicina social, caudatária das duas outras, é a experiência inglesa. A medicina dos pobres, da força de trabalho, foi o último objeto da medicina social. Primeiro o estado, em seguida a cidade e, por último, os pobres e trabalhadores.

Na segunda metade do século XIX os pobres passaram a preocupar as elites, pois começavam a se constituir em perigo, facilitando a transmissão de doenças, como o cólera, que se propagou por toda a Europa em 1832. E, quando dispensados dos serviços de mensageiros, com o advento dos serviços postais e outros serviços a que se prestavam na vida urbana, tomariam parte de grandes agitações sociais e de revoltas, como na Revolução Francesa. A coabitação do mesmo espaço urbano por pobres e ricos não poderia ser mais tolerada como um perigo sanitário e político, passando-se a organizar bairros pobres e bairros ricos separadamente (FOUCAULT, 1979).

Na Inglaterra, berço do desenvolvimento industrial e do proletariado, apareceria então uma nova forma de medicina social. A lei dos pobres estabeleceu a assistência controlada, ou seja, a intervenção médica saciando as necessidades de saúde da pobreza e evitando que as doenças alcançassem as elites. Em 1875 surgiram os sistemas de *Health Service* ou *Health Officers* com as funções de controle de vacinação, registro de epidemias e doenças potencialmente epidêmicas, localização de sítios insalubres e erradicação de focos de insalubridade (FOUCAULT, 1979).

Assim surgiu e se consolidou na Inglaterra o controle do corpo e da saúde das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas: assistência médica, controle de saúde da força de trabalho e controle geral da saúde pública. A medicina social inglesa permitiria, então, até a primeira metade do século XX, a coexistência de três sistemas médicos superpostos: medicina assistencial destinada aos pobres, medicina administrativa encarregada de problemas gerais como vacinação e controle de doenças, e medicina privada beneficiando quem pudesse pagar (FOUCAULT, 1979).

A Revolução Russa de 1917 estabeleceu o primeiro sistema nacional de saúde do mundo,

logo a partir de 1918, ao tomar a universalidade das políticas sociais como obrigação do nascente estado soviético, por reconhecimento pioneiro do direito de cidadania plena e universal.

O Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra só veio a ser criado 30 anos depois, em 1948, como direito de todos os cidadãos ingleses, compreensivo, integral e equânime.

Hoje há sistemas universais de saúde em todos os países membros da Comunidade Européia, cada um deles com suas peculiaridades conforme a própria história. Originalmente os alemães contribuíam para a previdência social e a saúde, constituindo a forma Bismark de sustentação, e os ingleses a forma Beveridge, em que o Estado arrecada os tributos e sustenta o sistema, mas todos predominantemente orientados pelo modelo dawsoniano.

Na América há apenas quatro países com sistema de saúde oficialmente universal: Brasil, Canadá, Costa Rica e Cuba. O Chile viveu uma breve experiência de sistema universal de saúde a partir de 1952, encerrada com a queda do governo Allende em 1973.

2.2 BIOÉTICA, UMA PONTE PARA O FUTURO

É nosso dever realizar a experimentação no homem quando é possível assegurar-lhe a vida, curá-lo, ou oferecer-lhe algum benefício pessoal. O princípio da moralidade médica e cirúrgica, no entanto, consiste em não realizar experimentação no homem que possa acarretar algum risco para ele, muito embora o resultado possa ser altamente vantajoso para a ciência, isto é, para a saúde de terceiros (CLAUDE BERNARD, 1865).

Em pleno século XX a moralidade médica ainda não havia se desenvolvido como prescrevera Claude Bernard. No seio das sociedades nacionais em conflito com seus sistemas de saúde excludentes e não universais, surgiram sucessivas questões por respeito ético e inclusão de indivíduos, grupos ou segmentos da população no usufruto de bens e serviços correspondentes a tratamentos consagrados e/ou de novos procedimentos especializados recém desenvolvidos ou em desenvolvimento pela ciência aplicada à saúde individual e coletiva.

Em 09 de março de 1960, Belding Scribner, usando um pequeno dispositivo de teflon (*shunt*), aplicou um acesso arteriovenoso permanente no braço do paciente Clyde Shields, procedimento este que se deu na primeira sessão de diálise do Seattle Artificial Kidney Center (JONSEN, 1990).

Este episódio de tamanha importância médica e científica acarretaria o despertar da esperança de incontáveis pessoas portadoras de insuficiência renal crônica, das quais muitas passariam a demandar a Seattle Kidney Artificial Center em proporção muito superior à capacidade daquela primeira clínica de diálise do mundo. A solução encontrada pelos profissionais e provedores da clínica foi estabelecer junto à comunidade um comitê de pessoas leigas com a responsabilidade de escolher critérios para selecionar quem deveria ter acesso ao tratamento, dentre todos que apresentassem indicação médica (AZEVEDO, 2002).

Em 1966 o médico anestesista Henry K. Beecher, autor dos artigos "Consentimento em experimentação clínica: mito e realidade", este publicado no *Journal of the American Medical Association*, e "Ética e Pesquisa Clínica", publicado na revista *New England Journal of Medicine*, versando sobre 22 relatos dentre 50 compilações de pesquisas com seres humanos, trouxe à luz importante contribuição para o despertar de profissionais e da sociedade em geral a respeito da ética em pesquisas, em especial sua crítica sobre a obtenção dos termos de consentimento informado, como se fossem mera rotina científica.

Segundo Beecher, não bastava obter a salvaguarda legal do termo de consentimento informado, mas a compreensão livre quanto ao experimento por parte dos sujeitos de pesquisa. Ao fim de seus estudos sobre avaliação ética de pesquisas, Beecher recomenda que se deva evitar qualquer dano previsível à integridade do sujeito de pesquisa (BEECHER, 1999).

Ao publicar **Bioética, uma ponte para o futuro**, o oncologista estadunidense Van Ressenlaer Potter propõe uma ponte entre as ciências da natureza e as ciências humanas, a qual sugeriu se denominasse Bioética:

If there are "two cultures" that seem unable to speak to each other – science and the humanities – and if this is part of the reason that the future seems in doubt, then possibly, we might build a "bridge to the future" by building the discipline of Bioethics as a bridge between the two cultures (POTTER, 1971)¹.

Ao mesmo tempo, André Hellegers, também médico, ginecologista e obstetra holandês radicado nos Estados Unidos, fundaria então o *Kennedy Institute of Ethics*, vinculado à

¹ "Se existem 'duas culturas' que parecem incapazes de dialogar entre si – as ciências e as humanidades – e se isto é parte da razão pela qual o futuro parece incerto, então possivelmente, nós poderíamos construir uma "ponte para o futuro" criando a disciplina de Bioética como uma ponte entre as duas culturas". Tradução livre do autor.

Universidade Georgetown (REGO, 2009).

A formulação de Potter, por uma ética que se relacionasse com os fenômenos da vida humana em sentido amplo, incorporando temas sociais, ambientais e a sustentabilidade, foi em seguida utilizada e reduzida ao escopo biomédico aplicado a conflitos de relação entre profissionais de saúde e seus pacientes ou de investigadores e empresas com sujeitos de pesquisas. Tanto é assim que em 1988, dezoito anos depois, Potter passou a chamar sua proposta de bioética global, para reforçar e renovar suas ideias desde a origem (GARRAFA, 2005).

Prenunciava-se então o crescimento de relações entre os cuidados de saúde, a saúde pública e a nascente bioética, uma vez que as experiências terapêuticas em clínicas e hospitais não primavam pelo respeito moral à condição humana dos pacientes tratados como cobaias sob a justificativa de servir ao bem da humanidade (REGO, 2009).

Um século antes, Pasteur não tivera escrúpulos em sugerir a Dom Pedro II a testagem da vacina antirrábica em prisioneiros condenados à pena de morte no Brasil (REGO, 2009).

Ainda que na Prússia de 1900 se houvesse logrado, pela primeira vez, regulamentar a realização de pesquisas não terapêuticas em humanos, cujo consentimento passou a ser obrigatório, na Alemanha de 1930 se realizaria um teste da vacina BCG, contra a tuberculose, sem obtenção de qualquer consentimento, provocando a morte de 75 crianças, o que ficou conhecido como o desastre de Lübeck. Este foi o motivo do estabelecimento das Diretrizes para Novas Terapêuticas e Pesquisa em Seres Humanos publicadas pelo Ministério do Interior da Alemanha em 1931. Estas diretrizes, todavia, não foram o bastante para impedir os abusos do III Reich contra judeus, ciganos e prisioneiros em geral durante a 2ª Guerra Mundial (REGO, 2009).

Em Tuskegee, Estado do Alabama, Estados Unidos, o estudo da história natural da sífilis foi motivo para a submissão de 399 negros a 40 anos de observação sem tratamento específico, impedidos de obtê-lo por ocasião da sua disponibilidade, mesmo com o advento da penicilina reconhecidamente eficaz contra a doença. Iniciado em 1932, o estudo longitudinal durou até 1972, suspenso em consequência de denúncia da imprensa leiga, apesar de ter sido acompanhado pelas autoridades sanitárias afeitas aos institutos nacionais de saúde. Só em 1977 o presidente Clinton pediria desculpas aos sobreviventes em nome do governo (REGO, 2009).

Em 1973 o Congresso dos Estados Unidos propôs uma Comissão para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e de Comportamento, cuja criação se deu em 1974 com a incumbência de identificar princípios éticos básicos que fundamentassem a conduta em pesquisa

e servissem para desenvolver pautas e regulamentações administrativas, em resposta às tensões criadas pela divulgação do que ocorrera em Tuskegee e às posições conservadoras contra as pesquisas com células embrionárias provenientes de aborto (TEALDI, 2005).

O Relatório apresentado em 1978 na cidade de Belmont, desde então denominado Relatório Belmont, foi o produto desta que ficou conhecida como a primeira Comissão Nacional de Bioética, a qual postulava três princípios éticos: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça, os quais foram propostos por Tristram Engelhardt e Tom Beauchamp, seu redator final (TEALDI, 2005).

Em 1979, Tom Beauchamp e James Childress, sob a égide do Instituto Kennedy da Universidade de Georgetown, publicam **Princípios de ética biomédica**, contemplando os quatro princípios: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, baseados no relatório precursor de Belmont (TEALDI, 2005).

A concepção da bioética caracterizada pela justificação moral com base em princípios éticos difundiu-se a partir de então, sendo confirmada nos Estados Unidos em **Fundamentos da bioética**, de Engelhardt, 1986, na Espanha em **Fundamentos de bioética**, de Gracia, 1989, e no Reino Unido em *Principles of Health Care Ethics*, de Gillon, 1993, entre outros autores de influência internacional (TEALDI, 2005).

Com base em princípios éticos aceitos, supostamente, em todas as épocas por todas as culturas, o fundamentalismo dissocia princípios éticos de direitos humanos, que considera rigorismo legalista dedutivo, e os subordina, além de não respeitar o papel dos valores culturais e comunitários na razão moral, sob a justificativa do combate teórico contra o relativismo cultural.

A exaltação da moral individualista com minimização da ideia de justiça, menosprezo dos contextos históricos e culturais, paternalismo moral e inversão do **pensar globalmente, agir localmente**² são suas consequências ao pretender agir globalmente a partir do pensamento local (TEALDI, 2005).

Desse modo, uma concepção que toma o Relatório Belmont por fundamento da bioética, subordina direitos humanos a princípios éticos ou razões estratégicas, diminui valores culturais e comunitários ao formular o dever ser, passa a agir globalmente na ética de pesquisa, na educação em bioética e na ética política transformando seu fundamentalismo de princípios em verdadeiro imperialismo

² Expressão atribuída a René Jules Dubos, biólogo e escritor francês naturalizado estadunidense, 1901-1982.

moral (TEALDI, 2005).

2.3 BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE

A bioética principialista ou bioética fundamentalista, como se tornou conhecida esta corrente baseada no Relatório Belmont, ainda que bem aceita nos países de língua inglesa, logo veio a sofrer críticas principalmente por seu fundamentalismo alheio à diversidade de culturas e valores, conforme vários autores citados por Juan Carlos Tealdi sobre a bioética de Georgetown, destacando-se os defensores da ética casuística, do procedimentalismo, da ética das virtudes, das éticas feministas e dos cuidados, das éticas narrativas, da ética kantiana, do utilitarismo, do comunitarismo e das teorias baseadas nos direitos.

A Europa, por sua vez, ao realizar em 1997 a Convenção Europeia de Bioética ou Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho Europeu, dá muito mais importância aos direitos em geral e aos direitos humanos em particular, visão adotada pela UNESCO, ao tempo da Declaração Universal sobre o Genoma e os Direitos Humanos e da Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos de 2003 (GARRAFA, 2005).

A vinculação entre bioética e direitos humanos começou a ser mais enfaticamente defendida pela União Interparlamentar em sua resolução "**A bioética e suas implicações mundiais para a proteção dos direitos humanos**", de 1995, quando identifica a bioética como derivada da Declaração Universal dos Direitos Humanos, do Código de Nuremberg e da Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial. Finalmente, em 2005, decorrida uma década desta resolução, alcançamos a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO.

Antes, porém, em novembro de 2002, por ocasião do Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, uma reunião técnica de diferentes interessados definiu por convocar o ato de fundação da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética (REDBIOÉTICA), o que se deu em Cancun, México, em 02 de maio de 2003.

Tanto o Sexto Congresso, ao definir e debater sua temática: Bioética, Poder e Injustiça, como a REDBIOÉTICA trouxeram importante contribuição ao contexto internacional da bioética, deixando a ética aplicada de ser de índole apenas supraestrutural, meramente individual ou específica, passando a exigir participação direta da sociedade civil com vistas ao bem-estar das pessoas e das comunidades (GARRAFA, 2005).

Em 19 de outubro de 2005, com a aprovação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, na 33ª Conferência Geral da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação e a Cultura), quando foi homologada por aclamação, sendo referendada pelos 191 países membros das Nações Unidas. A REDBIOÉTICA, gestada em Brasília por ocasião do Sexto Congresso, foi tributária da redação final da Declaração de Bioética e Direitos Humanos, acompanhada pela quase totalidade das nações africanas, pela Índia e alguns países árabes, politizando definitivamente a agenda internacional de bioética, a qual passou a incluir, além dos temas biomédicos e biotecnológicos, as questões sanitárias, sociais e ambientais, de grande interesse para as nações pobres ou em desenvolvimento (GARAFA, 2005).

Embora já em 1952 houvesse a conclusão de que "**o acesso a meios para buscar e preservar a saúde é um direito humano básico,**" por parte da Comissão Presidencial sobre Necessidades em Saúde da Nação (EEUU), reconhecida em 1983 pela Comissão Presidencial para o estudo dos Problemas Éticos em Medicina e Ciências Biomédicas e de Comportamento, esta mesma comissão não se reporta a direitos ou deveres, mas a obrigações éticas da sociedade em assegurar acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos, mencionando que nenhum tribunal de apelações, como tampouco a Suprema Corte, havia encontrado um direito constitucional à saúde ou aos cuidados de saúde (TEALDI, 2005).

O artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas afirma que os estados participantes reconhecem o direito de toda pessoa a dispor do mais alto nível possível de saúde física e mental mesmo não tendo sido firmado pelos Estados Unidos, coloca, acima das obrigações éticas, a saúde como direito humano absoluto contra a ameaça de dissolução do direito universal à saúde (TEALDI, 2005).

O fundamento histórico e prático do direito à saúde é diverso de outros direitos humanos como a liberdade, além de ser mais recente:

Muitos direitos são negativos: impõem-se à sociedade a não-interferência, de forma que esses direitos são protegidos por lei. A saúde é um direito diferente: é positivo, porquanto a sociedade, ao promovê-lo, confere benefícios. Esse direito não é facilmente imposto por lei; cria obrigações sociais que ninguém poderia esperar vê-las assumidas até pouco tempo (SUSSER *apud* BERLINGUER, 1996).

Tristan Engelhardt Junior afirma, no segundo parágrafo do capítulo 8, 'Direito à assistência médica, à justiça social e à imparcialidade nas alocações para assistência médica:

frustrações diante da finitude', em seu livro **Fundamentos da Bioética**, 1998: "não existe um direito humano, básico, moral, secular à assistência à saúde, nem mesmo em relação a uma assistência à saúde minimamente decente. Esses direitos precisam ser criados" (BERLINGUER, 1996).

Engelhardt fundamenta-se na contradição entre os quatro objetivos inconciliáveis, segundo ele, de um sistema de assistência à saúde: a melhor assistência possível deve ser proporcionada a todos, deve ser garantida assistência com igualdade, deve ser mantida a liberdade de escolha do fornecedor e do consumidor de assistência à saúde e devem ser contidos os custos de assistência à saúde (BERLINGUER, 1996).

O direito à saúde universal, integral e equânime é uma construção histórica que começa com a formulação de Locke, do direito à vida, a lei natural fundamental que se constituiu em obrigação para todos os seres humanos, os quais, "sendo iguais e independentes, não devem causar dano à vida, à saúde, à liberdade ou à propriedade de outro" (BERLINGUER, 1996).

Mais de dois séculos decorreram até que se inscrevesse no preâmbulo do estatuto da Organização Mundial de Saúde: "*O gozo de níveis de saúde o mais elevados possível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social*" (BERLINGUER, 1996)

Assim concebido, o direito transforma-se em finalidade positiva. Torna-se meta nunca totalmente alcançável porque é impensável que o direito à vida possa significar direito a não morrer, ou que o direito à saúde implique imunidade a toda doença, mas é possível aproximar-se mediante conhecimentos, meios técnicos, políticas, recursos, compromissos, que muitos indivíduos são obrigados a assumir (BERLINGUER, 1996).

Discute-se o nascimento do direito à saúde como extensão dos direitos de primeira geração, isto é, dos direitos "negativos" tendentes a limitar o arbítrio do poder, como uma espécie de "cidadania sanitária" protegida do ataque das doenças epidêmicas ou, então, se pertence aos direitos de segunda geração, os direitos sociais, cuja aplicação exige ações positivas do poder em vez de simplesmente furtar-se a realizar ações coercitivas (BERLINGUER, 2004).

A globalização das doenças começou há mais de 500 anos, com Cristóvão Colombo quando da descoberta ou conquista da América, embora acordos entre as nações contra a transmissão de doenças de uma parte do mundo a outra só tenham ocorrido por ocasião da Conferência Sanitária Internacional de 1851, quando apenas a distribuição geográfica e a alta letalidade das epidemias de cólera, peste e febre amarela eram conhecidas, permanecendo as etiologias e os modos de transmissão ignorados (BERLINGUER, 2004).

Só ao fim de 400 anos logrou-se, na Conferência de Veneza de 1892, o primeiro acordo

ainda limitado para impor a quarentena aos navios chegados do Oriente à Europa, vencendo a oposição, principalmente da Inglaterra, contra qualquer regra que pudesse obstaculizar o comércio (BERLINGUER, 2004).

A saúde é um bem indivisível e deve ser encarada como uma finalidade global, como um bem que em toda parte seja tratado de forma explícita e programada, pois a globalização representa a fase atual e futura do desenvolvimento e pode responder a muitas exigências do ser humano (BERLINGUER, 2004).

A saúde não é um estado e não é perfeição, é uma condição de equilíbrio variável, que, diferentemente do que se dava no passado, pode-se hoje mudar favoravelmente para melhor. A saúde, que é ao mesmo tempo um dos processos mais íntimos da pessoa e um dos fenômenos mais ligados à vida coletiva, tem um caráter duplo no plano moral: *intrínseco*, como presença, limitação ou ausência de capacidades vitais, e *instrumental*, como condição essencial para viver em liberdade (BERLINGUER, 2004).

A liberdade fica reduzida quando a doença predomina porque o indivíduo fica impedido em sua faculdade de decidir e de agir, porque sua sorte é confiada a poderes estranhos e, sobretudo, se, enquanto doente, ele não é mais considerado um cidadão detentor de direitos e porque a doença grave e persistente lança o indivíduo e as nações num círculo vicioso de regressão que pode se tornar irreversível (BERLINGUER, 2004).

A Constituição italiana incluiu no capítulo sobre relações ético-sociais o artigo 32: "A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamento gratuito aos indigentes", enquanto a Constituição do Brasil se refere à saúde como "direito do indivíduo e dever do Estado" (BERLINGUER, 1996).

O Canadá é uma confederação notável pela estrutura descentralizada do Estado, onde as políticas sociais são definidas de acordo com diretrizes nacionais comuns a todas as províncias, respeitadas as suas peculiaridades políticas, econômicas, demográficas, sociais e sanitárias. A gestão do sistema de saúde canadense é responsabilidade de cada província, mediante a transferência de recursos nacionais aplicados *per capita*, constituindo assim um sistema federado, em que o direito à saúde é universal.

Na Costa Rica, país de tradição democrática reconhecido pelo respeito aos direitos humanos e ao meio ambiente, há também um sistema único, em que o Estado é provedor e gestor

de serviços em todo o território nacional.

Cuba, uma ilha de 10 milhões de habitantes, tem um sistema de saúde universal, sob regime comunista desde há cinco décadas, sendo reconhecida pelo desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde e especialmente pela adoção da medicina familiar para todos.

2.4 BIOÉTICA APLICADA À SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA

O paradigma bioético tem a saúde como valor-mor. A discussão ética assume papel relevante no campo da saúde, sendo inegável a importância do conhecimento e utilização da bioética, a partir de seus principais fundamentos teóricos e práticos, para a construção de uma intervenção profissional integral e equânime (GARRAFA; PRADO; BUGARIN, 2005).

Bioética é ao mesmo tempo uma disciplina acadêmica e um movimento cultural, fruto das repercussões sociopolíticas e culturais do desenvolvimento técnico, científico e político-social ocorrido na segunda metade do século XX, no qual se desenvolveram as chamadas éticas aplicadas: a ética na política, a ética nos negócios, a ética ambiental e a bioética (FORTES e ZOBOLI, 2003).

Há diversificados conceitos sobre o que vem a ser a saúde pública, variando conforme a cultura de cada país, o papel aceito para a esfera estatal na saúde, o modelo de sistemas de saúde existentes, as crenças e a compreensão das pessoas acerca do processo saúde/doença e também sobre o valor e a responsabilidade social em relação à saúde dos indivíduos.

Compartilhamos aqui da definição: **saúde pública é a arte e a ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e de obter um ambiente saudável, através de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade**, conforme Paim e Almeida Filho (2000).

Em 1976, "**O dilema preventivista**", tese de doutoramento de Sérgio Arouca, professor recém-contratado na Escola Nacional de Saúde Pública, a mesma que hoje traz seu nome, defendida perante a Universidade Estadual de Campinas, onde fora professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, põe em questão a medicina preventiva como "atitude ausente" ou conhecimento não incorporado à prática cotidiana, mantido

suspensão no horizonte do possível, e propõe sua interpretação comprometida com a mudança que desembocou em um processo de criação e recriação conceitual, científica e técnica que impôs a invenção da "saúde coletiva" no campo acadêmico.

Instaurou-se então o processo que resultou no movimento da reforma sanitária brasileira, para o qual Arouca aportava esta importante contribuição como intelectual orgânico e, desde então, se dedicaria à militância com que pontuou sua prática exercida na liderança política e organizativa da 8ª Conferência, em 1986, até a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, antecipada para se realizar ainda no primeiro ano do governo em que assumira como Secretário de Gestão Participativa, em 2003 (AROUCA, 2003).

Saúde, um Direito de Todos e um Dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Assim se deu a chamada da 12ª CNS, com o objetivo principal de reafirmar o direito à saúde, abordado em dez eixos temáticos: direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde, e comunicação e informação em saúde.

Arouca faleceria antes da conferência que levou seu nome, para a qual ele tanto contribuíra a definir e convocar, propugnando pela reforma da reforma, com seu apelo crítico e comprometido: **temos que entrar no coração do SUS desumanizado e medicalizado e resgatar a promoção da saúde**, tal qual Van Ressenlaer Potter ao retornar à cena com a proposta de uma bioética global, 18 anos depois da sua proposta original: bioética, uma ponte para o futuro! (BRASIL, 2002).

A saúde coletiva, sintetizando um processo histórico prolongado de encontro e conflito de vertentes clínicas e sanitárias, da assistência previdenciária e da saúde pública autoritárias, forjada em consequência do movimento preventivista, surge então no âmbito da segunda ruptura epistemológica, quando questionamos para que a ciência se ela não conversar com o mundo, retornando da primeira ruptura quando a ciência havia rompido com a opinião e o senso comum, conforme a concepção da dupla ruptura epistemológica proposta por Boaventura Santos, em 1989.

A biomedicina nascida da ruptura com formas tradicionais de terapias não científicas oriundas da prática curativa popular, baseada na descoberta dos micróbios como causa das doenças, veio nos iludir com a profundidade do novo saber, encobrendo a visão ecológica da saúde e da doença (JUNGES e SELLI, 2009).

Ao levar em consideração os determinantes sociais e ambientais da saúde e da doença, a saúde coletiva se constitui em um novo campo científico por entender que diagnóstico e tratamento

dependem do contexto sociocultural e, portanto, da reaproximação entre o saber biomédico e o senso comum, reconciliando a clínica com o subjetivo e o social (JUNGES e SELLI, 2009).

A ética enquanto análise da linguagem, típica da filosofia moral anglo-saxônica, se estruturou em consequência da primeira ruptura epistemológica, distanciando-se da moral convencional e afastando-se dos problemas e da ação real das pessoas. Em reação a esse afastamento formal, surgem as éticas aplicadas, como a ética prática de Peter Singer, 1996.

Não é por acaso que a saúde coletiva e a bioética convergem epistemologicamente, pois ambas necessitam olhar para o entorno social e ambiental, seja para compreender as doenças ou as ações humanas e suas determinações, inter-relações e interdependências. Por conseguinte, saúde coletiva e bioética devem lidar com a realidade de uma nova forma, atravessando as disciplinas em busca de compreender o todo como um todo, sem o decompor em partes elementares, isto é, a complexidade (JUNGES e SELLI, 2009).

A bioética requer a compreensão sociológica dos cuidados de saúde, o entendimento psicológico e o reconhecimento epidemiológico das necessidades em saúde e das pressões às quais os profissionais estão sujeitos. E mais: a compreensão histórica das teorias e práticas morais vigentes, o treinamento científico específico, o conhecimento e habilidade em métodos de análise ética, o reconhecimento epidemiológico de problemas éticos relativos à vida, à saúde e ao ambiente, a participação e o conhecimento pessoal dos problemas éticos a que se propõe discutir e a integração tanto com os que lidam com a bioética quanto com os que lidam com a saúde e o ambiente (CALLAHAN, 1997).

No Brasil é crescente o número de iniciativas com relação à consolidação e expansão da bioética, tanto nos meios acadêmicos, quanto na esfera pública: inclusão nos currículos de graduação e pós-graduação, pesquisas científicas relacionadas com a bioética, organização de comitês e comissões específicas em hospitais e outras instituições jurídicas ou de saúde, com a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CNTBio) do Ministério de Ciência e Tecnologia (BARBOSA, 2010).

A Sociedade Brasileira de Bioética, criada em 1995, e os cursos de pós-graduação em bioética vieram agregando profissionais de diferentes áreas em torno da formulação de propostas que melhor atendessem aos desafios éticos e morais que afligem a sociedade brasileira, considerando a extrema desigualdade social vigente no país, denunciada por movimentos como o

movimento de mulheres, o movimento negro e o da teologia da libertação, mas principalmente o movimento da reforma sanitária, que logrou incorporar o direito universal à saúde na Constituição Federal. Assim foram se consolidando núcleos de estudo e prática bioética, descritos como escolas do pensamento bioético brasileiro por Siqueira, Porto e Fortes em 2007.

A bioética amparada na teologia da libertação foi a primeira a reconhecer a vulnerabilidade social associada à pobreza e à exclusão, considerando que o discurso teológico pode colaborar eficazmente na desconstrução do modelo injusto da sociedade capitalista, uma vez que são pretéritas as relações de poder da Igreja com a opressão, vendo-se liberada a própria teologia e indicando com vigor que não bastam iniciativas governamentais mitigatórias, mas sim programas permanentes do Estado para promover a cidadania integral (ANJOS, 2003).

Marco Segre e Cláudio Cohen (1995) defendem o pressuposto de que a eticidade das ações humanas está baseada na percepção dos conflitos da vida psíquica e fundamentam a tomada de decisão ética na percepção dos conflitos ao nível da consciência individual, na reflexão autônoma e na coerência de atitudes. As decisões morais dizem respeito exclusivamente ao ser humano afetado, reiterada sempre a autonomia de cada indivíduo, cuja reflexão é importante para o aperfeiçoamento mesmo da ética codificada, que só deve ser aceita após livre análise e acolhimento individual autônomo. Exemplo ilustrativo desta postura é o que se deu com a resolução de 1988 do conselho de ética médica, que vedava ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido, a qual foi superada pela permissão ao profissional em limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, de enfermidade grave e incurável, em fase terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal pela resolução CFM 1.805 de 2006.

A bioética de proteção ambiental defende o paradigma ecológico, identificando como pertencentes ao mesmo campo de reflexão a saúde humana e a integridade do ambiente natural, considerando sustentabilidade ecológica, justiça social, qualidade de vida, democracia e direitos humanos na mesma área de interesse, indicando como a Conferência de Promoção da Saúde de Bogotá os requisitos para a saúde humana: paz, educação, moradia, saneamento, alimentação adequada, ecossistema estável, justiça social e equidade.

A bioética de intervenção se configurou considerando as enormes e aviltantes desigualdades socioeconômicas que impactam a sociedade brasileira, a supressão do processo produtivo e a exclusão das condições que conferem qualidade de vida de considerável contingente populacional e a imperiosa necessidade de fomentar e fortalecer a noção de pertencimento a uma

mesma sociedade sob a égide da cidadania partilhada por todos.

Ao apontar a assimetria de poder existente entre quem protege e quem é protegido, a bioética de intervenção propugna pelo cumprimento dos compromissos firmados pelo país nos tratados internacionais de direitos humanos a começar pelos direitos de primeira geração, pelo reconhecimento como pessoa, requisito único, universal e exclusivo para a titularidade de direitos, considerada inalienável a sobrevivência física e social dos seres humanos.

Libertação, empoderamento e emancipação, a primeira no sentido freireano do termo, em que só com uma educação libertadora o indivíduo é capaz de alcançar o exercício da plena cidadania; empoderar significando poder libertar-se da fome e da pobreza, de todas as iniquidades geradas pelo mercado, inclusive as relacionadas com o meio ambiente. A emancipação engloba libertação e empoderamento, alcançada pelos indivíduos a exercer plenamente sua soberania, libertando-se da ditadura do mercado, dos modelos artificiais de comportamento e corporeidade, compreendendo que o mercado não tem por objetivo a defesa da democracia social, mas sim a liberdade de ação para os grandes capitais, que conduziu ao enorme crescimento das desigualdades sociais e a mais perversa exclusão de cidadania na história da humanidade (SEN, 2009).

Ethos tem o sentido de guarida, abrigo para acolher os seres ameaçados pela natureza ou por terceiros, alcançando o sentido pleno da ideia de proteção. Nem o reducionismo biomédico, tampouco o extremo do olhar biocêntrico, que não consegue articular problemas da biosfera com os do ser humano real (SCHRAMM, 2003)

A bioética da proteção procura dar conta da situação particular de conflito moral, que é representada pela saúde e pela qualidade de vida da maioria das populações latino-americanas e caribenhas, sem excluir *a priori* o exercício da autonomia pessoal, ao contrário de todas as políticas paternalistas conhecidas (SCHRAMM, 2006).

A bioética feminista se apresenta como bioética crítica de inspiração feminista, mais voltada às questões da vulnerabilidade das mulheres vistas de forma estereotípica e marginalizada da sociedade, ou como bioética feminista e antirracista, articulando o movimento de mulheres e o movimento negro.

A bioética crítica de inspiração feminista enfoca as relações assimétricas entre os sexos e suas consequências morais, corporais e psicológicas, predominantes na área biomédica, desde as doenças sexualmente transmissíveis até a utilização de novas tecnologias, como as relativas à reprodução humana artificial.

A bioética feminista e antirracista, além das questões morais atinentes à vida, entende a

bioética como movimento social propriamente dito, articulando-se diretamente com as suas organizações, buscando aglutinar diferentes iniciativas populares incorporando as perspectivas de gênero, feministas e antirracistas, adquirindo postura crítica e ativista, reconhecendo a vulnerabilidade das mulheres sob a perspectiva da discriminação étnica e racial (SIQUEIRA, PORTO e FORTES, 2007).

3 A CONSTRUÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE SAÚDE

A maioria das secretarias estaduais de saúde foi criada no último lustro da década de 1940 financiada com a retenção de 5% dos recursos repassados da União para os municípios, antecedendo a instituição de um ministério exclusivo para a saúde, o qual seria desmembrado do Ministério da Educação e Saúde apenas em 1953 (BRAGA e PAULA, 1981).

Durante quatro décadas as autoridades estaduais de saúde, responsáveis no início pelo controle sanitário e epidemiológico, também foram se tornando responsáveis por programas e atividades de assistência à saúde da população não previdenciária, até a sua inclusão como usuária de sistema universal de 1990 em diante.

Em 1984, os gestores estaduais de saúde assumem a liderança e a coordenação do esforço de integração institucional da saúde, as denominadas **Ações Integradas de Saúde (AIS)**, seguindo-se a operação do **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)** estabelecido de 1987 até 1990, quando foram aprovadas as leis 8.080 e 8.142 institucionalizando-se o **Sistema Único de Saúde (SUS)**.

A ação dos governos estaduais teve grande importância no processo de adesão municipal ao SUS, não só porque as regras de operação do sistema conferem razoável autoridade aos estados no cumprimento de funções hierárquicas ou o poder deliberativo das comissões bipartites estaduais, mas sobretudo porque os estados puderam contribuir para desonerar custos municipais, capacitando as estruturas e os gestores para a adesão ao SUS (ARRETCHE, 2000).

Paraná e Ceará adotaram uma política continuada de apoio à descentralização, desenvolvendo programas de capacitação municipal e medidas de incentivo à assunção das funções preconizadas. Na mesma época, Rio Grande do Sul, São Paulo e Bahia restringiram-se a cobrar exigências normativas, enquanto se consolidavam como prestadores de serviços para o sistema em organização. O Estado de Pernambuco, embora mais tarde, também tomaria medidas favoráveis à descentralização da saúde para os municípios (ARRETCHE, 2000).

Apenas a partir de 1994 a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul passou a divulgar informações e esclarecer dúvidas com vistas ao processo de municipalização, seguida da nova administração estadual de 1995 a 1998, a qual procurou inclusive simplificar procedimentos para o ingresso de municípios na condição de gestão incipiente da NOB 01/93 então

vigente, além de criar termos de cessão de recursos humanos e de bens patrimoniais aos municípios habilitados à gestão descentralizada (ARRETCHE, 2000).

No Estado do Paraná, ainda sob a vigência das Ações Integradas de Saúde, foram tomadas medidas de extensão de cobertura, integração e racionalização da rede e do fluxo de atendimento desde a atenção primária municipal até os serviços secundários e terciários próprios, estaduais ou previdenciários, e inclusive os contratados beneficentes ou privados.

O advento do SUDS no Paraná, a partir da experiência pioneira das ações integradas, teve condições de integrar as redes de serviços públicos de saúde, filantrópicos e privados em nível gerencial e programático, de modo a exercer a programação e a gestão dos serviços de saúde do estado, transferindo as unidades básicas de saúde para os municípios e estabelecendo unidades regionais integradas a partir dos serviços da secretaria estadual e do INAMPS (RAGGIO, 1996).

Construía-se, assim, uma modalidade de descentralização que hierarquizava os serviços por complexidade crescente, sendo os municípios responsáveis pelos serviços básicos, em que cada regional fosse possível oferecer serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares de maior complexidade. Mesmo tendo radicalizado na descentralização, gestores locais e regionais permaneceram destituídos de recursos financeiros e de autoridade para o planejamento de suas ações (RAGGIO, 1996).

A Secretaria de Saúde do Paraná, no período subsequente de governo, de 1991 a 1994, repassaria 100% das clínicas básicas para gestão municipal, bem como a gerência de cinco dos dezoito hospitais estaduais de abrangência local, além da tentativa de municipalizar as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, menos aceita pelos municípios porque exigiam equipes técnicas mais especializadas e recursos financeiros mais vultosos (RAGGIO, 1996).

Ainda nessa gestão estadual teve início a criação de consórcios intermunicipais de saúde para suprir carências de serviços especializados, cujos custos eram integralizados pelos municípios consorciados, em geral integrantes de uma mesma regional de saúde, os quais assumiam a gestão dos centros regionais estabelecidos em parceria com a gestão estadual. Em 1996 havia 296 dos 399 municípios do Paraná, organizados em torno de 16 consórcios intermunicipais de saúde (RAGGIO, 1996).

3.1 AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS NA SAÚDE

Na origem eram os recursos da Previdência Social que sustentavam a assistência à saúde da população previdenciária estendida aos cidadãos em geral nos casos de urgência e emergência por meio de serviços de pronto-atendimento e aos trabalhadores rurais de todo o país com ou sem vínculo empregatício regular, por meio de contratos do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL/MPAS).

Secretarias estaduais e municipais também proviam assistência à saúde da população não previdenciária com recursos orçamentários próprios dos estados e municípios, contribuindo, ainda que em pequena proporção, para o custeio das despesas públicas com saúde no país.

Em 1988, quando da elaboração da nova constituição federal, apurou-se que a assistência à saúde comprometia 30% do orçamento da Previdência Social, consignando-se nas condições transitórias da nova Constituição Federal que o Ministério da Previdência e Assistência Social deveria manter o repasse desse percentual de sua arrecadação ao Ministério da Saúde até que se estabelecesse forma definitiva de financiamento da saúde para todos os brasileiros.

A Norma Operacional Básica 01/91, NOB 01/91, na versão da Portaria 1.481, de 31 de dezembro de 1990, veio contrariar as leis recém-aprovadas, a própria 8.080 e a sua complementar 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Estas leis determinavam combinadamente, como determinam até hoje, que todo o recurso federal para a saúde fosse repassado em valor *per capita* segundo quociente populacional, mas a administração Collor, ao transferir o INAMPS para o Ministério da Saúde, antes que se estabelecessem os critérios recomendados pelo artigo 35 da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, utilizou-se do expediente de reproduzir a prática vigente até então na administração autárquica previdenciária no Ministério da Saúde.

Diz a lei 8.080 em seu artigo 35, parágrafo 1º: "Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio", que se compõe com o artigo 3, parágrafo 1º, da lei 8.142: "Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35/8.080, será utilizado, para o repasse dos recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo". Com estes dois artigos de lei diferentes só existe uma maneira de interpretação: **até regular o art. 35 da lei 8.080 todos os recursos federais deverão ser repassados aos estados, distrito federal e municípios, exclusivamente pelo critério populacional.** Nunca se cumpriu, e todas as NOB afrontam esta prescrição criando outros critérios de distribuição de recursos. Os mais

esdrúxulos, por vezes (CARVALHO, 2001).

Segue-se o Art. 35 da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I perfil demográfico da região;
- II perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. §2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados. §3º, § 4º e § 5º VETADOS §6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Assim, a partir da NOB 01/91 e da NOB 01/92 viemos dividindo recursos limitados, embora fossem de significativa monta, entre gestores municipais e estaduais desafiados a cumprir os compromissos constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, submetidos ao engodo do financiamento por subsídio à oferta, tal como se estruturava a prestação de serviços financiados pela Previdência Social, e permanecemos ainda hoje dependentes desta lógica, malgrado o esforço de superação por meio do Pacto de Gestão.

O subsídio à oferta é a forma de financiamento adotada pelos sistemas públicos, originalmente na previdência social, que, buscando ampliar a cobertura e lograr a universalização não mais ofertando serviços próprios, passou a financiar diretamente produtores de serviços pagos por procedimentos, reembolsáveis com base em tabelas de preços (MEDICI, 1997).

A NOB-01/93 nasce da discussão de que os municípios e estados não poderiam ficar recebendo por produção e através de convênios, considerados e questionados juridicamente por eles próprios como forma ilegal de repasse, o que repercute na temática da 9ª Conferência Nacional de Saúde: "Municipalização é o Caminho", uma retomada da 3ª Conferência Nacional de

Saúde de 1963 (CARVALHO, 2001).

O documento "Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis", elaborado após ampla discussão no Grupo Especial de Descentralização, criado pelo Ministro Jamil Haddad, deu o tom à portaria da NOB 01/93. Destacam-se nesse documento pressupostos colocados:

Descentralização como processo envolvendo redefinição de papéis, reorganização institucional, reformulação de práticas das três esferas de governo com estabelecimento de novas relações entre eles e o controle social; como processo pressupõe diálogo, negociação e pactuação; implantação imediata do controle social; o processo não comporta rupturas entre as velhas e as novas práticas: necessita de transição (CARVALHO, 2001).

A NOB 01/93, além de colocar em prática a Comissão Intergestores Tripartite, a CIT, criada no ano anterior por pressão de estados e municípios, orientou a criação nos mesmos moldes da Comissão Intergestores Bipartite, a CIB, em cada estado com representação do Estado e do conjunto de municípios através dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde, os COSEMS. A CIT e as CIB foram a afirmação positiva da persistência desse movimento pela descentralização, previsto na instituição do SUS (CARVALHO, 2001).

A NOB 01/93 demarcou três estágios transicionais: **incipiente, parcial e semiplena**. E a "situação desejada" (que era a plena), em que os estados e municípios assumissem plenamente a gestão do SUS em suas tarefas de governo, o repasse financeiro passaria a ser global, direto e automático. Para cada uma das situações de transição havia os requisitos, as responsabilidades, que deveriam ser cumpridos e prerrogativas que passariam a usufruir. Passada a transição, se introduziria a gestão plena do sistema que era a finalidade máxima onde se cumpriria a lei na totalidade (CARVALHO, 2001).

É comum omitir-se da NOB 01/93 a definição, descrição e caracterização de uma situação desejada e denominada de gestão plena, cuja característica seria principalmente a gestão que cumprisse os princípios legais de forma inteira: o financiamento seria de acordo com o art. 35 da lei 8.080, recursos todos (teto financeiro) repassados fundo a fundo, contratação e pagamento de serviços terceirizados quando necessários, complementarmente; gerenciamento completo da rede; planejamento, controle e avaliação próprios, com cumprimento dos requisitos legais do plano; fundo; conselho de saúde (aprovando plano e contas); relatório de gestão etc. Numerosos percalços se deram em sua implantação, sendo maior o recorrente bloqueio a mais recursos para a

saúde. A nova sistemática implicava mais recursos para recomposição do perdido com Collor, que reduziu à metade, pelo menos os recursos federais para a saúde (CARVALHO, 2001).

Em maio de 1993 a saúde passou a perder 250 milhões de dólares por mês quando, por conta e risco próprios, Antônio Brito deixou de repassar os recursos do INAMPS para o Ministério da Saúde. Este recebeu o INAMPS com todas as suas despesas, mas, por uma medida arbitrária e sem respaldo legal do ministro da previdência, ficou sem os recursos financeiros do INAMPS! (CARVALHO, 2001).

Em 30 de agosto de 1994 o presidente Itamar Franco e o senador Henrique Santillo, ministro da Saúde, assinaram o Decreto Nº 1.232 dispondo sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e dando outras providências.

Decreto 1.232 de 30 de agosto de 1994:

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto.

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Desde então os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, assim como ao Distrito Federal, mas ambos os parágrafos deste art. 1º jamais foram cumpridos.

A Norma Operacional Básica 01/96, debatida durante o ano de 1996 entre gestores municipais, estaduais e Ministério da Saúde, quando se estabeleceram as opções de Gestão Plena da Atenção Básica e de Gestão Plena do Sistema de Saúde, embora publicada, permaneceu sob

discussão dos valores que deviam ser transferidos, vindo a ser aplicada somente em 1998, depois de sofrer graves modificações, instituindo o repasse direto de recursos *per capita* apenas para a Atenção Básica por meio do Piso de Atenção Básica fixo ou variável, PAB fixo e PAB variável, inaugurando a condição inédita, da transferência de recursos *per capita* diretamente do Fundo Nacional para os fundos estaduais e municipais de saúde, de acordo com o que estabelecia o Decreto 1.232 de 30 de agosto de 1994.

3.2 AS NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As condições de gestão plena da atenção básica e de gestão plena do sistema de saúde, embora tendo logrado a transferência direta, fundo a fundo, de recursos *per capita* para a atenção primária à saúde, mesmo restrita à atenção básica, restabeleceram em parte o controle federal sobre os recursos da saúde.

O maior efeito da NOB 01/96, contudo, seria a indução de atitudes diferentes e contraditórias entre os gestores municipais, conforme a sua condição de habilitação, se em gestão plena da atenção básica ou em gestão plena do sistema de saúde.

Em gestão plena da atenção básica os gestores continuavam dependentes dos recursos centralizados em cidades-polo, por meio da programação pactuada e integrada, sem poder dispor dos mesmos senão por ocasião da demanda efetiva por consultas especializadas, exames ou procedimentos diagnósticos e terapêuticos ou internações hospitalares. Isto passou a significar e induzir um importante estímulo ao dispêndio e não à contenção de despesas para alocação com maior eficácia.

Por outro lado, gestores municipais habilitados na condição de gestão plena do sistema de saúde continuaram recebendo, nos respectivos fundos de saúde, recursos adicionais correspondentes a outros municípios, provocando nestes gestores a atitude de contenção das despesas para aplicação da poupança assim auferida nos próprios sistemas locais de saúde, independente de compartilhar sua decisão com os destinatários credores dos recursos adicionados ao fundo municipal do município-polo, ainda que o fizessem de forma mais adequada e mais eficaz.

Gestores com as mesmas obrigações, mas com atitudes antagônicas, de gastadores ou poupadores, passaram a se digladiar na execução de recursos descentralizados do Fundo Nacional de Saúde, em geral cronicamente escassos, mas centralizados nas cidades-polo em gestão plena do sistema de saúde.

Diante desta constatação, gestores estaduais representados pelo CONASS buscaram uma

nova sistemática junto aos secretários municipais que, em sucessivas consultas ao Ministério da Saúde, formularam a proposta de mudança pela via da organização específica da atenção à saúde, resultante nas duas normas operacionais NOAS 2001 e NOAS 2002, impregnadas mesmo assim da índole da organização hierarquizada dos estratos da atenção secundária e terciária, submetendo a atenção primária, conforme a agregação de tecnologia e adjetivadas por atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade.

Recursos *per capita* são a forma ainda mais justa de repasse de recursos para a gestão do sistema de saúde no país, mas esta forma permanece restrita à atenção básica, embora desde as negociações da NOB 01/96 estados e municípios reivindicassem a *per capitação* de todos os recursos de atenção à saúde no sistema.

Em tempo, ainda que tarde, percebeu-se que as normas operacionais haviam esgotado a propagação inercial do Sistema Nacional de Saúde oficializado em 1975. Desde então, foram-se 31 anos em extensão de cobertura do velho sistema, arcaico e insustentável, resistente à inovação conceitual e operacional, cuja agregação tecnológica só fez acentuar a estratificação do sistema, adquirindo conotação hierárquica e subordinativa em prejuízo do desenvolvimento da Atenção Primária.

Tanto assim, que se tentou, por meio das NOAS 2001 e NOAS 2002, normas operacionais da atenção à saúde, especificamente voltadas à organização da atenção à saúde *strictu sensu*, uma intervenção que iria provocar a elaboração de planos diretores regionais, os PDR, planos diretores de investimento, os PDI, e a reedição das programações pactuadas e integradas, as PPI, todos subsidiados por parâmetros de composição dos níveis de atenção desde as localidades, as microrregiões, regiões e macrorregiões, reproduzindo a visão piramidal do sistema com ênfase nas microrregiões de saúde.

Decorridos 18 anos desde que foi promulgada a Constituição Federal consagrando o direito universal à saúde, vislumbrou-se a possibilidade de firmar o Pacto pela Saúde, mediante a publicação da Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, baseada implicitamente no princípio da solidariedade.

O Pacto pela Saúde é formado por três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O primeiro, o Pacto pela Vida, é estabelecido entre os gestores do SUS e define os compromissos com respeito a metas que devem ser atingidas com base em prioridades que têm maior repercussão na qualidade de vida e estado de saúde da população.

O segundo, Pacto em Defesa do SUS, estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado e a sociedade civil, buscando a consolidação da Reforma Sanitária, pautados na Constituição Federal.

O terceiro, Pacto de Gestão, define as responsabilidades dos gestores do SUS nos três níveis de governo, em âmbitos diversos (gestão do trabalho, educação em saúde, descentralização e regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, monitoramento e avaliação, auditoria e controle social).

O pacto pela saúde pressupõe a introdução de inovações nos processos e instrumentos de gestão. Ele substitui o processo de habilitação municipal contido nas normas operacionais básicas e de assistência à saúde, que apresentavam critérios não só difíceis de serem alcançados, mas intempestivos e nem sempre pertinentes em relação ao processo de desenvolvimento local ou regional da política de saúde.

Nessa perspectiva, vieram se estabelecendo negociações mais compreensivas e adequadas ao comprometimento das gestões entre si, frente a frente os recursos disponíveis e os necessários ao atendimento da respectiva realidade, mediante a responsabilidade sanitária, administrativa e política em última análise.

Desse modo, estabeleceram-se pactos de gestão por todo o país, em todos os estados, como também no Paraná e suas regiões de saúde, inclusive a Regional Metropolitana de Saúde, embora haja regiões ou estados inteiros em que as secretarias de saúde se mantenham refratárias a aderir ao Pacto pela Saúde.

Ainda, que em Gestão Plena do Sistema de Saúde os municípios permanecem subalternos ao sistema nacional, estadual e regional por meio da coordenação formal das regionais estaduais de saúde e de fato da organização piramidal do Sistema de Saúde hierarquizado por agregação tecnológica, obedecendo à lógica hegemônica de **"atenção básica submetida pela média e alta complexidade"** e, também, sob restrição crônica de recursos financeiros.

A Emenda Constitucional 29

Diante de demandas crescentes e recursos financeiros escassos e sua repercussão no Congresso Nacional, especialmente sobre a bancada oriunda de profissionais e gestores públicos e privados da saúde, os deputados Eduardo Jorge e Valdir Pires formularam o Projeto de Emenda Constitucional 169 de 1993, PEC 169, para estabelecer recursos definidos, definitivos e suficientes para a saúde na Constituição Federal. A PEC 169 definia que a União deveria alocar para a saúde o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social e, além disto, estados, municípios e União

deveriam alocar para a saúde pelo menos 10% de sua receita fiscal.

A PEC 169 foi votada em setembro de 2000 e se transformou na Emenda Constitucional 29, EC-29, definindo o mínimo de recursos de cada esfera de governo a ser aplicado em saúde. Desde então a União deve aplicar o mesmo empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB entre os dois anos anteriores, enquanto os estados, 12%, e os municípios 15% de sua renda de impostos.

A EC-29 fez outras definições, como a constitucionalização do Fundo Nacional de Saúde e da missão do Conselho de Saúde; a atribuição de no mínimo 15% dos recursos federais *per capita* para a atenção básica; a penalidade de intervenção e suspensão de recursos para quem não cumprisse o mínimo; a determinação para que a cada cinco anos se regulamentasse seu teor, em relação aos percentuais devidos à saúde, pela União, Estados e Municípios. Se não houvesse regulamentação neste período, permaneceria a mesma sistemática de cálculo, o que acontece até hoje.

O deputado Roberto Gouveia, no intuito de fazer a regulamentação prevista na EC-29, visando alocar 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde, apresentou o projeto PLP 01-2003, que resultou aprovado na Câmara Federal, mas com a mesma forma de cálculo para a União e sem efeito, pois contava com a mesma CPMF reprovada no Senado em 2007.

Em 2007, o senador Tião Viana manteve em seu projeto PLS 121 os mesmos percentuais de recursos próprios de municípios, estados e União, 10% da Receita Corrente Bruta, escalonados a partir de 8,5% até alcançar 10,0% em quatro anos. Aprovado no Senado, o projeto foi encaminhado à Câmara Federal, de acordo com o projeto original do deputado Roberto Gouveia, apoiado pelas entidades de saúde e pela plenária da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Ambos os projetos aportam a redefinição do que são e do que não são ações de saúde, além de mais mecanismos de transparência e visibilidade na administração pública de saúde e critérios de transferência federais para estados e municípios e de estados para municípios.

Desde que foi aprovada a Emenda Constitucional 29, os gastos federais com saúde passaram a ser corrigidos pela variação nominal do PIB e o orçamento do Ministério da Saúde aumentou de R\$ 22,7 bilhões, em 2000, para R\$ 62,9 bilhões, em 2009, com crescimento real de 54,6%, deflacionado pelo IPCA.

Hoje, se a PEC 169 lograsse a emenda constitucional proposta pelos deputados Eduardo

Jorge e Valdir Pires, o Ministério da Saúde teria um orçamento três vezes maior do que o atual. População e técnicos continuaram apoiando a PEC 169, pensando que ela é que estava em votação, mas na verdade era seu arremedo: reduzia a 1/3 a participação da União e elevava em 20% a participação dos estados e em 50% a dos municípios.

O SUS, desde seu início, conviveu com o problema de insuficiência de recursos para fazer face aos seus compromissos constitucionais de acesso universal e atendimento integral (PIOLA e VIANNA, 2009). Em média os países que possuem sistemas universais têm um gasto público superior a 6,5% do produto interno bruto - PIB (WHO, 2008); o dispêndio do SUS, também um sistema universal, é proporcionalmente mais baixo: foi inferior a 3,7% do PIB em 2008 (PIOLA, BARROS, SERVO, NOGUEIRA, SÁ e PAIVA, 2010).

3.3 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO PARANÁ

Data de 2001 o primeiro Plano Diretor de Regionalização do Estado do Paraná, concebido sob as diretrizes da NOAS 2001, aprovado pela Comissão Inter-gestores Bipartite (CIB) por meio da Deliberação 041/2001 e pela Conferência Estadual de Saúde através da Resolução 05/2001.

Regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhada. Uma região de saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso e integralidade do cuidado com equidade. A sua organização deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fomento do controle social (PDR-PR, 2009).

Considerando a rede de ações e serviços de saúde já existentes e a possibilidade de expandi-la ou qualificá-la, sem embargo da resolubilidade, foram estabelecidos critérios para a composição de cada região de saúde: existência de fluxos assistenciais a ser alterados ou mantidos; infraestrutura de transportes e de comunicações; contiguidade entre os municípios e respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural (PDR-PR, 2009).

Para a constituição da rede regionalizada de atenção à saúde foram necessários a pactuação do conjunto de responsabilidades não compartilhadas, a atenção básica e as ações básicas de vigilância sanitária, a serem assumidas município a município, e das responsabilidades compartilhadas e integradas, as ações complementares e os meios necessários a fim de garantir o acesso com

integralidade e resolubilidade. Visando garantir o acesso na alta complexidade e em parte da média complexidade, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião (PDR-PR, 2009).

Assim, o Paraná passou a ter 47 microrregiões de saúde cujos municípios participantes estão incumbidos de atender a todos os procedimentos de atenção básica de saúde, devendo as microrregiões, além disso, atender a um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, como primeiro nível de referência intermunicipal. As 47 microrregiões foram integradas em 22 Regiões de Saúde, cabendo a estas a responsabilidade de resolver a maior parte da demanda para consultas, exames e procedimentos de média complexidade (especialmente os mais complexos), podendo atender também parte dos serviços e procedimentos de alta complexidade (anexo da Portaria 95 GM/MS de 26 de janeiro de 2001).

As 06 macrorregiões, continentes das 22 regionais, devem ser competentes na resolução de toda a média complexidade, e da grande maioria dos serviços e procedimentos de alta complexidade. Aos polos estaduais em Curitiba e Londrina restou resolver a alta complexidade de praticamente todos os serviços, além de possuir centros de referência em diversas especialidades.

A Secretaria de Estado da Saúde comprometeu-se a construir o Plano Diretor de Investimentos - PDI, a partir do PDR e da PPI, contemplando as ações e valores necessários para que, em médio prazo, se atingissem as metas estipuladas, com a participação dos municípios e do governo federal. Assim como o PDR, a programação pactuada e integrada da assistência - PPI, ainda mais dinâmica, com permanentes atualizações, mediante as negociações entre os gestores e os diversos prestadores de serviços.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), atualizado a partir de abril de 2008 por intermédio de oficinas macrorregionais com a participação de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde, das regionais de saúde e das secretarias municipais de saúde, resultou em documento aprovado pela Comissão Inter-gestores Bipartite em fevereiro de 2009 e encaminhado ao Ministério da Saúde. A figura 1 representa as 22 microrregiões agrupadas nas 6 macrorregiões de saúde do Paraná.

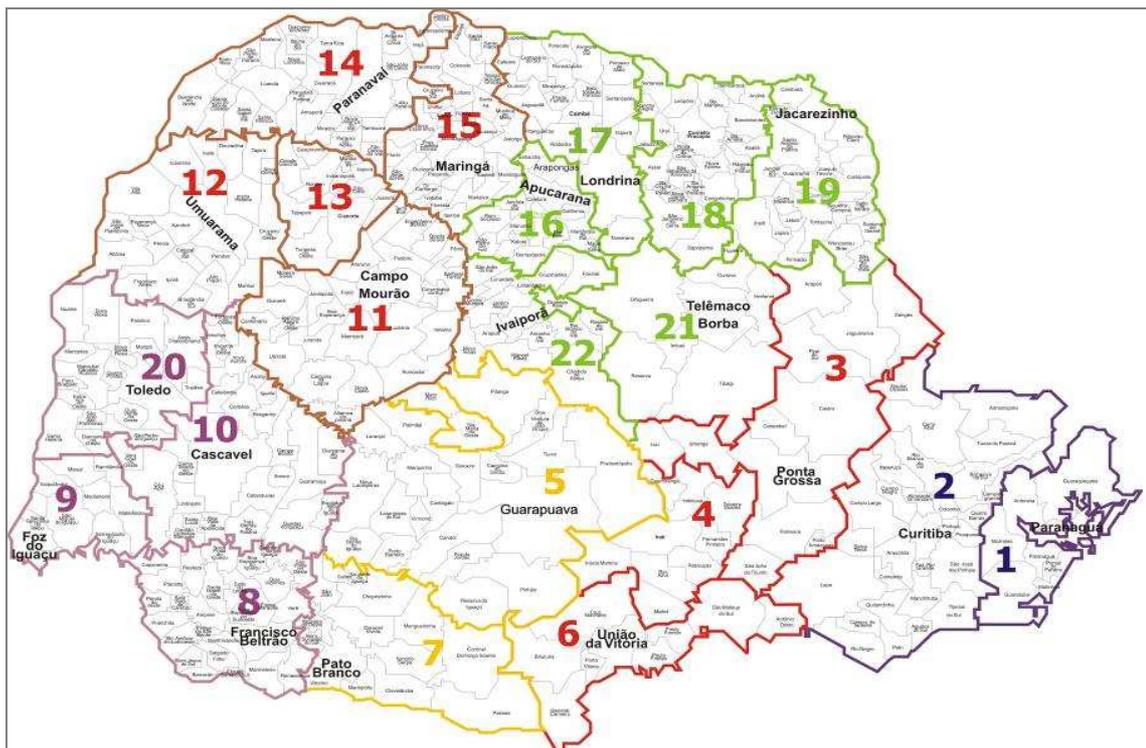


Figura 1 - Mapa do Estado do Paraná, segundo as regionais de saúde
Fonte: SESA-PR

3.4 PACTO PELA SAÚDE, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Portaria GM 399 de 22 de fevereiro de 2006, Anexo II

A Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 divulgou o Pacto pela Saúde, Consolidação do SUS e aprovou suas diretrizes operacionais, considerando o artigo 198 da Constituição Federal, o qual estabelece que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), e o artigo 7º da lei 8.080 dos princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo.

Foi considerada também a necessidade de qualificar e implementar a descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores e a necessidade de aprimoramento objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e da gestão entre os entes federados no âmbito do SUS.

Ademais, havia necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

O compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira foi explicitado na defesa dos princípios do SUS com a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião de 26 de janeiro de 2006 da Comissão Intergestores Tripartite e na reunião de 09 de fevereiro de 2006 do Conselho Nacional de Saúde.

Além de divulgar, a portaria aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 com seus três componentes: Pacto pela Saúde, em Defesa do SUS e de Gestão, mantendo as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados habilitados até então em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

O SUS contava então com uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de seis mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é de aproximadamente 12 milhões de internações hospitalares; 01 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos.

Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo o território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido dos gestores do SUS um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de se imporem normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Saúde, Pacto em Defesa do SUS e de Gestão.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

O Pacto pela Saúde foi constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades e seus objetivos para 2006 foram:

- implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral; contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias e fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias;
- elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; e
- consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS enquanto uma política de estado mais do que política de governo; e de defender, vigorosamente, os seus princípios basilares inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS visando implementar um projeto permanente de mobilização social foram assim definidas: mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação pelo Congresso Nacional da Emenda Constitucional nº 29; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde e aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas, além de elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto de Gestão estabeleceu as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Sendo o Brasil um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais, mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Este pacto veio para radicalizar a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos, reforçando a territorialidade da saúde como base para a organização dos sistemas, instituindo colegiados de gestão regional e estruturando as regiões sanitárias, além de reiterar a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

As diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite foram explicitadas na busca de critérios da alocação equitativa dos recursos, reforçando os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores, integrando em grandes blocos o financiamento federal e estabelecendo relações contratuais entre os entes federativos.

O Pacto de Gestão configurou-se com base em duas prioridades estratégicas:

- definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o processo de habilitação que vigorava até então;
- e
- estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

O Pacto pela Saúde 2006 foi aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Inter-gestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, assinado pelo ministro da Saúde, o presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a ser operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

4 SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIONAL METROPOLITANA DO PARANÁ

O conjunto melhor dotado de vantagens comparativas e favorecido pela proximidade qualifica-se para atração e sustentação de atividades e investimentos, portanto para a acumulação e reprodução do capital, passando a condicionar a organização da base produtiva. Os municípios, ou partes do território de alguns não-dotados dessas condições e com pouca capacidade de articulação para conseguir um salto de qualidade, permanecem à mercê das sobras do processo (MOURA, 2009).

O sistema de saúde da região metropolitana nasceu com o SUS.

Em 1979 a capital contava com apenas 10 unidades de saúde, sendo mais antiga a de Vila Oficinas, no Bairro do Cajuru/Vila Oficinas, mandada instalar nos moldes das unidades da Fundação SESP, cuja Diretoria Regional Sul era em Curitiba, mais as unidades Pilarzinho, São Braz, São Miguel, Vila Leão, Tapajós - Vila Hauer, Uberaba de Cima, Atuba, Bacacheri e Nossa Senhora da Luz a mais nova, sendo todas comprometidas com o Programa de Saúde Escolar e o Programa de Suplementação Alimentar para Gestantes e Nutrizes do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), do Ministério da Saúde. Havia ainda 14 consultórios odontológicos instalados em escolas municipais, que atendiam estudantes por meio do Sistema Incremental recomendado pela Fundação SESP, também do Ministério da Saúde (IPPUC, 1979).

Havia cinco unidades de saúde estaduais em Curitiba: Campina do Siqueira, Manoel de Abreu, Vila Guaíra, Cabral e o Centro de Saúde Modelo, na Rua Barão do Rio Branco. E do INAMPS havia os Postos de Assistência Médica (PAMs) na Avenida Marechal Floriano, o Central e o da Vila Hauer, na Rua México/Bacacheri, na Avenida Affonso Camargo/Cajuru e na Avenida República Argentina/Pinheirinho, além do novo PAM da Avenida Kennedy, um hospital-maternidade desativado e transformado e um hospital geral da Rua José Bonifácio, junto ao Largo da Ordem, desativado e utilizado com algumas clínicas especiais. A maioria das unidades de saúde pertencia à Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Saza Lattes, APMI Saza Lattes, entidade sem fins lucrativos que dava assistência à saúde nas áreas mais pobres e necessitadas de Curitiba.

No ano de 1979 o Departamento de Desenvolvimento Social (DDS/PMC) se apresentou à Secretaria de Saúde do Estado, ao INAMPS e à APMI Saza Lattes com o propósito de estabelecer

parceria, cujas respostas foram evasivas e concorrentes, como no caso da Secretaria do Estado, que determinou a construção de uma unidade de saúde no mesmo bairro onde fora recém-instalado o Posto Médico Comunitário da Vila São Pedro. A Superintendência do INAMPS apoiou decisivamente a iniciativa, cedendo ou transferindo servidores que vieram compor a equipe da unidade inicial de um projeto de Módulos de Atenção Primária à Saúde apresentado ao Ministério da Previdência Social.

O Sistema Regionalizado e Integrado de Saúde para Curitiba - proposta de ação conjunta. INAMPS - SESB - Saza Lattes - PMC (IPPUC, 1979) era uma proposta de integração das unidades básicas das diferentes instituições em oito módulos regionais cobrindo toda a cidade, que então apresentava menos de 01 milhão de habitantes.

Cada módulo com 8 unidades teria mais uma unidade central com laboratório de análises e especialidades médicas mais demandadas: pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica, além do serviço de vigilância sanitária e epidemiológica, a visita domiciliar e a educação em saúde.

Ao todo a cidade seria contemplada com 72 unidades integradas para proteção e promoção da saúde e prevenção e tratamento de doenças. A assistência concentrada nas unidades da Previdência Social, restrita aos seus beneficiários, ou descentralizada em postos mal instalados e deficientes de profissionais e equipamentos, não poderia continuar sem solução, numa cidade em busca de integrar a saúde com a área de atuação social, voltada para a cobertura das necessidades da população mais vulnerável no Departamento de Desenvolvimento Social.

A ideia, embora formulada conforme os princípios exarados na Declaração de Alma-Ata não obteve consenso entre os potenciais financiadores, Previdência Social e Ministério e Secretaria Estadual de Saúde.

A proposta então restou para o município que resolveria, por meio do DDS, bancar apenas a reciclagem do programa incremental para clínicas odontológicas simplificadas, atendendo todos os estudantes de primeira a quarta série da rede municipal de ensino e a dinamização das unidades de saúde existentes, além da criação das unidades de Vila São Pedro, de Santa Amélia e do Posto Maria Polenta para atendimento às crianças das creches municipais, mais uma unidade em parceria com a ação social comunitária liderada pela Irmã Araújo no bairro do Boqueirão, apoiada também pela CEBEMO³. O sistema municipal então proposto se tornaria realidade em

³ *Catholic Organization for Development Co-operation* (predecessora da Cordaid: *Catholic Organization for Relief and development*).

pouco mais de uma década, sendo reforçado a partir do governo eleito em 1985 com a criação da Secretaria Municipal de Saúde, como das demais secretarias municipais de Curitiba, em 1986.

As unidades básicas de saúde de toda a região metropolitana eram predominantemente estaduais, da administração direta, bem como os hospitais públicos, sob administração da Fundação Hospitalar do Paraná, depois Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha, a partir de 1980, incorporando todas as unidades de assistência à saúde, inclusive as da capital, exceto aquelas poucas próprias dos municípios.

Havia três regionais de saúde, das quais uma era exclusiva para Curitiba, mas todas eram sediadas na capital, a própria Regional de Curitiba, a 2ª Regional de Saúde e a 3ª Regional de Saúde, hoje unificadas na 2ª Regional ou Regional Metropolitana de Saúde!

4.1 DINÂMICA SOCIOECONÔMICA REGIONAL

O Paraná do início da década de 1940 tinha apenas 1.200 milhões de habitantes, alcançando, sob efeito da abertura de novas fronteiras agrícolas, uma população de quase oito milhões de habitantes em 1970, a qual ocupava as regiões norte, oeste e sudoeste do Estado e, ainda, terrenos circunstantes a Curitiba (SZUCHMAN, 2007).

Durante a metade da década de 1960 a imigração para o Paraná seria abrandada, e as profundas mudanças ocorridas nas atividades agropecuárias rapidamente reverteriam os fluxos de população dando início a um intenso processo emigratório para novas áreas do país e fortalecendo um movimento interno em direção às áreas urbanas, criando novos centros distribuídos no território paranaense, bem como acelerando áreas de concentração já evidentes.

O crescimento populacional se acentua principalmente em Curitiba e municípios do entorno devido à continuidade das migrações, e a urbanização atinge a maioria dos municípios que conformam a região metropolitana. Esses processos contribuem para a definição do baixo índice de pessoas vivendo nas áreas rurais do Paraná, que passa de 50%, no ano de 1970, para 29,07% em 2000 (SZUCHMAN, 2007).

A evolução populacional de Curitiba e, principalmente, dos seus municípios limítrofes transformou a região metropolitana no maior polo da rede de cidades do estado, inclusive com acentuado decréscimo de população em alguns municípios (IPARDES, 2006).

O processo simultâneo de expansão e concentração industrial e de serviços na região impulsionou maior interação entre esta e os demais municípios do estado do Paraná (MOURA, 2010). E, consolidou sua área de influência, extrapolando, inclusive, os limites político-

administrativos do estado, avançando para Santa Catarina, indo até Lages, Caçador e Florianópolis.

Formação Político-Legal da Região Metropolitana de Curitiba

A Região Metropolitana de Curitiba (RMC) foi instituída pelo governo federal em 1973 por meio da Lei Complementar nº 14 contendo inicialmente 14 municípios e aproximadamente 800 mil habitantes.

A Constituição de 1988 estabeleceu a competência de criar regiões metropolitanas aos estados e, com isso, a inserção dos demais municípios desta região passou a ser realizada pelo Estado do Paraná.

Após 21 anos, o decreto estadual 11.027/94 incluiu mais oito municípios à região metropolitana, sendo quatro deles advindos de desmembramento político de outros municípios já pertencentes à região.

Em 1995 mais dois municípios são inseridos à região pelo decreto 11.096/95, um deles fruto de desmembramento político. Em 1998 e 2002 outros dois municípios são anexados pelos decretos 12.125/98 e 13.512/02, perfazendo os atuais 26 municípios da Região Metropolitana de Curitiba: Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Cerro Azul, Campo Largo, Campo Magro, Campina Grande, Contenda, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Mandirituba, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Pinhais, São José dos Pinhais, Piraquara, Lapa, Doutor Ulysses, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná.

À distribuição espacial dos municípios metropolitanos foram acrescentados outros três municípios que pertencem à Regional Metropolitana de Saúde: Campo do Tenente, Piên e Rio Negro, como se observa no mapa a seguir. Para fins deste estudo, adotou-se a composição de grupos de municípios denominados conforme a proximidade ou afastamento da capital: primeiro anel (Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras e São José dos Pinhais); segundo anel (Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Contenda, Itaperuçu, Mandirituba, Itaperuçu, Mandirituba, Rio Branco do Sul e Tunas do Paraná); terceiro anel (Adrianópolis, Agudos do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Lapa, Quitandinha e Tijucas do Sul), e o quarto anel correspondente aos municípios incluídos para conformar a regional de saúde, Campo do Tenente, Piên e Rio Negro (figura 2).

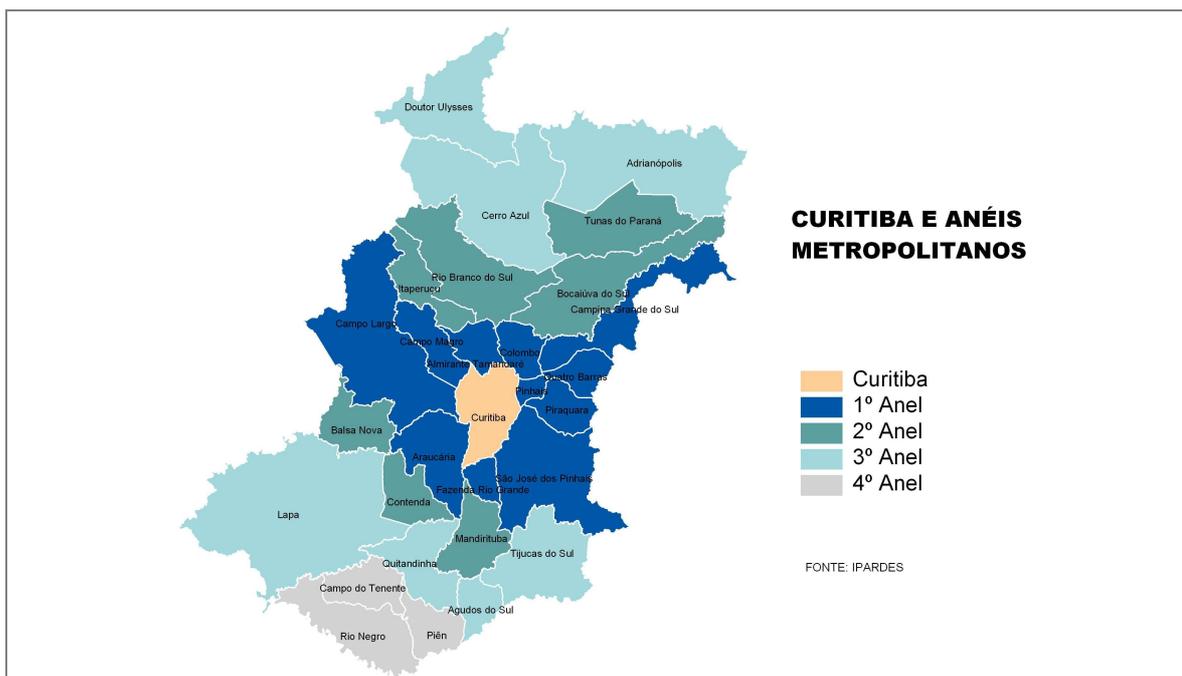


Figura 2 - Regional Metropolitana de Saúde do Paraná
Fonte: IPARDES

Em 1950, o conjunto formado por Curitiba e 13 municípios vizinhos, antes de ser criada a Região Metropolitana, só instituída em 1973, possuíam 317 mil e 442 habitantes, passando para 01 milhão e 440 mil habitantes em 1980, sendo considerada na década de 1970 a região que mais crescera dentre todas as regiões metropolitanas do país.

Então, Curitiba passaria de 180.757 habitantes, em 1950, para 1.024.975 habitantes em 1980, só sendo superada, em termos de taxa de crescimento, por Colombo, que decuplicou sua população no mesmo intervalo. Os demais municípios, embora num ritmo menos acentuado, também apresentaram elevadas taxas: Piraquara, seguido de Almirante Tamandaré, Araucária, Campo Largo, São José dos Pinhais e Rio Branco do Sul. Apenas Bocaiúva do Sul e Contenda ainda não se incluíam nas áreas de crescimento, como mostra a tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Habitantes da Região Metropolitana de Curitiba - 1950-1980

MUNICÍPIO	1950	1960	1970	1980
Almirante Tamandaré	8.812	10.220	15.299	34.168
Araucária	11.524	16.553	17.117	34.799
Balsa Nova	-	-	4.704	5.288
Bocaiúva do Sul	20.490	18.346	10.967	12.119
Campina Grande do Sul	-	7.982	7.891	9.798
Campo Largo	26.365	32.272	34.405	54.839
Colombo	6.331	8.719	19.258	62.881
Contenda	-	8.361	7.224	7.556
Curitiba	180.575	361.309	609.026	1.024.975
Mandirituba	-	-	11.036	15.452
Piraquara	11.199	11.573	21.253	70.640
Quatro Barras	-	-	4.066	5.710
Rio Branco do Sul	16.378	20.429	25.133	31.767
São José dos Pinhais	35.768	28.888	34.124	70.634
Região Metropolitana	317.442	524.657	821.233	1.440.626

Fonte: Censos do IBGE

Curitiba sofreu, em poucas décadas, um aumento tão significativo da ocupação do solo que a população, por força deste e de outros fatores socioeconômicos, deslocou-se para além dos seus limites político-administrativos, avançando sobre a periferia dos municípios limítrofes e não para as suas sedes urbanas, verificando-se desse modo a conurbação da capital com os municípios de Almirante Tamandaré, Colombo, Piraquara, Mandirituba e Campo Largo, que deram origem, por desmembramento, aos municípios de Pinhais, Fazenda Rio Grande e Campo Magro respectivamente.

Em 2010 a população do Estado do Paraná alcançou 10 milhões, 439 mil e 601 habitantes, os quais, caso fossem distribuídos igualmente entre os 399 municípios, seriam não mais de 26 mil por unidade federada. Curitiba, a capital, concentra 1.746 milhões de habitantes, isto é, 16,73% da população total em pouco mais de 400 quilômetros quadrados ou apenas 0,2% do território estadual. Já a região metropolitana, neste mesmo ano, incorpora 3.168 milhões de habitantes, ou 30,35% da população paranaense, em pouco mais de 15 mil quilômetros quadrados, ou seja, 7,5% do território estadual.

Desse modo, verifica-se a elevada concentração populacional metropolitana relativamente à do estado, haja vista que outras duas concentrações urbanas, também denominadas metropolitanas por lei estadual: Londrina, com 764 mil moradores, e Maringá, com 612 mil moradores, possuem menos que a metade dos habitantes da Região Metropolitana de Curitiba.

Vale destacar o peso significativo da população de Curitiba, 54,27% do total de habitantes da regional metropolitana de saúde, região metropolitana ampliada, seguida dos municípios do primeiro

anel (36,87%), os quais se adensaram a partir dos fluxos migratórios desde os anos 70 do século passado, originários do interior do estado em grande parte. A população do segundo, terceiro e quarto anéis corresponde a menos de um décimo da população metropolitana, respectivamente 3,76%, 3,53% e 1,54% da população regional, sendo muito mais rarefeita e composta basicamente de moradores autóctones da zona rural, conforme a tabela 2:

Tabela 2 - Habitantes da Regional Metropolitana de Saúde do Paraná - 1980-2010

LOCALIDADE	1980	1990	2000	2010
Curitiba	1.024.975	1.315.035	1.587.315	1.746.896
1º Anel	343.469	582.025	972.846	1.186.963
2º Anel	72.182	103.745	102.280	121.245
3º Anel	91.703	100.876	105.953	113.876
4º Anel	31.531	39.301	44.843	49.600
TOTAL	1.563.860	2.140.982	2.813.237	3.218.580

Fonte: Censos do IBGE

As mudanças do perfil econômico do Paraná e, particularmente, da RMC com a incorporação dos segmentos industriais e de serviços de maior sofisticação tecnológica contribuíram no sentido de alterar a dinâmica do desenvolvimento estadual e as relações com a economia nacional. Na década de 1990 os incentivos fiscais atraíram investimentos para um novo ciclo de industrialização, com as atuais montadoras de automóveis e as diversas empresas subsidiárias, produtoras de componentes ou de serviços.

Os resultados da concentração dos investimentos em alguns municípios da RMC podem ser vistos a partir de alguns indicadores selecionados. Curitiba é responsável por 58,0% do PIB total da região, enquanto Araucária e São José dos Pinhais respondem por 26,0%, e os outros nove municípios do chamado primeiro anel metropolitano por 12,0% do total, perfazendo 96,0% do PIB regional. Desta forma, apenas três municípios, que criaram os incentivos e atraíram investimentos, somam 84,0% do PIB da Região Metropolitana.

Os empregos formais seguem a tendência de concentração. Curitiba possuía, em 2006, 74% do total de empregos formais, seguida por São José dos Pinhais, 6%, Pinhais, Araucária e Colombo, cada um destes com aproximadamente 3% do total. Sendo assim, apenas 5 municípios dispõem de 89% do total dos empregos formais da Região Metropolitana.

A ocupação considerando a formação educacional também é concentrada. Curitiba absorve a grande maioria das ocupações de nível superior e, ainda, os quadros de nível médio superior, assim como São José dos Pinhais, que também possui uma grande concentração de quadros profissionais de nível médio superior.

As ocupações de nível médio inferior são absorvidas ao redor do nível médio superior, dentro de Curitiba, ou em pontos isolados nos centros administrativos de alguns municípios do primeiro anel metropolitano.

Os que demandam emprego operário superior se concentram nas regiões periféricas ao norte e ao sul de Curitiba e em zonas de conurbação com os municípios limieiros e na periferia de centros urbanos do primeiro anel. Nestes municípios também se encontra o trabalhador popular operário, principalmente, sendo que os operários agrícolas são a maioria nas suas áreas rurais e em alguns municípios do segundo anel, onde também se encontram operários agrícolas simples, os quais são mais empregados nos municípios componentes do terceiro anel.

A alocação espacial da mão de obra por nível de qualificação, assim como os demais indicadores apresentados, evidenciam a desigualdade social perceptível entre os municípios, em particular da RMC. Curitiba concentra os melhores índices de renda, emprego e escolaridade, os quais se reduzem visivelmente fora do polo central da região, indicando maiores dificuldades de sobrevivência para a população presente nos municípios menos dinâmicos. O PIB *per capita* para os municípios da região tem uma variação muito discrepante, que vai de R\$ 4.531,97, em Piraquara, a R\$ 94.965,63, em Araucária. Se observarmos o PIB *per capita* na divisão territorial utilizada em nossa pesquisa, percebemos que existe uma variação da média do PIB *per capita* de acordo com a distância da capital. Em Curitiba ele é de R\$ 23.696,43, e nos municípios limieiros a Curitiba de R\$ 20.658,31. Entre os municípios subsequentes aos limieiros de Curitiba encontramos a média do PIB *per capita* de R\$ 10.818,78; nos municípios do terceiro anel o valor medido do PIB *per capita* foi de R\$ 9.181,31. Nos municípios mais distantes da capital encontramos um valor superior à média do segundo e terceiro anéis, R\$ 17.517,18 (IBGE, CIDADES@⁴). Este indicador apenas confirma o nível de riqueza gerada nos municípios que os diferencia econômica e socialmente, embora essa renda não seja distribuída de modo mais equitativo.

4.2 EVOLUÇÃO RECENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAIS

As periferias urbanas encerram em si o verdadeiro significado expresso pelo termo: são arredores do centro, limites terminais, margens, áreas distantes no espaço e distantes, também, do acesso à satisfação das necessidades mais comuns (MOURA, 1996).

⁴ Acesso ao sitio <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pr> em 12.01.2011

Curitiba conta hoje com 108 unidades de saúde mais 08 unidades 24 horas, 10 centros de atenção psicossocial, 06 policlínicas, 02 hospitais e o laboratório municipal, constituindo uma rede organizada em 12 regionais descentralizadas com ações de assistência e controle de doenças, vigilância ambiental, epidemiológica, ocupacional e sanitária, operadas por servidores municipais em educação permanente e acompanhadas por conselhos locais e o conselho municipal de saúde (CNES, 2010).

As estruturas de saúde dos municípios metropolitanos cresceram em proporções diversas, havendo secretarias de saúde, administração de serviços próprios, unidades básicas, unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, perfazendo um total de 386 unidades de saúde, 42 clínicas ambulatoriais especializadas, 20 hospitais gerais, 03 hospitais especializados e 07 policlínicas, além de outras unidades especiais, destacando-se 29 centros de atenção psicossocial (CNES, 2010).

Assim, a rede metropolitana de saúde pública se configura na proporção de uma unidade de saúde para cada 8 mil habitantes, uma unidade especializada para cada 77 mil habitantes, uma policlínica para cada 460 mil habitantes, um CAPS para cada 111 mil habitantes e um hospital geral para cada 161 mil habitantes. Tais unidades distribuídas por anéis metropolitanos são mais disponíveis quanto mais afastadas da capital, devendo atender menores contingentes de população: 151 unidades de saúde no primeiro anel, sendo 07 mil habitantes por unidade; 42 unidades no segundo anel, 3 mil habitantes por unidade; 60 unidades no terceiro anel, 2 mil habitantes por unidade; e 25 unidades no quarto anel, também 2 mil habitantes por unidade (CNES, 2010).

Em Curitiba há uma grande concentração de serviços de saúde privados, 460 clínicas ou ambulatórios especializados, 241 policlínicas, 17 hospitais-dia, 20 hospitais especializados, 21 hospitais gerais, sendo 02 pronto-socorros especializados e um pronto-socorro geral, enquanto nos demais municípios da regional metropolitana de saúde há 96 unidades clínicas ou ambulatórios especializados, 28 policlínicas, 02 hospitais especializados, 12 hospitais gerais e nenhum pronto-socorro (CNES, 2010).

O total de trabalhadores em serviços de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde, servidores municipais ou contratados das instituições prestadoras de serviços para o sistema é de 11.328 profissionais em Curitiba e de 3.994 profissionais nos demais municípios da regional de saúde, perfazendo o total de 15.322 trabalhadores, ou seja, 48 trabalhadores por 10 mil habitantes, sendo 64 trabalhadores por 10 mil habitantes em Curitiba e apenas 27 por 10 mil habitantes nos demais municípios, desvelando-se a ideia de melhor cobertura assistencial pela rede

de unidades públicas nos municípios mais afastados (CNES, 2010).

A Regional de Saúde Metropolitana do Paraná apresenta um total de 6.669 leitos que atendem pelo Sistema Único de Saúde, o que perfaz 02 leitos para cada mil habitantes, aproximadamente. Em Curitiba encontram-se 3.975 desse total de 6.669 leitos, o que gera uma proporção 13,5% superior à média metropolitana, qual seja, de 2,27 leitos por mil habitantes, e os demais municípios da região dispõem de 2.776 leitos, o que contabiliza 1,85 leitos por mil habitantes, índice este 7,5% abaixo da média geral. No primeiro anel de municípios há 1,95 leitos por habitantes, índice mais próximo ao de Curitiba, devido ao elevado número de leitos por mil habitantes de Campina Grande do Sul e Piraquara, 6,87 e 7,76 respectivamente. Campina Grande do Sul conta com 11% do total de internamentos da regional de saúde, a grande maioria oriunda de outras regiões de saúde que não a metropolitana (CNES, 2010).

No segundo anel contabilizamos um índice de 1,16 leitos por mil habitantes. Já no terceiro anel há 2,07 leitos por habitantes, devido ao município da Lapa, que dispõe de 4,68 leitos por mil habitantes. O índice de leitos para Campo do Tenente, Piên e Rio Negro é de 1,65 leitos por mil habitantes (CNES, 2010).

Assim, observa-se que os leitos hospitalares da região estão concentrados em Piraquara, Campina Grande do Sul e Curitiba. O segundo anel possui o índice mais baixo em relação ao número de leitos entre todos os anéis, enquanto o terceiro anel possui um índice próximo ao de Curitiba, embora seja composto em sua maioria de leitos de longa permanência para tratamento de doentes crônicos, não contribuindo para suprir as necessidades cotidianas de internação

Aguilera (2010), ao analisar a capacidade instalada de consultas e exames em 12 especialidades demandadas, chegou à conclusão de que os atendimentos da "média complexidade" são desigualmente distribuídos na Região Metropolitana (de cirurgia buco-maxilo-facial, cardiologia, cirurgia vascular, cirurgia geral, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia).

Essa capacidade instalada concentra-se em sua maior parte em Curitiba. Em 50% dos municípios não existe oferta de consultas. Em 75% deles há oferta de exames por imagem, sendo a maioria deles para radiologia simples, e em apenas dois municípios há oferta de exame de obstetria de risco (AGUILERA, 2010).

A demanda reprimida ocorre principalmente em ortopedia, cardiologia e neurologia. Aguilera chama a atenção para o fato de que o acesso à atenção em obstetria de risco é difícil em 75% dos municípios, dado relevante, considerando que tal exame é de grande importância para a

saúde da mulher e da criança. O acesso a consultas de cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia vascular e nefrologia ocorreu em apenas 75% dos municípios.

Aguilera evidencia, assim, que quanto maior é a distância do município ao polo metropolitano, piores são os índices e maiores as iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Os municípios com demanda mais reprimida por especialidades são justamente os de mais baixa capacidade de financiamento da atenção à saúde e demais políticas sociais.

Estratégia Saúde da Família e Comunidade

O campo da Atenção Primária à Saúde e da estratégia Saúde da Família tem demonstrado ser uma das áreas de política social de maior expressão protagonista na inclusão de direitos e exercício da cidadania da população. Por outro lado, amplia o espaço de compromisso da política pública com a população, a comunidade, a microárea, a residência e a família. Da mesma forma, expande o compromisso do conhecimento e intervenção sociotécnica de trabalho pelo governo, pelos gestores e trabalhadores da política de saúde (RIBEIRO, 2009).

A Regional Metropolitana de Saúde apresentava em 2010 um total de 458 equipes de saúde da família, na proporção de 14 equipes para 100 mil habitantes, e 3.243 agentes comunitários, ou seja, um agente comunitário de saúde por mil habitantes (PARANÁ, 2010).

Nos municípios mais próximos da capital (Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras e São José dos Pinhais), observou-se o número de 1.203 agentes comunitários e 157 equipes da estratégia de saúde da família, com 13 equipes de saúde da família por cem mil habitantes e menos de um agente comunitário por mil (0,88) (PARANÁ, 2010).

Entre os sete municípios do segundo anel metropolitano (Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Contenda, Itaperuçu, Mandirituba, Rio Branco do Sul e Tunas do Paraná) verificou-se a presença de 233 agentes comunitários, quase dois agentes para cada mil habitantes (1,92) e 25 equipes de saúde da família, configurando o índice de 20 equipes para cada cem mil habitantes (PARANÁ, 2010).

No terceiro anel metropolitano (Adrianópolis, Agudos do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Quitandinha, Lapa e Tijucas do Sul) encontra-se um total de 208 agentes de saúde e 28 equipes da estratégia de saúde da família, com índice de agentes comunitários um pouco abaixo em relação ao segundo anel (1,82), enquanto equipes de saúde da família aumentam a quase 25 equipes para cem mil habitantes (24,5) (PARANÁ, 2010).

Os municípios do extremo sul da regional de saúde, Campo do Tenente, Piên e Rio Negro, apresentaram 99 agentes comunitários e 10 equipes de saúde da família, perfazendo 2 agentes para cada mil habitantes e 10 equipes da estratégia de saúde da família para os seus quase 50 mil habitantes (PARANÁ, 2010).

Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná

O Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná (COMESP) foi criado em novembro de 2005, instituído pelos 29 municípios, todos vinculados à Regional Metropolitana de Saúde e filiados às associações de municípios de duas regiões, sudeste e metropolitana, as chamadas AMSULEP e ASSOMECC.

O consórcio estabeleceu sua sede e a gestão compartilhada de serviços próprios com o estado no Centro Regional de Especialidades da Avenida Kennedy, CRE Kennedy-Curitiba, ativado a partir da eleição da sua atual diretoria, e dos conselhos deliberativo e fiscal, em novembro de 2009, com protocolo de intenções e estatutos aprovados em 15 de abril de 2010 e assinatura do convênio dia 28 de junho de 2010.

Além de consultas, exames e terapias produzidas pelos profissionais lotados no CRE Kennedy, o COMESP também tem ofertado outros serviços especializados de prestadores localizados na Região Metropolitana. O consórcio recebeu inclusive um tomógrafo e um aparelho de ultrassonografia, que serão brevemente instalados.

Hoje, 19 dos 29 municípios da regional de saúde possuem leis das câmaras municipais autorizando participar do COMESP, condição *sine qua non* para que se integrem e possam ser atendidos em suas demandas por ações especializadas de saúde.

4.3 DESPESAS MUNICIPAIS COM SAÚDE

A Emenda Constitucional 29 determina os recursos orçamentários mínimos para a saúde: 15% da receita de impostos dos municípios, 12% da receita de impostos dos estados e da União o total de recursos empenhados no último exercício mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (BRASIL, 2002).

Na União, no Distrito Federal, nos estados e nos municípios, os recursos orçamentários destinados para despesas com a função saúde são denominados **recursos vinculados**, até o limite do índice determinado pela EC 29, **recursos livres**, aqueles acima do índice da EC 29

oriundos do próprio tesouro da instância federada e recursos de **transferências voluntárias** da união federal aos estados e municípios ou das instâncias estaduais para os municípios. O Distrito Federal recebe o Fundo Constitucional diretamente da União, correspondente a recursos vinculados especialmente para educação, saúde e segurança pública desde a transferência da capital federal para Brasília.

As verbas vinculadas para as ações de saúde devem ser pactuadas no âmbito da Comissão Inter-gestores Tripartite, em Brasília, ou nas instâncias estaduais da Comissão Inter-gestores Bipartite, em Curitiba, ou ainda nas bipartites regionais correspondentes às 22 regiões estaduais de saúde, inclusive a Regional Metropolitana de Saúde.

Em 2009 o total de recursos aplicados pelo Sistema Único de Saúde no Paraná foi de R\$ 3.203.301.374,00, sendo R\$ 2.751.513.420,00 em recursos vinculados, R\$ 337.441.205,00 de recursos livres e R\$ 112.200.944,00 de transferências voluntárias (TCE, 2010).

Na Regional Metropolitana de Saúde, que corresponde a 30,8% da população paranaense, executou-se R\$ 1.062.092.611,81 ou 33,1% do total de gastos públicos com saúde no estado, quantia 11,0% superior à proporção de habitantes metropolitanos, indicando igual concentração de recursos na capital (TCE, 2010).

Da distribuição dos recursos metropolitanos de R\$ 1.062.092.611,81 gastos nesta região, R\$ 691.168.245,00 foram destinados a Curitiba, ou seja, 65,0% do total de recursos, representando uma concentração regional 20,3% superior a sua participação populacional de 54,0%.

Aos municípios metropolitanos agrupados por anéis concêntricos em relação a Curitiba coube o total de R\$ 384.362.421,88 sendo R\$ 314.301.251,18 destinados aos 11 municípios do primeiro anel, R\$ 28.232.263,68 para os municípios do segundo anel, R\$ 28.390.852,01 para os do terceiro anel e R\$13.438.055,01 para os do chamado quarto anel (TCE, 2010).

A fim de complementar as despesas na área de saúde, são aplicados ainda recursos orçamentários próprios dos municípios, considerados livres, alocados acima de 15% de suas respectivas "receitas de impostos" estipuladas pela Emenda Constitucional 29, sendo tais recursos aplicados em quaisquer programas, atividades ou ações relativas à função saúde.

As transferências voluntárias, por sua vez são definidas a critério das autoridades setoriais, transferidas por convênios para obras, equipamentos ou até mesmo custeio, neste caso por tempo não superior a um exercício orçamentário, sendo incluídas nos orçamentos municipais

por emendas orçamentárias de iniciativa dos parlamentares, conforme dispositivo constitucional.

No Brasil, os investimentos em obras e equipamentos de saúde costumam ser dependentes desta alternativa, ficando sujeitos portanto à não vinculação ou indisponibilidade de recursos correspondentes ao custeio dos novos serviços, que se tornam despesas anuais permanentes três vezes mais custosas que o total investido.

A tabela 3 aporta informações sobre o total de despesas realizadas pelos municípios da Regional Metropolitana de Saúde. É evidente a alta concentração de gastos em Curitiba, seguida à distância pelos municípios de Araucária e São José dos Pinhais. Em contraposição, apresentam-se os municípios de Almirante Tamandaré, Campina Grande do Sul e Fazenda Rio Grande, com despesas em saúde muito menores em termos absolutos.

Tabela 3 - Total de despesas em saúde realizadas pelos municípios da Regional Metropolitana de Saúde 2009

LOCALIDADE		GASTO TOTAL (R\$)	GASTO PER CAPITA (R\$)
Polo	Curitiba	691.168.245,00	373,00
1º ANEL	Almirante Tamandaré	7.492.113,00	77,00
	Araucária	77.966.595,00	661,00
	Campina Grande do Sul	6.267.539,00	170,00
	Campo Largo	20.662.353,00	184,00
	Campo Magro	6.149.958,00	261,00
	Colombo	33.466.520,00	135,00
	Fazenda Rio Grande	14.226.683,00	176,00
	Pinhais	22.845.308,00	193,00
	Piraquara	16.212.118,00	186,00
	Quatro Barras	6.348.825,00	329,00
	São José dos Pinhais	102.663.240,00	368,00
	Total e Média	314.301.251,00	257,00
2º ANEL	Mandirituba	2.916.815,00	295,00
	Balsa Nova	2.294.387,00	259,00
	Bocaiúva do Sul	3.380.524,00	230,00
	Contenda	3.438.634,00	215,00
	Tunas do Paraná	6.466.654,00	347,00
	Rio Branco do Sul	7.393.000,00	223,00
	Itaperuçu	2.342.250,00	146,00
	Total e Média	28.232.264,00	231,00
3º ANEL	Tijucas do Sul	2.162.856,00	265,00
	Lapa	2.125.006,00	239,00
	Agudos do Sul	4.723.963,00	243,00
	Quitandinha	1.950.564,00	213,00
	Adrianópolis	10.253.264,00	315,00
	Cerro Azul	3.530.531,00	253,00
	Doutor Ulysses	3.644.669,00	317,00
	Total e Média	28.390.852,00	250,00
4º ANEL	Piên	2.381.307,00	285,00
	Rio Negro	3.365.852,00	247,00
	Campo do Tenente	7.690.897,00	355,00
	Total e Média	13.438.055,00	270,00
	Média dos Anéis 1º 2º 3º e 4º	-	252,00
	Média dos Anéis mais Curitiba	-	276,00
	Média <i>per capita</i> inclusive Curitiba	-	334,00

Fontes: IPARDES e TCE-PR - Diretoria de Contas Públicas

Calculando-se os gastos *per capita* em saúde no ano de 2009 para o Paraná e os municípios da Regional Metropolitana de Saúde, encontra-se o *per capita* de R\$ 300,00 para o estado e de R\$ 373,00 por habitante/ano em Curitiba.

O *per capita* médio é de R\$ 257,00 no primeiro anel dos municípios vizinhos de Curitiba, no segundo anel é de R\$ 231,00; no terceiro anel de R\$ 250,00, e no 4º anel de R\$ 270,00.

Os maiores *per capita* constatados na região foram de Araucária, R\$ 661,00; Curitiba,

R\$ 373,00; São José dos Pinhais, R\$ 368,00; Quatro Barras, R\$ 329,00; Doutor Ulysses, R\$ 317,00 e Adrianópolis, R\$ 315,00; e os menores foram de Fazenda Rio Grande, R\$ 176,00; Campina Grande do Sul, R\$ 170,00; Itaperuçu, R\$ 146,00; Colombo, R\$ 135,00, e Almirante Tamandaré, R\$ 77,00.

Araucária e São José dos Pinhais tiveram arrecadações tributárias muito próximas, R\$ 419 milhões e R\$ 454 milhões, respectivamente, em 2009, e no mesmo ano destinaram para a saúde recursos na proporção de R\$ 85 milhões para R\$ 108 milhões, sendo suas estruturas administrativas e de serviços também semelhantes, embora a população de Araucária corresponda à metade da população de São José dos Pinhais, configurando-se um gasto *per capita* (R\$ 616,00) muito superior ao de São José dos Pinhais (R\$ 368,00).

Entre Colombo e São José dos Pinhais há uma diferença populacional de 20% a menos para o primeiro, mas o gasto *per capita* de Colombo (R\$ 135,00) é menor que a metade do *per capita* de São José dos Pinhais (R\$ 368,00), o qual tem arrecadação bem maior e, portanto, maior soma de recursos, considerando que aplica 15% da sua receita de impostos, conforme estipula a Emenda 29, além de aplicar recursos livres – mais 10% da receita de impostos municipais – ou tanto quanto for necessário para manter uma rede de 30 unidades de saúde, um hospital municipal e um hospital comunitário desapropriado pelo atual governo.

Com base em informações do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, obtidas junto ao IPARDES, Composição das Despesas segundo Fontes de Recursos, mesmo municípios melhor financiados em consequência de sua capacidade produtiva e de arrecadação não podem sustentar os serviços públicos de saúde com a simples aplicação dos recursos vinculados de 15% da sua receita de impostos, ainda que adicionados de recursos transferidos conforme programação pactuada ou por transferências voluntárias do Fundo Nacional de Saúde.

Todos os municípios da região metropolitana de saúde, com exceção de Curitiba, lançam mão de mais verbas do seu próprio orçamento, além dos 15% de recursos vinculados para a saúde, os chamados recursos livres, cobrindo com recursos livres 25% das despesas de saúde e chegando ao recorde estadual de 27% dos gastos com saúde cobertos por recursos livres no caso dos municípios do primeiro anel metropolitano, isto tudo para prover a atenção fundamental à saúde dos seus munícipes, mas também a assistência complementar e suplementar, além de receberem transferências voluntárias de até 12% dos seus gastos com saúde, como no caso dos municípios do 2º anel metropolitano, conforme demonstra o gráfico da figura 3.



Figura 3 - Demonstrativo da composição das despesas segundo fonte de recursos
Fontes: IPARDES e TCE - Diretoria de Contas Públicas

Fortes (2010), em estudo sobre a priorização de recursos de saúde no sistema público brasileiro, entrevistou 21 professores universitários de bioética no campo das ciências da saúde de diferentes regiões do país, entre julho de 2007 e fevereiro de 2009, por meio de três questões abertas sobre a afirmação "não há recursos para serem contempladas todas as necessidades de saúde: quais necessidades deveriam ser priorizadas?; algumas prioridades podem ou devem ser deixadas sem atendimento? e, deve haver limitação de recursos a algum grupo social, faixa etária ou a alguma patologia ou agravo à saúde?"

Dentre as respostas obtidas, algumas ideias centrais foram prevalentes: "é difícil priorizar/limitar recursos escassos na saúde", "é válido limitar recursos"; sugeriram-se inclusive alguns critérios para limitar os recursos: "não se deve limitar os cuidados de saúde em virtude de idade ou grupos sociais específicos", "deve-se priorizar os mais desfavorecidos", "deve-se maximizar os benefícios" ou "deve-se limitar recursos culpabilizando as vítimas?" (FORTES, 2010).

Tais repostas, refletindo valores morais e experiências diversas, permitiram ao pesquisador inferir as dificuldades contemporâneas em decidir moralmente sobre a destinação de recursos escassos em saúde pública e assim concluir:

"A realidade sanitária não torna viável a opção 'não decidir', pois temos recursos para os cuidados de saúde, ainda que insuficientes para todas as necessidades ou para todos, levando a uma obrigação moral de disponibilizá-los, ainda que a decisão resulte em conflitos éticos" (FORTES, 2010).

4.4 DESEMPENHO MUNICIPAL EM SAÚDE - 2000 A 2008

Os dados do desempenho na área de saúde foram obtidos mediante os componentes do Índice IPARDES de Desempenho Municipal em Saúde (IPDM - Saúde) incorporados à análise a fim de responder à pergunta inicial do presente estudo. Outros índices bastante utilizados, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), IDH-Municipal ou o Índice Paulista de Responsabilidade Social, são importantes fontes de estudos, mas possuem objetivos e metodologias diferentes em sua construção, o que os distancia dos objetivos aqui propostos, razão por que se adotou o Índice IPARDES, desenvolvido a partir da experiência dessa instituição e da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro com o Índice FIRJAN de Desempenho Municipal (IPARDES, 2010).

O índice IPARDES de desempenho municipal (IPDM) é aferido mediante a média trienal de outros três indicadores, os quais são calculados da seguinte forma:

- 1) número de nascidos vivos de mulheres residentes com 6 ou mais consultas de pré-natal dividido pelo número total de nascidos vivos de mulheres residentes vezes cem;
- 2) número de óbitos de menores de cinco anos por causas evitáveis dividido pelo número total de nascidos vivos de mulheres residentes vezes cem;
- 3) número de óbitos por causas mal definidas divididos por óbitos totais vezes cem.

A média simples dos índices correspondentes resulta no Índice IPARDES de Desempenho Municipal em Saúde (IPDM - Saúde), que será menor que 1,0 ou igual a 1,0 em situação ideal e sempre terá notação de três casas depois da vírgula.

O primeiro componente do índice refere-se à cobertura de gestantes residentes com 6 ou mais consultas de pré-natal, conforme recomendado, o que permite averiguar a concentração de consultas sobre as gestantes e, por conseguinte, aferir o desempenho da gestão de recursos aplicados à saúde materna e infantil.

O segundo componente do índice de desempenho aborda o número de óbitos de menores de cinco anos de idade por causas evitáveis, sendo igualmente sensível e recomendável à verificação do desempenho da gestão de saúde, assim como o terceiro componente, que permite a medida da ocorrência de óbitos por causas mal definidas na mortalidade geral, retratando a disponibilidade ou não de recursos diagnósticos e terapêuticos na localidade.

Estes dois componentes medem eventos desfavoráveis e, portanto, devem ser subtraídos de um inteiro, haja vista sua dimensão negativa em relação ao desempenho da gestão de saúde, diferente do primeiro componente, que será positivo em relação ao desempenho, na medida em que as mulheres sejam atendidas com 6 ou mais consultas de pré-natal.

O Índice IPARDES de Desempenho Municipal - IPDM-Saúde-RMS - 2000/2008 variou de 0,902 no triênio 2000-2002, em Curitiba, a 0,298 no triênio 2006-2008 em Doutor Ulysses, conforme a tabela 4.

Em todos os quatro triênios considerados (2000-2002; 2003-2005; 2005-2007; 2006-2008) a capital apresenta os melhores índices de desempenho municipal em saúde da região (0,902; 0,881; 0,883 e 0,881), sendo secundada sempre por Araucária (0,862; 0,837; 0,825 e 0,814). O terceiro lugar varia conforme o triênio. Fazenda Rio Grande apresenta-se com o terceiro melhor índice de desempenho municipal em saúde nos triênios 2000-2002 e 2003-2005, ou seja, 0,823 e 0,809 respectivamente. Quatro Barras ocupa o terceiro lugar em relação aos triênios 2005-2007 e 2006-2008, com índices de desempenho municipal em saúde de 0,804 e 0,803.

Tabela 4 - Índice Iparades de Desempenho Municipal - IPDM-Saúde-RMS - 2000-2008

LOCALIDADE		IPDM - SAÚDE			
		2000-2002	2003-2005	2005-2007	2006-2008
Polo	Curitiba	0,902	0,881	0,883	0,881
1º ANEL	Almirante Tamandaré	0,735	0,731	0,732	0,730
	Araucária	0,862	0,837	0,825	0,814
	Campina Grande do Sul	0,791	0,760	0,755	0,755
	Campo Largo	0,793	0,779	0,779	0,776
	Campo Magro	0,764	0,766	0,761	0,755
	Colombo	0,747	0,740	0,744	0,742
	Fazenda Rio Grande	0,823	0,809	0,800	0,797
	Pinhais	0,812	0,793	0,796	0,797
	Piraquara	0,788	0,779	0,787	0,792
	Quatro Barras	0,817	0,806	0,804	0,803
	São José dos Pinhais	0,731	0,749	0,754	0,756
	Média	0,788	0,777	0,776	0,774
2º Anel	Balsa Nova	0,718	0,674	0,677	0,665
	Bocaiúva do Sul	0,711	0,669	0,661	0,654
	Contenda	0,639	0,656	0,653	0,637
	Itaperuçu	0,499	0,536	0,528	0,515
	Mandirituba	0,771	0,726	0,711	0,701
	Rio Branco do Sul	0,533	0,546	0,541	0,531
	Tunas do Paraná	0,661	0,642	0,636	0,636
		Média	0,647	0,636	0,630
3º Anel	Adrianópolis	0,463	0,503	0,518	0,521
	Agudos do Sul	0,614	0,627	0,611	0,599
	Cerro Azul	0,500	0,517	0,519	0,515
	Doutor Ulysses	0,383	0,334	0,317	0,298
	Lapa	0,663	0,661	0,646	0,628
	Quitandinha	0,529	0,593	0,584	0,569
	Tijucas do Sul	0,776	0,797	0,804	0,804
	Média	0,561	0,576	0,571	0,562
4º Anel	Campo do Tenente	0,649	0,699	0,704	0,697
	Piên	0,758	0,808	0,809	0,805
	Rio Negro	0,719	0,726	0,730	0,724
		Média	0,708	0,744	0,748

Fonte: IPARDES

Os menores índices de desempenho municipal em saúde se verificaram em Doutor Ulysses em todos os quatro triênios: 0,383; 0,334; 0,317 e 0,298. Adrianópolis se encontra com o segundo pior índice nos três primeiros triênios estudados: 0,463; 0,503 e 0,518, seguido de Itaperuçu no primeiro triênio (0,499) e Cerro Azul nos dois triênios seguintes (0,517 e 0,519). No último triênio (2006-2008), Adrianópolis e Cerro Azul trocam de posição, ficando este em penúltimo lugar, junto com Itaperuçu, ambos com 0,515 de IPDM-Saúde, acima de Doutor Ulysses e Adrianópolis, em antepenúltimo. Os três municípios têm em comum o fato de se encontrarem no

terceiro anel de afastamento da capital. Observa-se que os municípios com índice de desempenho intermediário, com exceção de Itaperuçu, também se encontram na mesorregião metropolitana, isto é, no denominado segundo anel: Mandirituba: 0,771; 0,726; 0,711 e 0,701; Balsa Nova: 0,718; 0,674; 0,677 e 0,665; Bocaiúva do Sul: 0,711; 0,669; 0,6661; 0,654; Contenda: 0,639, abaixo de Tunas do Paraná neste triênio; 0,656; 0,653; 0,637; Tunas do Paraná: 0,661, acima de Contenda, 0,642; 0,636; 0,636; Rio Branco do Sul: 0,533; 0,546, 0,541; 0,531.

Para o intervalo de 2000 a 2008, a média das médias dos índices de desempenho municipal em saúde obtidos município por município, do primeiro para o quarto anel (0,776; 0,632; 0,567; 0,735) – conforme o afastamento da capital – a curva de decréscimo do índice IPDM - Saúde sofre inversão acentuada do terceiro para o quarto anel, passando de 0,567 para 0,735, o que indica uma outra classificação decrescente por alcance de melhores índices de desempenho: capital, primeiro anel, quarto anel, segundo anel, terceiro anel (0,886; 0,778; 0,735; 0,632; 0,567).

Há uma relação inversamente proporcional entre a distância da capital e os índices de desempenho municipal em saúde, medidos pelo IPDM - Saúde, mas isto só se verifica no espectro da Região Metropolitana e seus três anéis concêntricos em relação à capital. O mesmo não ocorre com os municípios do quarto anel, a microrregião mais meridional em relação à capital. Por conseguinte, há outras variáveis que não apenas a distância do centro de referência e retaguarda assistencial, que influenciam o desempenho municipal em saúde.

Na tabela 5, ao analisar o índice adotado e seus componentes apresentados para cada um dos municípios, ordenados do maior para o menor valor ou do 1º para o 29º lugar, pode-se observar que aos índices de desempenho em saúde correspondem índices componentes que variam diversamente, como no caso de Araucária, colocada em 2º lugar na classificação geral, cujos índices componentes vão do 1º lugar no índice de 06 ou mais consultas de pré-natal ao 9º lugar no índice correspondente à mortalidade por causas mal definidas, ou de Campo Magro, que tem um IPDM-Saúde de 0,762, em 11º lugar, e apresenta o índice de 06 consultas em 6º lugar, sua melhor marca, enquanto o índice de mortes até 05 anos por causas evitáveis é de 0,589 e vem em 19º lugar, seguido do índice de mortes por causa mal definidas, 0,713, em 16º lugar.

Tabela 5 - Média dos componentes do IPDM-Saúde da Região Metropolitana de Saúde por localidade e por anel - 2000-2008

LOCALIDADE		IPDM-SAÚDE		Componente 01 ⁽¹⁾		Componente 02 ⁽²⁾		Componente 03 ⁽³⁾	
		Média	Classificação	Média	Classificação	Média	Classificação	Média	Classificação
Polo	Curitiba	0,887	01º	0,875	03º	0,778	02º	0,969	01º
	Araucária	0,835	02º	0,914	01º	0,735	06º	0,841	09º
	Quatro Barras	0,808	03º	0,788	08º	0,699	10º	0,909	02º
	Fazenda Rio Grande	0,805	04º	0,838	04º	0,688	13º	0,885	06º
	Pinhais	0,800	05º	0,780	09º	0,697	12º	0,895	05º
	Piraquara	0,787	08º	0,727	17º	0,702	09º	0,903	04º
	Campo Largo	0,781	09º	0,801	07º	0,712	07º	0,844	08º
1º ANEL	Campina Grande do Sul	0,765	10º	0,754	14º	0,601	17º	0,905	03º
	Campo Magro	0,762	11º	0,817	06º	0,589	19º	0,713	16º
	São José dos Pinhais	0,748	12º	0,679	22º	0,709	08º	0,817	10º
	Colombo	0,743	13º	0,749	15º	0,682	14º	0,790	12º
	Almirante Tamandaré	0,732	14º	0,732	16º	0,677	15º	0,777	13º
	Média	0,788		0,788		0,689		0,854	
	Mandirituba	0,727	15º	0,887	02º	0,598	18º	0,744	14º
	Balsa Nova	0,684	18º	0,723	18º	0,571	23º	0,700	18º
	Bocaiúva do Sul	0,674	19º	0,763	11º	0,533	27º	0,731	15º
2º ANEL	Contenda	0,646	21º	0,719	19º	0,580	21º	0,619	21º
	Tunas do Paraná	0,644	22º	0,630	25º	0,580	22º	0,697	19º
	Rio Branco do Sul	0,538	25º	0,650	24º	0,540	26º	0,469	25º
	Itaperuçu	0,520	26º	0,623	26º	0,556	25º	0,425	27º
	Média	0,633		0,714		0,565		0,626	
	Tijucas do Sul	0,795	07º	0,693	21º	0,739	04º	0,866	07º
	Lapa	0,650	20º	0,832	05º	0,634	16º	0,535	23º
	Agudos do Sul	0,613	23º	0,767	10º	0,588	20º	0,526	24º
3º ANEL	Quitandinha	0,569	24º	0,695	20º	0,739	03º	0,357	28º
	Cerro Azul	0,513	27º	0,547	27º	0,559	24º	0,448	26º
	Adrianópolis	0,501	28º	0,428	29º	0,436	28º	0,614	22º
	Doutor Ulysses	0,333	29º	0,522	28º	0,226	29º	0,259	29º
	Média	0,568		0,640		0,560		0,515	
	Piên	0,795	06º	0,760	12º	0,815	01º	0,793	11º
4º ANEL	Rio Negro	0,725	16º	0,755	13º	0,698	11º	0,712	17º
	Campo do Tenente	0,687	17º	0,662	23º	0,738	05º	0,646	20º
	Média	0,736		0,726		0,750		0,717	

Fonte: IPARDES

(1) Índice de mais de 6 consultas de pré-natal por nascido vivo.

(2) Índice de óbitos de menores de 5 anos por causas evitáveis.

(3) Índice de óbitos por causas mal definidas.

Há variações bem mais discretas entre o índice de desempenho e seus componentes, como no caso de Almirante Tamandaré, com índice de 0,732, em 14º lugar na classificação geral e em 16º, 15º e 13º lugar na classificação dos componentes, como também no caso de Doutor

Ulysses, 29º lugar em desempenho, cujos componentes se encontram no 28º lugar para 06 ou mais consultas de pré-natal e 29º lugar em mortalidade até 5 anos por causas evitáveis ou mortalidade geral por causas mal definidas.

O município de Curitiba apresenta o maior IPDM - Saúde, cujos índices componentes estão em 3º, 2º e 1º lugar na mesma ordem apresentada até agora.

A constância das ações de saúde e a amplitude de alcance das mesmas sobre os grupos de risco e a população em geral devem ter papel determinante na performance mais ou menos regular dos índices de desempenho em saúde e seus componentes. A esse título, Doutor Ulysses deve encontrar maiores dificuldades em ofertar sistematicamente ações e atividades básicas de saúde para atenção integrada a toda sua população, do que outros municípios melhor posicionados.

Na tabela 6 as médias de IPDM-Saúde (2000-2008) são cotejadas ao gasto *per capita* em saúde (2009) de cada município da Regional Metropolitana de Saúde, onde municípios bem situados pelo índice de desempenho em saúde apresentam gastos moderados ou até inferiores à média do correspondente anel metropolitano e do conjunto das municipalidades. Fazenda Rio Grande se encontra em quarto lugar na classificação de desempenho em saúde, e em 25º lugar quando se considera o seu gasto *per capita* em 2009.

O desempenho municipal em saúde medido pelo IPDM-Saúde, média de 2000 a 2008, confrontado com os *per capita* de recursos municipais aplicados em saúde no ano de 2009 permite constatar que nem sempre aos melhores índices de desempenho correspondem maiores *per capita*, isto é, os gastos mais elevados não garantem os melhores níveis de saúde, o que pode ser consequência da alocação não efetiva, quando o declarado não foi aplicado de fato; da alocação ineficiente, quando a aplicação não foi tecnicamente adequada; ou ineficaz, quando apesar de efetiva e eficientemente aplicados, os recursos não lograram os melhores resultados.

Tabela 6 - Média do IPDM-Saúde (2000-2008) e gasto *per capita* 2009 por município e por anel metropolitano

LOCALIDADE		IPDM-SAÚDE		GASTO PER CAPITA 2009	
		Média 2000-2008	Classificação	R\$	Classificação
Polo	Curitiba	0,887	01º	373,00	02º
1º ANEL	Araucária	0,835	02º	661,00	01º
	Quatro Barras	0,808	03º	329,00	06º
	Fazenda Rio Grande	0,805	04º	176,00	25º
	Pinhais	0,800	05º	193,00	22º
	Piraquara	0,787	08º	186,00	23º
	Campo Largo	0,781	09º	184,00	24º
	Campina Grande do Sul	0,765	10º	170,00	26º
	Campo Magro	0,762	11º	261,00	12º
	São José dos Pinhais	0,748	12º	368,00	03º
	Colombo	0,743	13º	135,00	28º
	Almirante Tamandaré	0,732	14º	77,00	29º
	Média	0,788		257,00	
2º ANEL	Mandirituba	0,727	15º	295,00	09º
	Balsa Nova	0,684	18º	259,00	13º
	Bocaiúva do Sul	0,674	19º	230,00	18º
	Contenda	0,646	21º	215,00	20º
	Tunas do Paraná	0,644	22º	347,00	05º
	Rio Branco do Sul	0,538	25º	223,00	19º
	Itaperuçu	0,520	26º	146,00	27º
	Média	0,633		231,00	
3º ANEL	Tijucas do Sul	0,795	07º	265,00	11º
	Lapa	0,650	20º	239,00	17º
	Agudos do Sul	0,613	23º	243,00	16º
	Quitandinha	0,569	24º	213,00	21º
	Cerro Azul	0,513	27º	253,00	14º
	Adrianópolis	0,501	28º	315,00	08º
	Doutor Ulysses	0,333	29º	317,00	07º
	Média	0,568		250,00	
4º ANEL	Piên	0,795	06º	285,00	10º
	Rio Negro	0,725	16º	247,00	15º
	Campo do Tenente	0,687	17º	355,00	04º
	Média	0,736		270,00	

Fontes: IPARDES e TCE-PR – Diretoria de Contas Públicas

Nos extremos, pode-se constatar que ao maior *per capita* de Araucária não corresponde o melhor desempenho medido pelo índice IPARDES de desempenho municipal em saúde, e que ao menor *per capita* de Almirante Tamandaré não corresponde o menor índice de desempenho.

Outras razões, no entanto, peculiares a cada um dos municípios, podem ser detectadas em estudos mais específicos. Araucária pode ter assumido obrigações assistenciais historicamente estabelecidas, mediante as dificuldades de acesso a serviços complementares e suplementares fora do

seu território, restrições estas presentes em maior ou menor grau entre todos os municípios metropolitanos, os quais são obrigados a gastos extraordinários com serviços de referência, o que fazem com os chamados recursos livres, limitados apenas pela sua capacidade orçamentária.

Os municípios de menor arrecadação têm menos possibilidades de se suprir por conta de recursos livres, embora o façam mesmo assim, dependendo ainda de repasses por transferências voluntárias, incertos e descontínuos.

Colocando-se *vis-à-vis* a classificação dos municípios por desempenho em saúde e por gasto *per capita* em saúde, pode-se visualizar desde aqueles que fazem mais pela saúde da sua população com os maiores gastos, até os que fazem mais com menores gastos, mas também os que fazem menos com maiores gastos e os que fazem menos com os menores gastos (tabela 7).

Tabela 7 - Classificação da média (2000-2008) do IPDM-Saúde vis-à-vis o gasto municipal *per capita* em saúde (2009) na RMS

LOCALIDADE	IPDM-SAÚDE		GASTO PER CAPITA		LOCALIDADE
	Índice	Classificação	R\$	Classificação	
Curitiba	0,887	01º	661,00	01º	Araucária
Araucária	0,835	02º	373,00	02º	Curitiba
Quatro Barras	0,808	03º	368,00	03º	São José dos Pinhais
Fazenda Rio Grande	0,805	04º	355,00	04º	Campo do Tenente
Pinhais	0,800	05º	347,00	05º	Tunas do Paraná
Tijucas do Sul	0,795	07º	329,00	06º	Quatro Barras
Piên	0,795	06º	317,00	07º	Doutor Ulysses
Piraquara	0,787	08º	315,00	08º	Adrianópolis
Campo Largo	0,781	09º	295,00	09º	Mandirituba
Campina Grande do Sul	0,765	10º	285,00	10º	Piên
Campo Magro	0,762	11º	265,00	11º	Tijucas do Sul
São José dos Pinhais	0,748	12º	261,00	12º	Campo Magro
Colombo	0,743	13º	259,00	13º	Balsa Nova
Almirante Tamandaré	0,732	14º	253,00	14º	Cerro Azul
Mandirituba	0,727	15º	247,00	15º	Rio Negro
Rio Negro	0,725	16º	243,00	16º	Agudos do Sul
Campo do Tenente	0,687	17º	239,00	17º	Lapa
Balsa Nova	0,684	18º	230,00	18º	Bocaiúva do Sul
Bocaiúva do Sul	0,674	19º	223,00	19º	Rio Branco do Sul
Lapa	0,650	20º	215,00	20º	Contenda
Contenda	0,646	21º	213,00	21º	Quitandinha
Tunas do Paraná	0,644	22º	193,00	22º	Pinhais
Agudos do Sul	0,613	23º	186,00	23º	Piraquara
Quitandinha	0,569	24º	184,00	24º	Campo Largo
Rio Branco do Sul	0,538	25º	176,00	25º	Fazenda Rio Grande
Itaperuçu	0,520	26º	170,00	26º	Campina Grande do Sul
Cerro Azul	0,513	27º	146,00	27º	Itaperuçu
Adrianópolis	0,501	28º	135,00	28º	Colombo
Doutor Ulysses	0,333	29º	77,00	29º	Almirante Tamandaré

Fontes: IPARDES e TCE - Diretoria de Contas Públicas

Curitiba, em primeiro lugar em desempenho, encontra-se em segundo lugar em gasto *per capita*, e Araucária, ao contrário, faz o maior gasto *per capita* em saúde e alcança o segundo

melhor desempenho da regional metropolitana. À média do IPDM-Saúde de 0,692 corresponde uma média de R\$ 260,69, as quais não se situam de forma especular na tabela comparativa do desempenho municipal e do gasto *per capita* em saúde.

Como estes municípios posicionados no topo da tabela comparativa, há outros classificados em posições pouco afastadas de desempenho e gasto *per capita* em saúde, como Campo Magro, Rio Negro, Bocaiúva do Sul, Contenda e Itaperuçu. Por outro lado, há municípios com a média do IPDM-Saúde (2000-2008) em posição mais favorável que o posicionamento do seu gasto *per capita* (2009), como Fazenda Rio Grande, Pinhais, Tijucas do Sul, Piên, Piraquara, Campo Largo, Campina Grande do Sul, Colombo e Almirante Tamandaré. Há também os municípios que apresentam a média IPDM-Saúde (2000-2008) desfavorável em relação à posição do seu gasto *per capita* em 2009, alguns com estes parâmetros muito afastados: Doutor Ulysses, Adrianópolis e Cerro Azul. É chamativo o caso de Almirante Tamandaré, classificado em 14º lugar na média do IPDM-Saúde, com gasto de R\$ 77,00 *per capita* em 2009.

Os municípios metropolitanos, como a maioria dos municípios brasileiros, são cumpridores habituais da Emenda Constitucional 29, haja vista informação acessada em 13 de dezembro próximo passado, em que se obteve do Sistema de Informação do Orçamento Público de Saúde (SIOPS) a série histórica de percentuais dos orçamentos municipais despendidos com saúde de 2000 a 2009 (SIOPS, 2010).

Calcularam-se as médias simples dos percentuais de gastos orçamentários com saúde relativos aos anos de 2003 a 2009, ficando evidente que as despesas de saúde atribuídas aos municípios metropolitanos aumentaram em média 9,0%, superando em todos os casos o limite constitucional estipulado em 15% da receita de impostos municipais.

O Paraná encontra-se, enquanto isso, entre os quatro estados brasileiros ainda não cumpridores da Emenda Constitucional 29, ao lado do Espírito Santo, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Aliás, o estado é inadimplente desde o ano 2000, tendo então destinado 4,06% de sua renda de impostos e nos anos subsequentes: 10,09; 5,98; 5,75; 6,14; 8,35; 11,55; 9,22; 9,79 em percentuais do respectivo orçamento anual, tendo atingido melhor performance em 2001, 2006 e 2009, com 9,76% de 12 bilhões e 400 milhões do orçamento estadual (SIOPS, 2010).

O gráfico da figura 4, correspondente à evolução dos gastos realizados pelos municípios e pelo Estado do Paraná em percentual orçamentário comprometido com despesas de saúde, evidencia o crescimento superior dos gastos municipais em relação ao crescimento dos gastos do estado, demonstrativo do comportamento dos gestores públicos com o financiamento da saúde no período de 2000 a 2009.

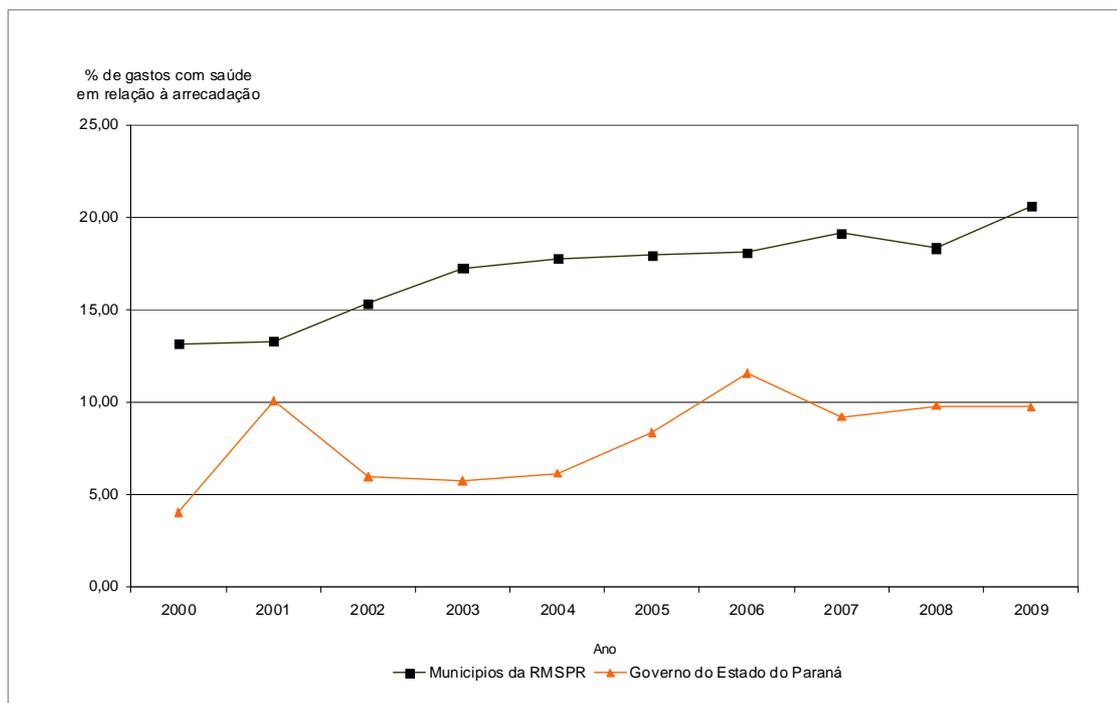


Figura 4 - Demonstrativo do percentual de impostos gastos com saúde de 2000 a 2009
Fonte: SIOPS (2011)

CONCLUSÃO

Para o desenvolvimento da pesquisa e análise de dados tomou-se por hipótese que na Regional Metropolitana de Saúde do Paraná, a região metropolitana ampliada, o Sistema Único de Saúde é inadimplente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, além de ser gerador de iniquidade em saúde em determinadas circunstâncias.

Ao concluir, reportando-me à revisão registrada nos capítulos iniciais, desde a história e o desafio que se renova de construção do Sistema Único de Saúde, do acesso e utilização de serviços de saúde e as estratégias de promoção e proteção da saúde, passando pela abordagem dos paradigmas e do desenvolvimento dos modelos de saúde e da bioética, sua relação com os direitos humanos e o direito à saúde e sua aplicação em saúde pública e coletiva, além de historiar a construção do SUS no Paraná e nesta Regional Metropolitana de Saúde, deter-me-ei em basear a resposta à hipótese inicial nos considerandos que se seguem:

- considerando que o acesso a bens e serviços setoriais vem se dando conforme a expansão territorial dos serviços de saúde, quantitativa e qualitativa, mediante as disponibilidades municipais de recursos vinculados, recursos livres e transferências voluntárias, regidos pelo que dispõe a Emenda Constitucional 29 e pela pactuação estabelecida entre os gestores federais, estaduais e municipais nas comissões bipartites e tripartite e aprovadas por deliberação dos respectivos conselhos de saúde;
- considerando que o acesso à saúde é função principalmente de condições socioeconômicas, como trabalho, moradia, educação e lazer, mas também, especificamente, do modelo de saúde adotado pela gestão pública de orientação ao consumo de bens e serviços ou ao cuidado e à proteção e promoção de saúde e vinculação dos usuários às equipes e serviços locais de saúde;
- considerando que o índice IPDM - Saúde, adotado para medição do desempenho municipal em saúde, é constituído por componentes sensíveis à verificação das atividades e ações desenvolvidas em prol do cuidado, da proteção e da promoção

da saúde e, por conseguinte, do vínculo dos usuários com as equipes e serviços locais de saúde;

- considerando a regularidade de informações das atividades e ações relativas ao cuidado, à proteção e à promoção da saúde e sua disponibilidade continuada no sistema de informações das secretarias municipais de saúde e junto às instâncias regionais, estadual e nacional do Sistema Único de Saúde;
- considerando que os valores apurados para o índice IPDM-Saúde ao longo de 09 anos agrupados em triênios têm a sensibilidade de detectar mudanças de condições assistenciais, favoráveis ou desfavoráveis, em prazo mediato sem a necessidade de qualquer ajustamento, ao contrário dos medidores dependentes de informações decenais como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);
- considerando que, ao acompanhar os municípios pelos índices de desempenho, pode-se observar sua constância longitudinal do IPDM-Saúde e a ampla variação de seus três componentes em cada município;
- considerando que as despesas municipais com a função saúde em 2009 informadas pelo Tribunal de Contas do Estado, classificadas por recursos vinculados, recursos livres e transferências voluntárias, permitem apurar o gasto *per capita* em saúde de cada um dos municípios metropolitanos, como do seu conjunto e do Estado do Paraná;
- considerando a classificação dos municípios em ordem crescente ou decrescente dos valores apurados para o IPDM-Saúde e, igualmente, a sua classificação pela sucessão dos valores do respectivo gasto *per capita* em saúde; e,
- considerando a comparação de ambas as classificações e a constatação de sua ampla disparidade, em que ao maior gasto *per capita* não corresponde biunivocamente o maior IPDM-Saúde, pode-se verificar que o sistema de saúde vigente na Regional Metropolitana de Saúde se configura em um misto de consumo de bens e serviços e de proteção e promoção da saúde em que ao maior consumo não corresponde necessariamente, a maior proteção, podendo-se concluir que:

De fato, na Região Metropolitana de Saúde do Paraná, o Sistema Único de Saúde é inadimplente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, na medida em que não acessa 06 ou mais consultas de pré-natal a todas as gestantes; não garante acesso às especialidades tais quais cardiologia, neurologia, obstetrícia e ortopedia; não é equitativo na medida

em que seu financiamento não obedece a critérios de justiça distributiva, mas, ao contrário, é causador de iniquidade ao destinar mais recursos a quem tem mais, a revel do princípio da diferença, em que "se alguma diferença houver em distribuição de recursos públicos que ela seja favorável a quem tem menos ou mais precisa" (RAWLS, 1997).

Desse modo, o preceito da inclusão universal não se verifica plenamente conforme as leis 8080 e 8142 e o desiderato da Constituição Federal de 1988, prorrogando-se a injustiça distributiva especialmente entre os municípios metropolitanos, embora suas despesas orçamentárias com a função saúde venham extrapolando cada vez mais os limites determinados pela Emenda Constitucional 29, o que, todavia, não permite superar absolutamente a iniquidade, verificando-se ainda restrição no acesso aos serviços fundamentais de saúde e, principalmente, aos serviços complementares ou suplementares à atenção primária, acarretando limitação à autonomia individual e coletiva.

Ao descentralizar programas, atividades e ações de saúde, a União e os estados transferem responsabilidades e deixam de compartilhar dos gastos correspondentes em proporções adequadas, oferecendo mais amiúde incentivos que geram maior dispêndio, desde a operacionalização da NOB 01/96, com o expediente do PAB Fixo e do PAB Variável, e não o custeio integral ou paritário das novas modalidades de atendimento, especialmente nas linhas de cuidado que são recomendadas como estratégicas ao controle de doenças, à prevenção, à proteção e à promoção da saúde.

Novos recursos são necessários para que haja equidade, mais recursos, porém, nunca serão suficientes se não forem acompanhados de novas regras ou de uma interpretação mais justa da transferência de recursos, tal que haja mais verbas para a cobertura dos serviços de saúde aos que estão mais expostos ao risco de adoecer e morrer.

É imperioso que se estabeleça a regulamentação da Emenda Constitucional 29 a fim de assegurar a vinculação orçamentária e sua função distributiva disciplinada por lei específica em tramitação no Congresso Nacional, mas é ilusório nutrir a expectativa de garantir por essa via o aporte de recursos financeiros suficientes para a sustentação do Sistema Único de Saúde.

A aplicação da Emenda Constitucional 29, embora venha contribuindo para sustentar o sistema de saúde antes da sua regulamentação por lei específica, não promove a distribuição equitativa de recursos aos municípios e seus cidadãos, pois mesmo se realizando plenamente dará sempre mais a quem tem mais, isto é, proporcionará mais recursos aos mais bem financiados por

sua própria arrecadação municipal, aos quais não cabe qualquer função distributiva além dos seus limites territoriais.

Se a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, interessa, portanto, que a União, o Distrito Federal, os estados e os municípios bem desempenhem sua função essencial, qual seja, a função distributiva, de cada um conforme a sua capacidade e a cada um conforme a sua necessidade, de modo que se anule ou se reduza a discriminação no acesso, direta ou indiretamente relacionada com a renda pública ou privada.

Nessa perspectiva a experiência paranaense de ação conjunta, solidária e compartilhada como se verifica com os múltiplos consórcios intermunicipais de saúde, a Associação dos Consórcios Intermunicipais e o Consórcio Paraná Saúde de aquisição de medicamentos e outros bens e serviços de saúde, poderá se replicar entre os municípios metropolitanos em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, recém constituintes do Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná.

REFERÊNCIAS

Aguilera, SLVU. Desigualdades sócio-espaciais e acesso aos serviços de média complexidade na Região Metropolitana de Curitiba. 2010. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Odontologia) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010.

Andrade, LOM. SUS passo a passo. Sobral/CE, São Paulo: Uva Hucitec; 2001.

Anjos, MF. Bioética e teoria da libertação. São Paulo: Centro São Camilo e Loyola; 2003

Arretche, MTS. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: FAPESP e Editora REVAN; 2000.

Azevedo, MAO. Bioética fundamental. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2002.

Beecher, HK. Consent in clinical experimentation: myth and reality. *Jama*, 1966; 195, p.34-5.

Beecher, HK. Ethics and clinical research. *New England Journal of Medicine*, 1966; 274, p.1340-60.

Berlinguer, G. Bioética cotidiana. Brasília: UnB; 2004.

Berlinguer, G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Braga, JCS, PAULA, SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1981.

Brasil. Glossário temático de economia da saúde. Projeto de Terminologia da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Lei 6.229. Organiza o sistema nacional de saúde e estabelece as principais competências e atribuições às distintas esferas do governo. Brasília-DF; 1975.

Brasil. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília; 1990.

Brasil. Lei 8142. Dispõe sobre a participação e o controle social do SUS. (completar). Ministério da Saúde, Brasília; 1990.

Carvalho, G. A Inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, 6 (002); 2001, p.435-44.

Carvalho, G. O financiamento público federal do sistema único de saúde – 1988-2001. São Paulo: Edição do autor; 2002.

Castro, JÁ, Santos, CHM, Ribeiro, JAC (Orgs.). Tributação e equidade no Brasil: um registro do IPEA no biênio 2008-2009. Brasília: IPEA; 2010.

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: saúde é democracia. Brasília; 1979 (mimeo).

Cnes. Disponível em: <datasus.gov.br>. Acessado em: 14 nov. 2010.

Conass Documenta nº 18. As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS; 2009.

Conass Documenta nº 19. O sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Brasília: CONASS; 2009.

Conass. Participação da comunidade. SUS 20 anos, Brasília: CONASS; 2009.

Dupuy, JP. Introdução à crítica da ecologia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980.

Fortes, PAC. Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro. Revista de Bioética, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2010; 18 (2).

Fortes, PAC; Zoboli, ELCP (Orgs.). Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

Fórum RSB. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. 2006. Disponível em: <www.abrasco.org.br>, <cebes@ensp.fiocruz.br>, <www.abres.fea.usp.br>, <www.redeunida.org.br>, <www.ampasa.org.br>.

Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freud, S. Mal estar da civilização in Edição standard brasileira da obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago; XXI 1974.

Garrafa, V, Kottow, M, Saada, A. (Orgs.). Bases conceituais da bioética - enfoque latino-americano. São Paulo. Gaia; 2006.

Garrafa, V, Porto, D. Por uma ética de intervenção. In: Garrafa, V; Pessini, L. (Orgs.). Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003.

Garrafa, V, Prado MM, Bugarin Jr, JG. Bioética e odontologia. In: Vieira, TR (Org.). Bioética nas profissões. Petrópolis: Vozes; 2005.

Garrafa, V., Córdon, J. Determinantes sociais da doença. Revista Saúde em Debate: Determinação Social da Saúde, Rio de Janeiro, Centro brasileiro de Estudos de Saúde. 2009 set./dez. 33 (83); p.388-96.

Garrafa, V.; Córdon, J. (Org.). Pesquisas em bioética no Brasil de hoje. São Paulo: Gaia, 2006.

IBGE. Anuário estatístico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE; 2008

Illich, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Ipardes. Metodologia utilizada para a construção do índice FIRJAN – Saúde. Curitiba; 2010.

Ipardes. Nota Técnica sobre indicadores que compõem as três dimensões do IDH, IDH-M, IFDM e IPRS. Curitiba: Ipardes; 2010.

- Ipardes. Nota Técnica: federalismo e políticas sociais, Paraná. Curitiba: Ipardes; 2010.
- Ippuc. Sistema Regionalizado e Integrado de Saúde para Curitiba - proposta de ação conjunta. INAMPS - SESB - Saza Lattes - PMC. Curitiba; 1979.
- Jonas, H. O princípio vida. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Jonsen, A. The new medicine and the old ethics. Cambridge: Harvard Press; 1990.
- Junges JR, Selli, L. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. São Leopoldo: Unisinos; 2009 (mimeo).
- Medici, AC. A economia política das reformas em saúde. Porto Alegre: IAHCS; 1997.
- Morin, E. Ciência como consciência., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
- Moura, R. Arranjos urbano-regionais no Brasil: uma análise com foco em Curitiba. 2009. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia - Curso de Doutorado em Ciências da Terra, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.
- Moura, R., Ultramari, C. O que é periferia urbana. São Paulo: Brasiliense; 1996 - (Coleção primeiros passos; 306).
- Niterói. Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Prefeitura Municipal de Niterói, Fundação Municipal de Saúde; 1992
- Paim, JS, Almeida Filho, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
- Paraná. Projeto de habilitação do SAMU-192 Regional Metropolitano. Curitiba: Regional de Saúde Metropolitana. SESA-PR; 2009.
- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano diretor de regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde no Estado do Paraná. Curitiba: SESA-PR; 2009.
- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Atividades, Regional Metropolitana de Saúde do Paraná. SESA; 2010.
- Piola, SF, Barros, MEB, Servo, LMS, Nogueira, R, Sá, EB e Paiva, AB. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde in Tributação e equidade no Brasil, um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009. Brasília: Ipea; 2010.
- Piola, SF, Vianna, SM (Orgs.). Estado de uma nação: texto de apoio – Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília: Ipea, 2009 (Texto para Discussão, n. 1391).
- Potter, VR. Bioethics, bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall; 1971.
- Raggio, AMB. Brasília mais saudável in DF em questão. Brasília: Editora da UnB; 2006.
- Raggio, NZ. Balanço e perspectivas da descentralização no Estado do Paraná. Relatório de pesquisa. projeto balanço e perspectivas da descentralização no Brasil. Curitiba: Ipardes; 1996 (mimeo).

Rawls, J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

Rego, S, Palácios, M, Siqueira-Batista, R. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Ribeiro, EM. Análise da atenção primária à saúde em Curitiba: enfoque nos atributos das equipes saúde da família. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

Santos, B. Introdução a uma ciência pós-moderna.,Porto: Edições Afrontamento; 1989.

Schramm, FR. Bioética sem universalidade? In: Garrafa, V, Kottow, M, Saada, A (Orgs.). Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.

Sen, A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

Sen, A. Sobre ética e economia. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

Silveira, JE, Porto, D e Fortes, PAC. Linhas temáticas da bioética no Brasil. In: Anjos, MF, Siqueira, JE. Sociedade Brasileira de Bioética, Aparecida; 2007.

Silveira, MM. Política nacional de saúde publica. A trindade desvelada: economia - saúde - população. Rio de Janeiro: Editora Revan; 2005.

Singer, P. Ética prática. Tradução: Aloísio Ruedell. Petrópolis: Vozes; 1996.

Siops. Disponível em: <datasus.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2010.

Sotolongo, P. O tema da complexidade no contexto da bioética. In: Garrafa, V, Kottow, M, Saada, A. (Orgs.). Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.

Starfield, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, DFID e Unesco; 2002

Szuchman, T. Diferenças intra-regionais e a gestão da Região Metropolitana de Curitiba. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica – PUCPR; 2007.

Tambelini, AMT. Questões introdutórias: razões, significados e afetos - expressões do "Dilema Preventivista", então e agora in AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.

TCE.Tribunal de Contas do Estado do Paraná. Curitiba: Diretoria de Contas Públicas; 2008.

Tesser, CD (Org.). Medicalização social e atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec; 2009.

World Health Organization (WHO). World Helath Statistics. 2008.