

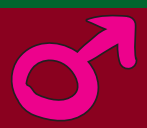
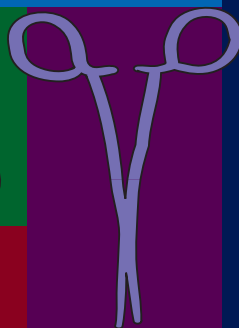
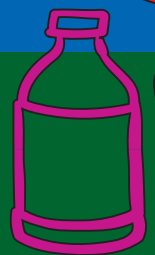
Saúde & Cidadania



Para gestores municipais de serviços de saúde



Distritos Sanitários: Concepção e Organização



Eurivaldo Sampaio de Almeida
Cláudio Gastão Junqueira de Castro
Carlos Alberto Lisboa

DISTRITOS SANITÁRIOS:
CONCEPÇÃO E ORGANIZAÇÃO

PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

DISTRITOS SANITÁRIOS:
CONCEPÇÃO E
ORGANIZAÇÃO



Eurivaldo Sampaio de Almeida
Cláudio Gastão Junqueira de Castro
Carlos Alberto Lisboa Vieira

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE - IDS
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR - NAMH/FSP - USP
BANCO ITAÚ

SÃO PAULO
1998

Copyright © 1998 by Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo

Coordenação do Projeto

Gonzalo Vecina Neto, Valéria Terra, Raul Cutait
e Luiz Eduardo C. Junqueira Machado

Produção editorial e gráfica



Editora Fundação Peirópolis Ltda.
Rua Girassol, 128 – Vila Madalena
São Paulo – SP 05433-000
Tel: (011) 816-0699 e Fax: (011) 816-6718
e-mail: peiropol@sysnetway.com.br

Projeto gráfico e editoração eletrônica
AGWM Artes Gráficas

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Almeida, Eurivaldo Sampaio de

Distritos Sanitários: Concepção e Organização, volume 1 / Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro, Carlos Alberto Lisboa Vieira. – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania)

Realizadores: "Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú".

1. Distritos sanitários – Brasil 2. Municípios – Governo e administração – Brasil 3. Serviços de saúde – Administração – Brasil 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Castro, Cláudio Gastão Junqueira de. II. Vieira, Carlos Alberto Lisboa. III. Título. IV. Série.

98-4494

CDD-362.1068

Índices para catálogo sistemático:

1. Distritos sanitários : Serviços de saúde : Administração : Bem-estar social
362.1068

Tiragem

3.000 exemplares

É autorizada a reprodução total ou parcial
deste livro, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita

IDS – Rua Barata Ribeiro, 483 – 6º andar
01308-000 – São Paulo – SP
e-mail: ids-saude@uol.com.br

FSP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – 1º andar – Administração Hospitalar
01246-904 – São Paulo – SP
Tel: (011) 852-4322 e Fax: (011) 282-9659
e-mail: admhosp@edu.usp.br

Banco Itaú – PROAC – Programa de Apoio Comunitário
Rua Boa Vista, 176 – 2º andar – Corpo I
01014-919 – São Paulo – SP
Fax: (011) 237-2109

REALIZAÇÃO



INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO
DA SAÚDE

Presidente: Prof. Dr. Raul Cutait



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FSP/USP

Diretor: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR – NAMH/FSP
Coordenador: Prof. Gonzalo Vecina Neto



BANCO ITAÚ S.A.

Diretor Presidente: Dr. Roberto Egydio Setubal

APOIO



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às equipes das secretarias da Saúde dos cinco municípios que participaram dos módulos de treinamento, que, através da troca de experiências e sugestões – incorporadas neste manual –, enriqueceram sobremaneira o seu conteúdo:

DIADEMA

Agrimeron Cavalcante da Costa
Felomena Elizete Fernandes
Marco Colli

FORTALEZA

Maria Helena Alencar de Andrade
Regina Celia de Alencar Ribeiro

VOLTA REDONDA

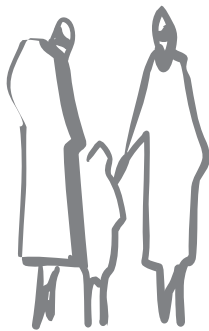
Auxiliadora Tavares Vieira
Crelúzia Grativa de Aguiar
Elizete Pacheco de Souza
Maria Cristina Guedes Baylão
Marina Fátima de Oliveira Marinho
Paula Hérica Rocha de Azevedo

FOZ DO IGUAÇU

Aparecida Maria Steinmacher
Dilson Paulo Alves
Luiz de Oliveira
Márcia Regina Bittencourt
Marli de Souza Bernardes
Marli Teixeira
Romildo Mousinho Ferreira
Sadi Buzanelo

BETIM

José Luiz Rodrigues



PREFÁCIO

Este conjunto de manuais para o projeto *Saúde & Cidadania* se insere no trabalho iniciado há cinco anos pelo Banco Itaú com a criação do Programa de Apoio Comunitário (PROAC). Voltado desde a origem para programas de educação básica e saúde, o PROAC tem desenvolvido dezenas de projetos de sucesso. Um dos melhores exemplos é o *Raízes e Asas*, elaborado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec). Com iniciativas como essa, o Programa de Apoio Comunitário tem recebido diversas manifestações de reconhecimento e premiações.

Os resultados positivos obtidos com os programas já implantados levam agora o Itaú a viabilizar este projeto dirigido às necessidades detectadas na área de saúde. O projeto *Saúde & Cidadania* resulta da honrosa parceria do Banco Itaú, do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e do Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP). A meta agora é divulgar para os municípios brasileiros o conhecimento e as experiências acumuladas por especialistas na área da saúde pública, que participaram da elaboração destes manuais, bem como os resultados advindos da sua utilização na fase de teste em cinco municípios. Por meio deles pretende-se aperfeiçoar a atuação dos gestores municipais

de serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida das comunidades a partir de noções básicas de gestão da saúde. Nos manuais, os gestores da saúde encontrarão fundamentos sobre planejamento em saúde, qualidade na gestão local de saúde pública, vigilância sanitária, gestão financeira, gerenciamento de equipamentos hospitalares, gestão de medicamentos e materiais, entre outros.

O trabalho de divulgação do que pode ser considerado um dos pilares da saúde pública – a viabilização da otimização dos recursos disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população – contará com o apoio da rede de agências do Itaú que, sempre sintonizadas com as necessidades locais, poderão ajudar a divulgar o material elaborado pelo projeto.

A intenção deste programa, vale frisar, será sempre aumentar a eficácia da ação dos gestores municipais da saúde quanto às melhores maneiras de aproveitar ao máximo todos os recursos que estiverem efetivamente ao seu alcance, por mais limitados que possam parecer. Os beneficiários deste trabalho serão as populações das cidades mais carentes, e o Brasil em última análise, por meio da disseminação de técnicas e experiências de última geração.

O Banco Itaú, no seu papel de empresa-cidadã e socialmente responsável, acredita que assim estará contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a construção de uma sociedade mais justa.

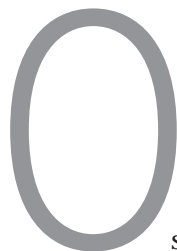
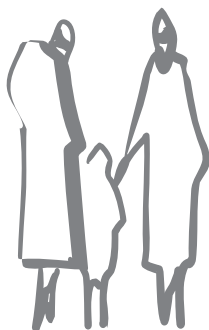


ROBERTO EGYDIO SETUBAL
Diretor Presidente



Banco Itaú S.A.

APRESENTAÇÃO



O setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

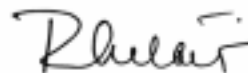
Os Manuais para Gestores Municipais de Serviço de Saúde foram elaborados com a finalidade de servir como ferramenta para a modernização das práticas administrativas e gerenciais do SUS, em especial para municípios. Redigidos por profissionais experientes, foram posteriormente avaliados em programas de treinamento oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP aos participantes das cidades-piloto.

Este material é colocado agora à disposição dos responsáveis pelos serviços de saúde em nível municipal.

Daqui para a frente, esforços conjuntos deverão ser multiplicados para que os municípios interessados tenham acesso não apenas aos manuais, mas também à sua metodologia de implantação. Mais ainda, a proposta é que os resultados deste projeto possam ser avaliados de maneira a, no futuro, nortear decisões técnicas e políticas relativas ao SUS.

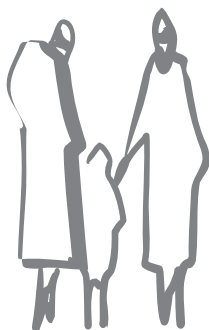
A criação destes manuais faz parte do projeto *Saúde & Cidadania* e é fruto dos esforços de três instituições que têm em comum a crença de que a melhoria das condições sociais do país passa pela participação ativa da sociedade civil: o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), que é uma organização não-governamental, de caráter apartidário, e que congrega indivíduos não só da área da saúde, mas também ligados a outras atividades, que se propõem a dar sua contribuição para a saúde; o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), que conta com a participação de experiente grupo da academia ligado à gestão e administração; e o Banco Itaú, que, ao acreditar que a vocação social faz parte da vocação empresarial, apóia programas de ampla repercussão social. O apoio oferecido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a possibilidade de êxito dessa proposta.

O sentimento dos que até o momento participaram deste projeto é de entusiasmo, acoplado à satisfação profissional e ao espírito de participação social, num legítimo exercício de cidadania. A todos os nossos profundos agradecimentos, extensivos à Editora Fundação Peirópolis, que se mostrou uma digna parceira deste projeto.



RAUL CUTAIT
Presidente

NOTAS EXPLICATIVAS



UM POUCO DE HISTÓRIA

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde,

com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel –, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

No entanto, um conjunto de fatores – como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos

crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros – tem se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes. Tudo isso redundando em uma sensação de inviabilidade do SUS, apesar de o caminho ser unanimemente considerado como correto.

Existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminação positiva, é o caminho para superar as causas que colocam o SUS em xeque.

Assim, é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Dessa forma, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gerente de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação.

Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social.

Sob essa lógica, deve-se pensar também na necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia.

Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

É esse um dos grandes desafios a serem enfrentados.

O PROJETO *SAÚDE & CIDADANIA*

A partir da constatação da necessidade de formar gerentes para o nível municipal, um conjunto de instituições articulou-se para desenvolver uma estratégia que pudesse dar uma resposta ao desafio.

Assim, o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), com o apoio político do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde, com o apoio financeiro do Banco Itaú, desenvolveram este projeto com os seguintes objetivos:

- Apoiar, com fundamento em ações, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Criar uma metodologia e organizar um conjunto de conhecimentos que possam ser aplicados amplamente no desenvolvimento de capacitação gerencial em gestão de ações e serviços de saúde prestados em municípios com mais de 50.000 habitantes.
- Colocar à disposição dos municípios brasileiros um conjunto de manuais dedicados à gestão local de serviços de saúde, tanto em forma de livros como em meio magnético e ainda por intermédio da Internet.
- Gerar a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade para interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor da saúde.

Mediante a organização e consolidação de um conjunto de conhecimentos já disponíveis, o projeto desenvolveu uma série de doze manuais que privilegia a área gerencial e que, além de reunir os conhecimentos existentes de cada tema específico, articula as experiências práticas de seus autores, gerando um produto final capaz de oferecer ao usuário um caminho para seu aprendizado de forma clara e acessível. Portanto, não se trata de um simples agrupamento de manuais e sim de um projeto educativo e de capacitação em serviço não tradicional, destinado a criar e fortalecer habilidades e conhecimentos gerenciais nos funcionários que ocupam postos de responsabilidade administrativa nos serviços locais de saúde.

Os manuais que compõem o projeto e seus respectivos autores são os seguintes:

1. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização* – Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Carlos Alberto Lisboa.
2. *Planejamento em Saúde* – Francisco Bernardini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios e José Henrique Germann Ferreira.
3. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde* – Ana Maria Malik e Laura Maria Cesar Schiesari.
4. *Gestão da Mudança Organizacional* – Marcos Kisil. Colaboração de Tânia Regina G. B. Pupo.
5. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde* – Gilson Caleman, Marizélia Leão Moreira e Maria Cecília Sanchez.
6. *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios* – André de Oliveira Carvalho e Maria Bernadete de Paula Eduardo.
7. *Vigilância em Saúde Pública* – Eliseu Alves Waldman. Colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa.
8. *Vigilância Sanitária* – Maria Bernadete de Paula Eduardo. Colaboração de Isaura Cristina Soares de Miranda.
9. *Gestão de Recursos Humanos* – Ana Maria Malik e José Carlos da Silva.
10. *Gestão de Recursos Financeiros* – Bernard François Couttolenc e Paola Zucchi.
11. *Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares* – Saide Jorge Calil e Marilda Solon Teixeira.
12. *Gestão de Recursos Materiais e Medicamentos* – Gonzalo Vecina Neto e Wilson Reinhardt Filho.

A METODOLOGIA UTILIZADA

Após a elaboração da primeira versão dos manuais, realizaram-se três módulos de treinamento com os cinco municípios indicados pelo CONASEMS (Diadema-SP, Betim-MG, Foz do Iguaçu-PR, Fortaleza-CE e Volta Redonda-RJ) com o objetivo de testá-los e expô-los à crítica.

A proposta de aplicação desenvolveu-se da seguinte forma:

- Módulo 1: apresentação pelo docente do material produzido e discussões em sala de aula, com a proposição de sua aplicação ao retornar para o campo.
- Módulo 2 (seis semanas após o primeiro): apresentação pelos alunos das dificuldades encontradas no campo e transformação da sala de aula em um espaço de consultoria e troca de experiências.
- Módulo 3 (seis semanas após o segundo): avaliação dos avanços obtidos, das limitações, dos conteúdos dos manuais e do processo como um todo.

Cada módulo de treinamento dos manuais 1, 2, 3 e 4 prolongou-se por quatro dias, contando com cerca de cinco participantes de cada município, de preferência do nível político-administrativo. Para os manuais operacionais (de 5 a 12), os treinamentos desenvolveram-se em módulos de três dias, com três participantes por município.

Na avaliação final, ficou claro que todo o processo foi extremamente positivo tanto para os participantes como para os autores, que puderam enriquecer os conteúdos dos manuais mediante a troca de experiências e a colaboração dos mais de cem profissionais que participaram dos seminários.

Também ficou evidenciado que, para o desenvolvimento futuro do projeto, o primeiro módulo (didático) é dispensável para o processo de aprendizado. Entretanto, é fundamental um momento de esclarecimento de dúvidas e de proposição de soluções para as dificuldades encontradas, principalmente se isso ocorrer em um espaço que permita troca de idéias com outras pessoas com experiências semelhantes.

O projeto *Saúde & Cidadania* propõe que, paralelamente ao uso dos manuais, seja utilizado o projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, para a capacitação de gerentes de unidades de baixa complexidade. O GERUS é um projeto desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde que pretende institucionalizar mudanças nos padrões de organização dos serviços, com o objetivo de adequá-los

à realidade de cada localidade ou região, e já está em uso em vários municípios do país.

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O material resultante do processo relatado pode ser utilizado diretamente pelas secretarias municipais da Saúde para a capacitação dos profissionais que ocupam postos de responsabilidade administrativa.

Eventualmente, a simples leitura dos manuais e a discussão entre seus pares poderão ser consideradas pelos gerentes como insuficientes para um melhor desempenho das atividades descritas, ou talvez haja a necessidade de um maior aprofundamento das questões levantadas. Nesse caso, o gestor municipal poderá solicitar ao Núcleo de Saúde Pública ligado à universidade mais próxima de seu município ou, se houver, à escola de formação da secretaria da Saúde de seu Estado, a realização de um período de treinamento (nos moldes do descrito no módulo 2), tendo como base o material oferecido pelo projeto *Saúde & Cidadania*. Como já foi mencionado, esse processo torna-se muito mais proveitoso quando possibilita a troca de experiências entre profissionais de diferentes municípios.

Uma outra proposta, ainda em fase de desenvolvimento, é a transformação dos manuais em hipertexto, tornando-os disponíveis em CD-ROM e em *site* na Internet, este último possibilitando inclusive a criação de *chats* para discussão de temas específicos e um diálogo direto com os autores.

Nesse entretempo, o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública deverá realizar reuniões com os núcleos de Saúde Coletiva que estiverem dispostos a formar monitores para o processo. Também poderá realizar treinamentos em municípios que os solicitarem. Para isso, devem entrar em contato com a Faculdade de Saúde Pública, por meio de carta, fax ou *e-mail*.

PERSPECTIVAS

A cultura organizacional do setor público brasileiro, em geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação.

O projeto *Saúde & Cidadania* oferece aos municípios um instrumental testado de formação de gerentes. O desafio agora é utilizá-lo, tendo sempre presente a perspectiva de que a transformação está em marcha e ainda há um longo caminho a ser percorrido no processo de implementação e viabilização do SUS.

GONZALO VECINA NETO

RAUL CUTAIT

VALÉRIA TERRA

Coordenadores do Projeto

SUMÁRIO

Siglas	1
Introdução	3
O Sistema Único de Saúde e o papel do gestor municipal na sua implantação	5
O conceito de saúde e do processo saúde-doença	11
O conceito de modelo assistencial na construção dos Distritos Sanitários	15
Silos/Distrito Sanitário	21
O controle social no processo de distritalização	27
Operacionalização	29
Referências bibliográficas	45
Os autores	49

SIGLAS UTILIZADAS

AIH.....	Autorização de Internação Hospitalar
CES.....	Conselho Estadual de Saúde
CIB.....	Comissão Intergestores Bipartite
CIT.....	Comissão Intergestores Tripartite
CMS.....	Conselho Municipal de Saúde
CNS.....	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS.....	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
FAE.....	Fração Assistencial Especializada
FIDEPS.....	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
FNS.....	Fundação Nacional de Saúde
INSS.....	Instituto Nacional de Seguridade Social
IVH-E.....	Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
IVISA.....	Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
IVR.....	Índice de Valorização de Resultados
MS.....	Ministério da Saúde
NOB.....	Norma Operacional Básica
PAB.....	Piso Assistencial Básico
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAVS.....	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PES.....	Planejamento Estratégico Situacional
PPI.....	Programação Pactuada e Integrada
PSF.....	Programa de Saúde da Família
SES.....	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS.....	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS.....	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS.....	Secretaria Municipal de Saúde
SNA.....	Sistema Nacional de Auditoria
SUS.....	Sistema Único de Saúde
SVS.....	Secretaria de Vigilância Sanitária
TFA.....	Teto Financeiro da Assistência
TFAE.....	Teto Financeiro da Assistência do Estado
TFAM.....	Teto Financeiro da Assistência do Município
TFECD.....	Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFG.....	Teto Financeiro Global
TFGE.....	Teto Financeiro Global do Estado
TFGM.....	Teto Financeiro Global do Município
TFVS.....	Teto Financeiro da Vigilância Sanitária



INTRODUÇÃO

A inserção do tema *Distrito Sanitário: Concepção e Organização* como um dos itens do projeto *Saúde & Cidadania* destinados aos gestores municipais fundamenta-se na razão de que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como proposta a implantação dos sistemas de saúde municipais articulados regionalmente, ou seja, sistemas regionalizados, com base municipal, num processo de negociação permanente e dinâmica entre os níveis de governo municipal, estadual e federal, visando assegurar melhor atenção à saúde da população.

Assim, o eixo de descentralização do SUS não deve nem pode ser considerado isolado e estanque, mas como um componente e instrumento de seu objetivo último, que é a melhoria das condições de saúde e de vida da população, o que implica não apenas descentralizar o poder de “fazer”, mas também o de mudar a “lógica” e a “prática” do sistema, ou seja, buscar novos *modelos de atenção* e de *gestão*.

Dessa forma, com os referenciais teórico-conceitual e metodológico-operacional do que vem se denominando Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e Distritos Sanitários (DS) sendo considerados importantes e valiosos instrumentos e estratégias no campo da organização de serviços para a busca, construção e implementação desses novos modelos, fica reforçada a fundamentação e justificativa da inclusão desse tema nesse Projeto.

Desse modo, pretende-se apresentar e discutir aspectos e dimensões que são considerados importantes nos referenciais conceituais e metodológicos de SILOS/DS que possam contribuir para a atuação dos gestores participantes do processo de implantação do SUS a partir de sua base municipal.

Reconhecendo a importância da inclusão desse tema e dos objetivos propostos, cabe destacar dois aspectos que, para os autores, podem auxiliar a melhor compreensão da abrangência e limitações do texto e sua utilização como material de apoio.

Primeiro, o de que a implantação de SILOS/DS, no contexto do SUS, faz parte de um processo político e social e, portanto, não é regido por leis das ciências exatas. Assim, este manual terá que lidar com essa dificuldade, pois não se trata de instruir a operação de uma máquina e/ou equipamento mecânico, mas sim de estabelecer a organização e operação de serviços para o atendimento da saúde das pessoas, no contexto de um país, de um Estado ou de um município, onde persiste uma variabilidade das características epidemiológicas, sociais, culturais, entre outras, representativas e substantivas de cada realidade e de seus referidos processos.

Não é possível, portanto, produzir uma “receita” aplicável a todo e qualquer município, mas pode-se indicar diretrizes, instrumentos, métodos e normatizações que possam ser úteis aos gestores.

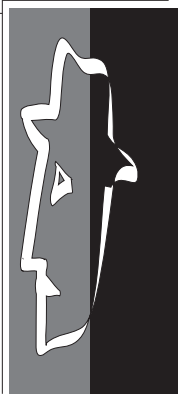
O segundo é que, dada a natureza do tema e sua inserção como um componente de um conjunto de manuais, aquelas indicações serão essencialmente “generalistas”. Assim, podem e devem ter, em vários aspectos, suas especificações e instrumentações em outros itens e capítulos temáticos.

Este manual aponta, analisa e discute as diretrizes e normas fundamentais para essa construção, que devem necessariamente ser do conhecimento do gestor municipal de saúde.

Levando em conta esses fatos e, ainda, a opção tomada pela coordenação do projeto de incluir a Reforma Sanitária e o SUS neste manual sobre SILOS/Distritos Sanitários, ele começa com uma síntese da formulação, dos referenciais e da luta pela implantação do SUS como *política* e como *sistema de saúde* e a inserção dos municípios nesse processo.

Em seguida, apresenta os referenciais de SILOS/Distritos Sanitários fundamentados em apreciação sobre suas bases e objeto de trabalho, como caracterização de saúde e do processo saúde-doença, organização dos serviços, modelo de atenção e práticas sanitárias, no que se refere a estrutura, composição e desenvolvimento das ações de saúde, complexidade, tecnologia/processos de trabalho, hierarquização e níveis de atenção, regionalização e rede de serviços, intersectorialidade e a questão do acesso, entre outras variáveis consideradas importantes.

Por fim, procura-se desenvolver um item de operacionalização, buscando apresentar e sistematizar alguns indicativos que possam auxiliar a introdução e adaptação dessa concepção e prática de trabalho nos sistemas de saúde municipais e nas suas articulações regionais, entre os próprios municípios e destes com os níveis estadual e federal.



O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PAPEL DO GESTOR MUNICIPAL NA SUA IMPLANTAÇÃO

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS, A DESCENTRALIZAÇÃO E O PAPEL DO MUNICÍPIO

A formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado do Movimento da Reforma Sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país, que teve na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) um de seus *loci* privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

A VIII Conferência é significativa e representativa desse processo pelo momento de sua ocorrência – março de 1986, no período chamado “Nova República”, iniciado com a eleição indireta do presidente da República, que marcou o fim do período autoritário –, por seu processo democrático, com a participação da sociedade civil, e por ter sistematizado e formalizado como proposta política as principais teses que vinham sendo discutidas e elaboradas pelo Movimento Sanitário, envolvendo um conceito abrangente de saúde, seu reconhecimento como direito de cidadania e dever do Estado e a unificação do sistema, entre outras. Essas diretrizes passaram a fundamentar e orientar as ações no campo da saúde.

Assim, ao lado dos avanços no campo político-institucional, com a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), houve um trabalho no campo legislativo na Assembléia Nacional Constituinte, que elaborava a nova Constituição do país.

Desse modo, a saúde tem um expressivo reconhecimento na nova Constituição, promulgada em outubro de 1988, destacando-se sua inclusão como um componente da Seguridade Social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico expresso no artigo 196, segundo o qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua

promoção, proteção e recuperação”. Além disso, são incorporados os princípios da universalidade, da equidade e integralidade das ações de saúde.

Nesse processo, o país passa a ter uma política de saúde definida constitucionalmente no sentido de política social, como política pública, que implica mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídico, político-institucional e técnico-operativo.

Entretanto, a natureza, a complexidade e a abrangência dessas mudanças e suas implicações em termos de situações e interesses existentes, associados a um momento político que coincide com o período final da “Nova República”, o processo eleitoral e o início do governo Collor, não comprometido com as teses centrais da Reforma Sanitária, dificultam a implementação da nova política de saúde.

Por isso, sua regulamentação só ocorre no final de 1990, com as leis 8.080 e 8.142, nas quais se destacam os princípios organizativos e operacionais do sistema, como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado com base municipal e o controle social.

No plano executivo, há a edição de atos normativos e administrativos que têm relações e implicações com a implantação e operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização-municipalização.

Assim, há alterações institucionais, com a vinculação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde em março de 1990. Na reestruturação do ministério em maio de 1990, o SUS, expressão constitucional da nova política de saúde do país, é “instalado” como um departamento, o Departamento do SUS, subordinado à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Ainda em março de 1990 é criada a Fundação Nacional de Saúde e são extintos os Escritórios Regionais do INAMPS e os Serviços Locais de Medicina Social, sob o argumento da adoção da diretriz de descentralização das ações de saúde para Estado e municípios. Mas, na realidade, o centralismo permanece em suas novas formas organizacionais.

Em junho de 1990, o Ministério da Saúde, com base na “unicidade” do sistema e na necessidade de estabelecer um sistema único de informações ambulatoriais e um sistema único de repasses financeiros, considera “a necessidade de, para isso, adotarem-se métodos gerenciais modernos” e autoriza o INAMPS a implantar o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), mediante a Portaria GM 896, o que é estabelecido pela Resolução INAMPS nº 227 de 27 de julho de 1990.

O SIH-SUS já tinha uma base operacional por meio do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e seu instrumento, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A Resolução nº 228 de 11 de agosto de 1990 do INAMPS equiparou os prestadores de serviços de saúde de natureza pública (inclusive os municípios) àqueles de natureza privada. Foi a universalização da *tabela de valores* a serem pagos para os procedimentos realizados.

Em seguida, o Ministério da Saúde incumbiu o INAMPS, por meio da Portaria GM 1.481 de 31 de dezembro de 1990, de “implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991...”, abrangendo:

- atividades ambulatoriais, com proposta de criação de um instrumento financeiro, a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA);
- atividades hospitalares, com os recursos transferidos na forma de AIH;
- custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;
- custeio de Programas Especiais de Saúde;
- recursos para investimentos.

Essa decisão é operacionalizada pela Norma Operacional Básica – SUS nº 1, NOB – SUS 1/91, aprovada e instituída pela Resolução INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991, ressaltando-se que “são estabelecidos nesta norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação de recursos”.

Essa norma, elaborada e instituída pelo INAMPS/MS sob o argumento do referencial do SUS, recebe acentuada crítica, particularmente por estabelecer um mecanismo convencional de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal.

Devido à reação contrária à NOB SUS 1/91, a norma é modificada pela Resolução INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, “considerando propostas do CONASS, CONASEMS e outros setores da sociedade organizada que atuam na área da saúde, como profissionais, prestadores e usuários...”

Em fevereiro de 1992 é editada a norma operacional básica do Sistema Único de Saúde para 1992, a NOB-SUS 1/92, que é fundamentada nos seguintes “considerandos:

- a. necessidade de continuar avançando no processo de construção e maturação do SUS;*
 - b. necessidade de normatizar a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para 1992, a fim de evitar a descon-tinuidade de ações e serviços prestados à população;*
 - c. o consenso obtido entre a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, o CONASS, o CONASEMS e o INAMPS no que diz respeito aos termos desta NORMA;*
 - d. o consenso entre o CONASS e o CONASEMS sobre a **oportunidade** (grifo nosso) da publicação desta norma”.*
-

Ela representou, na realidade e em última instância, o “acordo possível” naquele momento.

Essas regulamentações jurídicas e reformulações institucionais são evidentemente reflexos e instrumentos de decisões políticas maiores, das relações de poder no aparelho estatal e na sociedade.

De qualquer modo, todo o processo de regulamentação e início de implantação, com seus avanços e recuos, acordos e conflitos, muda a realidade política e institucional do SUS, particularmente com a ampliação e articulação das secretarias municipais da Saúde e a revisão dos papéis e poderes das secretarias estaduais da Saúde e do próprio Ministério da Saúde.

O governo passa por uma crise, e a tentativa de contorná-la implica mudanças na equipe; assume um grupo de ministros considerados “éticos e notáveis”, visando restabelecer a confiança e a credibilidade da administração pública.

Essa época é marcada por um retrocesso na política e administração pública, com intensa participação da sociedade, que denuncia e critica, exige mudanças e avanços, inclusive na área da saúde, seriamente afetada e envolvida nessa crise e, portanto, de difícil recuperação mesmo ou apesar do trabalho realizado pela nova equipe do Ministério da Saúde.

O Movimento Sanitário reivindica e pressiona a realização da IX Conferência Nacional de Saúde – que já deveria ter se realizado havia dois anos. Mesmo com a resistência do nível central do governo – fragilizado politicamente –, mas com o apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, ela foi realizada entre 9 e 14 de agosto de 1992 e teve como tema central “Saúde: A Municipalização é o Caminho”, o que explicita a dimensão e o poder de articulação acumulados pelos defensores do SUS e do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde.

A conferência nacional, organizada a partir de conferências municipais e estaduais, com intensa participação da sociedade (representantes de usuários, associações, movimentos populares e sindicais, entre outros), se realiza praticamente às vésperas da votação do *impeachment* do presidente Collor. Assim, constituiu um importante ato político, seja de apoio ao movimento pela substituição do governo (Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira), seja de luta contra o retrocesso, com reafirmação e reforço da defesa dos avanços e conquistas jurídicas, institucionais e práticas da Reforma Sanitária e da implantação do SUS.

Logo após a conferência, o governo é destituído e há a expectativa e esperança de um novo momento de avanço democrático, reformulação do aparelho estatal, desenvolvimento econômico e social, com sua especificação na área da saúde.

Assume a gestão da saúde um grupo técnico-político do Movimento Sanitário, à semelhança do que ocorrera no início da Nova República, mas agora em outra realidade da Reforma Sanitária.

Essa gestão, como expressão desse movimento, define e assume a decisão política de continuar a luta pela efetiva implantação do SUS, que se expressa no documento “A Ousadia de Cumprir a Lei” e na chamada Norma Operacional SUS 1/93, de maio de 1993.

Como estratégia, essa norma é o referencial do processo de implantação do SUS desde aquele momento, que procurou sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e municípios e, por relação, para o próprio nível federal.

Assim, alterou-se o quadro encontrado de 1992 a 1994, tendo como eixo central o processo de formulação e implantação da NOB – SUS 1/93, expressão prática de decisão política da “Ousadia de Cumprir a Lei”, ou seja, a Constituição e as leis do SUS.

Em sua introdução, a norma estabelece como objetivo “disciplinar o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde” e reconhece que a construção do SUS é um processo em que a diretriz de descentralização é uma variável complexa e, por isso, admite que ela deve ser feita gradativamente, sem bruscas rupturas. Por esse motivo, estabelece níveis de gestão com diferentes graus de complexidade e responsabilidade, possibilitando situações e períodos de transição no processo de descentralização do SUS, entre a “situação atual” e a “situação desejada”, imagem objetivo de sua intervenção.

Para os municípios, a “situação atual” é considerada a do “município prestador de serviço”, em que ele não é gestor do sistema, numa relação de convênio e pagamento por produção, sem poder de interferência nos serviços que não pertencem à Secretaria Municipal da Saúde. As situações de transição foram divididas em Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena.

Para os Estados, a “situação atual” foi considerada a junção do atual e incipiente e, assim, as de transição foram divididas em Gestão Parcial e Gestão Semiplena.

Para a coordenação, gerenciamento e controle desse processo são criados foros permanentes de negociação e deliberações, as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde.

Esse processo foi implantado a partir de novembro-dezembro de 1994, e em fins de 1994 foram habilitados e assumiram a condição de Gestão Semiplena 24 municípios brasileiros. Em fins de julho de 1995 estavam habilitados 43 municípios, perfazendo um total de 0,86% dos municípios, o que significava 7,4% da população e 10,07% dos recursos alocados do sistema financeiro das despesas federais para o custeio da assistência médica (SIA/SIH/SUS).

Ao final de 1997 já havia mais de uma centena de municípios de todo o país habilitados na Gestão Semiplena, com cerca de 12% da população e 20% dos recursos do teto financeiro.

Dada a complexidade do processo, a necessidade de sua potencialização e aprimoramento e o momento político de novas gestões federal e estaduais, começou a ser estudada e formulada nova norma operacional, conhecida como NOB-SUS 1/96, que impulsiona o processo de municipalização do setor da saúde que, embora com as dificuldades referentes ao financiamento do SUS, vai se concretizar e ser implantada em maio de 1998.

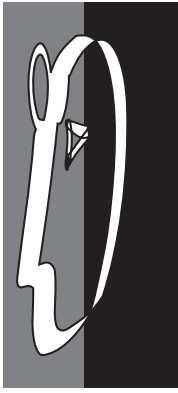
Em síntese, pode-se dizer que no encaminhamento do processo de implantação do SUS, para dar concretude ou pôr em prática os seus princípios e diretrizes, o da descentralização/municipalização foi aquele que marcou maior presença e alcançou os maiores progressos.

Assim, nesse contexto vale registrar o depoimento de Nelson Rodrigues dos Santos (*in* F. A. R. Goulart, *Municipalização: Veredas – Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*, 1995), que diz: “... A questão da municipalização não surgiu de uma visão filosófica doutrinária ou técnica provinda da União e dos Estados. Houve um verdadeiro movimento municipal de saúde no sentido de as prefeituras assumirem cada vez mais o compromisso com a resolutividade, levando à população a extensão de cobertura, não mais meramente preventivista e contemporizadora”.

O movimento municipalista teve um progressivo crescimento e articulação, destacando-se os Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde, em São José dos Campos (1982), Montes Claros (1985), Londrina (1987), culminando com a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 1987, que passou a ter significativa participação no Movimento Sanitário e no processo de implantação do SUS, ao lado do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e outros grupos institucionais e sociais.

Segundo Muller (1991), “a municipalização representa a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde, através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações no setor saúde”.

Portanto, a idéia da descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo no sentido de que o município pode assumir e atuar como base da federação com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais e particularmente na saúde, enquanto política pública. Isso não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal nos seus respectivos e competentes papéis outorgados pela Constituição e pelas legislações complementares.



O CONCEITO DE SAÚDE E DO PROCESSO SAÚDE – DOENÇA

Preliminarmente há que se definir claramente sobre o que estamos falando e os objetivos que pretendemos atingir, ou seja, discutir um sistema de saúde que tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença, em sua complexidade e abrangência, e seus determinantes das condições de saúde da população.

Desse modo, a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Em outras palavras, considerar esse bem e esse direito como componente e exercício da cidadania, que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

A partir daí, deve-se perguntar: afinal, o que significa esse processo saúde-doença e quais suas relações com a saúde e com o sistema de serviços de saúde?

Em síntese, em termos da determinação causal, pode-se dizer que ele representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

Assim, houve a teoria mística sobre a doença, que os antepassados julgavam como um fenômeno sobrenatural, ou seja, ela estava além da sua compreensão do mundo, superada posteriormente pela teoria de que a doença era um fato decorrente das alterações ambientais no meio físico e concreto que o homem vivia. Em seguida, surge a teoria dos miasmas (gazes), que vai predominar por muito tempo.

Até que, com os estudos de Louis Pasteur na França, entre outros, vem a prevalecer a “teoria da unicausalidade”, com a descoberta dos micróbios (vírus e bactérias) e, portanto, do *agente etiológico*, ou seja, aquele que causa a doença.

Devido a sua incapacidade e insuficiência para explicar a ocorrência de uma série de outros agravos à saúde do homem, essa teoria é complementada por uma série de conhecimentos produzidos pela epidemiologia, que demonstra a multi-causalidade como determinante da doença e não apenas a presença exclusiva de um agente. Finalmente, uma série de estudos e conhecimentos provindos principalmente da epidemiologia social nos meados deste século esclarece melhor a determinação e a ocorrência das doenças em termos individuais e coletivo.

O fato é que se passa a considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais.

Deve-se ressaltar ainda o recente e acelerado avanço que se observa no campo da Engenharia Genética e da Biologia Molecular, com suas implicações tanto na perspectiva da ocorrência como da terapêutica de muitos agravos. Desse modo, surgiram vários modelos de explicação e compreensão da saúde, da doença e do processo saúde-doença, como o modelo epidemiológico baseado nos três componentes – agente, hospedeiro e meio –, considerados como *fatores causais*, que evoluiu para modelos mais abrangentes, como o do *campo de saúde*, com o envolvimento do ambiente (não apenas o ambiente físico), estilo de vida, biologia humana e sistema–serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência.

Alguns autores questionam esse modelo, ressaltando, por exemplo, que o “estilo de vida” implicaria uma opção e conduta pessoal voluntária, o que pode não ser verdadeiro, pois pode estar condicionado a fatores sociais, culturais, entre outros.

De qualquer modo, o importante é saber e reconhecer essa abrangência e complexidade causal: saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória – não se está com saúde ou doença *por acaso*. Há uma determinação permanente, *um processo causal*, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma “produção social da saúde e/ou da doença”.

Em última instância, como diz Breilh, “o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social”.

Outro nível de compreensão que se há de ter em relação ao processo saúde-doença é o conceito do que é ser ou estar doente ou o que é ser ou estar saudável.

Sem aprofundar as grandes discussões sobre esse tema, que envolvem entre outras, como base de discussão preliminar e compreensão, as categorias da “representação dos indivíduos” e a “representação dos profissionais” ou mesmo das instituições de saúde, em um sentido mais pragmático pode-se destacar que em toda população há indivíduos sujeitos a *fatores de risco* para adoecer com maior ou menor frequência e com maior ou menor gravidade. Além do que, há diferenças de possibilidades entre eles de “produzir condições para sua saúde” e ter acesso aos cuidados no estado da doença.

Há, portanto, grupos que exigem ações e serviços de natureza e complexidade variada. Isso significa que o *objeto* do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, ou seja, o seu processo de saúde-doença, visando produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades, atuando articulada e integralmente nas prevenções primária, secundária e terciária, com redução dos riscos de doença, seqüelas e óbito.

Desse modo, há que se compreender outra dimensão, que é aquela que coloca o processo de intervenção, por meio de um sistema de cuidados para a saúde para atender as necessidades, demandas, aspirações individuais e coletivas, como um processo técnico, científico e político.

É político no sentido de que se refere a valores, interesses, aspirações e relações sociais e envolve a capacidade de identificar e privilegiar as necessidades de saúde individuais e coletivas resultantes daquele complexo processo de determinação e acumular força e poder para nele intervir, incluindo a alocação e garantia de utilização dos recursos necessários para essa intervenção.

É técnico e científico no sentido de que esse saber e esse fazer em relação à saúde-doença da população não devem ser empíricos, mas podem e devem ser instrumentalizados pelo conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico, pelo avanço e progresso da ciência.

Portanto, o saber e o fazer em relação à saúde da população mediante um sistema de saúde é uma tarefa que implica a concorrência de várias disciplinas do conhecimento humano e a ação das diversas profissões da área de saúde, bem como ação articulada entre os diversos setores, que é requerimento para a produção de saúde.

E aquela dimensão política inerente a esse processo social remete para a necessidade de satisfazer um outro requerimento, próprio dos processos políticos democráticos, que é a participação social, ou seja, a participação ativa da população na formulação, desenvolvimento e acompanhamento das políticas e dos sistemas de saúde, que hoje, no SUS, está minimamente estabelecida nos conselhos de saúde (nacional, estadual e municipal) e conferências de saúde.

Estabelecidas essas preliminares conceituais e diretivas em relação à saúde e doença, ao seu processo de determinação e ao sistema e serviços de saúde e seu objeto de ação, ou seja, as bases conceituais de referência, passaremos à discussão e análise do modelo de atenção SILOS/Distritos Sanitários.



O CONCEITO DE MODELO ASSISTENCIAL NA CONSTRUÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS

Modelo assistencial pode ser compreendido como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde numa dada área e num determinado tempo para uma dada população.

A característica preponderante do modelo assistencial é dada pela presença das práticas sanitárias desenvolvidas nos serviços de saúde e no trabalho de cada profissional.

Além disso, deve-se considerar que no processo de intervenção e no desenvolvimento das práticas sanitárias há um elenco de atividades que exige um grau de tecnologia (recursos humanos e equipamentos) bastante variável, isto é, desde tecnologias mais simples ou simplificadas até as mais complexas e, portanto, também das menos custosas às mais dispendiosas, em termos financeiros.

Nesse conjunto de atividades estão inclusas as ações de caráter e finalidade de promoção de saúde, de prevenção da doença, de diagnóstico e tratamento e de reabilitação, ou seja, há uma hierarquização entre essas atividades:

- das mais simples às mais complexas;
- das menos custosas às mais dispendiosas;
- da promoção e prevenção ao diagnóstico e tratamento precoce e à reabilitação;
- da indicação e pertinência de uma cobertura mais ampla a uma pertinência/necessidade mais restrita.

De outro lado, deve-se considerar também que em toda população há um percentual de indivíduos que têm “problemas” leves de saúde, que não requerem uma demanda.

Outro grupo percentualmente menor são os portadores de agravos que exigem uma atenção tecnologicamente mais simples e disponíveis em serviços de

saúde de caráter ambulatorial geral (unidades básicas de saúde) ou em hospital geral, com uma taxa de permanência baixa.

Assim, sucessivamente, tem-se um grupo populacional menor que o anterior, mas já com agravos de natureza mais complexa, a exigir ações e procedimentos de maior complexidade para diagnóstico e terapêutica, como os serviços especializados, e assim por diante.

Desse modo, numa determinada área constituída por um município, um conjunto de municípios ou bairros, sempre existirão problemas e agravos de saúde de todas as ordens, cuja magnitude e qualificação dependerá obviamente da densidade populacional (tamanho) e das características epidemiológicas (*sensu lato*) da área.

Contudo, não é necessário e/ou não se pode oferecer todas as tecnologias a cada bairro ou município, sob pena de incrementar a ociosidade ou o desperdício.

Daí a proposta da regionalização do sistema de saúde, a ser construída a partir de unidades política, administrativa e populacional, em uma dada região, progressivamente.

Progressivamente e sempre, pois a utopia é a disponibilização na região de toda a tecnologia conhecida e criada para a plena satisfação de todas as demandas e problemas de saúde da população.

Trata-se, pois, da construção progressiva da *suficiência do sistema de saúde na região*, sob a égide dos problemas prevalentes e das tecnologias disponíveis nos serviços. Esse conjunto de tecnologias incorporadas aos serviços do sistema deve estar alocado ou distribuído em níveis de atenção e hierarquizado segundo sua complexidade.

As ações de saúde dos diversos níveis de prevenção devem ser compostas e operadas de modo articulado e integrado, de tal forma que permita ampla cobertura e acesso da população, com a maior eficiência econômica e social possível.

Vale destacar aqui, para tornar mais claro esse conceito em relação à importância de sua operacionalização, o documento da OPAS/OMS:

“O conceito de oferta de serviços implícito na definição de cobertura significa que tais serviços sejam acessíveis aos membros da comunidade e, desse modo, satisfaçam às suas necessidades no tocante à saúde. A possibilidade de acesso aos serviços é, por conseguinte, condição sine qua non para que a cobertura universal seja alcançada. A acessibilidade supõe o seguinte:

- a.** *A continuidade e organização da prestação de serviços mediante a combinação dos recursos geográfica, financeira, cultural e funcionalmente ao alcance da comunidade.*
 - b.** *Serviços adequados no que se refere a volume e estrutura, ao tamanho e composição da população e a seus problemas de saúde.*
 - c.** *Aceitação e utilização por parte da comunidade dos serviços oferecidos.*
-

A prestação de serviços não implica que a mera existência ou disponibilidade de um serviço seja per se uma garantia de acessibilidade. Cumpre, por conseguinte, subdividir o conceito da seguinte maneira:

- a.** *Acessibilidade geográfica, ou seja, a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição.*
- b.** *Acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos.*
- c.** *Acessibilidade cultural, ou seja, não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados.*
- d.** *Acessibilidade funcional, ou seja, os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer.”*

Portanto, a regionalização de serviços não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, ou seja, a todas as ações de saúde.

Essa hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é conhecida e reconhecida como atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

A atenção primária, que aqui será denominada *Atenção Básica de Saúde*, além de ser um nível de atenção no sistema de saúde regional, pode ser compreendida também em outras dimensões, como, por exemplo, uma estratégia para alcançar um aumento da cobertura das ações de saúde na população, à medida que as Unidades Básicas de Saúde ou Centros de Saúde constituem as células que irão compor esse tecido, chamado Atenção Básica de Saúde, e, desse modo, tem implicações na composição e função dos demais níveis.

As UBS são, portanto, a “porta de entrada” do usuário ao sistema e devem se destinar a um determinado grupo populacional que mora ou trabalha na área geográfica de sua abrangência.

Não há um número determinado de população para cada Unidade Básica de Saúde. Há uma série de variáveis a serem consideradas nessa definição, que vão ser próprias de cada realidade, destacando-se entre outros o *Programa de Trabalho* a ser desenvolvido, que é a outra dimensão referida na Atenção Básica de Saúde e, desse modo, também tem implicações na composição e função dos demais níveis.

Programa de Trabalho é definido de acordo com os problemas a serem enfrentados no distrito e também vai se pautar pela integralidade das ações e

indicar o perfil da equipe multiprofissional a ser lotada na Unidade Básica de Saúde. No Programa de Trabalho deverão estar incluídas, além das ações para a atenção à saúde das pessoas no que for definido e priorizado, as ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Nesse sentido, vale destacar os chamados Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégias e táticas importantes para a construção de um novo modelo de atenção.

Deve-se mencionar ainda que nesse processo de construção da regionalização/distritalização da saúde há a necessidade de se criar e implantar instrumentos e mecanismos mínimos que garantam a articulação entre os serviços de saúde dos distintos níveis e diferentes municípios e bairros, num processo dinâmico e flexível denominado *referência e contra-referência*.

Essa necessidade se impõe à medida que se acredita ser um instrumento que contribua para o alcance da equidade e do controle da qualidade e da oportunidade e pertinência dos procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade e custo.

Por fim, há que ressaltar que a regionalização/distritalização é um processo permanente, contínuo e dinâmico, que implica negociação e pactuação entre os diversos gestores e gerentes de serviços do SUS, com a participação e controle social, e deve ter implícita a perspectiva de construir ou oferecer serviços/ações com ampla suficiência para a satisfação plena das demandas e necessidades de saúde da população da região/distrito sanitário.

E é certo ainda que, devido à velocidade com que novas tecnologias para a saúde são geradas e a certa lentidão com que elas são incorporadas ao sistema de saúde de todo o conjunto de distritos/região, é necessário também a criação de mecanismos e instrumentos que propiciem a articulação entre os gestores e gerentes de serviços do SUS e entre os distritos/região, e até mesmo entre Estados, para a implantação do(s) sistema(s) de referência(s) e contra-referência(s).

Nessa dimensão o papel do gestor estadual e federal do SUS tem relevância e deve ser exercitado junto com os municípios.

Assim, esse modelo assistencial a ser construído, a partir dos sistemas municipais de saúde, com articulação e pactuação regional, deve ser dinâmico, progressivo e flexível, com a definição das competências dos gestores e gerentes dos sistemas e serviços de saúde e a inclusão em seus processos de trabalho de ações de diversas naturezas e com perspectiva de integralidade, voltadas para os problemas prevalentes e prioritários (incluindo os de natureza infecto-contagiosa e crônico-degenerativa), bem como para o atendimento da demanda espontânea, com um sistema de informação local/regional disponível tanto para o monitoramento epidemiológico dos agravos quanto para o administrativo e gerencial.

Essa lógica e esse modelo de atenção, com suas práticas sanitárias, devem ter como base a identificação, a análise e a compreensão do processo saúde-doença do município e/ou da região e dos determinantes das condições de saúde e

doença existentes, de modo a intervir nesse processo em sua totalidade e não apenas em seus efeitos danos-doença, incapacidade e morte, com sua vertente de assistência médica essencialmente curativa, ou seja, a política e o sistema de saúde não podem apenas ficar correndo atrás dos “prejuízos” do processo, com suas implicações em termos de doenças, seqüelas e mortes evitáveis e desperdício de esforços e recursos sociais.

Nesse sentido, a ênfase do modelo deve ser dada à *produção social da saúde*, procurando colocar e manter o maior número possível de indivíduos no estado de “sadio” do gradiente de saúde.

É importante não perder de vista que saúde e doença são estados de um mesmo processo causal, permanente, não aleatório, e que há conhecimentos científicos, tecnológicos, metodológicos e de gestão para identificar e intervir nesse processo, anulando ou controlando os determinantes danosos à saúde e favoráveis à ocorrência de doenças, ou seja, se há um processo *integrado* de determinação, há que ter um processo *integrado* de intervenção, o que se expressa no mote da “integralidade das ações de saúde”. Simplificando, isso significa formular, produzir e desenvolver, de modo articulado, ações de promoção, recuperação e reabilitação, sempre no sentido de *promoção* como eixo maior.

E, ainda, como o processo determinante das condições de saúde extrapola o biológico e suas variáveis associadas, a política de saúde e seu modelo de atenção não se esgota no sistema ou setor da saúde, por melhor, mais amplo e mais integrado que ele seja.

A política de saúde e o modelo de atenção devem ser *intersectoriais*, abrangendo ações e serviços externos ao seu campo de atuação. Portanto, deve ser formulada e desenvolvida como uma política pública, articulada nos diversos setores da gestão e atuação da administração pública municipal e da sociedade civil.

Daí porque, atualmente, vem se dando o enfoque de “município saudável” e utilizando estratégias a serem estabelecidas e desenvolvidas por políticas públicas saudáveis, o que, em última instância, significa intervir no processo saúde-doença, visando à produção de saúde, o que equivale ao poder público implementar uma política de desenvolvimento econômico e social com o objetivo de melhorar as condições de vida da população, e o sistema de saúde e seu gestor são componentes e atores fundamentais desse processo, mas não exclusivos, sobretudo se ficarem como gestores da doença e de um restrito – embora importante – sistema de atenção médico-curativa.



SILOS/DISTRITO SANITÁRIO

Estabelecidas as bases conceituais de referência, passaremos a discutir objetivamente o Distrito Sanitário (DS). A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.

O processo, portanto, de construção/implantação de DS, como estratégia para implementação do SUS, deve ser visto como um processo social, tal qual é o SUS, isto é, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social.

Os elementos substantivos a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário, segundo Mendes, são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho.

TERRITÓRIO

Território do Distrito Sanitário

Compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la.

A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por:

- vários bairros de um município;
- vários municípios de uma região.

No processo de definição do chamado território-distrito devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios

ou bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

A preexistência de uma eventual territorialização definida pelo gestor estadual (Secretaria Estadual da Saúde) não deve ser considerada como balizamento definitivo, mas pode ser utilizada como um ponto de partida e ajustada de acordo com as necessidades.

Área de abrangência dos serviços básicos

Esse conceito se refere a uma área geográfica definida ou a ser definida no processo de territorialização, tendo como ponto de referência os serviços básicos de saúde (centro de saúde, posto de saúde, unidade básica de atenção à família, etc.).

Operacionalmente, significa identificar e quantificar numa dada área geográfica a população adstrita a cada serviço de saúde, que terá a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população, num processo de identidade recíproco, que poderá ser feito segundo diferentes modalidades.

Área de influência

É um conceito operacional que define os serviços de saúde do município ou região considerados como de *referência* para as populações das áreas de abrangência dos serviços básicos de saúde.

Essas referências dizem respeito à necessidade de realização de procedimentos para o diagnóstico e/ou terapia e/ou reabilitação, que a maioria dos serviços básicos das áreas de abrangência não realizam. Esses procedimentos podem ser feitos nos hospitais (gerais ou especializados), nos ambulatórios de especialidades, nos serviços de apoio diagnóstico ou terapêutico de média complexidade ou nos chamados procedimentos de alto custo (SIPAC).

A definição do território de influência desses serviços em um dado município ou região deve ser elaborada incluindo necessariamente os seguintes passos ou pontos:

- identificação dos serviços que serão de referência na área do distrito;
 - qualificação da oferta em termos de procedimentos que realiza;
 - quantificação (capacidade de oferta por mês) de cada serviço;
 - necessidade dos procedimentos (base mensal) para a população da área de abrangência do serviço;
 - definição da oferta disponível para a população da área de influência;
 - especificação da oferta mensal para a população da área de influência segundo os municípios e/ou bairros;
 - estabelecimento dos mecanismos e instrumentos de referência e contra-referência;
-

- estabelecimento de mecanismos/instrumentos para o pagamento/resarcimento dos procedimentos realizados;
- estabelecimento de mecanismos/instrumentos para o processo do controle da pertinência, oportunidade e qualidade dos procedimentos realizados;
- outras medidas de acordo com as necessidades.

A elaboração desses passos pode e deve ser feita de acordo com a chamada Programação Pactuada Integrada (já que é um dos seus componentes), estabelecida na Norma Operacional Básica nº 1/96.

O processo de territorialização que define a área de abrangência de cada serviço básico de saúde e as formas de adscrição da clientela deve ser coordenado pelo gestor municipal de saúde e se caracterizar pela flexibilidade, além de contar com a participação das chefias, equipes de profissionais e usuários dos serviços básicos de saúde, sempre com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Os instrumentos que facilitam essa elaboração e que estão razoavelmente disponíveis são:

- mapa do município;
- mapas censitários (IBGE);
- endereços dos usuários dos serviços, registrados nos prontuários e/ou fichas de atendimento.

Além disso, devem ser considerados como pontos fundamentais as condições econômicas, sociais e culturais da população da área, além da disponibilidade, regularidade e custos do transporte coletivo.

O processo de territorialização que define os serviços de referência (hospitais, ambulatoriais e/ou de apoio diagnóstico e terapêutico) e suas respectivas áreas de influência e os demais mecanismos/instrumentos de controle qualitativo e quantitativo deve fazer parte da Programação Pactuada Integrada, tendo como atores participantes os secretários municipais da Saúde e os diretores dos serviços (públicos e privados do SUS), preferencialmente sob a coordenação e ponderação do gestor estadual de saúde da região, reunindo-se, pactuando e negociando constantemente (mensalmente) como um *locus* organicamente instituído ou não, denominado *Comissão Intergestora Regional de Saúde*.

O CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE PROBLEMAS NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO

Segundo Matus, um problema se caracteriza por uma “situação insatisfatória acumulada”, com tendência de se persistir ou agravar-se se nada for feito.

Evidentemente, é um conceito que tem presente um componente de relatividade, pois depende do juízo de valor de quem olha e julga a “situação insatisfatória”; além do que, depende da situação a ser comparada para se dar juízo à outra condição de insatisfação, ou seja, é um conceito que depende de quem olha, da realidade e do tempo.

Considerando os elementos substantivos relacionados ao conceito de Distrito Sanitário, os problemas podem ser classificados como:

a. Problemas intermediários: aqueles referentes a organização e funcionamento do conjunto dos recursos de saúde. Por exemplo:

- inexistência ou pouca oferta de leitos para pacientes com queimaduras (leitos para queimados);
- falta de médicos nos serviços de saúde para atendimento;
- gasto excessivo com transporte de doentes.

b. Problemas terminais: aqueles referentes às necessidades e demandas de saúde-doença dos indivíduos que constituem a população, pois afetam a qualidade de saúde e de vida daqueles que são a razão da existência do sistema, ou seja, a população. “São os problemas de saúde *sensu stricto*, definidos em função do perfil ou padrão epidemiológico de uma dada população, expressos em indicadores de morbidade e mortalidade...” (Vilaça, 1993).

Os problemas terminais podem ser enfrentados de duas formas distintas (Vilaça, 1993):

- *Forma contínua:* para os problemas que constituem o objeto de um modelo de atenção que privilegia a prática sanitária de vigilância à saúde e se instrumentaliza com o apoio de várias disciplinas, especialmente a epidemiologia. São um conjunto de operações articuladas para o enfrentamento dos *problemas contínuos* com discriminação positiva dos grupos populacionais da área do distrito que têm risco ou probabilidade maior de serem afetados (ou estarem afetados) por um determinado agravo, pressupondo-se que a intervenção sobre eles deve provocar um impacto favorável na saúde e na vida da população. Os problemas contínuos devem ser a base não só para organização dos serviços de saúde, mas também para a *intervenção intersetorial*.

- *Forma ocasional*: é uma forma de enfrentamento dos problemas autopercebidos pelos indivíduos da população que os motivam e os conduzem aos serviços de saúde em busca de diagnóstico e cura. Esse fenômeno pode ser denominado *demanda espontânea*. E seu conhecimento, em termos quantitativos e qualitativos, é fundamental, pois constitui referencial imprescindível para a organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho desses serviços no Distrito Sanitário. Portanto, não há nenhum caráter pejorativo ou de somenos importância nessa forma denominada *ocasional*.

Os *problemas* do processo de distritalização podem ser classificados quanto à sua natureza em (Vilaça, 1993):

- atuais;
- potenciais;
- solucionados;
- normativos.

Atuais (intermediários ou terminais): são aqueles objeto de intervenção imediata e dinâmica, identificados como presentes, enfrentados de forma contínua e ocasional e monitorados por meio de dados e informações de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Exemplo: alta incidência de tuberculose, urgências e emergências, etc.

Potenciais: são aqueles que não estão presentes, mas na realidade epidemiológica (*sensu lato*) do Distrito Sanitário há evidências de uma série de condições e/ou fatores que predispoem o seu aparecimento. Exemplo: a possibilidade de ocorrência de epidemia de dengue em alguns municípios do Brasil.

Solucionados: são os problemas que ocorreram no *passado* recente e estão sob controle epidemiológico, exigindo ainda ações de manutenção ou de prevenção. Exemplo: incidência de poliomielite no Brasil.

Normativos: são aqueles geralmente predefinidos como existentes e generalizados para diferentes realidades, sem que realmente sejam verdadeiros para todas elas.

Essa percepção ou esse enfoque/proposta de trabalhar de acordo com os problemas na construção/organização do Distrito Sanitário traz em seu bojo a intencionalidade/capacidade de determinar ou influenciar as práticas sanitárias que estarão presentes, configurando um novo modelo assistencial.

O processamento desses problemas, ou seja, como identificá-los, explicá-los e desenhar as operações articuladas intra e extra-setor da saúde, bem como viabilizá-las estrategicamente e taticamente, será objeto de outro capítulo.



O CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO DE DISTRITALIZAÇÃO

Um dos elementos substantivos referidos para a construção dos Distritos Sanitários são a participação e o controle social. No Brasil, a Lei Federal nº 8.142/90 estabeleceu as diretrizes e as formas de participação e controle e instituiu a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde nas três esferas de governo.

Dentre as diretrizes fundamentais apresentadas, destacam-se, em relação aos conselhos:

- caráter deliberativo;
- caráter paritário;
- caráter orgânico-institucional dos sistemas municipais de saúde.

Há ainda a Norma Operacional Básica SUS nº 1/96, que coloca como pré-requisito o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde para a habilitação do município como gestor do sistema municipal (em qualquer categoria de gestor). Há no Brasil alguns indicativos municipais que, no âmbito de sua autonomia e poder, criaram nos serviços de saúde os seus próprios conselhos de gestão.



OPERACIONALIZAÇÃO

METODOLOGIA DE ANÁLISE SITUACIONAL DO SISTEMA ATUAL

O enfoque atual utilizado no planejamento/programação local de distritos sanitários é o estratégico, o que implica trabalhar com problemas de saúde como o objeto desse processo.

Na análise da situação do sistema de saúde do DS, deve-se levar em conta uma população em um dado território, num processo social determinado por variáveis biológicas, ambientais, sócio-econômicas e culturais, que definem um perfil epidemiológico específico. Os diversos atores envolvidos têm compreensões distintas desse processo.

Os objetivos principais da análise situacional são:

- identificar os diversos grupos populacionais existentes no território do DS e suas características biológicas, ambientais, demográficas, sócio-econômicas, culturais e políticas, avaliando o grau de exclusão social (discriminação negativa) a que estão sujeitos;
- identificar seus problemas de saúde;
- descrever esses problemas;
- priorizar os problemas identificados e descritos;
- explicar os problemas priorizados, identificando os principais fatores determinantes, buscando os chamados “nós críticos”¹. Vale destacar que nesse processo de explicação dos problemas deverá se buscar conhecer de modo sistemático e periódico o *nível das condições de*

1. *Nó crítico* é definido no Planejamento Estratégico Situacional por se apresentar como determinante de vários problemas e constituir um centro prático de ação, cuja resolução afeta positivamente o problema enfrentado.

saúde da população, bem como os seus determinantes, ou seja, as causas que, na linguagem do enfoque estratégico, são denominadas *nós críticos*, com a atuação dirigida para o saneamento das causas ou desatamento dos nós;

- definir e selecionar as intervenções necessárias para a resolução dos problemas.

A identificação dos grupos populacionais existentes no território do DS pode ser realizada mediante estudo de suas características biológicas, ambientais, demográficas, sócio-econômicas, culturais e políticas – dados presentes no censo realizado periodicamente pelo IBGE. O nível de desagregação requerido no planejamento/programação local torna necessária a pesquisa dos dados nas cadernetas², para permitir a montagem de microáreas que apresentam condições homogêneas de risco.

As informações sobre o meio ambiente, como vias de locomoção, barreiras geográficas ou construídas, características dos domicílios, condições de saneamento, os diversos riscos de poluição ambiental, os equipamentos sociais existentes e as formas de organização política e social, são importantes para a análise da situação e devem ser coletadas nas bases de dados oficiais, quando existentes.

Quando as informações não estão disponíveis ou necessitam de complementação, pode-se recorrer a técnicas como a estimativa rápida³.

A identificação e descrição de problemas é realizada por meio da análise das informações existentes nas bases de dados oficiais, estudos específicos realizados no DS e dados coletados por metodologias qualitativas, como entrevistas individuais ou coletivas com profissionais da saúde e representantes da população.

Juntamente com a identificação de problemas, deve ser realizado o diagnóstico da rede de serviços de saúde existente no território, com o delineamento do seu perfil de oferta de ações de saúde. Os fluxos dos usuários dessa rede, com a análise da evasão/invasão, permite as articulações intermunicipais e regionais para a montagem das referências e contra-referências dos serviços e a compensação dos recursos alocados. A estrutura e a oferta de serviços que devem ser reconhecidas são as existentes no município e na região em que ele está situado e estabelece suas relações intermunicipais.

Portanto, conhecer a “anatomia e fisiologia” da rede de serviços e as “patologias” existentes é evidenciar o modelo de atenção que prevalece hegemonicamente e que vai ser objeto de processos de transformação nas *práticas* e *processos de trabalho de cada um dos profissionais* que atuam na rede, nas práticas e relações dos próprios serviços, nas suas relações de acolhimento e

2. *Caderneta* é a planilha desagregada do instrumento de coleta de dados da pesquisa do IBGE que contém as informações da unidade censitária utilizada.

3. Essa técnica emprega informantes-chave da própria comunidade para a coleta das informações numa amostra intencional.

atendimento da clientela, bem como nas práticas e relações estabelecidas entre os sistemas e gestores de saúde regionalizados com base municipal.

Vale dizer, portanto, que os processos de transformação a serem implantados mediante novas práticas sanitárias, novos processos de trabalho, novas relações interinstitucionais, e entre instituições e usuários, devem estar necessariamente “colados” ou dirigidos para o enfrentamento dos problemas referidos anteriormente.

No entanto, deve-se ressaltar que esse é um processo de intervenção para mudar e transformar um modelo de atenção numa situação social concreta, acumulada e dinâmica, com valores, normas e fatos já estabelecidos, ou seja, significa reformar e imprimir uma nova direção ao “carro SUS”, com ele em movimento.

Assim, espera-se que o processo de gestão do SUS municipal seja direcionado para que todo o esforço técnico, econômico, administrativo e político a ser utilizado na implantação e qualificação do sistema de saúde municipal seja dedicado à solução dos problemas identificados e priorizados. Por exemplo, sabe-se que o sistema municipal hoje, em termos de sua estrutura e funcionamento, tem um orçamento econômico e financeiro determinado para o seu custeio e que as receitas ou fontes financiadoras desse sistema municipal são variadas.

O que se pretende ressaltar aqui é que, qualquer alteração desse “custo do sistema” em termos de seus componentes deve ser dirigida para a realização de atividades ou operações destinadas à solução dos problemas que foram priorizados, bem como todos os outros esforços de natureza técnica ou administrativa que forem realizados. Essas alterações poderão ocorrer por meio de medidas de realocação de recursos orçamentários e financeiros entre as atividades que já se encontram em desenvolvimento ou por obtenção de novos recursos financeiros (“novos dinheiros”) das diversas fontes financiadoras existentes, ainda que este “novo dinheiro” se destine às despesas de custeio de investimento.

Assim, tendo como referência a categoria de *governabilidade*, ou seja, a capacidade ou poder que o gestor municipal de saúde tem, ou pode dispor, para garantir a direcionalidade do processo, é possível que a condição da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, estabelecida na NOB/96, seja uma condição de gestão que confere maior governabilidade, como se verá adiante.

Há também que se destacar a necessidade da satisfação de um requisito que é fundamental para que o gestor do Sistema Municipal de Saúde tenha maior governabilidade sobre o processo: os recursos orçamentários de todas as fontes de receita para o SUS municipal devem ser alocados no Fundo Municipal de Saúde e diretamente administrado e gerenciado pelo gestor municipal de saúde.

Assim, vale salientar que nesse processo de gestão para a mudança mediante uma intervenção orientada por essa lógica e diretrizes referidas, o sistema de informação para a saúde tem um papel importantíssimo. Portanto, a definição do que se vai registrar e do que se vai coletar e analisar em termos de informações e dados terá que ter necessariamente interface com a realidade da situação do município e as atividades de intervenção em curso.

Além disso, devem ser consideradas as bases oficiais dos dados que estão hoje disponíveis:

- SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.
- SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.
- Perfil municipal – SES/SP e FSEADE, e órgãos análogos de outros Estados.
- SVE – Sistema de Informações da Vigilância Epidemiológica da SES/SP e análogos.
- SVS – Sistema de Informações da Vigilância Sanitária da SES/SP e análogos.
- FSEADE/SP – bases de dados de mortalidade ou órgão análogo de outros Estados.
- IBGE – bases de dados demográficos, sócio-econômicos e outros.

O acesso às bases de dados do SUS e às da FSEADE já pode ser realizado via Internet. O Datasus, empresa de processamento de dados do SUS, disponibiliza, via Internet, um aplicativo, o Tab Win, que permite utilizar os dados existentes em suas bases, criando indicadores, gráficos e mapas de localização.

Para a identificação de problemas, por exemplo, no DS, é importante a sua microlocalização, que pode ser realizada com a utilização de mapas inteligentes manuais ou aplicativos de geo-referenciamento das informações, para fazer a montagem de intervenções dirigidas a grupos populacionais ou ambientes específicos do território.

A priorização de problemas é sempre uma decisão política dos atores que detêm poder para tal, mas a utilização de critérios pode melhorar a tomada de decisão.

O impacto financeiro e político do problema na comunidade, a capacidade de resolução dos serviços de saúde e sua disponibilidade tecnológica, a análise da relação custo-benefício da intervenção necessária, o potencial epidêmico e outros critérios podem ser utilizados no processo de priorização.

A explicação dos problemas priorizados deve ser bastante detalhada com a construção da rede de determinações sistêmico-causais nos diversos planos de ação (no próprio DS, no âmbito da gestão municipal, estadual ou nacional). A identificação dos nós críticos na rede de determinações permite a montagem de intervenções mais eficientes e eficazes.

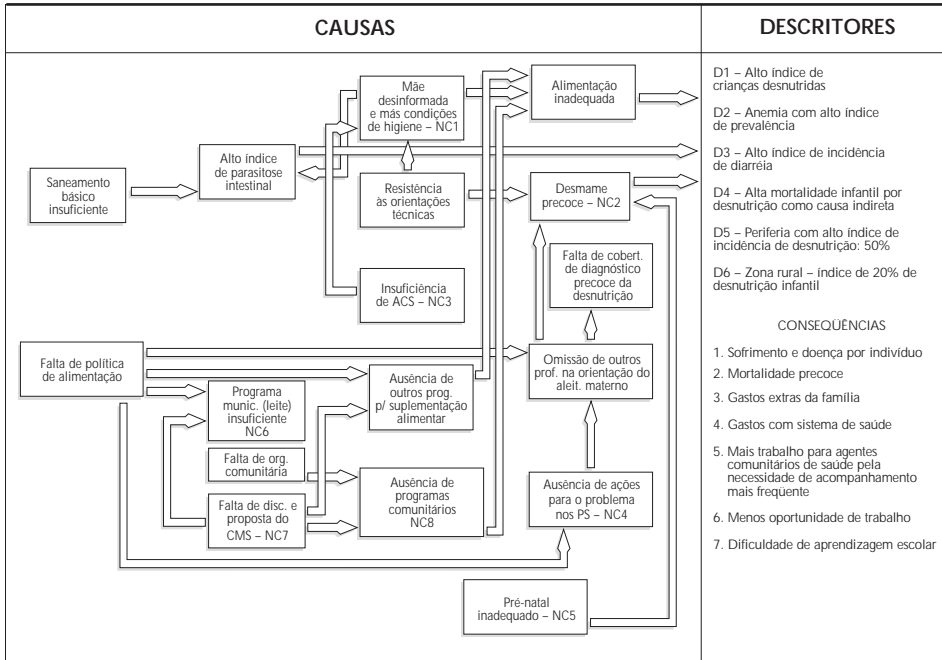
Após a análise situacional do sistema de saúde do DS, realiza-se a definição da situação-objetivo desejada, com a elaboração dos objetivos a ser alcançados em relação aos problemas priorizados e a coerência destes em relação à

política de saúde que está sendo implantada no DS e nos outros planos de ação (estadual e nacional).

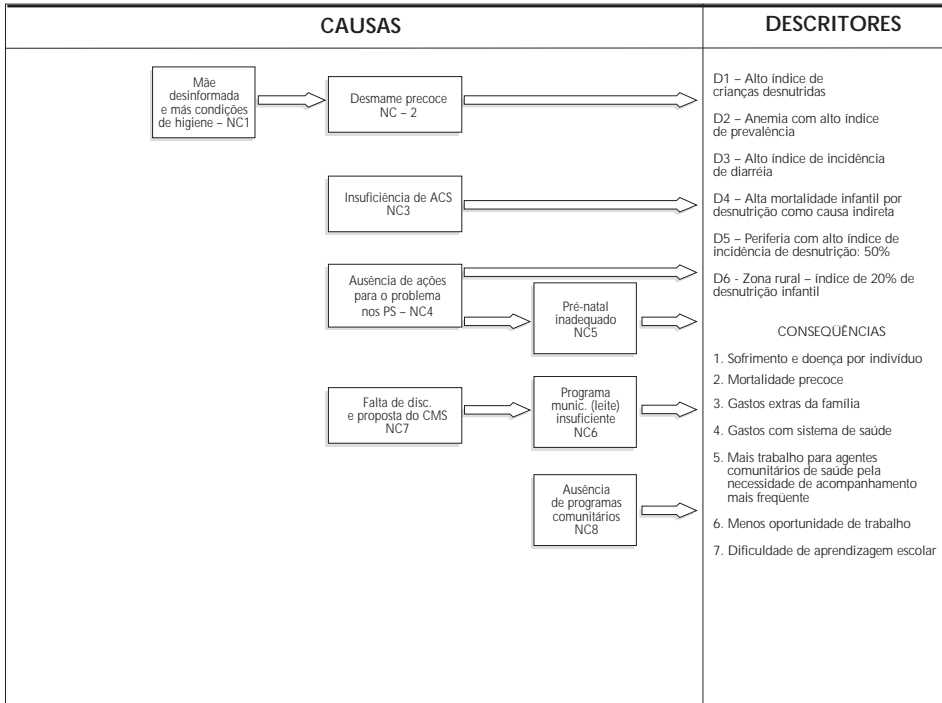
O projeto de intervenção é desenhado com a definição das operações dirigidas ao enfrentamento dos nós críticos, dos recursos requeridos, do fluxograma das atividades a serem efetivadas, com seus responsáveis e os prazos de realização e um sistema de avaliação permanente. Além disso, deve-se analisar a viabilidade política, econômica e organizacional do projeto e, se necessário, complementá-lo com projetos dinamizadores para torná-lo viável. As estratégias e táticas de condução do projeto de intervenção são definidas com o consenso dos atores participantes e/ou com o enfrentamento das eventuais resistências.

Para pôr em prática o projeto de intervenção deve-se estabelecer o sistema de direção do DS e o processo de programação de atividades a serem desenvolvidas, bem como o modelo de acompanhamento e avaliação da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados alcançados.

As planilhas anexas ilustram as etapas do processamento de um problema, tendo como referência a metodologia retrorreferida.

Problema: Desnutrição infantil**Ator: Secretaria Municipal da Saúde de Piripiri****Fluxograma situacional**

Problema: Desnutrição infantil
Ator: Secretaria Municipal da Saúde de Piripiri
Fluxograma situacional



NC1

OPERAÇÃO	ATORES	RECURSOS			RESPONSÁVEL	PRAZO
		TÉC.	ADM.	\$		
OP 1.1 Organizar grupos de mães nas áreas do ACS para combate da desnutrição, inclusive da gestante	SESAPI/divisão de educação/ ACS/instrutora da associação comunitária de mães SMS/SENAR	x x	x x x	x	Instrutora/ supervisora Desterro	Iniciar em 3 meses
OP 1.2 Organizar e desenvolver discussões e debates sobre o tema com os alunos de 1º e 2º graus	Alunos, professores, diretor, delegada regional, coordenadora pedagógica, secretário municipal da saúde, CMS, diretora regional da saúde	x x x	x	x	Secretaria Municipal da Saúde e Diretoria Regional da Saúde	Início do ano letivo de 98

NC2

OPERAÇÃO	ATORES	RECURSOS			RESPONSÁVEL	PRAZO
		TÉC.	ADM.	\$		
OP 2.1 Implantar, intensificar e adequar o programa de incentivo ao aleitamento materno	Mães, família, ACS, postos de saúde, maternidades, Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria Regional de Saúde, associação comunitária, CMS	x x	x x	x	Departamento de Ações Básicas/SMS Célia	Iniciar em 3 meses
OP 2.2 Identificar e dar suplementação alimentar para mães que estão amamentando	Mães, família, ACS, postos de saúde, maternidades, Secretaria Municipal da Saúde, Diretoria Regional de Saúde, associação comunitária, CMS	x x	x x	x x x	Departamento de Ações Básicas/SMS Célia	Iniciar em 3 meses

NC3

OPERAÇÃO	ATORES	RECURSOS			RESPONSÁVEL	PRAZO
		TÉC.	ADM.	\$		
OP 3.1 Ampliar o programa ACS com mais 15 ACS	Instrutora dos ACS, SMS, DRS, SESAPI, ME, FNS, CMS	x x	x	x x x x	Prefeito	5 meses
OP 3.2 Capacitar especificamente os ACS e instrutora para operações prioritárias do Plano Municipal de Saúde que envolvem os ACS	Instrutor, técnico da SESAPI, profissionais da universidade, SMS, DRS, SESAPI, MS	x x	x x	x	Instrutor	3 meses

NC4

OPERAÇÃO	ATORES	RECURSOS			RESPONSÁVEL	PRAZO
		TÉC.	ADM.	\$		
OP 4.1 Implantar e adequar o Programa de Vigia à Desnutrição nos programas de saúde da rede municipal, a partir do SISVAN	ACS, SMS, equipes dos postos, instrutor, DRS, FNS	x x	x	x	Departamento de Ações Básicas e FNS	5 meses

NC5

OPERAÇÃO	ATORES	RECURSOS			RESPONSÁVEL	PRAZO
		TÉC.	ADM.	\$		
OP 5.1 Ampliar o Programa de Recuperação Nutricional	SMS, SERSOM, MS, ACS, Pastoral, CMS	x	x x	x x x x	Célia/Vera	Iniciar em 3 meses

NC6

OPERAÇÃO	ATORES	RECURSOS			RESPONSÁVEL	PRAZO
		TÉC.	ADM.	\$		
OP 6.1 Criar programa comunitário de suplementação alimentar (horta comunitária do bairro Floresta)	Sindicato rural, associações do bairro Floresta, Prefeitura, DRS, técnicos do SUS, técnicos de agricultura	x x x	x	xxxxx	Associações Vicente	Iniciar em 3 meses
OP 6.2 Programas comunitários de geração de emprego	Sindicato rural, associações do bairro Floresta, Prefeitura, DRS, técnicos do SUS, técnicos de agricultura	x x x	x	x x x x	Associações Vicente	Iniciar em 3 meses

A NOB 96 E SUA OPERACIONALIZAÇÃO NO DISTRITO SANITÁRIO

As normas operacionais são instrumentos jurídico-institucionais formulados pelos gestores do SUS (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais da Saúde) e publicados pelo Ministério da Saúde, após aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, para aprofundar a implementação do SUS, definindo seus objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, normatizando, estabelecendo e definindo as relações entre seus gestores.

A NOB 91 estabelece um sistema de compra de serviços públicos e privados, sem a definição de responsabilidades da gestão do sistema⁴.

A NOB 93 estabelece formas de gestão municipais e estaduais que aprofundam a descentralização, com transferências automáticas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde, e cria as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite, instâncias decisórias do sistema. Com a crise de financiamento do SUS, essa norma regulatória se reduz na prática a estabelecer municípios realmente gestores, qualificados sob a forma de gestão semi-plena (que recebem antecipadamente o seu teto financeiro fundo a fundo), e os outros, sob as formas de gestão parcial (que recebem o saldo do teto financeiro excedente da sua produção de serviços) e incipiente, que continuam a funcionar como prestadores.

A NOB 96, publicada no *Diário Oficial da União*, por meio da Portaria GM/MS de 6 de novembro de 1996, permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários mediante as formas de gestão propostas, e caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde⁵, o que permite aos usuários reconhecer os responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida. A elaboração do cartão SUS municipal, com numeração nacional, é o instrumento de criação do vínculo da clientela aos serviços, permitindo o estabelecimento de referências intermunicipais e interestaduais, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A NOB 96 define o campo de atuação do sistema em três componentes: assistência à saúde, demandas ambientais e políticas extra-setoriais, resgatando o princípio constitucional da integralidade e permitindo a construção de um modelo assistencial que incorpora ao modelo tecnológico clínico dominante o modelo epidemiológico.

4. *Gestão* é o conjunto de atividades, prerrogativas e responsabilidades de comandar um sistema de saúde, com as funções básicas de direção, planejamento/programação, controle e auditoria e avaliação.

5. *Sistema Municipal de Saúde* é a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde voltados ao atendimento integral da população, desenvolvidos em um conjunto de estabelecimentos com seus serviços de saúde, inserido de forma indissociável no SUS e organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada.

O gestor municipal do SUS é sempre estatal (o governo municipal por meio da Secretaria Municipal da Saúde), e os prestadores podem ser estatais (federais, estaduais e municipais), privados sem fins lucrativos (as entidades filantrópicas) ou privados com fins lucrativos de forma complementar, e nessa ordem de prioridade, mantendo a subordinação e relações (a Programação Pactuada e Integrada, os pagamentos, as atividades de controle e auditoria, o acompanhamento e a avaliação) com o gestor do município em que estão localizados. As relações entre os municípios, *com o estabelecimento das referências de pacientes de um município a serviço localizado em outro município sempre se dará na relação entre gestores municipais, mediadas pelo Estado, conforme estabelecido na Programação Pactuada e Integrada*. As relações entre os Estados é mediada pelo Ministério da Saúde, nos fóruns de negociação, pactuação, articulação e integração representados pelas comissões intergestoras, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs). A PPI é o principal instrumento de pactuação entre os gestores, incorporando os objetivos, metas, referências intermunicipais e interestaduais, os recursos financeiros correspondentes definidos nos tetos financeiros de acordo com os critérios estabelecidos nas CIBs e CIT e aprovados nos respectivos conselhos de saúde.

A tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), revisto para adaptação à NOB 96, estabelece três níveis de complexidade dos procedimentos (básico, média complexidade e de alto custo/complexidade) e duas formas de repasse financeiro:

a. Por transferência regular e automática fundo a fundo de recursos federais para os Estados e municípios, com o estabelecimento do piso básico para as atividades de atenção à saúde, o Piso Ambulatorial Básico (PAB). Além disso, cria incentivos financeiros específicos para o PAB, para as atividades de vigilância sanitária, atividades de vigilância epidemiológica e ambiental, a Assistência Farmacêutica Básica, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e para as atividades voltadas ao controle das carências nutricionais.

Cria o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA), constituído de até 2% do teto financeiro das atividades de vigilância sanitária, transferidos aos Estados como incentivo à obtenção de resultados significativos a respeito das condições de vida de sua população, e o Índice de Valorização de Resultados (IVR), de até 2% do teto financeiro total dos Estados, com a finalidade de estimular o alcance de objetivos e metas de impacto epidemiológico positivo.

Cria também a Fração Ambulatorial Especializada (FAE), correspondente aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora de domicílio (TFD).

b. Remuneração por serviços produzidos, constituída dos valores correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), por meio

do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e às Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APACs), por intermédio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS).

Condições de gestão dos municípios :

- Gestão Plena da Atenção Básica;
- Gestão Plena do Sistema Municipal.

Características da condição de Gestão Plena da Atenção Básica

Toda a rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é o responsável por todas as atividades de gestão e execução da assistência ambulatorial básica composta pelos procedimentos incluídos no PAB, das atividades básicas na área de vigilância sanitária incluídas no PBVS e das atividades básicas na área de vigilância epidemiológica e de controle de doenças. O gestor municipal elabora sua PPI junto com os outros municípios comprometidos com a organização da rede de serviços regionalizada e hierarquizada, garantindo a referência intermunicipal básica e de média e alta complexidade, sempre em relação gestor-gestor e mediada pelo Estado. É o responsável pelas autorizações de internações hospitalares e de procedimentos de alto custo/complexidade (salvo decisão contrária da CIB). Realiza as atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação de todos os prestadores da assistência básica.

Características da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde

Toda a rede de unidades prestadoras de serviços de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é o responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e ações de saúde do município, ambulatoriais e hospitalares. Executa as ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças.

Elabora sua PPI junto com os outros municípios envolvidos com a organização da rede regionalizada e hierarquizada de saúde, com as definições das referências intermunicipais, mediada pelo Estado, garantindo os mecanismos e instrumentos necessários. Realiza as atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação de todos os prestadores localizados em seu território. Opera os sistemas de informações ambulatorial e hospitalar e efetua o pagamento dos prestadores.

Finalizando, o referencial conceitual e metodológico para a implementação do SUS, mediante a estratégia da construção dos Distritos Sanitários, está praticamente colocado em termos de suas diretrizes, princípios e métodos.

Haverá necessidade de aperfeiçoamentos e adaptações, sem dúvida, mas, de resto e agora, é mais uma questão de iniciativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. S., F. Zioni e A. Chioro. "Estado, Políticas Públicas e Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS." Texto preliminar, mimeo, 1997.
- ALMEIDA, E. S. "Contribuição à Implantação do SUS: Estudo do Processo com a Estratégia Norma Operacional Básica 1/93." Tese de livre-docência apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1995.
- ALMEIDA, E. S. "Contribuição à implantação do SUS. Estudo do Processo com a Estratégia Norma Operacional Básica SUS 1/93." Tese de livre-docência apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP, 1995, pp. 222-247 (parte do item 4.4).
- ALMEIDA, M. J. "Leis Orgânicas Municipais e a Saúde." *In Saúde em Debate* (24):26-28, 1989.
- BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1987. (Texto impresso para o componente de saúde da nova Constituição brasileira, 8ª revisão, de 30 a 31 de março de 1987, Brasília).
- BRASIL. Constituição, 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Leis, etc. Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994: dispõe sobre a transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, municípios e Distrito Federal.
- BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990, pp. 18055-18059.
- BRASIL. Ministério da Saúde. "A Municipalização é o Caminho." *In IX Conferência Nacional da Saúde*. Agosto de 1992. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica INAMPS nº 1/91. Resolução nº 273/91. *Diário Oficial da União* de 18 de julho de 1991, Brasília, pp. 14216 – 14219.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - SUS nº 2/92, Portaria nº 234/92. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional da Saúde. 1986, Brasília.
- CAMPOS, G. W. S. "Um Balanço do Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde no Brasil." *In Saúde em Debate* (28):24-7, 1990.
- CARVALHO, G. de C. M. "A Implantação do SUS: Nós Críticos a Nível Estadual." *In Saúde em Debate* (45):4-8, 1994.
- CASTELLANOS, P. L. "La Epidemiología y la Organización de los Sistemas de Salud." *In: Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos y Experiencias. Publicación Científica* 519, Organización Panamericana de Salud, Washington, 1990.
- CASTRO C. G. J. de. "O Estudo da Demanda do Serviço de Pronto Atendimento de um Hospital, como Subsídio ao Modelo Assistencial do Sistema Nacional de Saúde." Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 1991.
-

- CASTRO, C. G. J. de. "A Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o Modelo de Atenção à Saúde. Uma Questão de Decisão – Compromisso e Iniciativa." HSP/FSP, mimeo, 1997.
- CECÍLIO, L. C. O *et al.* *Inventando a Mudança na Saúde*. Editora Hucitec, 1994.
- CONASEMS. "Semi-Plena é um Sucesso." *J. CONASEMS*, 19, 1995.
- DALLARI, S. G. *Municipalização de Serviços de Saúde*. São Paulo, Editora Brasília, 1985.
- DEVER, G. E. A. "Uma Estrutura para os Conceitos de Saúde." *In A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. Editora Pioneira, 1988, p. 2.
- GENTILE, C. M. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1981.
- GONZALEZ, A. J. "Programación Regional." *In SONIS, A. L. y col. Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Tomo II, Ed. El Ateneo, 1971, pp. 169-205.
- GOULART, F. A. R. "Municipalização: Veredas - Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil." Brasília, CONASEMS, 1995.
- LEAVELL, H. R. e E. G. Clark. "Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva." *In Medicina Preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill, FENAME, Rio de Janeiro, 1976, pp. 11-36.
- MATUS, C. *Política, Planificación y Gobierno*. Organización Panamericana de Salud, Washington, setembro de 1987.
- MATUS, C. "Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional". *In Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico*. São Paulo, Cortez, cap. 3, pp.107-149, 1989.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993.
- MERHY, E. E. e R. Onocko (org.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo, Hucitec, 1997. (*Saúde em Debate* nº 108 – Série didática nº 6.)
- "Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde", Emerson Elias Merhy.
- "Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A Informação e o Dia-a-Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde", Emerson Elias Merhy e Mauricio Chakkour (e outros).
- MULLER NETO, J. S. "Políticas de Saúde no Brasil: A Descentralização e seus Atores. *Rev. Saúde em Debate*, 31:54-66, 1991.
- OPAS/F. Kellogg. "Tendencias Contemporaneas en la Gestión de la Salud: Concepto sobre Programación en los Sistemas Locales de Salud." *In Série HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex*, 1996.
- OPAS/OMS. "Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde mediante o Uso das Estratégias de Assistência Primária e Participação da Comunidade." 4ª Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, Washington, 26-27 de setembro de 1977.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. "Concepto sobre Programación en los Sistemas Locales de la Salud." *Série HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex*, vol. 1, 1996.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. "Tendencias Contemporâneas en la Gestión de la Salud." *In Série HSP-UNI/Manuales Operativos Pal-text*, vol. 1, 1996.
- PAGANINI, J. M. e R. C. MIR (eds.). "Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos – Métodos Experiencias. OPAS/OMS. *Pub. Científica* nº 519, Washington, 1990, p. 742.
- "Reflexiones en Torno a la Conducción y Gerencia de los Sistemas Locales de la Salud", Juan José Barrenechea.
 - "Sistemas Locales de la Salud", Organización, Regionalización, Principios Generales", Roberto Capote Mir.
- ROBAYO, J. C. "Situaciones de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria." *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 82(6): 478-490, 1977.
- SANTOS, N. R. dos. "A Saúde Vista do Município: Bases Doutrinárias, Políticas, Programáticas e Propostas." Campinas, 1984.
- SANTOS, N. R. dos. "Os Repasses Federais e a Descentralização da Gestão, Controle e Avaliação." *Rev. Saúde em Debate*, 31:11-14, 1991.
- TASCA, R., C. Grego e F. N. Villarosa. "Sistemas de Informação em Saúde para Distritos Sanitários." *In VILAÇA, E. (org.) Distrito Sanitário. O processo de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993.
- TEIXEIRA, C. F. "Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização." *In E. VILAÇA (org.) Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993.
- VIEIRA, C. A . L. "Descentralização do Setor Saúde no Estado de São Paulo: Aspectos e Impacto na Organização e Funcionamento do ERSa – Escritório Regional de Saúde – 12 de Itapeerica da Serra/São Paulo." Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992.
- VILAÇA, E. M. *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo, Hucitec, 1993.

OS AUTORES

EURIVALDO SAMPAIO DE ALMEIDA

Médico, professor titular pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (área: Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde), professor titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde (NEPESS) e do Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (NUDES).

Endereço para correspondência: Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP – CEP 01246-904
e-mail: eurival@spider.usp.br

CLÁUDIO GASTÃO JUNQUEIRA DE CASTRO

Médico, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, professor assistente do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, diretor do Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”, diretor do Grupo Técnico de Avaliação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro da diretoria do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde (NEPESS) e do Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (NUDES).

Endereço para correspondência: Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP – CEP 01246-904

CARLOS ALBERTO LISBOA VIEIRA

Médico, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, membro da diretoria do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde (NEPESS) e do Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (NUDES), professor convidado da Área de Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde, médico sanitário da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e assistente do gabinete do secretário da Saúde.

e-mail: clisboa@uol.com.br