COLEÇÃO ESCOLA DE GOVERNO

SÉRIE TRABALHOS DE ALUNOS

POLÍTICAS E GESTÃO EM SAÚDE

1

Ministro de Estado de Saúde
Humberto Sérgio Costa Lima

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Paulo Marchiori Buss

Vice- Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
Euzenir Nunes Sarno

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

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

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

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

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

POLÍTICAS E GESTÃO EM SAÚDE

Organização:

Márcia Garcia

Virginia Alonso Hortale

Rio de Janeiro, 2004

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

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

Tiragem: 500 exemplares

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

Coleção Escola de Governo - Série Trabalhos de Alunos - Políticas e Gestão em Saúde 1

Coordenação da Coleção Escola de Governo
Antonio Ivo de Carvalho

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

Apoio Administrativo:
Simone Titiry

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:
CASAOITO Propaganda · Design

Revisão:
Carmen Jochem

Fotos da capa:
Gutemberg Brito

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

P769 Políticas e Gestão em Saúde. / Márcia Garcia(organizadora)...et al. --
Rio de Janeiro : Escola de Governo em Saúde, 2004.
128 p. – (Coleção Escola de Governo. Série Trabalhos de Alunos.
Políticas e Gestão em Saúde ; n.1)

ISBN 85-88026-05-8

1. Política de Saúde. 2. Recursos humanos em saúde-organização e administração. 3. Orçamentos. 4. Planejamento participativo. Academias e Institutos. I. Garcia, Márcia II. Título III. Série.

CDD - 20.ed. – 362.1068

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO
COLEÇÃO ESCOLA DE GOVERNO 7

APRESENTAÇÃO
SÉRIE TRABALHOS DE ALUNOS 9

TRABALHO 1
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS
E SISTEMA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO:
SUA ARTICULAÇÃO NO INTERIOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 13

TRABALHO 2
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA
DA ASSISTÊNCIA EM ALAGOAS:
DESAFIOS PARA SUA IMPLANTAÇÃO 41

TRABALHO 3
PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO
E MUDANÇA DE CULTURA ORGANIZACIONAL
NA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE 69

TRABALHO 4
EM BUSCA DE UMA NOVA PRÁTICA DE GESTÃO
NA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE 91

APRESENTAÇÃO

Coleção Escola de Governo

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

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

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

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

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

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

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

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

APRESENTAÇÃO

Série Trabalhos de Alunos

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

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

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

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

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

Márcia Garcia e Virginia Alonso Hortale
Organizadoras

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

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

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

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

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

Marcelo Consendey
Universidade Federal do Paraná - Paraná

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

Ronaldo Garcia
Secretaria Especial do Desenvolvimento Econômico e Social - Brasília

Wagner de Jesus
Ministério da Saúde - Brasília

TRABALHO 1

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E SISTEMA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO: SUA ARTICULAÇÃO NO INTERIOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE[1]

Cleide Carvalho Toscano de Almeida
Inácio Massaru Aihara[2]
Elizabeth Barros[3]

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

(2) Autores: Cleide Carvalho Toscano de Almeida, Administradora - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/SE/MS e Inácio Massaru Aihara, Analista de Planejamento e Orçamento - Coordenador de Programação Orçamentária da Coordenação Geral de Orçamento e Finanças da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - (CPO/CGOF/SPO/SE/MS).

(3) Orientadora: Cientista Social, Consultora.

INTRODUÇÃO

A Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS) representa, por um lado, um órgão setorial do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) e do Ministério da Fazenda (MF) e, por outro, uma unidade administrativa da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS).

Essa configuração o autoriza a ser o interlocutor entre esses três ministérios para as atividades de planejamento, orçamento, finanças, contabilidade, controle e avaliação, executadas pela Coordenação Geral de Planejamento (CGPL) e Coordenação Geral de Orçamento e Finanças (CGOF).

A Subsecretaria possui como atividades principais subsidiar, consolidar e encaminhar o Plano Plurianual (PPA), o Orçamento Anual e o Balanço Geral da União (BGU) do Ministério da Saúde aos Órgãos Centrais. Além disso, efetua outras atividades tais como: transferência às unidades gestoras dos limites orçamentários e financeiros, acompanhamento e avaliação da execução orçamentária e financeira (empenho e liquidação), análise e encaminhamento de solicitações de créditos adicionais, adequação e emissão de relatórios contábeis.

Os seus principais clientes são as Secretarias de Orçamento Federal (SOF/MP), de Planejamento e Investimento (SPI/MP), de Tesouro Nacional (STN/MF) e Federal de Controle Interno (SFC/PR). Além dessas Secretarias, atende, também, o Tribunal de Contas de União (TCU), as entidades vinculadas ao Ministério da Saúde: FUNASA, ANVISA, ANS, FIOCRUZ e os Hospitais Fêmina, Nossa Senhora da Conceição e Cristo Redentor, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre-RS, e as unidades gestoras e administrativas do Ministério.

O seu quadro de pessoal é composto por técnicos e analistas de orçamento e planejamento do Ministério do Planejamento, técnicos e analistas de finanças e controle do Ministério da Fazenda, servidores de nível médio e superior do Ministério da Saúde (PCC), funcionários contratados por intermédio da Cooperativa de Trabalho para Conservação do Solo, Meio Ambiente, Desenvolvimento Agrícola e Silvicultura – COTRADASP e da Direção da Administração Superior (DAS), e estagiários por intermédio do Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE).

Assim como no âmbito da administração pública federal em geral, a atribuição dos DAS para preenchimento dos cargos em comissão na Subsecretaria tem sido efetuada com base no critério de

competência e não no de hierarquia dos quadros de carreira. A utilização desse critério, entretanto, tem dificultado a gestão dos recursos humanos na Subsecretaria, em decorrência das distorções tanto no que se refere aos requisitos de qualificação como no de remuneração para o desempenho das funções, com técnicos e servidores de nível médio, ou mesmo pessoas contratadas no mercado, assumindo posições hierárquicas acima dos de nível superior.

Apesar dessa dificuldade, a Subsecretaria tem procurado implementar políticas de incentivo à capacitação e disseminação do conhecimento integrado entre seus servidores e funcionários, visando a melhoria da implementação dos instrumentos de planejamento e orçamento.

Nesse sentido, a presente monografia, produto dessa política de capacitação, tem por objetivo a descrição contextualizada dos fundamentos teóricos que sustentam a reforma do aparelho do Estado em curso, destacando as atuais políticas de saúde, de planejamento e orçamento e da gestão de recursos humanos, bem como as perspectivas do novo governo eleito.

Para sua elaboração foram efetuadas leituras e análises de textos que abordam a reforma do aparelho do Estado, os instrumentos de planejamento, orçamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema de Planejamento e Orçamento, bem como a proposta do novo governo, contida na mensagem presidencial para abertura do Congresso Nacional.

REFORMA DO APARELHO DO ESTADO

Expansão e Crise do Modelo de Estado Intervencionista

A expansão do modelo de Estado intervencionista possui características não uniformes entre os países. Nos países industrializados, o paradigma pós-guerra se aglutinava no tripé:

a) Benefícios assistenciais, aos que sofressem privação;

b) Nacionalização de indústrias estratégicas;

c) Coordenação da política macroeconômica, com vistas ao pleno emprego, estabilidade de preços e equilíbrio do balanço de pagamento.

Nos países em desenvolvimento, por sua vez, a intervenção estatal se justificava pela necessidade de concentração de recursos financeiros e humanos para o rápido crescimento econômico, notadamente através da política de substituição da importação de produtos industrializados e erradicação das injustiças sociais.

Assim, ”o planejamento centralizado, as intervenções corretivas na distribuição de recursos e a mão forte do Estado no desenvolvimento da indústria eram parte integrante dessa estratégia”, acrescido do nacionalismo econômico, “que seria promovido pelas empresas estatais e pelo incentivo ao setor privado nacional” (Banco Mundial, 1997:23).

Esse modelo tem seu esgotamento a partir dos choques de petróleo na década de 70 e do marco decisivo da crise instaurada no colapso da economia soviética na década seguinte.

Após os dois choques de petróleo (1973 e 1979) os países industrializados adotaram políticas econômicas recessivas, cujos efeitos foram as crises fiscais intermitentes que resultaram da queda da receita em proporção maior que a da despesa.

O endividamento dos governos junto ao mercado financeiro internacional, por outro lado, reduziu a capacidade dos países de aumentar seus investimentos e gastos correntes, em decorrência da elevação da participação de juros e encargos financeiros nos orçamentos nacionais.

Além disso, os estados começaram a perder parte de seu poder econômico com as transformações estruturais do sistema produtivo capitalista, especialmente com a desregulamentação e globalização dos recursos financeiros, cuja intensificação dos fluxos permitiu ampliar a competição industrial e comercial em escala global.

"Esse novo ciclo de expansão econômica capitalista significou na verdade uma ruptura com o padrão de desenvolvimento dominante que se realizava predominantemente sob o controle estatal e dentro dos limites territoriais dos estados nacionais. No front externo, a ruptura diminuiu o poder dos estados, ao abrir os mercados nacionais ao fluxo incontrolável de capitais e mercadorias que circulam na economia internacional, ao passo que no front interno tal crise tem se manifestado na redução da capacidade dos governos de regular o mercado interno, coordenar a alocação de investimentos e arbitrar o conflito distributivo. Caracteriza-se, enfim, uma situação em que os governos detêm menos recursos e poder em comparação com o período anterior. Assim, para enfrentar essa nova realidade, tornou-se uma tarefa imperativa reformar o aparelho do Estado". (Abrucio & Costa, 1998: 2)

Plano Diretor da Reforma do Estado

O Plano Diretor da Reforma do Estado, publicado em novembro de 1995, com elaboração a cargo do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado – MARE no então governo de Fernando Henrique Cardoso, tinha como escopo tornar a administração pública mais eficiente e voltada para a cidadania.

A reforma buscava não apenas garantir a propriedade e os contratos, princípios básicos do estado de direito, mas também a coordenação da economia de forma complementar ao mercado e a redução das desigualdades sociais. Assim, procurava melhorar não apenas a reorganização dos recursos humanos do Estado – a administração pública, mas também as finanças e o sistema institucional-legal, de forma a permitir uma relação harmoniosa entre o mesmo, o Estado e a sociedade civil.

Como Objetivos Globais destacavam-se:

a) Aumento da governabilidade do Estado;

b) Limitação das ações do Estado a funções que lhe são próprias (regulamentação, fiscalização, fomento, segurança pública, seguridade social básica);

c) Transferência das ações de caráter local da União para os estados e municípios;

d) Transferência parcial das ações de caráter regional da União para os estados.

Os Objetivos Específicos foram subdivididos em:

a) Objetivos do Núcleo Estratégico: dotar as carreiras de Estado de capacidade gerencial para aumentar a sua efetividade;

b) Objetivos das Atividades Exclusivas de Estado: transformar as autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências executivas, administradas segundo um contrato de gestão;

c) Objetivos dos Serviços Não Exclusivos de Estado: transformar as fundações públicas desse segmento em organizações sociais – entidades de direito privado sem fins lucrativos – com autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo;

d) Objetivos da Produção para o Mercado: continuar o processo de privatização das empresas estatais e organizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais.

Com base no diagnóstico de que “em razão do modelo de desenvolvimento que governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, aos quais recorrem com mais intensidade a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por conseqüência, da inflação” (MARE, 1995:9), a reforma foi concebida como um importante instrumento para consolidar a estabilidade e assegurar o crescimento sustentado da economia.

O documento elaborado pelo Centro Latino-Americano de administração para o Desenvolvimento – CLAD, e aprovado pelo seu Conselho Científico em 14/10/1998, intitulado Uma Nova Gestão Pública para América Latina, ao analisar a crise do setor público desses países, fornece importantes subsídios para elucidação dos principais desafios enfrentados pela sociedade brasileira.

De acordo com esse documento, não só os países latino-americanos atravessaram uma série crise fiscal nas décadas de 80 e início de 90, como os países industrializados, mas, também, o seu modelo anterior de desenvolvimento econômico (modelo de substituição de importações) exauriu-se e o problema da dívida externa tornou-se crônico.

Diante do cenário marcado pela estagnação econômica e por altas taxas de inflação, o ângulo financeiro da crise do Estado foi priorizado pelas primeiras gerações de reformas, com medidas para privatização de empresas públicas, abertura financeira e comercial ao exterior e o ajustamento fiscal. Com isso, a estabilização da economia ante o perigo hiper-inflacionário foi, na maior parte dos casos, o êxito mais importante dessas medidas.

Entretanto, o ajuste estrutural proposto, cujo objetivo último era diminuir o tamanho do Estado, demonstrou não resolver uma série de problemas básicos dos países e uma segunda fase de reformas foi proposta pelos analistas do CLAD com a finalidade de reconstruir o aparelho estatal.

O diagnóstico era de que o Estado continuava sendo ainda um instrumento fundamental para o desenvolvimento econômico, político e social de qualquer país, embora devesse funcionar de forma diversa do padrão nacional-desenvolvimentista adotado, bem como do modelo social burocrático que vigorou no mundo desenvolvido do pós-guerra.

Com isso, o maior desafio para a reconstrução dos estados latino-americanos seria o de compatibilizar as tendências mundiais de mudança com as especificidades da região para enfrentar a competição econômica internacional trazida pela globalização.

Para tanto, o CLAD recomendava, como estratégia a ser adotada, a substituição de políticas protecionistas pela indução à competitividade face ao novo ambiente econômico internacional, ou seja: em lugar da intervenção direta como produtor, o aparelho estatal deveria concentrar suas atividades na regulação econômica, além de desenvolver sua capacidade estratégica de atuar junto ao setor privado e à universidade para criar um entorno adequado ao aumento da competitividade das empresas.

Quanto à área social, preconizava o fortalecimento do Estado como formulador e financiador das políticas públicas, com participação da comunidade, das empresas e do terceiro setor para compartilhar a responsabilidade pela execução dos serviços públicos, principalmente os de saúde e educação básica.

Vale lembrar que, para a viabilização das mudanças estruturais preconizadas, o CLAD enfatizava que os projetos deveriam dar prioridade aos três grandes problemas específicos da região: Consolidação da Democracia, Retomada do Desenvolvimento Econômico e Redução da Desigualdade Social. Mais ainda, que essas três especificidades colocavam novas perspectivas à reforma do Estado na América Latina, diferentemente das anteriores que eram de cunho meramente financeiro e tecnocrático.

Reforma Gerencial

Ainda de acordo com o documento do CLAD, a reconstrução da capacidade administrativa seria condição essencial para que os países latino-americanos enfrentassem com mais sucesso as questões da redemocratização, do desenvolvimento econômico e da distribuição de riquezas, para construir uma esfera pública que de fato envolvesse a sociedade e os cidadãos na gestão das políticas públicas.

A implementação efetiva da reforma gerencial seria um aspecto fundamental para aumentar a governabilidade, bem como para fortalecer o sistema político democrático, com vistas a um Estado sadio não somente nos planos fiscal e financeiro, mas também no âmbito administrativo. Entretanto, para lograr sucesso, os propositores da reforma gerencial teriam que, primeiramente, convencer os vários setores em relação ao diagnóstico; depois, os reformadores teriam que estabelecer novas alianças, baseadas nos princípios democrático-republicanos, com a participação da alta burocracia pública, o empresariado, os trabalhadores, os intelectuais.

Para os autores, a reforma gerencial implementada nos países desenvolvidos completava e modificava a primeira grande reforma do Estado Moderno – a reforma do modelo burocrático weberiana – que instalou um serviço público profissional e meritocrático. Observa-se, entretanto, que nenhum país da América Latina havia completado a construção do modelo burocrático weberiano nos moldes das nações desenvolvidas, apesar da implementação de importantes núcleos de excelência e de regras de mérito no serviço público em vários casos. Além disso, seus espaços de administração pública burocrática conviviam ainda com a persistência do patrimonialismo em vários setores e com

o preenchimento dos cargos do alto escalão através de práticas clientelistas, aspecto que por muitas vezes inviabilizava a profissionalização da alta burocracia. Por essa razão, fazer a reforma gerencial do Estado na América Latina teria representado um desafio bem maior do que na Europa ou nos Estados Unidos.

Cabe ressaltar que o CLAD não era contrário à idéia de profissionalização do corpo de funcionários, aspecto fundamental do modelo burocrático weberiano, mas sim ao "modelo organizacional burocrático", que enfatizava o controle dos procedimentos sem se dar conta dos problemas de eficiência, efetividade e otimização dos recursos usados nas políticas sociais. O CLAD propunha, antes de tudo, o fortalecimento de um núcleo estratégico dentro do aparelho estatal, condição sine qua non do modelo gerencial, capaz de formular políticas públicas e exercer atividades de regulação e controle da provisão dos serviços públicos. E nesse setor do Estado seria fundamental a existência de funcionários públicos qualificados e treinados constantemente, bem pagos e motivados, para não torná-los suscetíveis às interferências políticas.

A reforma gerencial, portanto, precisaria inicialmente completar a tarefa do modelo weberiano de fortalecer um núcleo estratégico ocupado por uma burocracia profissional. Mas também necessitaria modificar o paradigma organizacional presente no modelo weberiano, dado que ele não conseguia mais responder aos dilemas da administração pública contemporânea. Neste sentido, as mudanças deveriam se orientar pela:

a) flexibilidade organizacional, para tornar os governos mais ágeis;

b) montagem de uma rede de relações mais democráticas entre a prestação dos serviços públicos e os cidadãos-consumidores;

c) implantação de um modelo contratual competitivo de ação estatal, a partir do qual se possa aumentar a eficiência e a efetividade das políticas.

O sucesso das mudanças institucionais dependeria, ainda, da criação de regras gerais e claras que modificassem os incentivos de atuação dos atores, o que, em suma, se constituiria em um novo contrato entre os políticos, os funcionários públicos e a sociedade, e da aplicação contínua das reformas, monitorando-as e estabelecendo junto à burocracia uma nova cultura administrativa.

Em síntese, as principais características e objetivos da reforma gerencial preconizada eram:

a) Profissionalização e estabilização da alta burocracia, para que houvesse o desenvolvimento da capacidade de negociação e responsabilização perante o sistema político e redução do clientelismo e corporativismo;

b) Administração pública transparente e responsabilização dos administradores perante a sociedade;

c) Descentralização da execução dos serviços públicos, acompanhada pela manutenção de tarefas essenciais pelos governos centrais, pela vinculação das reformas gerenciais à reforma político-institucional na esfera local e pela criação de incentivos à cooperação entre os níveis de governo;

d) Desconcentração organizacional das atividades exclusivas do Estado, mediante a delegação da execução das funções para agências descentralizadas;

e) Orientação pelo controle de resultados, ao invés do controle passo a passo das normas e procedimentos, como no modelo burocrático, a fim de que as organizações públicas aprendessem com seus erros e, a partir disso, elaborassem suas estratégias futuras;

f) Incorporação de novas formas de controle, tais como os de resultados, contábil e custos, competição administrativa, social e judicial;

g) Distinção das unidades administrativas autônomas em agências que realizassem atividades exclusivas de Estado e agências que atuassem nos serviços sociais e científicos e que poderiam ser transferidas a um setor público não estatal;

h) Orientação da prestação do serviço ao cidadão usuário, o qual deveria participar tanto da avaliação como da gestão das políticas públicas, especialmente na área social;

i) Aumentar o grau de responsabilização do servidor público perante a sociedade, políticos eleitos, representantes formais e informais da sociedade.

Gestão de Recursos Humanos

As mudanças introduzidas na gestão de recursos humanos mereceram atenção especial dentro da nova proposta de reforma gerencial do CLAD, para que não fossem confundidas meramente como implementação de novas formas de gestão, como a de qualidade total. A reforma pressupunha mudanças institucionais do sistema público, de modo a permitir a adoção de estratégias e técnicas de gestão mais adequadas pelos seus administradores.

Nesse sentido, para Roberto Passos Nogueira e José Paranaguá de Santana (2000), a gestão dos recursos humanos deveria regular os componentes de pessoal não somente para compatibilizá-los com a missão institucional, mas também para facilitar o cumprimento das suas metas de longo a médio e longo prazo.

Segundo esses autores, a gestão de recursos humanos não deveria ser de competência de um grupo exclusivo de profissionais, mas compartilhada com todos os escalões de direção, a começar pelo principal dirigente. Portanto, a gestão de recursos humanos deveria ser politizada, para que fosse amplamente difundida no âmbito organizacional e assumida pelos altos dirigentes de sua função estratégica.

Com isso, relacionar estratégias institucionais com necessidades de recursos humanos, definir mecanismos de contratação, promover ações educativas, participar ativamente da seleção, avaliar desempenho, atuar na melhoria das relações de trabalho, etc, todas essas tarefas passariam a ser realizadas de forma descentralizada por toda a organização, ao mesmo tempo em que seriam elevadas ao topo da linha de mando, ou seja: ao núcleo da burocracia estratégica.

Os procedimentos básicos desse modelo podem ser assim esquematizados: fazer com que as iniciativas de regulação do sistema de Recursos Humanos (descrição de cargos, planejamento e desenvolvimento do RH, desenho de carreiras, recrutamento e seleção, regras de remuneração, relações de trabalho, código de ética) tenham uma direta correspondência com os componentes da

missão institucional (metas estratégicas, visão de futuro, valores organizacionais, qualidade dos serviços, participação dos clientes, responsabilidade (accountability) e transparência), mediante o cumprimento do papel político de regulação do RH, utilizando-se de processos de cooperação (teamwork) e resolução de conflitos (brokering).

Para que efetivamente ocorresse a politização da gestão de recursos humanos, isto é, para que houvesse a difusão de responsabilidades pela gestão em toda a instituição seria necessária a completa reformulação dos papéis técnico e de orientação, usualmente atribuídos ao departamento de pessoal nas empresas. Desse modo, o planejamento de contratação e capacitação de pessoal deveria ser adotado em todos os níveis e âmbitos, com ênfase especial dirigida aos profissionais altamente qualificados, onde se verificava maior escassez no mercado, devido à importância e complexidade das funções regulatórias e de gestão estratégica que desempenhavam, bem como devido ao tremendo ritmo das transformações econômicas e administrativas que estava em curso.

Gestão de Recursos Humanos na Área da Saúde

A análise dos mecanismos de funcionamento dos recursos humanos na área da saúde promovida por esses autores, apesar das especificidades próprias do setor, fornece importantes subsídios para compreensão das mudanças que estavam em andamento na organização burocrática da administração pública em todo o país.

Para eles, o modelo contratualista britânico, que preconiza a separação institucional entre funções de direção e funções de prestação de serviços, veio a se constituir numa referência preeminente para os países da América Latina, apesar de diferentes conformações políticas que apresentavam, quais sejam:

A primeira dizia respeito ao caráter bismarckiano do sistema de saúde desses países que eram financiados por uma mescla de contribuições individuais e fontes fiscais e operavam tradicionalmente em associação com diversos tipos de entidades privadas de prestação de serviços. Com isso, o processo de reforma ficava comprometido com os interesses desses atores, que incluíam, além do setor privado, as potentes corporações dos profissionais de saúde.

A segunda, ao caráter federativo que fazia com que a unidade de comando do sistema fosse restringida pela parcela de poder e de recursos próprios que concernia a cada nível subnacional de governo.

Por esses motivos, a capacidade de indução de um modelo de reforma não podia se basear apenas em incentivos financeiros e em ordenamentos jurídicos de origem central, mas também em mecanismos de pactuação política com os dirigentes de órgãos dos demais níveis de governo.

De certo modo, a separação entre contratante e contratado acabava sendo uma opção de gestão, devido ao contingenciamento orçamentário e ao impulso à descentralização de recursos e de decisão para os níveis subnacionais de direção.

Dispondo de maior margem de liberdade para decisão e enfrentando dificuldades para expansão do pessoal empregado diretamente pela administração pública, os dirigentes tinham adota-

do os mecanismos de terceirização e privatização de serviços, os quais raramente obedeciam a um modelo predeterminado e não se regiam por relações contratuais de formato universal.

Sendo assim, o grande efeito das reformas não tinha sido um downsizing do setor, mas sim a flexibilização das formas de vinculação de recursos humanos que se processava ao mesmo tempo em que eram adotadas alternativas de subcontratação de serviços envolvendo empresas privadas, cooperativas de trabalhadores, organizações não-governamentais e grupos diversos de trabalhadores postos em condição de precariedade.

Apesar da complexidade e precariedade das condições do trabalho em saúde na maioria dos países latino-americanos, suas principais características são descritas como as mesmas que se observam em outros setores da economia, quais sejam: aspecto temporário do contrato e da redução do tempo contratado, instabilidade do vínculo, falta de garantia de acesso aos benefícios do seguro social, não representação sindical.

Os trabalhadores que se associavam a cada complexo institucional público/privado eram classificados em duas categorias: os típicos, que gozavam de proteção trabalhista e do seguro social, e os atípicos, que estavam excluídos desses benefícios e, portanto, dos direitos sociais de cidadania. Os primeiros eram funcionários públicos ou empregados que se enquadravam nas regras contratuais do trabalho previstas em lei. Os outros eram pseudo-autônomos, ou seja, trabalhadores que de fato exerciam uma ocupação com características de vínculo assalariado, mas tinham apenas as obrigações dessa situação e não os direitos que a ele estavam historicamente associados.

Esse mecanismo tinha por efeito final baixar os custos globais do trabalho pela redução dos custos decorrentes das contribuições aos fundos sociais de proteção ao trabalhador. Além disso, rompiam definitivamente com os princípios de mérito que ordenavam a distribuição dos cargos de trabalho associados à estrutura do Estado, pois os processos seletivos de novos precários podiam ser casuísticos e personalistas.

Essa situação, que aparentemente poderia ser tomada como provisória ou de crise que poderia vir a ser superada gradualmente, se demonstrava como uma realidade generalizada e duradoura, a qual não permitia antever no horizonte o advento de um ciclo de regularização. Com isso, as questões legais e os conflitos trabalhistas tinham passado a fazer parte das novas relações de trabalho no setor público, marcadas por profundas diferenças nas formas de inserção e de remuneração.

Para manutenção dos serviços públicos e, portanto, da governabilidade, a negociação, que viabiliza acordos e remendos para a remuneração e formas de trabalho dos precários, tendia a ser sempre focalizada, já que tanto as vantagens quanto as desvantagens dessa situação não podiam ser estendidas a todos os trabalhadores do sistema.

Assim, a rede de relações institucionais do mix público/privado fazia com que o espaço da administração e do desenvolvimento dos recursos humanos já não estivesse restrito às demandas internas a cada organização, tornando-a externalizada e politizada, ou seja, a gestão dos recursos humanos tornava-se externalizada, porque dizia respeito ao conjunto de arranjos institucionais no mix público/privado, e politizada devido ao interesse e envolvimento dos dirigentes, que buscavam dar coerência ao ordenamento da força de trabalho pertencente a estruturas diversas.

Em suma, para os autores, os problemas legais, administrativos e políticos, ao crescerem e se fundirem, eliminavam definitivamente a noção de que a gestão de recursos humanos se constituía num encargo exclusivo de dado departamento.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Conquistas do Movimento Sanitarista

O Movimento da Reforma Sanitária nasce na década de 70 com a perspectiva democrática de ocupar espaços institucionais e lutar contra o regime militar, cujo modelo de desenvolvimento, que priorizava a substituição de importações e a formação de uma classe média consumidora de bens nacionais de alto valor agregado, exauria-se e explicitava os danos infringidos às classes populares devido à sua exclusão política, social e econômica.

Diante desse contexto, ao enfatizar a determinação social da doença, o Movimento introduz a noção de estrutura de sistema nas discussões sobre processo do trabalho e conceito de saúde. Assim, quando o regime militar chega ao seu final, em meados da década de 80, o Movimento Sanitarista não só havia criado quadros de profissionais comprometidos com a nova mentalidade médica, mas também havia consolidado a utilização dos meios de comunicação e dos espaços acadêmicos numa perspectiva de transformação democrática da sociedade.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reunindo pela primeira vez uma gama diversificada de atores sociais de todo o país, resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária, o qual preconizava que a saúde deveria ser uma finalidade do desenvolvimento econômico e social e não apenas um meio, como era anteriormente considerada. Desse modo, era essencial que a saúde não fosse concebida como um direito adquirido por meio de contratos e pagamentos de contribuições, seja para o Instituto Nacional de Previdência Social – INSS, seja para qualquer outro tipo de seguro, mas como aquele adquirido pelo simples fato de a pessoa existir e ser cidadã.

Como conseqüência de seu fortalecimento político, o Movimento conquistou a incorporação de seus princípios no texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desses princípios, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e que assegurem o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art.196, CF 1988).

Assim, foi criado constitucionalmente e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) o sistema público descentralizado de saúde, integrado pelas três esferas de governo e pelo setor privado de forma complementar, ou seja: o Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS é um modelo de atendimento que busca o cumprimento de seus princípios e diretrizes básicos: universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização e participação e controle social.

É um sistema de saúde universal, por se organizar e se orientar para o interesse coletivo, independentemente da raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia; e é equânime, por estabelecer que situações desiguais devem ser tratadas desigualmente, bem como reconhecer como determinantes da saúde, além dos fatores biológicos, os derivados das desigualdades sócio-econômicas. Contempla, portanto, as necessidades diferenciadas dos vários grupos populacionais, as quais foram geradas por problemas de saúde específicos, bem como riscos e/ou exposição maior ou menor a determinadas doenças, acidentes e violências.

Assim, o alcance de maior eqüidade na distribuição geográfica de recursos financeiros necessariamente deve contribuir para potencializar a capacidade resolutiva da gestão do sistema e maximizar o impacto de sua atuação na melhoria da situação de saúde da população no território nacional.

Esse alcance é ainda um grande desafio, pois, para atingir uma distribuição de saúde mais eqüitativa, se faz necessário conhecer as diferenças e especificidades estaduais e regionais na gestão do sistema para identificar e resolver os principais problemas que afetam a população local.

O princípio de integralidade, por sua vez, impõe ao SUS a obrigação de cuidar de todas as necessidades da área da saúde, que não se restringe a medicar os doentes ou realizar cirurgias, mas também garantir vacinas à população, atenção aos problemas das mulheres, crianças e idosos, combater a dengue e outras doenças, além de oferecer ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos.

Descentralização de Recursos e de Gestão

O processo de descentralização do SUS (SAS, 2002) pode ser demarcado por dois momentos distintos: o primeiro pautou-se na implementação dos dispositivos normativos contidos na Norma Operacional Básica 01/93 (NOB-SUS 01/93), que só tratava da assistência, e na NOB – SUS 01/96, que abordava a descentralização nas áreas de assistência, vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças.

Entretanto, a NOB 01/96 serviu quase que exclusivamente para orientar a descentralização de recursos para assistência à saúde aos municípios habilitados nos diversos tipos de gestão. A descentralização das áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle das doenças foi posteriormente definida por atos normativos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.

As edições das Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e 01/2002 – demarcaram uma inflexão nas concepções e na formulação da descentralização, resgatando o papel coordenador dos estados e possibilitando a resolução dos conflitos suscitados pela indução de autonomia dos municípios.

O segundo momento caracteriza-se pela superação do modelo centrado na concepção dual de federalismo, na qual os municípios habilitados nas gestões semiplena ou plena definiam, autonomamente, suas políticas de saúde, garantidas por recursos transferidos pela União sem se reportarem aos respectivos governos estaduais, aos quais era reservado um papel meramente residual.

A instituição das comissões intergestoras, iniciada na NOB 01/93 e aperfeiçoada nos anos subseqüentes, representa uma expressiva inovação na gestão pública setorial, pela circunscrição dos mecanismos de resolução da maioria dos conflitos intergestores no interior da própria arena setorial. A consolidação desse mecanismo de negociação, representada pelas Comissões Intergestores Bipartite, compostas por estados e municípios, e pela Comissão Intergestores Tripartite, por estados, municípios e União, tem permitido o amadurecimento de práticas negociadas para formulação compartilhada de políticas públicas e de execução solidária.

Participação e Controle Social

A participação da sociedade organizada na administração do Sistema Único de Saúde, prevista no item III do Artigo 198 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei nº 8.142/90, foi consubstanciada pela formação dos Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas, permanentes e deliberativas, integrantes das estruturas básicas da Secretarias ou Departamentos de Saúde dos estados e municípios. São formados por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo constitui, no mínimo, metade dos conselheiros.

Em relação aos demais segmentos da sociedade, a composição paritária dos usuários fornece as condições básicas para o fortalecimento e a consolidação da participação popular democrática na gestão e controle social do Sistema.

Atualmente, a atuação bastante diferenciada dos Conselhos, para formulação e controle das políticas de saúde, tem evidenciado a necessidade de melhor capacitação dos conselheiros e maiores condições e subsídios para que possam desempenhar adequadamente o seu papel.

Instrumentos de Gestão

Os instrumentos de gestão utilizados pelo SUS têm por objetivo nortear as ações e serviços de saúde nas três esferas de governo com vistas à garantia da efetividade das políticas públicas (Coordenação Geral de Planejamento/SPO/SE/MS, 2001).

Os principais instrumentos utilizados são:

- Agendas de Saúde
- Planos de Saúde
- Relatórios de Gestão

- Plano Diretor de Regionalização (PDR)
- Programação Pactuada e Integrada (PPI)

As Agendas de Saúde são instrumentos pelos quais os governos municipais, estaduais e federal estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde, com periodicidade anual. Constituem elementos típicos para a elaboração das Agendas as diversas referências políticas (planos de governo, pactos, deliberação dos conselhos de saúde, etc), técnicas e epidemiológicas.

Em 2001, as seguintes prioridades foram pactuadas entre as três esferas de governo: Redução da Mortalidade Infantil e Materna; Controle de Doenças e Agravos; Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização; Melhoria da Gestão, do Acesso e da Qualidade das Ações e Serviços de Saúde; Desenvolvimento de Recursos Humanos do Setor Saúde; Qualificação do Controle Social.

Ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera de governo, as Agendas compõem um processo de responsabilização progressiva, que se inicia com as orientações de governo federal, nos fóruns de saúde e nas referências epidemiológicas e institucionais de cada esfera, sempre com a homologação do respectivo conselho de saúde.

Os Planos de Saúde são documentos de intenções políticas, diagnósticos e estratégias de execução, nos quais são destacados os objetivos dos programas e as previsões de metas físicas e financeiras, que compõem os quadros de metas e que servem, posteriormente, de base para controle e avaliação e elaboração do Relatório de Gestão. São elaborados para um período de quatro anos, com revisões anuais, em função dos eixos priorizados nas Agendas.

Os Quadros de Metas permitem a visualização detalhada das metas quadrienais estabelecidas nos Planos de Saúde e a agilização do processo de integração, adaptação e revisão dos Planos. Mais ainda, permitem a incorporação dos instrumentos de gestão do SUS aos instrumentos de planejamento e orçamento dos governos federal, estaduais e municipais, quais sejam: Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA). É por meio dessa interação entre os instrumentos de gestão em saúde e de planejamento de governo das três esferas que se dá a efetividade da política de saúde.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), por sua vez, é parte integrante do Plano Estadual de Saúde, pois é por seu intermédio que são efetuadas a organização, regionalização e hierarquização da rede de forma a garantir o acesso universal e integral da população.

A sua elaboração respeita o processo de planejamento integrado, que envolve um conjunto de municípios que compõem uma região de saúde do estado, coordenada pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde, e deve ser amplamente discutida na Comissão Intergestores Bipartite, no Conselho Estadual de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde, para que cada município esteja ciente e de acordo com o seu papel proposto no Plano, e para que os municípios Sedes de Módulos (municípios que apresentam capacidade de ofertar a totalidade de serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal, média complexidade, com suficiência para sua população e a de outros municípios a ele adscritos) e os Pólos de Microrregiões (municípios que apresentam papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção) possam receber os recursos referentes aos usuários referenciados por outros municípios.

Dessa forma procura-se garantir níveis adequados de resolução dos problemas de saúde com enfoque territorial-populacional, ou seja: pela subdivisão do estado em módulos e microrregiões de saúde, com níveis crescentes de complexidades dos serviços.

A efetividade do PDR ocorre nas sessões de Programação Pactuada Integrada (PPI), a partir do qual são programadas as ações necessárias para atingir os objetivos pactuados entre os gestores, que devem ser restritas a aspectos e questões de interesse ou de responsabilidade compartilhada, e a fixação de critérios de alocação de recursos do SUS.

Em resumo, a regionalização da assistência à saúde se orienta pelas seguintes diretrizes:

1) Os três gestores participam do planejamento dos serviços e da formulação das políticas de saúde e, conforme as atribuições e os instrumentos estabelecidos pelas normas existentes, são responsáveis pela realização de investimentos voltados para a redução das desigualdades e das iniqüidades e pelo controle e avaliação do conjunto do sistema, incluindo a avaliação de resultados nas suas respectivas esferas;

2) As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normatização, a coordenação e o controle geral do sistema no âmbito nacional. O controle geral deve ser desenvolvido com a participação dos estados e municípios, para os quais o Ministério deve oferecer cooperação técnica e financeira;

3) As principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado e a cooperação técnica e financeira com os municípios;

4) Os gestores municipais são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde no âmbito do seu território, mediante o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a gestão sobre os prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde se limitam a executar os serviços públicos de saúde em caráter temporário ou em circunstâncias específicas e justificadas.

Fontes de Financiamento

Com a Constituição de 1988, os recursos constantes do orçamento da seguridade social da União, dos estados e dos municípios foram determinados como fontes de financiamento para as ações das áreas de saúde, assistência social e previdência social.

Entretanto, já em 1993 os recursos alocados à saúde sofreram forte redução, devido à canalização para pagamento de benefícios previdenciários de toda a arrecadação efetuada a título de Contribuição para o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Os demais tributos vinculados ao orçamento, como a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento Social (COFINS), além de terem seus recursos disputados por outras áreas, sofreram com o quadro de recessão da economia brasileira até meados da década de 90.

A gravidade dos problemas de financiamento do SUS levou o governo federal a criar, em 1994, o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), prevista para vigorar por dois anos. Em 1996, o IPMF foi recriado e rebatizado como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em vigor até os dias atuais.

A CPMF, apesar de ter sido instituída como fonte adicional de recursos para a saúde, não proporcionou o incremento esperado de recursos, em decorrência da redução de participação de outras fontes que financiavam o setor. Além disso, apesar da expansão do sistema de saúde complementar (ou sistema privado de atenção à saúde), os procedimentos de alto custo, mesmo da população segurada, continuaram a ser financiados pelo sistema público.

A partir de 2001, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000, foram determinados os parâmetros mínimos de aplicação de recursos para a saúde pelas três esferas de governo.

O piso mínimo de aplicação em ações e serviços de saúde pela União até o exercício de 2004 deverá respeitar os seguintes procedimentos:

- Em 2000, montante empenhado em 1999, acrescido de 5% .
- De 2001 a 2004, valor apurado no exercício anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB.

Os estados e municípios deverão aplicar, até o ano de 2004, os percentuais mínimos de 12% e 15%, respectivamente, da sua arrecadação de impostos e transferências recebidas, cuja composição é definida constitucionalmente.

PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

Assim como ocorreu a transformação da gestão de saúde pública, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento e orçamento público, nas três esferas de governo, foram sensivelmente afetados com a promulgação da Constituição de 1988.

A Constituição de 1988, em seu Art. 165, introduziu o processo integrado das atividades de planejamento e orçamento para captação e alocação de recursos públicos, mediante a definição de três instrumentos básicos, a saber: Plano Plurianual; Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

A introdução do processo integrado na Constituição, com conceitos e discussões vinculados ao orçamento-programa e discutidos em nível mundial desde a década de 50, se realizou no contexto de lutas sociais pela redemocratização dos anos 80 e de debates sobre a necessidade de redefinição do papel do Estado, com vistas a superar a crise política, econômica e social instaurada e evitar a completa degeneração do aparelho do Estado, cujas causas eram atribuídas ao seu excessivo centralismo e casuísmo na condução administrativa e na contenção indiscriminada dos gastos governamentais.

Sistema de Planejamento e Orçamento Federal

O Sistema de Planejamento e Orçamento Federal foi organizado e disciplinado pela Lei nº 10.180, de 6/2/2001, e tem por finalidade:

· Formular o planejamento estratégico nacional;
· Formular planos nacionais, setoriais e regionais de desenvolvimento econômico e social;
· Formular o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais;
· Gerenciar o processo de planejamento e orçamento federal;
· Promover a articulação com os estados, o Distrito Federal e os municípios, com vistas à compatibilidade de normas e tarefas afins aos diversos Sistemas, nos planos federal, estadual, distrital e municipal.

O Sistema compreende, ainda, as atividades de elaboração, acompanhamento e avaliação de planos, programas e orçamentos, e de realização de estudos e pesquisas sócio-econômicas.

Assim, de acordo com Giacomoni (1998), o orçamento atual deve ser visto como parte de um sistema maior, integrado por planos e programas, que fornece as definições e os elementos para sua elaboração, cuja expressão mais clara é a Lei do Orçamento e seus anexos.

Os elementos e as partes principais desse sistema são:

1) Estratégia de Desenvolvimento, que resulta da escolha de alternativas de longo prazo mais eficazes para o desenvolvimento do país;

2) Planos de Médio Prazo, que expressam de forma mais detalhada cada etapa das Estratégias de Desenvolvimento. Em geral, são planos setoriais e regionais, constituídos por programas básicos que determinam os objetivos e metas a serem alcançados em cada setor ou região. Neles também são fixados os recursos humanos, materiais e financeiros necessários.

3) Planos Operativos Anuais, que estabelecem as metas de curto prazo do setor público, com base nas definições das Estratégias de Desenvolvimento e nos Planos de Médio de Prazo, bem como as orientações e regulamentações a serem cumpridas pelo setor privado (preços, salários, tributações, créditos, financiamento etc). Nos planos anuais constam as necessidades financeiras, materiais e humanas das diversas metas, distribuídas em cronogramas. Os principais Planos Operativos Anuais são:

a) Orçamento Econômico, que traduz a projeção do desempenho da economia como um todo, efetuada a partir da estimativa de resultados do comportamento de cada um dos agentes econômicos (famílias, empresas, governo e suas empresas e o resto do mundo);

b) Orçamento Monetário, que fixa a correspondência entre o crescimento da economia e o volume da oferta monetária necessária, para preservação da estabilidade do sistema econômico;

c) Orçamento do Balanço de Pagamento, que projeta o resultado do relacionamento financeiro do país com o exterior (balança comercial e de capital);

d) Orçamento do Setor Público, que abrange as áreas do plano anual sob a ação decisória direta do Estado, constituída pelo orçamento da administração direta e indireta. É um instrumento de ação direta, voltado para a realização de operações concretas, dentro do marco de referência fixado pelos planos de médio prazo.

O processo orçamentário, por sua vez, inclui:

· Elaboração, discussão, votação e aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias no Congresso Nacional;

- Elaboração, discussão, votação e aprovação da Lei Orçamentária Anual no Congresso Nacional;
- Execução Orçamentária e seu Controle e Avaliação.

O processo orçamentário é dinâmico, porém, não auto-suficiente, pois a elaboração da proposta orçamentária, primeira etapa do ciclo, se renova anualmente e é resultante das definições da programação de médio prazo, que por sua vez detalha o plano de longo prazo, para integrá-lo ao processo de planejamento.

A integração do planejamento de médio prazo, ou Plano Plurianual – PPA, ao Orçamento Anual, prevista no Sistema Federal de Planejamento e Orçamento, é efetuada por intermédio da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, instituída pela Constituição de 1988, que, além de fornecer orientação para elaboração dos orçamentos anuais, tem por finalidade destacar da programação do Plano Plurianual as prioridades e metas a serem executadas em cada orçamento anual.

Plano Plurianual – PPA

O PPA para 1991-1995 foi o primeiro plano elaborado em cumprimento às determinações da Constituição de 1988 e teve o mérito de ser um plano mais voltado à programação da ação do governo, sem as características de plano de desenvolvimento econômico social geral dos anteriores. Porém, afetado pelos desdobramentos institucionais que decorreram do impeachment do presidente Collor (1992) e pelas duas revisões orçamentárias (1992 e 1993) decorrentes da crise econômica nacional, esse primeiro esforço de planejamento orçamentário de médio prazo não pode ser implementado.

O PPA para 1996–1999, elaborado no primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, introduziu novos conceitos no planejamento federal: a agenda dos Eixos Nacionais de Integração e Desenvolvimento, como referência espacial do desenvolvimento, e os projetos estruturantes, ou as agendas de Gestão do Estado, Ambiental, de Empregos e Oportunidades de Renda e de Informação e Conhecimento, essenciais para as transformações desejadas no ambiente econômico e social. O Programa Brasil em Ação, um elenco de programas prioritários, agregou ao Plano o gerenciamento de empreendimentos estratégicos.

Entretanto, segundo Giacomoni (1998:189), a maior deficiência desse Plano foi a total ausência de representação financeira, o que é paradoxal em se tratando de instrumento com características orçamentárias. A mensagem que acompanhou o projeto de lei trazia, de forma bastante agregada, apenas algumas estimativas dos montantes a serem aplicados e de suas fontes de financiamento.

O PPA para 2000/2003, também denominado Avança Brasil, propôs a reorganização do processo de planejamento do governo federal.

Entre as suas principais inovações se destacam:

- Adoção do programa como unidade de gestão;
- Integração entre plano, orçamento e gestão;
- Fortalecimento do conteúdo estratégico por meio do estudo dos eixos, bem como do gerenciamento;
- Avaliação de desempenho em todos os programas do governo federal.

Como instrumento de melhoria de Gestão Pública, tinha como elementos fundamentais:

- Todas as ações organizadas em programas;
- Cada programa com um gerente;
- Indicadores de resultados para cada um dos programas;
- Orientação estratégica do presidente;
- Conjunto de programas limitado pela previsão de recursos fiscais;
- Avaliação dos programas e do plano.

As ações finalísticas foram estruturadas em programas orientados para a consecução dos programas estratégicos, estabelecidos para o período do Plano, e os programas foram definidos como instrumentos de organização da ação governamental, com vistas à concretização dos objetivos pretendidos.

Cada programa estava voltado para o enfrentamento de um problema precisamente identificado e continha: Objetivo; Público Alvo; Justificativa; Órgão Responsável; Valor Global; Prazo de Conclusão; Fonte de Financiamento; Indicador, que quantificasse a situação que tinha por fim modificar; Metas, correspondentes aos bens e serviços necessários para atingir o objetivo; Ações não integrantes do Orçamento Geral da União (OGU), necessárias à consecução do objetivo, e Regionalização das Metas por Estado.

O Plano foi constituído por seis diretrizes estratégicas, vinte e oito macro-objetivos e trezentos e sessenta e cinco programas, articulados de forma descendente, ou seja, os programas concorriam para atender os macro-objetivos e estes as diretrizes traçadas, quais sejam:

- Consolidar a Estabilidade Econômica com Crescimento Sustentado;
- Promover o Desenvolvimento Sustentável Voltado para a Geração de Emprego e Oportunidade de Renda;
- Combater a Pobreza e Promover a Cidadania e a Inclusão Social;
- Consolidar a Democracia e a Defesa dos Direitos Humanos;
- Reduzir as Desigualdades Inter-Regionais;
- Promover os Direitos das Minorias Vítimas de Preconceitos e Discriminação.

Os programas foram compostos por ações, às quais foram indicados os produtos resultantes, as unidades de medida, as metas físicas, os custos, a unidade responsável, a forma de implementação (direta, descentralizada e linha de crédito), e se classificavam em:

- Atividades, conjunto de operações de caráter continuado, necessárias à manutenção das funções do governo;
- Projetos, conjunto de operações que se realizavam num período limitado do tempo e concorriam para expansão ou aperfeiçoamento das funções do governo;
- Operações Especiais, despesas que não geram contraprestação direta na forma de bens ou serviços;
- Outras Ações, operações que contribuíam para a realização dos objetivos do programa, mas não exigiam recursos financeiros do OGU.

O Plano refletiu, assim, a introdução de forma abrangente da metodologia de orçamento-programa na esfera pública brasileira, e tinha como característica dominante a racionalização do processo de fixação de políticas, mediante o manuseio de dados sobre custos e benefícios dos objetivos propostos e a mensuração dos produtos resultantes de sua execução.

A predominância da orientação gerencial no processo orçamentário, por sua vez, além de traduzir uma preocupação maior com o trabalho a ser feito e as realizações a serem alcançadas, abriu espaço para construção de indicadores, coeficientes e parâmetros, que constituem componentes importantes de qualquer sistema de produção de informações, orientados para o monitoramento e avaliação da gestão.

Orçamento-Programa

O orçamento-programa, que foi adotado pelo governo norte-americano a partir de 1965, foi produto de sucessivas discussões ocorridas nas décadas de 50 e 60 e que foram amplamente divulgadas por intermédio das publicações da ONU. Essa divulgação explica em parte as experiências de aplicação dessa metodologia em alguns estados brasileiros antes mesmo do advento da Lei 4.320/64.

A preocupação básica de identificação dos custos dos programas propostos para alcançar os objetivos trazia a necessidade de definição dos objetivos e quantificação das metas para formalização dos programas. Um programa consistia, portanto, em um conjunto de meios e ações direcionados para realizar metas e alcançar os objetivos, ou seja: o cerne do orçamento-programa era o objetivo quantificado em meta.

Procurava-se, com isso, comprometer o aspecto financeiro com o lado real da sociedade por intermédio da observância da seqüência metodológica que, a partir dos objetivos, chegava aos programas desdobrados em projetos e atividades. Essa preocupação com o lado real da ação pública, que passava a prevalecer no processo orçamentário, significava a incorporação da dimensão física aos orçamentos, de forma que deixassem de representar meras versões financeiras de programas de trabalho.

A integração do plano ao orçamento era viabilizada pela estruturação de programas, que eram módulos que transitavam do plano para o orçamento, ou seja: o programa que surge no plano ao migrar para o orçamento dá origem à especificação da despesa orçamentária.

Além disso, os programas, que vigorariam enquanto necessários à solução de problemas, serviriam de base para estruturação dos órgãos públicos, respeitando-se a sua área de atuação. Assim, ao passo que uma organização corporativa seria estruturada segundo unidades de negócios na administração estratégica, em uma organização pública a estruturação deveria ser feita de acordo com as unidades autônomas de gestão dos programas.

Gerenciamento de Programas

A autonomia para o gerenciamento dos programas permitia que se estabelecesse um sistema de cobrança de resultado do gerente do programa, que deveria ser uma pessoa física perfeitamente identificável para resolução ou minimização do problema.

Entretanto, de acordo com CÔRE (2001/2002:135), a atuação dos gerentes tinha sido prejudicada pela não adequação da estrutura administrativa a essa nova concepção estratégica, e tinha conflitado, em várias oportunidades, com as atribuições de unidades e núcleos de poder já existentes.

No Seminário da Área de Planejamento, em 1998, ainda no governo Fernando Henrique, com vistas a encontrar novas referências para a metodologia do Plano Plurianual, esse tema também foi objeto de discussão.

No painel referente à Gestão Empreendedora, foi evidenciada a necessidade de:

- Fortalecer a atuação do gerente de programa;
- Fundamentar sua responsabilidade por resultados, em uma relação contratual com as organizações, às quais o programa ou suas ações se vinculam;
- Consolidar o programa, e seus resultados, como referências para todos os passos do ciclo de gestão.

Para os expositores, deveria se assegurar a convergência dos meios na direção dos resultados esperados na sociedade. Para tanto, seria necessário que o programa atuasse como elemento integrador desse processo, de modo que houvesse uma linguagem comum para as atividades de elaboração, revisão e avaliação do Plano Plurianual, definição de prioridades e metas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, elaboração dos orçamentos, programação orçamentária e financeira, programação plurianual físico-financeira, auditoria interna e externa.

Com essas medidas, pretendia-se dar ao Plano Plurianual uma consistência estratégica que assegurasse a seletividade e otimização dos recursos fiscais disponíveis, no atendimento das demandas da sociedade e na promoção do desenvolvimento sustentável. Pretendia-se, ainda, alterar a função de controle e avaliação, antes centrada nos aspectos ligados à eficiência e eficácia do gasto, ao incorporar a dimensão da efetividade no Sistema, isto é, do controle e avaliação do cumprimento dos resultados previamente definidos no Plano Plurianual, cujas informações deveriam incluir os efeitos secundários e colaterais dessas ações na sociedade.

No painel que versou sobre o Desenvolvimento Gerencial foi enfatizada a necessidade de desenvolvimento dos dirigentes, e de suas equipes, os quais detinham a responsabilidade pela consecução dos objetivos do programa, mediante a adoção de técnicas modernas de aperfeiçoamento profissional que associassem a análise crítica da experiência à inovação e ao aprendizado conjunto.

Monitoramento e Avaliação

A reorganização proposta pelo Plano Plurianual pôs forte ênfase nos aspectos relacionados à gestão e, por conseguinte, em seus principais instrumentos: o monitoramento e a avaliação.

Entretanto, segundo GARCIA (2001), embora a estrutura teórica do PPA respeitasse a hie-

rarquia descendente: Diretrizes Estratégicas, Macro-objetivos e Programas, ela não fornecia os instrumentos de avaliação e monitoramento necessários para correção e realização de seus objetivos. Além disso, o encadeamento lógico-temporal teórico nem sempre havia sido seguido para a construção do Plano, pois "muitos programas preexistentes apenas sofreram enquadramento no novo formato; ações que vinham sendo implementadas há anos foram apresentadas sob o título de um programa; algumas diretrizes ministeriais foram elaboradas após os programas terem sido concluídos; e, principalmente, o agrupamento dos programas por macro objetivos foi feito por critérios de afinidade, algo subjetivo, e a posteriori" (pg.42).

Apesar disso, a construção desses instrumentos seria possível na medida em que "as exigências postas pela macro-gestão do PPA e pelo Sistema de Informações Gerenciais estão razoavelmente precisas" (pg.35).

Nesse sentido, as principais avaliações requeridas ao Plano, e correspondentes monitoramentos, seriam:

- Avaliação de Desempenho dos Programas;
- Avaliação dos Resultados por Macro objetivos;
- Avaliação Global do PPA.

O programa deveria estar amparado por elementos técnicos e conhecimentos empíricos que permitissem a construção de coeficientes e normas operacionais e programáticas, que serviriam de base para comparação de ações semelhantes, desenvolvidas em espaços ou instituições diferentes.

A execução do programa, por sua vez, deveria produzir e regular automaticamente as informações necessárias para se conhecer e julgar sua qualidade, possibilitando intervenções corretivas em tempo oportuno. Nesse sentido, os indicadores de eficácia (meta e tempo previsto em relação ao realizado) e eficiência (meta, tempo e custo previsto em relação ao realizado) deveriam permitir a avaliação de desempenho quanto a prazo, qualidade, custo dos programas e sua contribuição para a consecução dos macro objetivos estabelecidos.

Para avaliação dos resultados dos macro-objetivos seriam necessários, além das avaliações de desempenho dos programas, indicadores que explicitassem as causas críticas a serem atacadas pelos programas em um contexto de horizonte temporal. Dessa forma, após a análise e relacionamento das variáveis, deveria ser procedida a comparação dos resultados obtidos com os indicadores do macroobjetivo previstos para cada momento de tempo, e com isso, a elaboração das conclusões e recomendações, com identificação de desvios, equívocos e erros, bem como dos procedimentos para sua correção.

A avaliação global do PPA deveria ter por finalidade averiguar o cumprimento das orientações estratégicas do governo e as diretrizes emanadas do presidente da República. Nesse sentido, para que se respeitasse a consistência lógica do plano, os indicadores deveriam ser compatíveis com os enunciados das diretrizes estratégicas que, por sua vez, deveriam ser delimitados e descritos de modo a articular efetivamente as causas críticas (ou macro problemas nacionais).

PERSPECTIVAS DO NOVO GOVERNO

A posse do presidente eleito Luís Inácio Lula da Silva tem sido considerada um marco na história republicana do país. Pela primeira vez, os eleitores conduziram ao posto máximo um representante de um partido - o Partido dos Trabalhadores - com forte expressão nos movimentos populares.

Na Mensagem dirigida ao Congresso Nacional para abertura da sessão legislativa, no início do ano, o presidente reafirma a filosofia de integrar o planejamento e o orçamento, e considera a elaboração do Plano Plurianual – PPA – 2004/2007 uma grande oportunidade para que o governo explicite seu projeto de longo prazo de desenvolvimento com eqüidade.

O atual governo, partindo do diagnóstico de que os mecanismos de gestão e alocação de recursos públicos adotados em governos anteriores foram ineficazes e aprofundaram as disputas desnecessárias na máquina administrativa, pretende iniciar a construção dos pilares de um novo modelo de desenvolvimento sustentado que venha solucionar os problemas sociais, retomando as funções de pensar o longo prazo e o planejamento estratégico como instrumento para a definição de ações práticas em todos os setores, em nível nacional e regional.

Para tanto, o governo pretende fixar macro prioridades nacionais para revitalizar a Federação, integrando União, estados e municípios, a partir da recuperação do seu papel de indutor do desenvolvimento nacional, aliado a uma política de maior controle e participação social nas ações de desenvolvimento regional e local, de modo que haja maior transparência e eficácia no planejamento e na execução de políticas públicas, notadamente nas áreas da saúde, da educação, da previdência social e da habitação.

Além disso, em decorrência do agravamento da crise fiscal do setor público e do balanço de pagamentos nos últimos anos, o governo vê como um dos desafios mais importantes a ser enfrentado o de encontrar novos mecanismos de financiamento e de modelos alternativos de viabilização de investimentos, para ampliar a oferta de serviços de interesse público com qualidade.

Acrescenta, ainda, a necessidade de revisar a estrutura de funcionamento do Estado, investir em inovações tecnológicas e definir um novo perfil para os servidores públicos, para que possam atuar de forma mais estratégica, contribuindo para o alcance dos resultados dos planos e programas de governo para o resgate da cidadania.

Assim, o objetivo central do PPA 2004/2007 será o de propiciar o crescimento de baixo para cima e de dentro para fora, ou seja: serão adotadas estratégias de desenvolvimento sustentado que priorizem a justa distribuição de renda e benefícios sociais à população e o fortalecimento do capital nacional.

Conforme o Manual do PPA 2004/2007, elaborado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, as estratégias de longo prazo são:

- Inclusão Social e Desconcentração da Renda, com crescimento do produto e do emprego;
- Crescimento Ambientalmente Sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e pela elevação da produtividade;

· Redução da Vulnerabilidade Externa, através da expansão das atividades competitivas que a viabilizem;

· Fortalecimento da cidadania e da democracia.

Ressalte-se que essas estratégias, assim como as diretrizes estratégicas dos planos anteriores, reafirmam os preceitos constitucionais, dispostos no Art. 3º, Título I – Dos Princípios Fundamentais, quais sejam:

Art. 3º - Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I – construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II – garantir o desenvolvimento nacional;

III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Quanto aos servidores públicos, a mensagem destaca a necessidade de implantação de um modelo de gestão que os capacitem, com vistas a sua atuação como agentes estratégicos de mudança das organizações públicas.

O governo pretende ao mesmo tempo ampliar o grau de profissionalização do aparelho estatal e os mecanismos de participação e controle social, e permitir o resgate do papel dos servidores públicos como agentes de promoção do bem-estar do cidadão.

Além disso, visa instituir mecanismos permanentes de negociação e composição, destinados a democratizar as relações de trabalho e auxiliar a construção de soluções e alternativas que permitam a superação dos problemas herdados em decorrência da política de gestão de recursos humanos adotada ao longo do período recente, cujos efeitos foram agravados pela ausência de canais institucionais de diálogo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise do Modelo de Estado Intervencionista em escala mundial, agravada pela intensificação do processo de desregulamentação e internacionalização dos fluxos comercial e financeiro a partir dos anos 70, teve reflexos mais severos em países em desenvolvimento, como o Brasil, que estavam sob regime autoritário e tinham optado pela manutenção da política de substituição de importação mediante o seu financiamento por meio de capital externo.

Os movimentos de contestação ao regime autoritário no país, que permearam todo o período de governo militar (1964-1985), se expandiram com o acirramento da crise política, econômica e

social, notadamente após o segundo choque do petróleo (1979), obrigando-o a caminhar rumo à transição para o regime democrático.

A promulgação da Constituição de 1988 significou a consubstanciação das conquistas desses movimentos sociais, dentre as quais se destacam as dos sanitaristas e as dos gestores das administrações públicas comprometidos com a probidade, eficiência, eficácia e efetividade dos gastos públicos.

Assim, a preocupação com a redemocratização é explicitada tanto na formulação das políticas do Sistema Único de Saúde como na da configuração do Sistema de Planejamento e Orçamento, pela incorporação dos procedimentos de consultas, monitoramento e avaliação social nos processos de elaboração e execução.

A necessidade da gestão democrática e autônoma dos recursos humanos é ainda reforçada pelas mudanças de paradigmas, impostas pela necessidade de otimização da alocação dos recursos públicos, para implementação de uma política econômica de desenvolvimento sustentado voltada para o combate às desigualdades sociais existentes.

Entretanto, como observaram Nogueira e Santana (2000), a fragilidade administrativa, financeira e política dos gestores públicos do país não tem possibilitado a implementação efetiva da reforma administrativa preconizada, que tem como um dos pressupostos básicos o fortalecimento das carreiras que compõem o núcleo estratégico do governo.

Ao contrário, o que se tem observado é a incorporação da contratação de trabalhadores de forma precária na esfera pública e a negociação focalizada das reivindicações de cargos e salários dos servidores ativos, nos moldes da iniciativa privada, como estratégia para redução de gastos com pessoal e equilíbrio das finanças públicas.

Com isso, as distorções na matriz de cargos, salários e funções da Coordenação-Geral de Orçamentos e Finanças da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (CGOF/SPO) ocorrem de forma generalizada em toda administração pública, se diferenciando apenas na sua intensidade, que varia em função dos acertos da gestão externalizada e politizada, adotados pelos gestores de forma paliativa face às demandas de ordenamento geradas pela composição do quadro funcional por servidores e funcionários de estruturas diversas.

As iniciativas da CGOF/SPO para adequação da gestão administrativa de suas diversas Coordenações à nova realidade administrativa, que incluem a disponibilização das informações produzidas no sistema em rede, ofertas de cursos de capacitação, workshop ministrado por consultoria externa, reunião semanal de coordenadores, festas de confraternização, substituição de servidores e funcionários, não têm apresentado os resultados esperados de descentralização de decisão, motivação profissional e integração do quadro funcional, seja pela falta de objetividade e descontinuidade das atividades iniciadas, seja pela falta de participação aos servidores estáveis dos critérios de contratação, distribuição de funções comissionadas, remanejamento e desligamento dos servidores e funcionários, bem como os de seu monitoramento e avaliação de desempenho.

O Sistema Único de Saúde e o Sistema de Planejamento e Orçamento, em curso, utilizam-se de instrumentos de gestão complexos que requerem uma política operacional que estimule a discus-

são e a democratização das decisões em todas as fases do processo e um corpo administrativo dinâmico e co-responsável pelos resultados dos objetivos traçados.

Assim faz-se premente a necessidade de redefinição da política organizacional e de gestão da CGOF/SPO, em bases democráticas e transparentes, para que se obtenha o efetivo envolvimento dos servidores e funcionários no cumprimento de sua missão institucional e das políticas e diretrizes do novo governo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz e COSTA, Valeriano Mendes Ferreira, Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro, Centro de Estudos Konrad Adenauer-Stiftung, 1998.

Banco Mundial, Relatório sobre o Desenvolvimento Humano, 1997.

Câmara da Reforma do Estado, Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995.

CLAD, Centro Latino-Americano de Administração e Desenvolvimento 1998. Uma Nova Gestão Pública para América Latina.

Coordenação Geral de Planejamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, SUS – Instrumentos de Gestão em Saúde, Cartilha, Brasília, 2001.

CÔRE, Fabiano Garcia, 2001/2002. Reforma Gerencial dos Processos de Planejamento e Orçamento, Revista da Associação Brasileira de Orçamento Público nº 43, Brasília,.

GARCIA, Ronaldo Coutinho e OLIVERA, Fábio Barbosa de., 1989. Estado, Crise e Planejamento Governamental, Texto apresentado no Seminário “Orçamento Público na Constituição de 1988”, ESAF/Brasília,

GARCIA, Ronaldo Coutinho, 2001. Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental, Texto para Discussão nº 776, IPEA.

GIACOMONI, James, 1998. Orçamento Público, Editora Atlas S.A., S.Paulo,

NOGUEIRA, Roberto Passos e SANTANA, José Paranaguá de, 2000. Gestão de Recursos Humanos e Reformas do Setor Público: Tendências e Pressupostos de uma Nova Abordagem, Organização Pan-Americana de Saúde,.

REVISTA RADIS, Comunicação em Saúde, nº 3, Outubro de 2002, Entrevista com Sérgio Arouca, p. 18, FIOCRUZ.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assuntos Administrativos, 2002.- Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil, Brasília.

TRABALHO 2

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA EM ALAGOAS: DESAFIOS PARA SUA IMPLANTAÇÃO[1]

Rosane de Mendonça Gomes[2]
Virginia Alonso Hortale[3]

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

(2) Autora: Psicóloga – à época do curso ocupava cargo de coordenadora geral de apoio técnico à gestão estadual - CGATE/DDGA/SAS/MS.
(3)Orientadora: médica, com doutorado na área de Saúde Pública e Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este trabalho trata do processo de implantação da Programação Pactuada e Integrada da Assistência: a experiência do estado de Alagoas. O interesse pelo objeto PPI é poder, num momento em que o Ministério da Saúde avança numa estratégia de implantação em nível nacional, fazer a análise e reflexão do processo a partir de uma realidade local.

A PPI foi instituída a partir da NOB96 como processo que “envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa programação traduz as a responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual” (MS, Brasília 1997).

Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), “Para conferir viabilidade aos objetivos da NOB 96 foi prevista uma série de medidas, entre elas, a elaboração de uma proposta de Planejamento e Programação Pactuada entre gestores e Integrada (PPI) entre as instâncias de governo que traduza as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, garantindo o acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor”.

A escolha de Alagoas se deu por se tratar de um dos poucos estados que implantaram PPI, a partir da NOB 01/96, e também pela possibilidade de explicitar e avaliar a experiência de um estado que, ao mesmo tempo em que desencadeava um processo de elaboração da PPI, pleiteava a habilitação em gestão plena do sistema estadual, efetivada em julho de 1988.

METODOLOGIA

Para que seja possível refletir sobre os aspectos positivos, mas principalmente sobre os problemas evidenciados pelos gestores e equipe técnica das secretarias estaduais e municipais de saúde, frente à realização de uma programação da assistência, é importante destacar algumas questões:

Qual a correlação da PPI com os problemas de saúde da população?

Quais os limites e possibilidades para alocação de recursos financeiros da assistência?[1]

A partir dessas questões, observa-se a necessidade de implementar algumas etapas no trabalho que possibilitem a análise dos conteúdos normativos e a realização de uma prática institucional frente à realidade local:

1. Consultar bibliografias mais recentes;
2. Efetuar análise de alguns indicadores que possam demonstrar ampliação e desconcentração da oferta de serviços e eqüidade do acesso às ações e serviços de saúde;
3. Analisar alguns indicadores que possam evidenciar a forma de alocação de recursos destinados à assistência ambulatorial e hospitalar entre os municípios alagoanos e fazer algumas análises da situação do estado com relação à Região Nordeste e Brasil;
4. Analisar mecanismos de operacionalização – instrumentos desenvolvidos que subsidiaram o processo de elaboração da PPI, favorecendo o fortalecimento da gestão.
5. Fazer uma síntese dos avanços, dificuldades e desafios.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), o Sistema Único de Saúde, fundamentado nos princípios da universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação social, vem vivenciando significativas mudanças, entre as quais pode-se destacar o avanço no processo de descentralização quanto às responsabilidades, atribuições e transferências de recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição a um modelo anterior de sistema público de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira em nível federal.

O movimento da Reforma Sanitária foi de fundamental importância para que a Constituição Federal de 1988, em seus Artigos 196 a 200, contemplasse o setor saúde, instituindo que saúde fosse direito de todos e não mais somente daqueles que contribuíam com o sistema previdenciário.

1 Questões relevantes apresentadas no Relatório Síntese do Seminário PPI: Limites e Possibilidades para alocação de recursos e ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde – ENSP/FIOCRUZ.

Após a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, com o objetivo de definir as competências específicas de cada esfera de governo e as estratégias que orientam a operacionalização do Sistema Único de Saúde, foram instituídas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS 91, 92, 93, 96) e a Norma Operacional da Assistência (NOAS/SUS 01/01 e 01/02).

A PPI foi instituída a partir da NOB 01/96 como instrumento central de definição de critérios de alocação de recursos entre municípios.

Ao ser instituída a Norma Operacional da Assistência - NOAS 01/01, através da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, e posteriormente à NOAS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS 373, de 27 de fevereiro de 2002, especificamente no capítulo II, resgata a Programação Pactuada e Integrada, como uma das estratégias ao Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS.

Segundo Campos (2001), "A NOAS adota uma estratégia de regionalização da assistência como reorientadora do processo de descentralização do sistema, induzindo a organização de sistemas ou redes funcionais, perpassando as fronteiras municipais, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência, bem como a fomentar comportamentos cooperativos entre gestores. A PPI foi prevista na NOAS como o processo privilegiado de alocação de recursos para a garantia da construção dos sistemas funcionais de saúde".

A Portaria nº 1020/GM, de 31 de maio de 2002, em seu artigo 1º, define que a Programação Pactuada e Integrada – PPI/2002 da Assistência é um processo instituído no âmbito do SUS para alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre gestores das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior destinados para cada município, explicitando a parcela destinada da própria população e das referências recebidas de outros municípios. Essa Portaria revogou a PT. GM/MS nº 483, de 6 de abril de 2001.

Segundo o Manual Organização e Programação da Assistência – Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar – SAS/MS (2001), "...a programação das ações assistenciais representa um instrumental básico para alocação de recursos com eqüidade, para explicitação das responsabilidades de cada gestor na organização das ações e serviços de saúde, para acompanhamento e avaliação dos resultados, e que contribui para conferir transparência dos critérios utilizados na distribuição dos recursos. Pretende-se através da sua implementação alcançar os seguintes objetivos gerais: a reversão da lógica de alocação de recursos centrada nos interesse dos prestadores pela lógica das necessidades de saúde da população; o avanço na consolidação do papel das secretarias estaduais de saúde; o estabelecimento de processos e métodos democráticos que assegurem a condução única do sistema de saúde em cada território; a operacionalização das estratégias de regionalização da atenção à saúde, mediante a adequação dos parâmetros, critérios e instrumentos para pactuação e distribuição dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências; a organização e/ou aperfeiçoamento, por todos os municípios, de núcleos de Controle e Avaliação, que transcendam o controle e aferição do atendimento à demanda espontânea ou à revisão de faturas, mas que permitam o acompanhamento e subsidiem com dados

objetivos as revisões das metas pactuadas, através da revisão dinâmica e fluxo das ações de controle e avaliação, (...); definição dos limites financeiros globais para a assistência de todos os municípios do estado, independente do tipo de habilitação e da forma de repasse dos recursos".

É importante destacar o avanço do processo de descentralização que se deu através da implantação da NOB/96, onde 99.21% dos municípios brasileiros encontravam-se habilitados até dezembro/01 [2].

2 Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS/MS

Tabela 1

Habilitação de Municípios por Condição de Gestão
e por Estado na NOB-SUS 01/96, Posição: dezembro de 2001

ESTADO	TOTAL	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA		PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL		TOTAL DE PLEITOS APROVADOS	
	MUNIC.	MUNIC.	%	MUNIC.	%	MUNIC.	%
AC	22	17	77,27	1	4,55	18	81,82
AL	102	87	85,29	15	14,71	102	100,00
AM	62	55	88,71	7	11,29	62	100,00
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	417	397	95,20	19	4,56	416	99,76
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	78	43	55,13	35	44,87	78	100,00
GO	246	231	93,90	15	6,10	246	100,00
MA	217	171	78,80	44	20,28	215	99,08
MG	853	784	91,91	57	6,68	841	98,59
MS	77	68	88,31	9	11,69	77	100,00
MT	139	137	98,56	1	0,72	138	99,28
PA	143	98	68,53	44	30,77	142	99,30
PB	223	215	96,41	8	3,59	223	100,00
PE	185	166	89,73	19	10,27	185	100,00
PI	222	221	99,55	1	0,45	222	100,00
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	92	70	76,09	22	23,91	92	100,00
RN	167	157	94,01	10	5,99	167	100,00
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100,00
RS	497	486	97,79	11	2,21	497	100,00
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100,00
SE	75	73	97,33	2	2,67	75	100,00
SP	645	482	74,73	161	24,96	643	99,69
TO	139	130	93,53	9	6,47	139	100,00
BRASIL	5.560	4.970	89,39	562	10,16	5.535	99,55
Não está incluído o DF							

FONTE: DDGA/SAS/MS

CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS E GEOPOLÍTICAS DO ESTADO

O estado de Alagoas, localizado na Região Nordeste do Brasil, é o segundo menor estado do país, com uma área de 27.933,1 km², representando 0,32% do território nacional e 1,72% da Região.

O estado está dividido em 102 municípios com populações que variam entre 6 mil e 170 mil habitantes, à exceção da capital – Maceió – com 817,4 mil habitantes.

O Censo Demográfico de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), registra uma população total de 2.822.621 habitantes, a qual representa 1,66% do total da população Brasil e 5,91% da Região Nordeste. A expectativa de vida é de 65 anos e a taxa de natalidade é de 3,1%, segundo a publicação de Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB 2000).

Ao analisar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no período de 1970 a 1996, do estado de Alagoas, observa-se um avanço no período. No entanto, comparativamente à Região Nordeste e à média do país, permanece sempre abaixo, evidenciando a necessidade de políticas sociais que busquem reduzir a desigualdade social do nosso país. (Tabela 2).

Tabela 2

Índice de Desenvolvimento Humano: 1970-1996

Ano	1970	1980	1991	1995	1996
Alagoas	0.263	0,437	0,506	0,538	0,538
Nordeste	0,299	0,483	0,557	0,596	0,608
Brasil	0,494	0,734	0,787	0,814	0,830

FONTE: PNUD/IPEA/FJP

Com relação à área produtiva, o estado de Alagoas se destaca pelo seu complexo sucro-alcooleiro, a partir da produção e industrialização da cana-de-açúcar, com participação importante na geração de emprego e renda. Destacam-se ainda as agroindústrias do leite e do fumo, como também o Pólo Cloro-Químico.

Quanto ao Índice de Condições de Vida (ICV) de 1991, Alagoas apresenta resultados bastante negativos em quatro das cinco dimensões que o compõem (educação, infância, longevidade e renda), ficando abaixo da média de todas as regiões do país. Somente na dimensão habitação supera os estados da Região Norte (Tabela 3). [3]

A análise dos municípios segundo esse índice aponta como carentes aqueles que apresen-

3 Texto Plano Diretor de Regionalização e do Projeto de Implementação da Microrregionalização da Saúde no Estado de Alagoas (Experiências Inovadoras do SUS/MS, 2002)

taram números inferiores à média do país (0,723). Em Alagoas todos os municípios são carentes. O maior índice é encontrado na capital (Maceió - 0,701), seguida de Penedo (0,557), Satuba (0,550) e Arapiraca (0,535). O menor ICV é o de São José da Tapera (0,342), o 6º mais carente do país.

Tabela 3

Dimensões do Índice de Condições de Vida - ICV, 1991

UF	ICMS	Educação	Infância	Renda	Habitação	Média
Alagoas	0,595	0,388	0,603	0,513	0,586	0,542
Centro-Oeste	0,770	0,599	0,778	0,819	0,709	0,735
Nordeste	0,668	0,435	0,641	0,514	0,605	0,573
Norte	0.727	0,516	0,676	0,635	0,524	0,616
Sudeste	0,779	0,643	0,817	0,834	0,853	0,785
Sul	0,794	0,628	0,823	0,827	0,823	0,779
Brasil	0,742	0,576	0.747	0,793	0,758	0,723

FONTE PNUD/IPEA/IBGE

No campo da saúde, à semelhança de várias regiões do país, o estado convive com doenças da pobreza e do desenvolvimento, destacando-se doenças endêmicas como a tuberculose, a esquistossomose, as de veiculação hídrica, como a diarréia e a cólera, além das crônicas, como diabetes e hipertensão.

A tuberculose, mesmo sendo de fácil diagnóstico e cura, apresentou em 2000 coeficiente de 38,41 por 100 mil habitantes, lembrando que as precárias condições sócio-econômicas da população favorecem o aumento de casos. Já a hanseníase, doença transmissível crônica e de evolução lenta que ainda acomete mais de 800 mil pessoas no mundo, apresenta-se em Alagoas com uma prevalência de 1,49/10 mil habitantes (2000).

A incidência da AIDS no estado, em 2000, foi de 2,52/100 mil habitantes, continuando como prioridade por ser uma doença infecto-contagiosa e letal. A hipertensão, a diabete e o câncer têm crescido no Brasil e conseqüentemente no estado, fazendo parte das principais causas de mortalidade.

As chamadas doenças endêmicas, como dengue, esquistossomose, calazar humano e cólera, continuam sendo prioridade no estado, principalmente por apresentarem índices preocupantes como os registrados em 2000:

- Dengue: coeficiente de incidência - 2.049/ 100 mil habitantes;
- Esquistossomose: prevalência de 76,45/100 mil habitantes;
- Esquistossomose: proporção de internação - 5,97%;
- Calazar humano: coeficiente de incidência - 13,1/100 mil habitantes;
- Calazar humano: taxa de letalidade - 8,1%;
- Cólera: coeficiente de incidência - 8,78/100 mil habitantes;
- Cólera: coeficiente de letalidade – 2,1/100 mil habitantes.

A mortalidade infantil e materna representa também indicativos importantes das precárias condições de vida da população e das dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde, destacando-se:

- Taxa de mortalidade infantil – 68,2/1.000 nascidos vivos (IBGE, 1988);
- Taxa de mortalidade infantil – 49,3/1.000 nascidos vivos (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – área trabalhada pelo Programa de Saúde da Família – PSF);
- Taxa mortalidade neonatal precoce – 19,3/1.000 nascidos vivos;
- Taxa de mortalidade neonatal tardia – 7,3/1000 nascidos vivos;
- Taxa mortalidade infantil tardia ou pós-neonatal – 41,6/1.000 nascidos vivos (número de óbitos em crianças entre 28 dias e menos de um ano);
- Razão de mortalidade materna - 52,51/100 mil nascidos vivos[4].

Características da Política Estadual de Saúde

O processo de construção do SUS no estado de Alagoas, ao longo dos anos 90, passou por várias crises, mudanças freqüentes dos dirigentes, greves dos servidores públicos, chegando a acarretar a destituição do Conselho Estadual de Saúde (criado em 1992) e da CIB no ano de 1993, sendo recomposto nos anos de 1994 e 1995.

O desencadeamento da municipalização no estado até meados da década de 90 foi bastante conflituoso, diante de toda crise política e administrativa que os alagoanos vivenciavam. A SES enfrentava uma crise institucional, não exercia seu papel coordenador da saúde no estado. Nesse contexto os municípios alagoanos se organizaram através do COSEMS, impulsionando a municipalização no estado.

Com a instituição da nova política nacional de saúde, através da NOB/96, a Secretaria de Estado da Saúde retoma de forma gradativa o papel coordenador do sistema estadual de saúde.

Em 1998, com a implantação da NOB 96, Alagoas foi o primeiro estado a ser habilitado na condição de gestão plena do sistema. Do total de 102 municípios, 15 municípios foram habilitados na GPSM e 87 habilitados na GPAB, correspondendo a 14,71% e 85,29%, respectivamente.

No mesmo período, o estado consolidou a Programação Pactuada e Integrada, área da assistência, que vinha sendo discutida desde 1997, sendo aprovada na CIB (Resolução nº 029, de 14/09/98), no segundo semestre de 1998.

4 Fonte: Dados do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica 2000 / SESAU/AL.

A PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO

O estado de Alagoas até meados da década de 90 dispunha de uma estrutura organizacional e administrativa da saúde, composta por 7 regiões de saúde. Com a extinção das Regionais de Saúde em 1998, os municípios, sem contar com a estrutura das mesmas, passaram a se relacionar diretamente com os diversos setores da Secretaria de Saúde do Estado.

Em 1999, o governo do estado, coordenado pela Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Alagoas, instituiu um Plano de Desenvolvimento sustentável para Alagoas, baseado na criação de regiões administrativas e de planejamento. A Secretaria de Estado da Saúde e o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde/COSEMS desencadearam um processo de discussão para implantação do projeto de microrregionalização, adequando as regiões administrativas e de planejamento a uma realidade da saúde, baseando-se em critérios epidemiológicos, acesso viário, fluxo de pacientes, relação econômica entre municípios. Ainda em 1999, a saúde passou a trabalhar numa estrutura de organização territorial, com 7 regionais de saúde e 12 microrregiões de saúde.

Ao ser instituída a Norma Operacional de Assistência – NOAS 01/02, a Secretaria de Estado da Saúde, com o colegiado de secretários municipais de saúde/COSEMS, deu início a um amplo processo de reavaliação da microrregionalização do estado, numa proposta de conformação de um Plano Diretor de Regionalização, a partir das diretrizes da NOAS, com critérios bem definidos, tomando por base os já anteriormente adotados, como: perfil epidemiológico, acesso viário, fluxo de pacientes, relação econômica entre municípios e introduzindo um diagnóstico dos municípios quanto à capacidade instalada, complexidade da rede de serviços (atenção básica, média complexidade-M1, M2 e M3, alta complexidade ambulatorial, internação hospitalar de média e alta complexidade), precedido de uma avaliação da Programação Pactuada e Integrada, gerando a necessidade de desencadear um novo processo não só de revisão e repactuação da PPI, como de elaboração de um Plano Diretor de Investimentos.

"O Plano Diretor de Regionalização de Alagoas (PDR/AL-2002) foi estruturado com 2 macrorregiões, 5 regiões de saúde, 13 microrregiões de saúde e 33 módulos assistenciais. No desenho do PDR/AL a região de saúde foi eleita como instância de garantia da média complexidade (Nível 2 e Nível 3) ambulatorial e hospitalar, bem como da alta complexidade, caracterizando o segundo nível de referência intermunicipal.

A população coberta corresponde à população de todos os municípios que compõem as microrregiões de cada região de saúde. O fluxo de referência intermunicipal, portanto, se dará entre as microrregiões. Os municípios-pólo da região atenderão à demanda de média e parte da alta complexidade de todos os municípios para eles referenciados.

Essa diretriz teve como principal objetivo descentralizar os serviços especializados, concentrados em Maceió e Arapiraca, tornando-os mais acessíveis ao usuário, vez que estarão mais próximos ao seu município de residência.

Foram identificadas as prioridades em termos de assistência para implantação e/ou implementação nos municípios-sede e nos municípios-pólo de região, servindo de direcionamento para o plane-

jamento da expansão da assistência de média e alta complexidade, no âmbito regional. Essa expansão deve ser vista como responsabilidade dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) em pactuar a operacionalização da regionalização da saúde em Alagoas, levando-se em conta a necessidade de recursos humanos, equipamentos, estrutura física e seus respectivos financiamentos.

Nas macrorregiões de saúde estão localizados os serviços que complementam toda a referência de média complexidade (Nível 2 e 3) ambulatorial e hospitalar, bem como a de alta complexidade, não contempladas nas regionais ou que mesmo existindo nas regionais não são suficientes para atender às necessidades da população de abrangência.

Os municípios-pólo das macrorregiões, portanto, atenderão a todos os municípios que compõem às regiões correspondentes. O fluxo e a concentração de serviços de referência nos municípios-pólo da macrorregião devem ser descentralizados com a expansão de serviços nos municípios-pólo de regiões.

Somente os municípios de Arapiraca e Maceió desempenham papel de pólo macrorregional, em função da estrutura existente, em termos de rede física, equipamentos, recursos humanos e direcionamento de recursos financeiros de investimentos ao longo dos anos. Maceió, além de constituir pólo da macrorregião, é o único município que oferece referência a todos os municípios sendo também pólo estadual ". (SES/AL, PDR-AL, 2002)".

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PPI NO ESTADO

O processo de implantação da PPI, no estado de Alagoas, foi iniciado em 1997, consensuado na CIB e coordenado pela área de planejamento da SES, que constituiu vários grupos técnicos compostos pelos diversos setores da Secretaria. Houve um processo amplo de discussão da SES e o conjunto de municípios, inclusive com visita in loco.

O objetivo era efetuar uma PPI que tivesse como ponto inicial o diagnóstico dos problemas de saúde dos municípios. Foi construído um processo rico de discussões, gerando informações importantes sobre a situação de saúde do estado. No entanto, no processo de consolidação da PPI, área da assistência, tomou como base alguns parâmetros, especialmente os da Atenção Básica, estabelecidos previamente, quando do diagnóstico da situação de saúde do conjunto de municípios, enquanto os de média e alta complexidade foram principalmente baseados pela série histórica.

No decorrer de 1998 a elaboração da PPI ocorria simultaneamente com o processo de habilitação do estado na Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOB 96, assim como de 10 municípios na GPSM. Portanto, era imprescindível a consolidação da PPI, pois permitia aos municípios não só de gestão plena do sistema, como de gestão PAB, a oportunidade de definição do teto financeiro, estabelecendo parcela de recursos da população própria e da referência. A aprovação da PPI, área da assistência, somente aconteceu no 2º semestre de 1998, através da CIB (Resolução nº 029 de

14/09/98), após diversos impasses e enfrentamentos na consolidação da PPI. Ressalta-se a permanente atuação do Ministério da Saúde, no estado, como mediador das relações intergestores.

No período de 1999, o estado trabalhou as referências intermunicipais a partir do pacto da PPI 98. No entanto, entendendo a PPI como um processo de planejamento dinâmico, e o estado não dispondo de um instrumento informatizado que possibilitasse as alterações constantemente necessárias, decorrentes de revisões dos pactos intermunicipais, a SES desenvolveu um software da PPI no período de 2000, dando dinamicidade ao processo.

Avaliando o processo de elaboração da PPI 98, algumas dificuldades foram apontadas como garantia de acesso, ineficiência no estabelecimento dos pactos das referências que representassem a realidade dos fluxos, pois o estado não dispunha de instrumentos de regulação, por exemplo, centrais de regulação, marcação de consultas e exames, assim como ao efetuar análise de séries históricas, apenas o banco de dados do SIH/SUS permitia identificação da procedência do paciente, enquanto o SIA/SUS, ou seja, todo fluxo da média complexidade, onde os gestores, na sua grande maioria, têm dificuldade de garantir acesso, especialmente aos exames que dão suporte à atenção básica, não era possível ter um diagnóstico. No ano de 2000 reiniciou todo o processo de discussão com os municípios, através de oficinas por microrregiões de saúde.

Diante dessa avaliação, a SES desenvolveu um Sistema de Informações Ambulatoriais de Exames e Terapias, que identifica procedência dos usuários, aprovado na CIB (Resolução nº 22 de 27/04/1999), facilitando o processo de elaboração da PPI a partir de 2000.

É importante destacar a participação efetiva do COSEMS em todo processo de elaboração da PPI, assim como dos fóruns permanentes de discussões na Bipartite.

Programação da Assistência Ambulatorial

Desde 1998 a programação da assistência ambulatorial foi efetuada a partir das áreas: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade.

Foram definidos parâmetros de cobertura assistencial para os diversos grupos, que compõem cada área, com proposta de parâmetros de necessidades.

Considerando que o financiamento da Atenção Básica a partir da NOB96 passou a ser per capita, e que todo o município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica assume a responsabilidade pela atenção básica de seus munícipes, não sendo portanto objeto de pactuação das referências, o estado passou a trabalhar na PPI com os recursos oriundos do MS para assistência de média e alta complexidade, como forma de dar transparência à alocação de recursos e definir os pactos das referências.

A partir dos parâmetros estabelecidos, foram definidos valores per capita para assistência de média e alta complexidade por grupos de procedimentos.

Desde então todos os municípios têm direito de elaborarem a sua programação de média e alta complexidade, programando no próprio município de acordo com a capacidade instalada e referenciando a outros municípios o que não tem resolutividade.

De acordo com a programação e os pactos das referências estabelecidos, os municípios que dispõem de serviços de média e alta complexidade têm alocação de recursos, compondo o teto financeiro com definição da parcela dos recursos da população própria e da referenciada. Os municípios que não têm serviços de média e alta complexidade, embora disponham de um recurso per capita como direito para programarem a assistência de seus munícipes, pactuam as referências, alocando conseqüentemente os recursos nos municípios de referências.

Programação Descentralizada do Tratamento Fora de Domicílio - TFD

Embora na elaboração da PPI de 1998 já estivesse prevista a programação do TFD, com alocação de recursos específica, apenas em 1999, a partir da PT/SAS/MS nº 55 de 24/02/99, que dispõe sobre as rotinas do TFD, é que a SES iniciou um processo de discussão com o COSEMS e aprovou na CIB o Manual de TFD, através da Resolução nº 23 de 27/04/99, estabelecendo as diretrizes de organização e formas de utilização dos recursos, definindo um processo de descentralização do TFD intermunicipal direcionado aos tratamentos de radioterapia, quimioterapia e diálise, e no caso do TFD interestadual direcionado aos tratamentos não existentes no estado.

O montante de recursos destinados ao TFD no estado é proveniente dos repasses de recursos federais para assistência de média e alta complexidade.

Programação da Assistência Hospitalar

Ao elaborar a PPI em 1998, a área da Assistência Hospitalar foi programada com uma cobertura de 8% de internação, com custo médio por município de internação.

A partir de 2000, permaneceu a programação de 8% de internação. No entanto, foi introduzida a subdivisão por especialidades (clínicas cirúrgica, médica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica), com parâmetros específicos, 24%, 20%, 31%, 21% e 4%, respectivamente. Os custos médios foram definidos por clínicas e por município, a partir de estudos tomando como base a realidade local, como também comparando a posição do estado com a região nordeste e Brasil.

Todos os municípios têm direito de cobertura de internação de 8%, programando no próprio município de acordo com a capacidade instalada e referenciando a outros municípios o que não tem resolutividade.

De acordo com a programação e os pactos das referências estabelecidos, os municípios que dispõem de leitos de internações têm alocação de recursos, compondo o teto financeiro do município, com definição da parcela dos recursos da população própria e da referenciada. Os municípios que não dispõem de serviços hospitalares, programam a assistência de seus munícipes, no percentual de cobertura de 8%, por clínicas, nas referências, através do processo de pactuação, alocando conseqüentemente os recursos, nos municípios de referências.

MECANISMOS DE OPERACIONALIZAÇÃO – INSTRUMENTOS DESENVOLVIDOS QUE SUBSIDIARAM O PROCESSO DA PPI

Não dispondo de mecanismos de regulação, como implantação das centrais de regulação, marcação de consultas e exames, frente às responsabilidades que o estado assumia a partir da habilitação em GPSE, a SES, como forma de ampliar a sua capacidade de gestão e buscando desenvolver mecanismos que facilitasse o processo de elaboração da PPI, no que tange às definições dos pactos das referências, desenvolveu alguns softwares, como o SIAEX e o Sistema da PPI, com o objetivo de permitir aos gestores maior capacidade de planejamento do sistema de saúde local.

Sistema de Informações Ambulatoriais de Exames e Terapias – SIAEX

O SIAEX é um sistema estadual descentralizado em todos os níveis de gestão, viabilizando o processo de gerenciamento, planejamento, controle e avaliação dos municípios e/ou estados, referente aos serviços auxiliares de diagnose e terapia prestados à população de Alagoas.

O SIAEX tem por objetivo principal dotar os gestores de informações sistematizadas e contínuas sobre a distribuição e utilização de exames ambulatoriais, com identificação do paciente, procedência, tipo de exame, quantidade e valor, permitindo conhecer a concentração de exames em cada município, subsidiando os gestores na tomada de decisões gerenciais.

É de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde - SESAU implantar o SIAEX, confeccionar as requisições, capacitar os gestores e estabelecer o fluxo adequado das informações para geração de um banco de dados estadual, a partir dos exames e terapias realizadas no estado de Alagoas. [5]

O SIAEX foi constituído com base na implantação dos novos modelos de requisições de exames (auto-copiativo), a partir de julho de 1999, e estruturado de acordo com a nova tabela SIA/SUS, com codificação de oito dígitos, implantada em novembro/99.

- PATOLOGIA CLÍNICA (Azul)
- MÉDIA COMPLEXIDADE (Amarela)
- ALTA COMPLEXIDADE (Verde)

1- O Sistema está estruturado em três módulos:

- BÁSICO
- MUNICIPAL
- ESTADUAL

5 Texto – Manual do SIAEX - SES/AL/ABRIL 2000

Módulo Básico (Prestador) - É alimentado pelo registro de todos os exames realizados ambulatorialmente, através das requisições emitidas por Unidades cadastradas no SIA/SUS.

Módulo Municipal - Consolida as informações de todas as requisições recebidas e liberadas pelo gestor municipal. Os municípios na Gestão Plena do Sistema recebem os disquetes dos prestadores e devem compatibilizar com o BPA. Os municípios da Atenção Básica fazem a consolidação de todas as requisições recebidas e liberadas;

Módulo Estadual - Recebe o banco de dados de todos os municípios, consolidando o banco de dados estadual de todas as requisições liberadas e utilizadas no estado.

2- Validade das Séries Numéricas das Requisições:

As séries numéricas têm validade de 4 meses, a partir da competência em que as requisições forem distribuídas aos gestores municipais.

O sistema possibilita a realização de batimentos de dados, efetuando críticas que permitam evitar erros de preenchimento; verificar a coerência das informações e evitar pagamentos indevidos.

Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada - 2000/2001

Sendo a PPI um processo dinâmico que necessita permanentemente de reavaliação e repactuação intergestores, o estado vivenciou várias dificuldades no processo de elaboração da PPI de 1998. Uma delas foi a de elaborar a programação ambulatorial, pois além de não dispor de mecanismos de regulação, como implantação das centrais de regulação, o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS não permitia identificar a procedência. Portanto, não existiam mecanismos de análise dos fluxos de pacientes na média complexidade, onde os gestores na sua grande maioria têm dificuldade de garantir acesso, especialmente aos exames que dão suporte à atenção básica.

No período de 1999, o estado trabalhou as referências intermunicipais a partir do pacto da PPI 98, pois, não dispondo de instrumento informatizado que viabilizasse as alterações necessárias decorrentes das revisões dos pactos intermunicipais, o estado só elaborou uma nova PPI a partir de 2000, ao tempo em que desenvolveu um software que permitiu dinamizar o processo.

O instrumento foi constituído pela SES com participação do COSEMS, com o objetivo de viabilizar o processo de planejamento dos gestores, permitindo a transparência do processo de pactuação intergestores e da alocação dos recursos, com definição das referências, destacando a parcela de recursos da população própria e da referenciada, tanto na área ambulatorial quanto da área hospitalar. Ressalta-se que a PPI realizada no estado, no período de 1998 a 2002, vem sendo realizada apenas com recursos federais.

FINANCIAMENTO DO SUS NO ESTADO

Com o advento da Constituição Federal de 1988, o Brasil avança nas conquistas de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, buscando garantir direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, assistência social e previdência, em capítulo específico da Seguridade Social.

A gestão e o financiamento do SUS são de responsabilidade das três esferas de governo, de forma articulada e solidária.

No Art. 198, Parágrafo Único, da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Art. 195, com recursos da Seguridade Social, da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, além de outras fontes.

As Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único da Saúde, com comando único em cada esfera de governo, e 8.142/90, que dispõe sobre a participação social na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados à saúde, a qual assegura o caráter deliberativo aos Conselhos de Saúde – reafirmam a saúde como direito de todos e dever do estado.

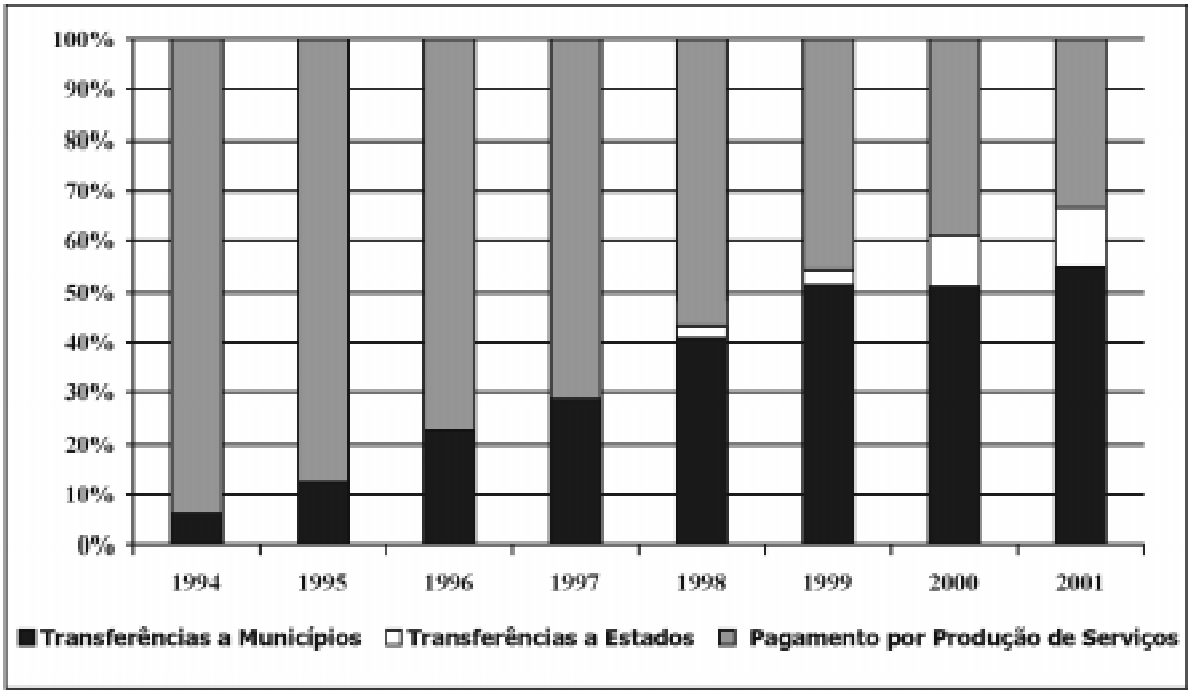
O Artigo 36 da Lei 8.080/90 estabelece que o "processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União".

Com o objetivo de garantir recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde, foi aprovada a Emenda Constitucional 29/2000, que define que estados e municípios devem aplicar em saúde 12% e 15%, respectivamente, das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais, com regras definidas para elevação dos percentuais ao longo de cinco anos, a partir de 2000, e a Lei Complementar 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estabelece um novo código de conduta dos gestores públicos. Essa Lei tem como finalidade permitir o reordenamento das finanças, de modo a aumentar a capacidade de investimento social por parte do poder público, bem como introduzir o conceito de gestão fiscal, visando promover a ação de planejamento de forma transparente, permitindo evitar riscos e corrigir desvios que possam vir a prejudicar o equilíbrio das contas públicas.

A partir da implantação da NOB/96 houve grande avanço na forma de transferir recursos do MS aos estados e municípios, através do repasse regular e automático Fundo a Fundo, principalmente ao ser instituído o Piso da Atenção Básica – PAB. Ao ampliar as responsabilidades dos municípios, avança no princípio da eqüidade, mudando a lógica do financiamento, reduzindo a forma de repasse por produção de serviços, definindo um valor per capita, e permitindo aos municípios a organização da Atenção Básica. O gráfico 1 demonstra a mudança na lógica de repasse de recursos, oriundos do MS, no período de 1994 a 2001.

Gráfico 1

Distribuição dos Recursos Federais para o Custeio da Assistência, por Modalidade Pagamento - Brasil, 1994 a 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

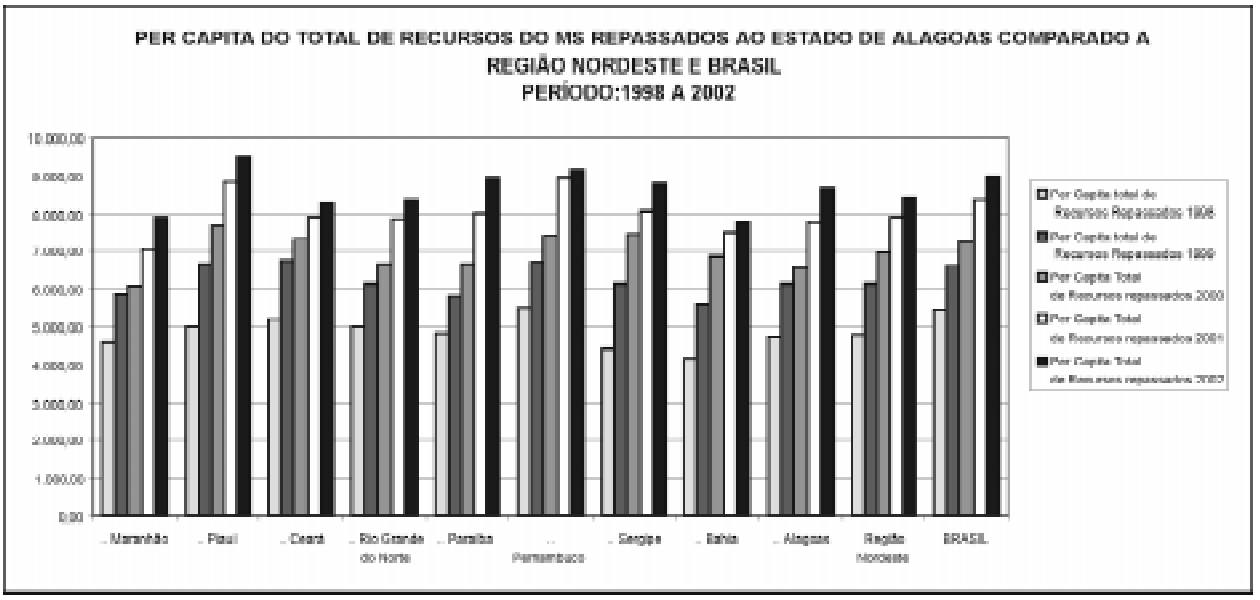
No Estado de Alagoas:

No estado de Alagoas, já em 1998, do total de 102 municípios, 85,29% dos municípios se encontravam habilitados na GPAB (87 municípios) e 14,71%, 15 municípios, habilitados na GPSM, viabilizando o repasse dos recursos do PAB diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Simultaneamente a esse processo de descentralização do PAB, a PPI, ao ser elaborada no estado, permitiu que também os recursos da média e alta complexidade fossem repassados diretamente aos municípios em Gestão Plena do Sistema, de acordo com a programação e os pactos das referências estabelecidos. Evidentemente, que apenas os municípios que dispunham de serviços de média e alta complexidade tinham alocação de recursos, compondo o teto financeiro do município, com definição da parcela dos recursos da população própria e da referenciada. Os demais, embora tivessem um recurso per capita como direito para programarem a assistência de seus munícipes, pactuavam as referências, alocando os recursos nos municípios que tinham o serviço.

Gráfico 2

Per Capita do Total de Recursos do MS Repassados ao Estado de Alagoas

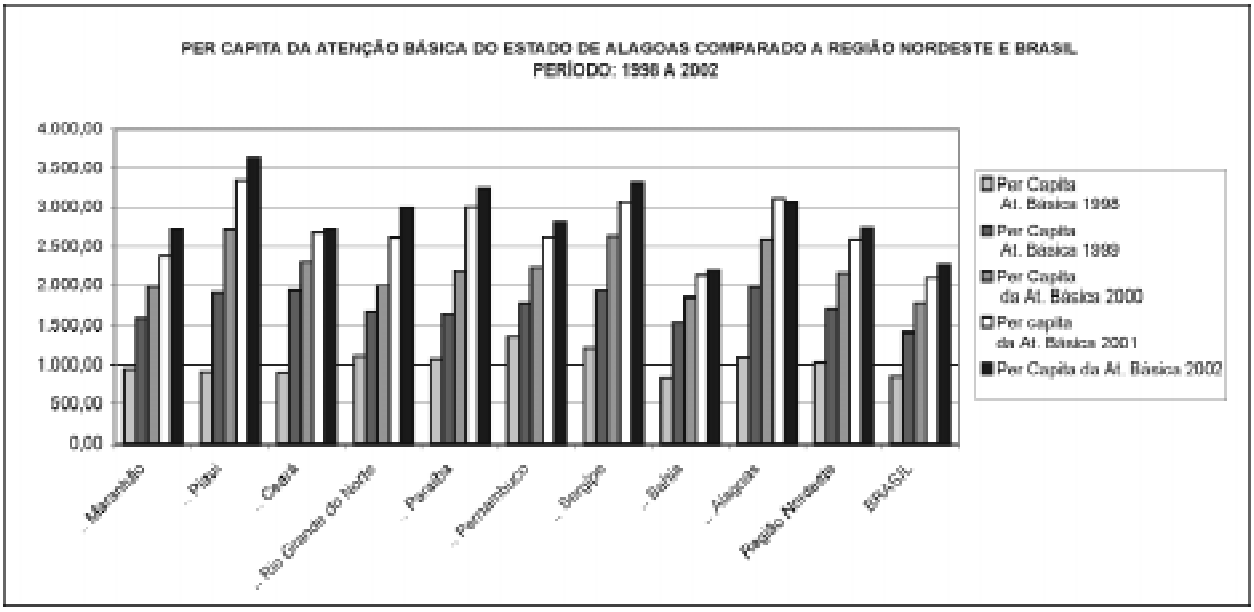


FONTE: TABNET/DATASUS - Informações em Saúde - Recursos Financeiros

O Gráfico 2 revela um crescimento do per capita total de recursos da assistência oriundos do MS repassados aos estados, no período de 1998 a 2002. Especificamente com relação ao estado de Alagoas, observa-se que ocupa a 5ª posição dos estados do Nordeste no ano de 2002 e abaixo da média Brasil.

Gráfico 3

Per Capita da Atenção Básica do Estado de Alagoas

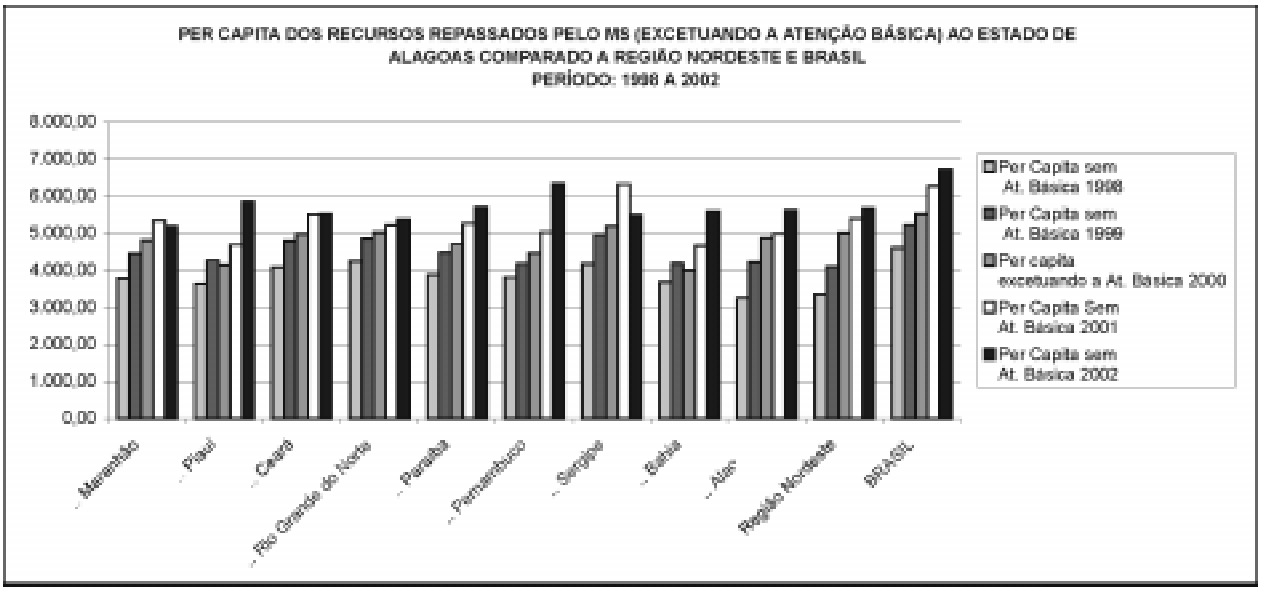


FONTE: TABNET/DATASUS - Formações em Saúde - Recursos Financeiros

O Gráfico 3 demonstra um crescimento do per capita do estado de Alagoas na Atenção Básica, e a posição de 4º lugar entre os estados do Nordeste, mas com um per capita superior à média Brasil, em razão da ampliação de cobertura do PSF, acima de 60%.

Gráfico 4

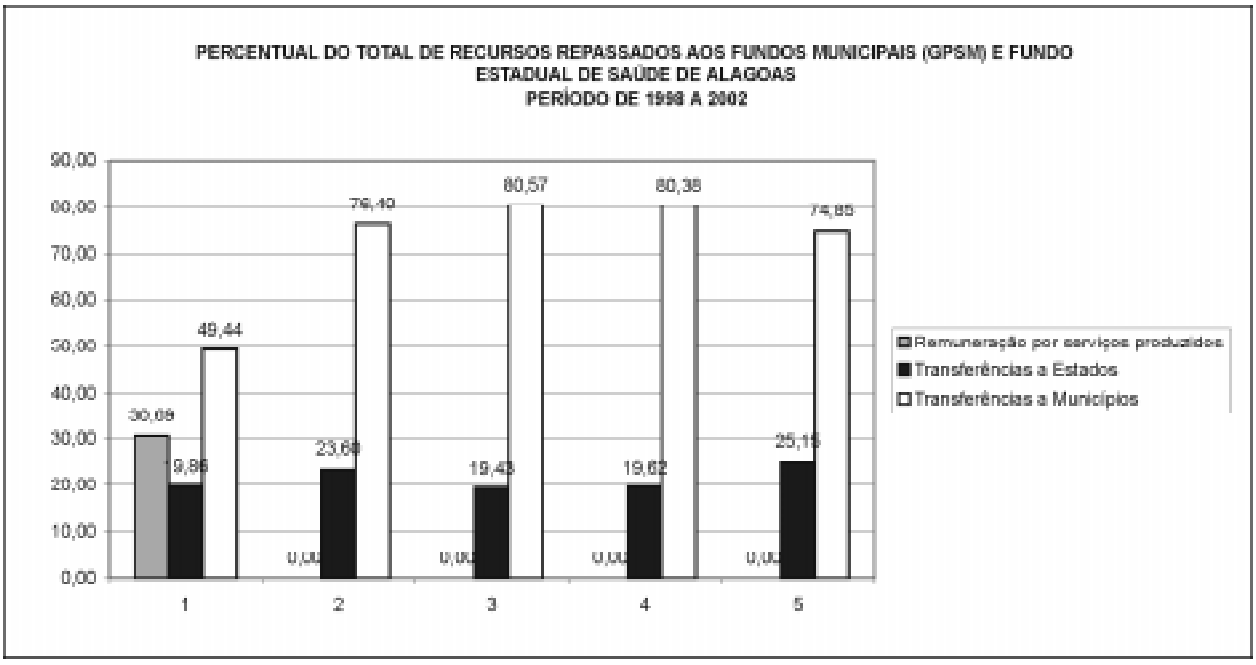
Per Capita dos Recursos Repassados pelo MS Excetuando a Atenção Básica



No Gráfico 4 verifica-se que Alagoas volta a ocupar a 5ª posição dos estados do Nordeste no ano de 2002, semelhante ao Gráfico 2, e um per capita bem inferior à média Brasil, demonstrando que o per capita do estado atinge melhor posição, quando verificado o recurso total repassado, identificando a adesão dos incentivos do PAB variável.

Gráfico 5

Percentual do Total de Recursos Repassados aos Fundos Municipais



FONTE: TABNET/DATASUS - Informações em Saúde - Recursos Financeiros

No Gráfico 5 observa-se que no período de 1998 a 2001 houve um avanço no processo de descentralização dos recursos para os municípios. Isto se deve ao processo de habilitação dos municípios, não só dos da Atenção Básica, mas de 15 municípios habilitados na GPSM, inclusive a capital. Cumpre salientar que o fato de existir no estado um instrumento de programação – PPI permite aos gestores a transparência da alocação dos recursos, a partir da pactuação das referências, viabilizando o processo de repactuação permanente.

Em relação ao ano de 2002, observa-se um acréscimo de recursos repassados ao estado, com redução da parcela municipal. A partir de julho de 2002, foram publicadas pelo MS algumas Portarias de ampliação de teto, como incentivo do per capita das consultas especializadas aos estados habilitados na Gestão Plena do Sistema pela NOAS ½; aumento do valor das consultas especializadas; e transferência dos recursos da Terapia Renal Substitutiva para o FAEC/estratégico. Com esta medida parte dos recursos que já estavam incorporados ao teto dos municípios retornou ao FAEC, passando a ter pagamento por produção, pois no caso de Alagoas a alta complexidade fica sob gestão municipal, com exceção dos medicamentos excepcionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto de que este trabalho trata da experiência isolada de um estado, não há como abordar posicionamentos conclusivos em relação ao processo da PPI de outros estados. No entanto, não dá para descontextualizar de um processo que está sendo desenvolvido desde 2001 pela SAS/MS, sendo portanto fundamental para reflexão, principalmente quanto à avaliação dos impactos relativos aos conteúdos normativos e à realização da prática institucional frente à realidade local.

Embora o estado de Alagoas tenha vivenciado ao longo dos anos 90 crises político-institucionais constantes, a partir de 1998, com a implantação da NOB/96, junto ao processo de descentralização evidencia-se um processo de reversão do modelo assistencial adotado, desde a simples mudança na autorização das AIH'S, que passa a ser de responsabilidade dos municípios, até então exclusiva da SES, até o processo de elaboração da PPI. Isso permite dar transparência à alocação de recursos, estabelecer o pacto entre gestores, e promover a desconcentração de serviços ambulatoriais e hospitalares para municípios de pequeno porte, ampliando, ainda que de forma incipiente, o acesso à população. É evidente a necessidade de uma política efetiva de investimentos, não só de recursos físicos, mas principalmente de recursos humanos, para que seja possível descentralizar e desconcentrar serviços com a certeza da ampliação do acesso e a garantia das referências, objetivando a redução das desigualdades intermunicipais e/ou inter-regionais.

Destacam-se algumas dificuldades e avanços no processo de elaboração da PPI:

Dificuldades:

· Não efetivação na íntegra da integração da Programação da Assistência com as demais áreas: Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Recursos Humanos, Assistência Farmacêutica;

· Não implantação dos mecanismos de regulação;

· Não efetivação na íntegra quanto aos pactos estabelecidos para garantia do acesso;

· Dificuldades na definição da referência e contra-referência;

· Insuficiência de recursos humanos;

· Insuficiência de capacitação de recursos humanos;

· Necessidade de complementação da tabela SUS para alguns procedimentos, dificultando o processo de pactuação das referências na PPI;

· Insuficiência de investimentos para viabilizar a organização dos municípios, atendendo à lógica da regionalização, na perspectiva de ampliação do acesso e garantia das referências.

Avanços:

· Transparência na alocação dos recursos, ainda que seja apenas de parcela dos recursos federais;

· Processo de repactuação permanente entre gestores;

- Fortalecimento do COSEMS, com participação decisiva no processo de construção do SUS;
- Existência dos fóruns Bipartite, como espaço de negociação permanente entre gestores, não só para as decisões da PPI, como também, em todo processo de construção do SUS no estado;
- Ampliação, ainda que incipiente, dos serviços ambulatoriais e hospitalares para outros municípios, portanto, desconcentração da capital;
- Desenvolvimento de um movimento interno da SES quanto à integração das áreas técnicas, na busca da construção de um processo global de planejamento.

Mesmo considerando os avanços conquistados no processo de construção do SUS em Alagoas, observa-se que fica o grande desafio para os gestores municipais e estadual, de conseguir integrar de forma efetiva as diversas PPI'S, pois, mesmo diante de todo o trabalho de integração que as áreas técnicas da SES vem construindo, prevalece ainda, no processo de consolidação da PPI da Assistência, para alocação dos recursos financeiros dos municípios, o estudo da série histórica e não do diagnóstico dos problemas de saúde da população.

Outro desafio é a necessidade de investir em capacitação do Controle Social, com objetivo de ampliar a participação efetiva dos conselhos de saúde no processo de elaboração e consolidação da PPI.

É importante destacar a necessidade do MS efetuar a programação interestadual e a alocação de recursos específicos, assim como de estabelecer uma política para Tratamento Fora de Domicílio como forma de ampliação do acesso, pois toda proposta atual de elaboração da PPI restringe-se à programação intermunicipal, não contemplando, portanto, a programação e alocação de recursos interestaduais.

Para vencer esses obstáculos será necessário um amplo processo de discussão do MS com os gestores estaduais/municipais de saúde e Academia, que permita repensar a PPI da Assistência (lógica de alocação de recursos, parâmetros adotados), buscar alternativas de mudanças, incorporar trabalhos e estudos científicos que apontem possibilidades de promover alocação de recursos, visando reduzir as desigualdades, ou seja, promover a eqüidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS, Secretaria de Estado da Saúde, 2002. Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas.

BRASIL, Ministério da Saúde /FIOCRUZ/ENSP, 2003. Relatório Síntese: Seminário: Programação Pactuada e Integrada da Assistência: Limites e Possibilidades para Alocação de Recursos e Ampliação do Acesso às Ações e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL, Ministério da Saúde, 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2001. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde Sistema Único de Saúde. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2001. Projeto Mais Saúde/Orçamento Saudável – A Emenda Constitucional 29 e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Áquilas Mendes e Waldir Catanzaro. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2002. Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde Sistema Único de Saúde. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2002. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2002. Sistema Único de Saúde. Instrumentos de Gestão em Saúde. Brasília-DF.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde.1997. PPI- Programação Pactuada e Integrada. Brasília/DF.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 2001. Organização e Programação da Assistência – Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar. Brasília.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso, 2001. Gestão Intergovernamental e Financiamento do Sistema Único de Saúde: Apontamentos para os Gestores Municipais. In: Brasil, Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D; MACHADO, Cristiani V., 2001. Políticas de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas (debate). Ciência e Saúde Coletiva, 6 (2): 269 - 318.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS, Departamento de Informática do SUS, 2002. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.

RELAÇÃO DE SIGLAS

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CF 88 - Constituição Federal de 1988

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DDGA – Departamento de Descentralização da Assistência

DOE – Diário Oficial do Estado

DOU – Diário Oficial da União

EPM-1 – Elenco de Procedimentos do Mínimo da Média Complexidade

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GASE - Gestão Avançada do Sistema Estadual

GPSE - Gestão Plena do Sistema Estadual

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência

NPD – Núcleo de Processamento de Dados

PAB - Piso de Atenção Básica

PABA - Piso da Atenção Básica Ampliada

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PPI - Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

SADT – Serviços Auxiliar de Diagnose e Terapia

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAEX – Sistema de Informações Ambulatoriais de Exames Complementares

SESAU/AL – Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos públicos em Saúde

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

TRABALHO 3

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E MUDANÇA DE CULTURA ORGANIZACIONAL NA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE[1]

Sheila Rezende[2]
Ronaldo Garcia[3]

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

(2) Autora: Psicóloga Clínica - Coordenadora de Gestão de Políticas Estratégicas, do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional/FUNASA.

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

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende descrever a experiência vivenciada na Fundação Nacional de Saúde, no período de 1999 a 2002, no que compete ao processo de planejamento, possibilitando torná-lo participativo nos diferentes níveis de gestão da instituição. Embora mudanças culturais não ocorram rapidamente, as transformações decorrentes da adoção de um novo modelo de gestão necessitam ser trabalhadas de maneira abrangente.

A transformação do modelo organizacional da FUNASA teve como base a utilização do Planejamento Estratégico, que estabeleceu a revisão da missão institucional, seus objetivos estratégicos e diretrizes. A efetivação da proposta foi viabilizada por meio de um processo de gestão colegiada, sendo instituídos Comitês Central e Regionais de Planejamento, COPLAN e COREPLAN, respectivamente, como instâncias de discussão, análise, elaboração, deliberação e acompanhamento dos planos de trabalho institucionais.

Na atualidade, a gestão das organizações requer uma nova forma de pensar e agir, tendo a lógica do pensamento estratégico como parâmetro, que se caracteriza pela antecipação de avaliação dos efeitos de cada decisão, riscos, custos e benefícios, dando aos gestores a fundamentação necessária para a construção de um modelo e de ferramentas gerenciais que sejam suficientemente potentes para garantir uma maior efetividade na gestão e no reordenamento organizacional (Zadsznajer, 1989). Portanto, na busca de tornar a FUNASA mais eficiente, flexível e efetiva, e utilizando principalmente o planejamento como ferramenta básica para não responder às demandas com improvisação, é que foi desenvolvido o processo de Assessoria Técnicas às Coordenações Regionais.

Esse processo teve como objetivo principal possibilitar a implementação do planejamento estratégico participativo por meio do funcionamento dos Comitês Regionais de Planejamento – COREPLAN. Além de homogeneizar informações sobre a missão institucional e objetivos estratégicos da FUNASA.

JUSTIFICATIVA

A Constituição Federal de 1988, no capítulo da Seguridade Social, compreende um conjunto de ações destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, previdência e assistência social. As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90; Brasil, 1990), que regulamenta as ações e serviços de saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo parâmetros para o modelo assistencial, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para garantir a formulação e a execução de políticas indispensáveis ao pleno exercício. O conjunto destas ações e serviços é prestado diretamente por órgãos e instituições públicas, podendo a iniciativa privada participar do sistema em caráter complementar.

O sistema público de saúde no Brasil, entretanto, tem passado por profundas transformações nas últimas décadas. A redefinição do papel do governo federal impôs a revisão da organização administrativa do Ministério da Saúde, para a implantação do SUS, resultando em novas funções exercidas, não só pelo núcleo central, como também por suas unidades vinculadas. O novo modelo preconizado pelo SUS resultou num processo de transformação na organização e forma de funcionamento do sistema de saúde.

No âmbito da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, a estratégia de descentralização das ações e serviços de saúde para estados e municípios foi materializada por meio de negociação e pactuação, conforme as diretrizes preconizadas nas Normas Operacionais Básicas – NOB/SUS 1991, 1993 e 1996.

A FUNASA, órgão vinculado ao MS, foi instituído pelo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, a partir da fusão de diversos órgãos do MS, destacando-se a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM, a Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP, a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde – SNABS, a Secretaria Nacional de Projetos Especiais – SNPES e o Departamento de Informática do SUS – DATAPREV, com a finalidade de promover e executar ações e serviços de saúde pública, tendo absorvido, quando de sua criação, uma rede de serviços composta por 861 unidades de saúde.

As determinações da Portaria/FUNASA nº 1.883/93 propiciaram as condições básicas para viabilização do processo de descentralização das unidades de saúde, por intermédio de transferência a estados e, preferencialmente, a municípios, do gerenciamento e execução de atividades,

até então exercidas pela Fundação. No período entre 1993 e 1996 foram descentralizadas 425 unidades, correspondendo a 49%, havendo interrupção do processo durante o ano de 1997, devido à indefinição das regras de financiamento para transferência desses serviços aos gestores municipais e estaduais.

Em 1998, foram regulamentadas as normas e procedimentos, por intermédio da Portaria GM/MS nº 3.842, que estabeleceu incentivo financeiro ao processo de descentralização, criando-se desta forma as condições necessárias para a retomada das negociações e transferência das unidades ainda sob gerência da FUNASA. O período de 1999 a 2002 foi marcado por importante reorganização gerencial da FUNASA, que culminou na elaboração e operacionalização de instrumentos que nortearam a instituição na implementação de estratégias e ações voltadas à excelência na prevenção de doenças e controle de agravos à saúde.

A Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamentou a NOB/96, refere-se às responsabilidades e requisitos relativos a epidemiologia, prevenção e controle de doenças, tendo a FUNASA como gestor do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes diretrizes:

- Coordenação nacional das ações de epidemiologia e controle de doenças (ECD);
- Execução destas ações de forma complementar e/ou suplementar à atuação dos estados;
- Definições de parâmetros que integrarão a Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD);
- Normatização técnica;
- Provimento de insumos estratégicos (Imunobiológicos, inseticidas e “kits” diagnósticos laboratoriais);
- Participação no financiamento das ações de ECD;
- Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, sobre agravos de notificação, mortalidade, nascidos vivos, do Programa Nacional de Imunizações e outros que venham a ser introduzidos;
- Coordenação da execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional, no que compete à ECD;
- Assessoria aos estados na elaboração das respectivas PPI-ECD;
- Coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP);
- Coordenação do Programa Nacional de Imunizações.

A partir da instituição desta Portaria foi descentralizada da FUNASA para estados, municípios e DF a execução das ações de ECD, relativas a malária, leishmaniose, esquistossomose, febre amarela e dengue, tracoma, doença de Chagas, peste, filariose e bócio. Até dezembro de 2002, todos os estados e o Distrito Federal, bem como 4.756 dos 5.507 municípios brasileiros (85,5 %) foram certificados, assumindo desta forma a gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças e, até janeiro de 2001, 100% das unidades de saúde tinham sido efetivamente descentralizadas.

REESTRUTURAÇÃO INSTITUCIONAL SOB O ENFOQUE DA GESTÃO ESTRATÉGICA

Na atualidade, a gestão das organizações requer uma nova forma de pensar e agir, tendo a lógica do pensamento estratégico como orientação que se caracteriza pela antecipação de avaliação dos efeitos de cada decisão, riscos, custos e benefícios, dando aos gestores a fundamentação necessária para a construção de um modelo e de ferramentas gerenciais que sejam suficientemente potentes para garantir uma maior efetividade na gestão e no reordenamento organizacional (Zajdsznajder, 1989). É importante ressaltar que este modelo de gestão vai produzir efeitos sobre todas as funções gerenciais da organização, em especial, sobre o planejamento.

Segundo Matus (1993), o planejamento é um "cálculo, que preside a ação para criar o futuro com imaginação, a partir das possibilidades que sejamos capazes de descobrir". O planejamento com enfoque estratégico pode ser entendido como: "uma técnica gerencial que procura, por meio da análise do ambiente de uma organização, criar consciência de suas oportunidades e ameaças, assim como dos seus pontos fortes e fracos e, a partir daí, traçar os rumos ou direção que essa organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades, potencializar pontos fortes e minimizar ameaças e riscos" (Campos & Ribeiro, 1999).

Assim, a gestão estratégica pode viabilizar uma administração orientada por resultados, com maior flexibilidade e agilidade na tomada decisões e ainda a possibilidade de a organização estar melhor preparada para enfrentar novos desafios, por meio de deliberações participativas (Lustosa, 2000). A busca de práticas de gestão inovadoras que possam concretizar os princípios do SUS levou a FUNASA, em 1999, a elaborar uma proposta de reorganização institucional, tendo em vista a necessidade de readequação de estrutura, cultura e comportamento organizacional. Assim sendo, incluiu em seu Plano de Ação 1999/2000 a ação de elaboração de um instrumento norteador do reordenamento organizacional, denominado Planejamento Estratégico da FUNASA, que deve ser revisto constantemente, a fim de melhor cumprir seus objetivos (FUNASA, 1999).

Esta ação pode ser considerada a mais relevante e determinante do Plano, pois estabeleceu a política e as diretrizes institucionais, direcionando assim os novos caminhos da organização. A elaboração deste instrumento originou-se a partir de um processo de ampla discussão participativa, envolvendo servidores, dirigentes, parceiros e usuários de serviços da instituição, que culminou na adoção de um novo modelo institucional, com o estabelecimento de sua missão, seus objetivos estratégicos, imagem organizacional, perfil funcional e respectivas diretrizes políticas setoriais.

Segundo Oliveira (1991), definir a missão é ir além dos objetivos estatutários da organização, envolvendo inclusive expectativas, ou seja, compreender como ela se insere no mundo e qual o papel que ela pretende assumir. Embora os estatutos e documentos regimentais da Fundação pudessem servir como indicativo para a revisão, há de se reconhecer que tais informações, em decorrência da sua antigüidade, não mais espelhavam a verdadeira missão institucional. Assim, desde a elaboração do Plano Estratégico em 1999, ficou definido como missão da FUNASA:

"Ser uma agência de excelência em promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação e de prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como em atendimento integral à saúde dos povos indígenas, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população" (FUNASA, 1999).

As demais ações previstas no Plano de Ação 1999/2000 da FUNASA foram incluídas como propostas estruturantes institucionais, direcionadas ao alcance dos seus objetivos estratégicos e, por conseguinte, ao cumprimento da sua missão.

A ação de reordenamento organizacional da FUNASA, concretizada no ano 2000 com a edição do novo estatuto e regimento interno, foi direcionada para o fortalecimento da área de Vigilância Epidemiológica, para estruturação da Rede de Vigilância Ambiental em Saúde, bem como para assegurar a saúde dos povos indígenas e, ainda, o fomento às ações de saneamento, para o controle de doenças e outros agravos no âmbito do SUS. Uma vez estabelecidas as bases da reestruturação institucional, foi elaborado o Plano Anual de Trabalho, para o exercício 2001 (PAT/2001), cujas ações nele constantes direcionam as atividades para a busca dos resultados desejados frente aos objetivos estratégicos da FUNASA.

O PAT/2001 e o PAT/2002 foram compostos por 7 programas, abaixo relacionados, cada um deles representando um Objetivo Estratégico, desdobrado em ações, com a indicação de metas a serem atingidas e das etapas necessárias à sua consecução (FUNASA, 2001 e 2002):

- Prevenção e controle de doenças e outros agravos;
- Excelência em vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- Saúde dos povos indígenas;
- Estímulo à prática de hábitos saudáveis que contribuam para a prevenção de doenças e outros agravos à saúde;
- Fomento de soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças;
- Desenvolvimento organizacional, gerencial e tecnológico da instituição;
- Reconhecimento nacional e internacional como instituição de excelência em promoção e proteção à saúde.

Para a efetiva consecução da nova estrutura de trabalho da FUNASA, houve necessidade de se viabilizar a gestão colegiada das ações estabelecidas. Assim sendo, para o aprimoramento do processo, a Fundação instituiu comitês responsáveis pela condução, monitoramento e avaliação do seu planejamento estratégico, de forma que os dirigentes pudessem tomar conhecimento de como estava evoluindo o que foi proposto e apreciar os resultados de suas ações para ajustá-las sempre que necessário.

Em 1999 foi instituído na Presidência da FUNASA o Comitê Central de Planejamento – COPLAN, composto por uma Base Operacional e uma Base Deliberativa, tendo por objetivo assessorar o presidente na elaboração, apreciação, execução, acompanhamento e avaliação dos planos, programas e projetos institucionais. Estabelecidas as diretrizes e fixadas as responsabilidades, foram realizadas reuniões mensais, com os componentes das Bases Operacional e Deliberativa do COPLAN, para acompanhar o desempenho e aprovar o produto final das ações. A atuação desse colegiado gestor legitimou portanto a prática do processo de planejamento participativo, materializado no Plano de Ação 1999/2000 e no PAT/2001 e PAT/2002.

O ano de 2000 representou para a área de planejamento da FUNASA um marco, pois além de terem sido promovidas as bases para sua reestruturação, foi deflagrado o processo de planejamento participativo nas Coordenações Regionais (CORE) - representações da Fundação nos estados - objetivando a melhoria da gestão. Os Comitês Regionais de Planejamento – COREPLAN, instituídos nas CORE, espelhando-se no Comitê Central, têm como objetivo assessorar a execução, acompanhamento e avaliação dos planos, programas e projetos desenvolvidos no âmbito das CORE.

A gestão estratégica tem como pressuposto o desafio de tentar articular o longo e o médio prazos com o curto prazo, transformando diretrizes estratégicas institucionais em ações efetivas, de forma a contribuir para a geração das mudanças desejadas, sem perder de vista o caráter seletivo do planejamento, que deve estar em sintonia com o caráter extensivo da gestão, na busca do cumprimento da missão institucional (Lustosa, 2000). Assim, consideram-se na gestão não somente as atividades, metas e objetivos definidos nos planos, mas também os demais processos de produção e de regulação da organização (Santos, 1997).

A elaboração dos Planos Anuais de Trabalho Regionais, em consonância com o estabelecido no Plano Anual de Trabalho da Presidência da FUNASA, contribuiu para o fortalecimento do processo, assegurando assim a necessidade de funcionamento efetivo dos Comitês tanto Central quanto Regionais de Planejamento.

Mas, como trabalhar uma mudança do comportamento institucional, tendo em vista ser a FUNASA possuidora de uma cultura centralizadora?

É importante ainda destacar que no reordenamento organizacional torna-se fundamental o processo contínuo de avaliação quantitativa e qualitativa, devendo-se priorizar a seleção de indicadores de avaliação tanto para a fase de implementação quanto para o acompanhamento dos resultados alcançados, de modo que se constitua como relevante instrumental de informações gerenciais que possam dar apoio ao processo decisório da gestão.

A experiência recente não dispõe ainda de dados suficientes para que se possa aferir o grau de efetividade das ações propostas pela FUNASA. Cabe, entretanto, considerar que a mudança do comportamento organizacional tem sido evidente, quando do acompanhamento dos planos de trabalho executados no nível central e no nível regional e que, apesar das dificuldades inerentes ao processo, entende-se que a proposta de gestão estratégica tem contribuído para maior motivação, melhor desempenho institucional e, principalmente, para o entendimento do processo de planejar de forma participativa e co-responsável.

Porém, ressaltam-se alguns aspectos considerados vitais para o pleno êxito do Planejamento Estratégico da FUNASA, tais como:

- a característica da gestão executada de forma colegiada;
- o caráter participativo do Planejamento Estratégico;
- o grau de detalhamento dos projetos;
- a análise de viabilidade das ações, antes de sua implementação;
- a proposta de capacitação envolvendo treinamento gerencial e o desenvolvimento de habilidades técnicas específicas para a gestão;
- a negociação interna e externa, consideradas de suma importância na busca de adesão ao que está sendo proposto e, conseqüentemente, ao sucesso do Plano.

METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO

As transformações hoje observadas no contexto da FUNASA apontaram para a necessidade de adequação dos processos de trabalho vigentes; das relações entre os diversos atores sociais que compõem a organização e, necessariamente, para uma nova lógica de pensar e dar visibilidade à missão e aos objetivos estratégicos da instituição.

Neste sentido o planejamento, enquanto processo viabilizador dos objetivos estratégicos e enquanto ferramenta metodológica, deve ser capaz de possibilitar à instituição maior agilidade, dinamismo e capacidade para responder de maneira diferenciada aos desafios impostos pelo processo de modernização organizacional da FUNASA.

Assim, a busca da excelência, da racionalização e otimização dos processos, bem como a consolidação do compromisso firmado com os clientes internos e externos da instituição requerem a produção de serviços com qualidade, eficácia, eficiência, efetividade e a indispensável construção de novo pacto entre os servidores, com vistas à adoção de atitudes e comportamentos diferenciados na produção e prestação de serviços.

Torna-se de fundamental importância, portanto, fortalecer as áreas estratégicas da FUNASA, em especial a área de planejamento das Unidades Operacionais - CORE, com subsídios necessários ao cumprimento do seu papel, enquanto agentes de mediação; articuladores no estabelecimento de parcerias no âmbito interno e externo da instituição e, principalmente, enquanto fomentadores do processo de construção de novas posturas e atitudes por parte dos atores sociais da FUNASA diretamente envolvidos.

Justificou-se assim a elaboração de uma proposta de Assessoria Técnica às Unidades Operacionais da FUNASA na área de Planejamento.

Esta proposta teve como objetivo contribuir com as Coordenações Regionais na implementação de estratégias de enfrentamento e superação de dificuldades locais identificadas a partir de:

. Instrumento de Levantamento de Informações (Perfil da área de Planejamento das CORE);
. Análise Situacional das Unidades Operacionais;
. Resultados do Processo de Acompanhamento do Plano Anual de Trabalho - PAT; e
. Outras demandas emergenciais.

Como metodologia de trabalho optou-se pela Problematização, que possibilita a construção coletiva do conhecimento, e a troca de informações acerca do conteúdo do produto que se quer obter.

Os resultados pretendidos visavam:

. Melhoria do Desempenho Gerencial das CORE;
. Homogeneização de informações sobre missão institucional e objetivos estratégicos da FUNASA; e,
. Implementação da sistemática de planejamento participativo por meio do funcionamento efetivo dos COREPLAN.

Para a efetivação do processo de assessoria às CORE, tornou-se necessário o uso de instrumentos de planejamento que dessem conta dos problemas que necessitavam da cooperação técnica do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, da FUNASA.

Assim, foram pensados e colocados no documento, como base de trabalho para o levantamento das necessidades de Assessoria:

Análise Estratégica da Situação Atual

Para a execução desta análise foram utilizados os seguintes modelos:

Análise do Problema

- Listagem dos problemas relativos às áreas de Convênios, Informática, Modernização Administrativa e Planejamento;
- Hierarquização dos Problemas;
- Descrição dos Problemas.

Explicação do Problema

- Listagem das causas;
- Identificação de causas críticas.

Desenho de Intervenções

- Enfrentamento do problema.

Resultados da Supervisão Técnico-Administrativa - STA

Os relatórios de Supervisão Técnico-Administrativa – STA foram utilizados, pois apontavam problemas gerenciais das Coordenações Regionais, tendo em vista que a STA se baseava em indicadores de processo, portanto sinalizando as unidades que necessitavam de alguma assessoria por parte da presidência da FUNASA.

Acompanhamento do Plano Anual de Trabalho

Da mesma forma que os relatórios da STA, o instrumento de acompanhamento do PAT foi utilizado como subsídio para a assessoria.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO CASO

Instrumentos

Fase I

Instrumento de Levantamento de Informações

Perfil da Área de Planejamento das CORE

Objetivo:

Levantar informações junto às Unidades Operacionais de Planejamento da FUNASA, de modo

a mapear o perfil da área, seu contingente de pessoal e processos de trabalho implementados com vistas à construção de um Banco de Dados.

Dados a Coletar:

1. Composição e Qualificação da força de trabalho da área de Planejamento;
2 .Posição das Regionais frente ao Programa de Qualidade do Serviço Público - PQSP;
3. Situação da área de Convênio das CORE;
4. Papéis e responsabilidades;
5. Composição e qualificação da equipe;
6. Área responsável pela elaboração e acompanhamento do PAT;
7. Existência e funcionamento do COREPLAN.

O Instrumento de Levantamento de Informações foi enviado às Áreas de Planejamento das CORE, e preenchido pelo responsável designado para as ações de Planejamento. Quando da sua devolução ao DEPIN, foi tabulado e analisado pela Equipe de Assessoria com vistas a mapear e identificar os nós críticos que deverão ser objeto de intervenção da etapa seguinte, qual seja: Análise Situacional da Área de Planejamento.

A Análise Situacional da Área de Planejamento teve como foco o processamento dos problemas previamente identificados na etapa anterior - Levantamento de Informações -, problemas esses agrupados em área temáticas relativas a:

a) Problemas de Natureza Gerencial - relativos à coordenação dos processos coletivos de trabalho; ao desempenho técnico da equipe como um todo; à articulação intra e intersetorial da área de planejamento.

b) Problemas de Natureza Organizativa - relativos às condições logísticas, operacionais e de infra-estrutura necessárias ao desenvolvimento das atribuições pertinentes à área de planejamento como um todo - Convênio, Modernização Institucional e Informática;

c) Problemas de Natureza Cognitiva - relativos ao domínio de recursos de conhecimento técnico por parte da equipe, necessário ao desenvolvimento das atividades pertinentes à área.

Fase II
Análise Estratégica da Situação Atual

Com base na medida das informações obtidas no instrumento da Fase I - “Instrumento de Levantamento de Informações“ – a equipe técnica do nível central elaborou “CASOS“ fictícios que reproduziram as problemáticas identificadas naquele instrumento, nas Coordenações Regionais.

Após a análise do CASO, pelos participantes do processo, foram identificados os Problemas pertinentes àquela unidade operacional que requeriam uma intervenção. Para tanto, serão utilizados os seguintes formatos:

1. Análise do Problema

1.1. Listagem dos Problemas
1.2. Hierarquização dos Problemas
1.3. Descrição dos Problemas
2. Explicação do Problema
2.1. Listagem das Causas
2.2. Identificação de Causas Críticas
3. Desenho de Intervenção
3.1. Enfrentamento do Problema

Caso Padrão:

A Fundação de Promoção à Saúde – FPS é um órgão governamental, criado por decreto em 1991 e vinculado ao Ministério da Saúde, com a finalidade de executar ações voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população. A FPS está estruturada em unidades regionais, com características e níveis de complexidade diferenciadas, bem como culturas peculiares e relações distintas com as demais instituições que atuam no setor saúde.

No final da década de 90 a Fundação sofreu profundo processo de transformação, que implicou a mudança de sua missão institucional, com a conseqüente redefinição do seu modelo de atuação e das ações desenvolvidas.

Assim, cabe atualmente à instituição atuar como agência de excelência em promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação, prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como atendimento integral à saúde dos povos indígenas, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

Para o alcance desse novo papel, fez-se necessário um movimento de reordenamento organizacional, sendo utilizado como ferramenta operacional, viabilizadora de um modelo de gestão participativa, o Planejamento Estratégico.

A partir de 1999 elaborou-se um Plano de Ação para o biênio 1999/2000, com o estabelecimento de objetivos estratégicos, imagem organizacional, perfil funcional e diretrizes políticas setoriais, tanto para o nível central, quanto para as unidades regionais.

Para a viabilização e o acompanhamento da execução do Plano foram criados Comitês Central e Regionais de Planejamento.

No que diz respeito aos Comitês Regionais de Planejamento – COREPLAN foram estabelecidas as seguintes competências:

- Analisar propostas de planos, programas e projetos oriundos do Comitê Central de Planejamento – COPLAN, sugerindo as alterações e ajustes julgados convenientes;
- Analisar e aprovar o Plano Anual de Trabalho – PAT da Unidade Regional;
- Apreciar os relatórios de acompanhamento e avaliação dos planos, programas e projetos desenvolvidos, no âmbito da Unidade Regional; e,
- Definir responsabilidades e prazo para desenvolvimento das ações.

No processo de reordenamento organizacional, o serviço de planejamento foi extinto formalmente nas Unidades Regionais, ficando patente, no entanto, a necessidade do desenvolvimento das atividades de planejamento na instituição. Para tanto, foi indicado um profissional responsável pela implementação dessas ações e interlocução com as demais áreas por meio de portaria, por delegação de competência. Além das atribuições pertinentes à área de planejamento, cumpre a função de secretário executivo do COREPLAN, enquanto instância deliberativa e viabilizadora do processo de planejamento estratégico e participativo.

No final do exercício de 2000, quando da elaboração do Relatório de Atividades, foi constatado pela equipe de planejamento do nível central que as Unidades Regionais demonstraram, em nível de proposição e desenvolvimento, inconsistências frente à missão institucional e os objetivos estratégicos definidos para a instituição em geral, evidenciando, ainda, uma focalização setorial e a fragmentação dos processos de trabalho internos das Unidades Regionais.

Após esse momento de acompanhamento e avaliação do Relatório, a equipe de planejamento do nível central decidiu realizar uma visita a uma de suas Unidades Regionais, especificamente ao seu COREPLAN, para que juntos discutissem e levantassem a problemática existente no desenvolvimento das atividades daquela Unidade Regional.

Assim, foram detectadas as seguintes situações:

- atuação das áreas fins da unidade regional por demandas pontuais;
- descontinuidade e alternância de profissionais quando da elaboração e participação nos diversos processos de trabalho;
- processos de trabalho realizados de forma isolada e desarticulada;
- processo decisório envolvendo apenas algumas áreas;

As reuniões do Comitê, quando realizadas, cumprem um ritual formal de espaço para comunicações e informes gerais, sem caráter deliberativo e integrado, do processo decisório da Unidade Regional;

- PAT desenvolvido para cumprir apenas uma exigência do nível central.

Com base na análise do caso acima, identifique possíveis problemas inerentes à sua realidade e que poderão interferir no processo de melhoria do desempenho gerencial da Unidade Regional, considerando ser essa a finalidade primordial do Comitê Regional de Planejamento.

RESULTADOS

A elaboração de uma proposta de assessoria técnica às Unidades Operacionais da FUNASA foi de fundamental importância, pois pretendeu fortalecer as áreas estratégicas da FUNASA, em especial a área de Planejamento das CORE, com subsídios necessários ao cumprimento do seu papel, enquanto agentes de mediação, articuladores no estabelecimento de parcerias no âmbito

interno e externo da instituição e, principalmente, enquanto fomentadores do processo de construção de novas posturas e atitudes por parte dos atores sociais da FUNASA diretamente envolvidos.

O objetivo deste processo de assessoria foi contribuir com as Coordenações Regionais, na implementação de estratégias de enfrentamento e superação de dificuldades locais, identificadas a partir da Análise Situacional das Unidades Operacionais.

Os resultados pretendidos foram:

1. Melhoria do desempenho gerencial nas CORE;
2. Homogeneização de informações sobre Missão Institucional e Objetivos Estratégicos da FUNASA;
3. Implementação de Sistemática de Planejamento Estratégico Participativo por meio do funcionamento efetivo dos COREPLAN.

O processo de Assessoria iniciou em maio/2001 e, das 29 unidades a serem visitadas, foram efetivamente trabalhadas as CORE do Amapá, Roraima, Alagoas, Pernambuco, Mato Grosso, Bahia, Sergipe, Piauí, Tocantins e Acre, durante o ano 2001, pretendendo-se atingir 100% das unidades até o final do exercício de 2003.

A partir do levantamento de informações sobre o Perfil da Área de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (Fase I), foram promovidas Oficinas de Trabalho (Fase II) cujos resultados são apresentados abaixo.

Face à diversidade dos problemas enunciados pelas Coordenações Regionais, optou-se pelo agrupamento desses em Categorias, considerando-se ainda sua natureza e similaridade, o que permitiu uma visão abrangente dos fatores incomodativos presentes nas Coordenações Regionais, que são apresentados a seguir :

1. Articulação:
   - Do Nível Central com a CORE
   - Intra e Inter-setorial da CORE
2. Comunicação Institucional
3. COREPLAN
4. Recursos Humanos:
   - Capacitação de RH
   - Quantitativo de RH
   - Saúde do Trabalhador
   - Desmotivação dos Servidores
5. Planejamento
6. PPI-ECD
7. Infra-Estrutura
8. Informática
9. Convênios
10. Recursos Orçamentário-Financeiros
11. Processos Gerenciais
12. Missão e Papel Institucional

Na categoria Articulação do Nível Central com as CORE, destacaram-se como problemas mais freqüentes a “Pouca Articulação da Presidência com a CORE” e a “Desarticulação entre CENEPI e DIVEP/SEVEP”. No âmbito das Coordenações, destacou-se como problema em 90% das CORE visitadas: “Pouca Articulação Intra e Inter-Setorial”.

Quanto à categoria Comunicação Institucional, evidenciaram-se “Centralização de Informações”, “Processo de Comunicação Interna Insatisfatória”, e “Lentidão no Repasse de Informações da Presidência para a CORE”.

A categoria COREPLAN mereceu destaque nos seguintes problemas: “COREPLAN ainda não cumpre integralmente seu papel” e “Pouco conhecimento sobre o papel do COREPLAN como instância deliberativa por parte dos membros e servidores da CORE”.

Com relação a Recursos Humanos, observou-se em 90% das Coordenações visitadas o problema relativo à “Pouca capacitação dos servidores em suas áreas específicas”. No tocante ao Quantitativo, repetiu-se a mesma proporção de 90% de “Quantitativo de RH Insuficiente”.

Embora não tenha sido identificado como problema prioritário pelas CORE, mereceu destaque a questão relacionada com Saúde do Trabalhador, no que concerne à “inexistência de uma área voltada para assistência integral ao servidor” e “existência de alcoolismo na CORE”.

A “falta de motivação” dos servidores apresentou-se, também, em 30% das CORE visitadas.

A categoria Planejamento evidenciou-se como problema prioritário à “falta de um planejamento integrado dos setores da CORE”.

Quanto à Programação Pactuada e Integrada – PPI-ECD, os problemas mais citados pelas CORE foram: “indefinição de fluxos, normas e rotinas de procedimentos relativos ao processo de acompanhamento da PPI-ECD pelo DIVEP junto à SES”, “articulação incipiente com a SES nas ações de Vigilância Epidemiológica e Educação em Saúde” e “distanciamento técnico do CENEPI com a DIVEP/SEVEP”. De maneira geral, estes problemas foram sentidos por 70% das CORE visitadas.

Na questão relativa à Infra-Estrutura constatou-se em 70% das Coordenações a ocorrência do problema: “inadequada infra-estrutura logística da CORE/DSEI (mobiliário, equipamentos, espaço físico, instalações e segurança)”.

Quanto à categoria Informática, o problema com maior índice de ocorrência foi “suporte na área de Informática à CORE é insuficiente por parte da Divisão de Fomento/MS”.

Os problemas relativos a Convênios foram: “processo de acompanhamento de Convênios insuficiente em relação à saúde indígena”, “dificuldade da ASCOM no acesso às informações e processos de Convênios na área de Saneamento” e “divergência entre CORE e DICON/MS na interpretação das Portarias nº 1.147 e 323”.

Na Categoria de Recursos Orçamentário-Financeiros, mereceram destaque os problemas “Recursos Orçamentário-Financeiros para atender à demanda da CORE, incompatíveis com o programado pela Regional” e “atraso no cumprimento da Execução Orçamentária”.

Ocorreram os seguintes problemas relacionados à categoria Processos Gerenciais: “insuficiente compreensão sobre Administração Pública por parte dos gerentes” e “Processo Gerencial insatisfatório em todos os níveis da CORE”.

Na Categoria Missão e Papel Institucional, 50% das Coordenações apresentaram o problema: “pouco compromisso de alguns servidores frente às mudanças e responsabilidades institucionais”. Destacaram-se ainda os problemas: “falta de entendimento quanto ao novo papel institucional” e “falta de entendimento por parte da SES e comunidade sobre o papel institucional”.

Coerentemente com a proposta metodológica adotada, apresentam-se em seguida os principais problemas hierarquizados, considerados pelas CORE como possíveis de serem enfrentados com êxito, resultantes da análise de importância política dos problemas para as Coordenações, grau de governabilidade do COREPLAN para o enfrentamento das situações identificadas e conseqüências da não superação destes para o desempenho das Unidades.

Mereceram destaque a ocorrência, em 60% das CORE, dos problemas relativos à: “pouca integração intra e inter-setorial” e “O COREPLAN não cumpre o seu papel como instância de deliberação”.

Foram também hierarquizados os seguintes problemas:

- “insuficiência de infra-estrutura para o funcionamento da CORE (equipamentos, espaço físico e mobiliário)” – 40%;
- “pouco conhecimento do papel e missão da FUNASA, por parte dos servidores e comunidade” – 30%;
- “equipamentos de informática inadequados” – 20%;
- “demora nos processos de licitação” – 20%.

Do total de problemas hierarquizados pelas CORE, foram levantadas as possíveis causas. Estas foram agrupadas por sua natureza, classificando-se assim as causas críticas comuns às diversas Coordenações.

O processo de análise acima realizado possibilitou à Assessoria Técnica tecer considerações conclusivas sobre o que foi observado, apontando para a identificação das macro-situações-problemas, presentes em todas as Coordenações Regionais, independentemente do seu porte e especificidade.

Embora metodologicamente agrupadas, as causas críticas guardam estreita relação entre si, ora explicando as situações-problema, ora constituindo-se nos próprios problemas reforçando, portanto, o observado durante as Oficinas de Trabalho.

As macro-situações-problemas elencadas foram:

1. Deficiente processo de planejamento integrado e participativo.;
2. Deficiente processo de comunicação institucional;
3. Processo administrativo gerencial inadequado;
4. Diferentes níveis de conhecimento do papel e missão institucional;
5. Distanciamento técnico do CENEPI em relação à DIVEP/SEVEP;
6. Modelo de gestão participativa incipiente;
7. Recursos Humanos em quantidade e qualidade inadequados para o cumprimento do atual papel institucional.

No tocante ao Deficiente Processo de Planejamento Integrado e Participativo da CORE, evidencia-se a ocorrência dessa macro-situação-problema a partir das seguintes causas críticas:

- Poucas reuniões de avaliação conjunta sobre as atividades setoriais;
- Desconhecimento das atividades de cada setor;
- Setores da CORE trabalhando isoladamente;
- Deficiente comunicação institucional.

Estas situações expressam a desarticulação intra e inter-setorial nas CORE e reforçam a necessidade de intervenção.

Quanto ao deficiente processo de comunicação institucional, esta Assessoria considerou como aspectos determinantes desta situação as seguintes causas críticas:

- Desconhecimento das atividades de cada setor;
- Centralização de informações;
- Insuficiência de informações sobre o papel do COREPLAN e missão institucional;
- Insuficiente publicização da missão e visão de futuro da instituição.

O Processo Administrativo-Gerencial foi considerado inadequado, tendo como base as seguintes evidências críticas:

- As chefias não acompanham nem supervisionam as atividades dos servidores;
- Ocorrências isoladas de práticas de planejamento e tomada de decisão;
- Incipiente conhecimento das reais necessidades de cada setor;
- Planejamento inadequado das áreas para aquisição de bens e serviços;
- Deficiência na priorização das necessidades;
- Morosidade nos processos licitatórios;
- Compra de equipamentos com especificações inadequadas;
- Equipamentos de má qualidade;
- Desconhecimento de normas e atribuições por parte dos servidores;
- Falta de regularização de veículos da FUNASA no DETRAN;
- Impunidade frente a atos lesivos praticados por alguns servidores;
- Descaso com relação ao arquivo de documentação;
- Atraso no cumprimento da execução orçamentária;
- Profissionais da CORE atuando fora da sede por interesse pessoal;
- Inexistência de sistemática de supervisão;
- Não cumprimento de fluxos existentes para celebração de convênios;
- Fluxo inadequado de processos;
- Equipes de Comissão Permanente de Licitação (CPL) com pouco conhecimento específico e experiência na área;
- Inexistência de contrato de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de informática;
- Dificuldade em adaptar o edital à realidade de cada compra;
- Indefinição de instrumento para acompanhamento de convênios da área de Saúde Indígena;
- Perda de documentos.

A relevância deste problema ficou evidenciada pelo grande número de causas críticas listadas acima, sinalizando para esta Assessoria a necessidade da instituição intensificar esforços, no sentido de implementar o processo de modernização organizacional em curso.

Os diferentes níveis de conhecimento do papel e missão institucional, segundo apreciação desta Assessoria, são determinados por um elenco de causas críticas, tais como:

- Pouca sensibilização dos técnicos da DIESP/SENSP com a proposta de Educação em Saúde;
- Divergências entre a CORE e DICON/MS na interpretação das Portarias nº 1.147 e 323;
- Desconhecimento de normas e atribuições por parte dos servidores;
- Centralização de informações;
- Pouco interesse do servidor em buscar atualização no nível local;
- Técnicos da SES não estão sensíveis ao novo papel da FUNASA.

Possibilitando inferir que o desconhecimento do papel e da missão institucional ocasionam o pouco compromisso e envolvimento dos servidores com as mudanças que estão ocorrendo no âmbito da FUNASA, comprometendo, inclusive, a qualidade dos serviços, o desempenho gerencial das CORE e a relação interinstitucional com as demais instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS.

Outra macro-situação-problema considerada importante referiu-se ao distanciamento técnico do CENEPI com a DIVEP/SEVEP, evidenciado por meio de:

- Comunicação entre o Nível Central e SES, sem o conhecimento da CORE;
- Não disponibilização por parte do Nível Central para a CORE, de instrumentos de acompanhamento da PPI-ECD;
- Indefinição de fluxos, normas e rotinas relacionadas ao processo de acompanhamento da PPI-ECD pelo DIVEP/SEVEP junto à SES;
- Articulação incipiente com a SES nas ações de Vigilância Epidemiológica;
- Modelo centralizador;
- Falta de entendimento por parte da SES e comunidade sobre o papel da FUNASA.

A relevância desta situação-problema reflete-se no insatisfatório desempenho das CORE, relativo aos Programas 1 e 2 do PAT, que são: Prevenção e Controle de Doenças e Outros Agravos e Excelência em Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Agravando esta situação, somam-se as dificuldades nas articulações interinstitucionais, bem como intrainstitucional, Nível Central e Regionais.

No tocante ao Modelo de Gestão Participativa Incipiente, foram apontadas as seguintes causas críticas:

- Pouca importância às reuniões do COREPLAN por parte das chefias;
- Modelo centralizador;
- Baixo nível de co-responsabilização na tomada de decisão;
- Pouca vontade política da CORE sobre o novo modelo de gestão;
- Não efetivação das deliberações tomadas;
- COREPLAN em fase de estruturação com prática de gestão participativa recente;
- Os membros titulares ainda não compreendem a sua importância numa gestão colegiada;

- Baixa freqüência dos membros titulares nas reuniões do COREPLAN;
- Falta de uma política de integração na CORE;
- Falta de decisão gerencial por parte do DIESP em descentralizar todas as informações e processos de convênios para a ASCOM;
- Dificuldade das gerências de trabalhar em equipe;
- Ocorrência de práticas isoladas de planejamento e tomada de decisão.

Estas causas demonstram a não incorporação efetiva do atual modelo de gestão por parte dos diversos gerentes, o que compromete a proposta de gestão voltada para resultados.

Finalizando, cita-se a macro-situação-problema relativa à inadequação dos recursos humanos em quantidade e qualidade para o cumprimento do atual papel institucional. Tal situação fica evidenciada por intermédio das seguintes causas críticas:

- Pouca capacitação de servidores em suas áreas específicas;
- Insuficiência de profissionais qualificados para desenvolver análise epidemiológica;
- Falta de profissionais para determinados setores da CORE (jornalista, psicólogo, assistente social e antropólogo);
- Equipe de informática pouco capacitada;
- Insuficiência quantitativa de RH na CORE;
- Relações humanas mal trabalhadas;
- Despreparo das chefias para conduzir o problema do alcoolismo no âmbito da CORE;
- Pouco compromisso em disseminar as informações obtidas em treinamentos.

O não enfrentamento desta situação acarretará, para a instituição como um todo, dificuldades no pleno alcance da missão institucional, já que, no contexto atual, o capital humano da organização constitui-se em base prioritária para a melhoria da qualidade do desempenho organizacional. Isto requer, portanto, intensificar uma política de valorização do servidor, que passe, necessariamente, pela requalificação consoante com os objetivos estratégicos, bem como pela superação dos problemas relativos à Saúde do Trabalhador com vistas à melhoria da qualidade de vida no trabalho.

O agrupamento das causas críticas em macro-situações-problemas serviu de base para análise das ações propostas para enfrentamento, elaboradas pelas Coordenações. Essas ações foram também consolidadas de acordo com a correspondência com as respectivas macro-situações-problemas, guardadas, no entanto, as especificidades das causas críticas enunciadas pelas CORE.

Resultou desse processo um elenco de intervenções que, uma vez implementadas, poderão dar conta da resolução das macro-situações-problemas.

Cabe ressaltar, no entanto, que o instrumento de avaliação da execução do plano de enfrentamento, notadamente daquelas CORE que tiveram assessoria técnica até final de outubro de 2001, foi analisado em seus aspectos percentuais de cumprimento das ações, conforme apresentado no quadro a seguir.

Percentual de Cumprimento das Ações do Plano de Enfrentamento

CORE	Período de Assessoria	Total de Ações Previstas no Plano	Percentual de Cumprimento
AP	16 a 20/07/01	19	68%
RR	16 a 20/07/01	24	92%
AL	13 a 17/08/01	7	-(*)
PE	13 a 17/08/01	13	62%
MT	03 a 06/09/01	5	60%
BA	01 a 05/10/01	18	11%
SE	01 a 05/10/01	20	40%
AC	22 a 26/10/01	15	80%
TO	22 a 26/10/01	18	-(*)

(*) Ausência da informação, tendo em vista o não preenchimento do instrumento de acompanhamento da execução do plano de enfrentamento.

O impacto qualitativo das ações implementadas localmente só poderá ser aferido, caso o processo de assessoria técnica se constitua em prática permanente junto às CORE, fortalecendo a aproximação do Nível Central com as Unidades Regionais, buscando a legitimação do modelo de gestão voltado para resultados e consolidando o processo de planejamento participativo.

Cumpre ressaltar ainda que a assessoria técnica fomenta nas CORE um comprometimento com as ações propostas no plano de enfrentamento, na medida em que essas ações estão na esfera de governabilidade das unidades.

Os percentuais demonstrados no quadro anterior sinalizam o grau de entendimento das CORE quanto às mudanças que hoje ocorrem no âmbito da FUNASA, na busca do cumprimento dos objetivos estratégicos e da missão institucional.

Embora as ações propostas nos planos de enfrentamento das CORE estejam coerentes com os problemas possíveis de serem superados, o grau de complexidade que envolve estes problemas requer que sejam sugeridas ações complementares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face os objetivos da FUNASA, de promoção e proteção à saúde, a efetividade das ações requer esforço de articulação intersetorial e integração intra-setorial e o uso concomitante de vários instrumentos, alguns dos quais ainda não foram incorporados totalmente às práticas institucionais. Além de normas técnicas atualizadas e o acompanhamento do seu cumprimento, há exigência de outros meios ou tecnologias

de controle que se intercomplementam no saber e no fazer da prevenção e controle de doenças. Vários instrumentos são necessários porque não basta normatizar. É preciso planejar, acompanhar, avaliar, informar e ouvir, estruturando-se canais de interlocução com os cidadãos, usuários, profissionais de saúde, instituições e entidades científicas e de defesa dos interesses coletivos e públicos, para que a FUNASA tenha de fato uma atuação efetiva e ética, voltada para a concretização dos direitos de cidadania. A extensão do conjunto de atores sociais e a visibilidade nas práticas de Saúde Pública, mediante articulação intersetorial e ações informativas e de educação, poderão ampliar o arco de alianças para o enfrentamento dos conflitos típicos da área e para promover a melhoria do desempenho institucional.

A tarefa de mudança da cultura institucional é o mais premente desafio, pois a atuação tradicional da FUNASA no país não tem sido favorável à apropriação social de sua importância. Sua atuação concentrou-se na prestação de serviços. Mas, além dessa esfera de atuação, que obviamente teve alguma eficiência para cumprir suas finalidades, precisa planejar suas ações com base na análise da situação de saúde, com a identificação de problemas e necessidades de sua área de atuação. O enfrentamento dessas questões necessita de criatividade e inovação devido ao paradigma dominante no campo da saúde, que é essencialmente centrado na doença.

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para a atuação da FUNASA. Todos reconhecem que o desempenho de uma organização depende de seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom tom por executivos de todos os setores, sendo muito conhecidas de todos os que trabalham no ramo da saúde as declarações com esse teor dos dirigentes institucionais, em especial no início de suas gestões. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são postas em prática, seja por timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. É exatamente por isso que se disse antes que essa é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais.

O que se quer dizer é que a melhoria da gestão deve passar pela questão da capacitação da gerência. Considerando o reconhecimento do papel central dos profissionais da organização, o que implica, no plano institucional, a consolidação da prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio servidor, substituindo o controle no desempenho de atividades programadas pela responsabilização para com os objetivos institucionais.

São esses alguns requerimentos básicos da concepção gerencial para a organização no que diz respeito à área de recursos humanos.

O processo de transformação que a atualidade requer defronta-se com imensos desafios expressados em temáticas diversas. Essas questões exigem da FUNASA intervenções de natureza mais complexa que as atividades até então desenvolvidas. Essa exigência recompõe conceitos e noções ainda pouco elaboradas, de saúde, de promoção, proteção e defesa da saúde, a serem conjugados com os princípios e diretrizes afirmadas para a constituição da saúde como um valor, um direito humano fundamental, ou seja, os princípios de universalização, eqüidade, integralidade, ética e responsabilidade pública sob as diretrizes de descentralização, participação e controle social no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde, 1993. Portaria nº. 1.883, de 16 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde da Fundação Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.131, n.248, p.20965, 29 dez. 1993. Seção 1.

BRASIL, 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 o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.128, n.182, p.18.054, 20 de setembro de 1990. Seção 1.

BRASIL, 1991. Decreto nº. 100, de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.129, n.73, p.7045, 17 abr. 1991. Seção 1.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde, 2000. Portaria nº. 584, de 7 de novembro de 2000. Institui os comitês regionais de planejamento - COREPLAN e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.138, n.217, p.52-e, 10 nov. 2000. Seção 1.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde, 2001. Portaria nº. 304, de 25 de maio de 2001. Promove alterações na composição e competências do COPLAN e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.138, n.107, p.349-e, 4 jun. 2001. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde, 1998. Portaria nº. 3842, de 30 de novembro de 1998. Define o repasse de recursos correspondente à descentralização das unidades de saúde da Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.138, n.214, p.118, 9 nov. 1998. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde, 1999. Portaria nº. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.137, n.240, p.21-e, 16 de dezembro de 1999. Seção 1.

CAMPOS FA, Ribeiro OC., 1999. Planejamento e gestão estratégica: conceitos e ferramentas. Brasília: ENAP;. (mimeo).

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, Planejamento estratégico, 1999. Brasília: FUNASA; (mimeo)

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, Plano Anual de Trabalho, 2001. PAT 2001: principais metas. Brasília: FUNASA; (mimeo).

LUSTOSA, PH., 2000. Textos de Apoio, Curso de planejamento e gestão estratégica: conceitos e ferramentas –. Brasília: ENAP; (mimeo)

MATUS C., 1993. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA: 2v. Série IPEA n. 143.

MATUS C., 1996. Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi, São Paulo: FUNDAP.

NOGUEIRA, Paranaguá J., 2000. Gestão de recursos humanos e reformas do setor público: tendências e pressupostos de uma nova abordagem. França: OPAS;

OLIVEIRA DR., 1991, Planejamento estratégico: conceitos, metodologias e práticas. São Paulo: Atlas.

PICANÇO U, Rezende S., 2001. O planejamento estratégico como instrumento de reorganização institucional: a experiência da Fundação Nacional de Saúde. Revista de Saúde do Distrito Federal, jul/set;12(3):5-9.

SANTOS AQ., 1997. Planejamento estratégico em organizações governamentais: procedimentos metodológicos para a elaboração de um plano estratégico. Brasília; (mimeo).

ZADSNAJER L., 1989. Formação em planejamento estratégico. Rio de Janeiro;. (mimeo).

TRABALHO 4

EM BUSCA DE UMA NOVA PRÁTICA DE GESTÃO NA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE[1]

Sônia Maria Feitosa Brito[2]
Ronaldo Garcia[3]

(1) Trabalho apresentado como requisito à obtenção de Título de Especialista no Curso de Especialização em Administração na Área de Saúde Pública, realizado em 2000.

(2) Autora: Médica Sanitarista, Coordenadora Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

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

APRESENTAÇÃO

A experiência vivida pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no período de 1999 a 2002, de promover mudanças de natureza gerencial e organizacional em busca de uma prática de gestão com garantia da efetividade de suas ações e serviços, é o objeto de estudo desse trabalho. Coerente com a proposta do curso de integrar a reflexão teórica à prática do cotidiano das instituições de saúde, optei por relatar e analisar o movimento iniciado e liderado pelo presidente da FUNASA, com alguns assessores diretos, para promover a adesão e o envolvimento, nesse processo de mudança, de atores estratégicos situados em outros níveis da instituição.

O presidente, seus assessores diretos e diretores de Departamentos são atores estratégicos neste trabalho. Os gerentes intermediários, ocupantes de funções de confiança e assessores, muitos dos quais com longo percurso profissional no âmbito da própria Fundação, ao contrário do principal grupo dirigente, deveriam desempenhar importante papel para disseminar e enraizar o novo modelo de gestão.

A principal estratégia implementada se fundamentou num modelo de planejamento que favorecesse a adesão e o envolvimento perseguidos, num processo de construção conjunta. Nesse processo, as principais decisões eram compartilhadas, num espaço privilegiado de discussão e deliberação, visando o estabelecimento de laços de co-responsabilidade e comprometimento entre os principais atores estratégicos.

A trajetória dessa experiência é aqui analisada à luz dos conceitos do planejamento estratégico, dos desafios enfrentados e dos resultados alcançados.

É importante registrar que vivenciei esse momento da FUNASA como coordenadora geral do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional da Fundação, órgão responsável pela elaboração e implementação de instrumentos de acompanhamento e avaliação do processo de mudança gerencial aqui relatado.

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde continua sendo um desafio a ser vencido por todos os atores que atuam nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal. Para o Ministério da Saúde, gestor federal do sistema, a questão que se destaca é como assumir com eficácia sua função de órgão federal, de modo a garantir:

- a descentralização e a gestão participativa no SUS;
- a atenção integral, com a reformulação das práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- a eqüidade e a ampliação do acesso, integradas em uma política de inclusão social;
- a resolutividade da rede de serviços, com a ampliação de parcerias com os atores dispostos a cumprir uma função pública regulada pelas instâncias responsáveis;
- adequação do financiamento, com a combinação de diferentes modalidades de repasse de recursos, a racionalização dos gastos, a redefinição de prioridades e reordenação dos modelos de atenção à saúde.

Esses são apenas alguns dos desafios a serem superados, num contexto em que cabe ao Ministério da Saúde e aos órgãos a ele vinculados exercer um papel ativo de liderança e coordenação, com respeito à autonomia relativa de estados e municípios. O relativo aqui citado é fruto da compreensão do SUS como uma rede, um sistema, no qual o que acontece ou é feito por um elemento ou se reflete em outro.

Cabe ao Ministério da Saúde, no exercício de sua função, regular, agenciar e apoiar mudanças. Para isso deve acolher demandas e formulações de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores, estados e municípios; e oferecer diretrizes. Tudo isso num processo de discussão, negociação e pactuação, numa construção interativa.

Nesse processo, alguns caminhos são obrigatórios, quais sejam:

- reforçar a tomada de decisão sobre temas cruciais em espaços coletivos institucionais;
- identificar problemas estratégicos de gestão ou de atenção para sugerir modos de atuação inovadores, transformando-os em objeto de intervenção e de avaliação;
- ampliar a capacidade do Ministério da Saúde e de seus órgãos vinculados de apoiar municípios, estados, prestadores, trabalhadores e usuários, envolvendo-os na identificação e análise de problemas e na elaboração de projetos. Isso implica trabalhar em equipe, e ampliar também a capacidade de gestão de estados e municípios;
- promover mudanças na gestão interna do Ministério da Saúde e de seus órgãos, integrando diretrizes e projetos, de modo a potencializar e racionalizar recursos e reforçar seu papel de coordenador e definidor de políticas; e
- adotar critérios claros, com base na eficácia, enquanto capacidade de produzir saúde e evitar danos, eficiência, significando racionalidade gerencial, responsabilização inequívoca, definindo quem se encarrega do quê, na abordagem integral dos problemas de saúde, nos direitos dos usuários e na gestão participativa.

Todas as questões aqui colocadas, tendo como referência mais ampla o Ministério da Saúde, estavam colocadas para o grupo que assumiu a Presidência da Fundação Nacional de Saúde em 1999.

Assim o objetivo deste trabalho foi analisar a experiência vivida pela Fundação Nacional de Saúde para promover mudanças na sua estrutura organizacional e gerencial, à luz dos conhecimentos adquiridos durante o curso de Especialização em Administração na Área de Saúde Pública. Para tanto buscou-se registrar a experiência vivida pela Fundação Nacional de Saúde para mudança de seu modelo de gestão; estabelecer o grau de sustentabilidade da experiência; identificar os aspectos positivos e negativos da experiência e sistematizar recomendações para utilização dos resultados obtidos na solução de problemas de gestão.

METODOLOGIA

A complexidade do objeto de intervenção da Fundação Nacional de Saúde e a conjuntura político-institucional do setor saúde, que enfrenta o desafio da consolidação do Sistema Único de Saúde, conduziram à adoção do planejamento estratégico como modelo teórico mais adequado à análise da experiência de mudança do modelo gerencial e organizacional, vivida pela Fundação Nacional de Saúde. O planejamento estratégico forneceu também ao grupo dirigente da FUNASA as ferramentas necessárias à implementação da experiência de reformulação institucional aqui tratada.

Para esse contexto de mudança o arcabouço teórico do planejamento estratégico aborda três pontos nucleares: o conceito de situação, as teorias da ação e da produção social.

O conceito de situação relativiza a pretensão de conhecimento absoluto sobre a realidade. Ela pressupõe o conceito do conflito, no sentido de que para cada ator social a realidade em que vive é uma situação diferente. Quem explica a situação é quem está mergulhado nela, lutando por conquistar objetivos que mudam com a situação. Essa explicação tem que ter um caráter de totalidade para a ação.

Esse conceito de situação traz para a elaboração de uma metodologia de planejamento as seguintes implicações:

- toda explicação tem um autor que deve ser identificado;
- a realidade admite explicações distintas, igualmente verificáveis a partir do lugar da realidade que se toma como centro de observações;
- toda explicação de realidade é parte da totalidade concreta e comporta aspectos que são relevantes para a ação de um ator específico.

Esse conceito pressupõe que o ator não está motivado pelo mero propósito de conhecer, mas sim de atuar e alterar uma determinada realidade. Conseqüentemente, insere-se aí a teoria da ação.

O conceito de ação não tem, também, sentido absoluto ou igual para todos os atores. A ação só é concreta em uma situação concreta, possuindo significados diferentes para os diferentes atores sociais. A ação não é produto de um comportamento que segue leis previsíveis. Ela deve ser considerada como intencional e reflexiva, por meio da qual o produtor da ação sempre espera, conscientemente, alcançar determinados resultados em uma situação de cooperação ou conflito com outros atores. É preciso reconhecer que cada ator formula e joga.

Carlos Matus distingue três tipos de ações – ação estratégica, ação regulada e reação. A ação estratégica deve ser entendida como produto de um esforço especial, em situações particulares, desenvolvidas a partir do processamento de problemas. Elas compõem um plano ou projeto de ação.

As ações reguladas referem-se a processos repetitivos, que podem, conseqüentemente, ser normalizados. Numa instituição é possível estabelecer mecanismos de respostas rápidas e automáticas às necessidades ou demandas das unidades de trabalho, de modo que esse tipo de ação não ocupe a atenção da direção superior.

As reações referem-se a respostas aos imprevistos ou surpresas que ocorrem quando a velocidade da mudança é muito alta. Nesses casos poderia haver um preparo prévio para enfrentar essas situações, o que evitaria a paralisia ou retardo das respostas.

Por fim, no contexto deste trabalho, o terceiro ponto crucial que deve ser abordado é o da produção social. Nesse caso, a preocupação de Matus ao trabalhar esse conceito é no sentido de superar o conceito reduzido de produção econômica.

A produção social deve ser entendida como processo realizado por um ator social, que pressupõe: vários outros atores, o uso de recursos econômicos, de recursos de poder, a aplicação de valores e de conhecimento. Toda produção social retorna para o ator-produtor como acumulação ou desacumulação de novos recursos econômicos, recursos de poder, novos valores e conhecimentos.

Nesse sentido, o processo de produção se compara a um jogo, no qual os jogadores (atores sociais), submetendo-se a determinadas regras (genoestrutura), fazem jogadas (fluxo de produção social) que lhes permitem acumular ou desacumular recursos (fenoestrutura).

No processo de produção social, a partir de jogadas acertadas e conseqüente acumulação de poder, os atores podem mudar as regras da sociedade, de instituições, na medida em que em todo e qualquer espaço há sempre alguma forma de atuação.

Essa possibilidade existe porque há uma inter-relação dinâmica entre os planos da realidade trabalhados pela teoria, que são:

- plano de produção de fatos ou fenomênico – representado pelos fatos como são percebidos na superfície; e
- plano das essências ou estruturas dominantes, desdobrado no plano das fenoestruturas ou acumulações de poder (organizações socais, econômicas, e ideológicas, incluindo o Estado) e no plano das genoestruturas, ou leis básicas que regulam uma formação social.

O método que resulta da aplicação dessa teoria representa, para os atores socais, uma contribuição inegável na ampliação de sua capacidade de intervenção sobre a realidade.

Algumas de suas principais características são expostas a seguir:

· Trata a incerteza, característica de todo processo social, de modo a não inviabilizar a intervenção sobre a realidade, assumindo que o universo conhecido é idêntico ao universo prático.

· Adota o conceito de momento no lugar do conceito rígido de etapas do planejamento tradicional (diagnóstico, programação, execução e avaliação). No novo conceito, os momentos coexistem em uma dinâmica permanente e dialética.

· Utiliza as categorias problema, operações e conflito para operacionalizar os conceitos "situação", "operações" e "produção social".

· Considera que a intervenção sobre a realidade social não soluciona os problemas, mas os altera, em sua escala de valor e peso, para os diferentes atores sociais envolvidos. Isso significa afirmar que uma situação é preferível a outra para um determinado ator social, em sua situação concreta, se nela o universo de problemas ponderados pelo seu valor é menor que na segunda situação.

Os momentos trabalhados por Matus são quatro e orientam a elaboração ou alteração de um plano. No momento explicativo ocorrem a definição e explicação do problema. Ele guarda relação com o diagnóstico tradicional, porém a existência de oponentes ou de outros atores capazes de explicar e planejar é reconhecida. Portanto não se pode trabalhar com a idéia de um diagnóstico da realidade, único e objetivo. Deve-se trabalhar com a explicação situacional, o que implica reconhecer a existência de um ator, para o qual algo não vai bem. Problema é então a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal. Essa situação é problematizada somente se o ator a define como inaceitável e, também, como evitável, ou seja, passível de ser modificada na direção desejada.

No momento normativo, desenha-se de forma preliminar o conteúdo do plano, estabelecendo-se como deve ser a realidade em contraposição aos problemas presentes, definindo-se como alterar a realidade. Nesse momento são desenhadas as operações para alcançar uma determinada "situação objetivo". As operações constituem um compromisso de se fazer algo para modificar a situação atual, que exige criatividade, conhecimento e experiência.

A "situação objetivo" tem que ser precisa em relação ao problema selecionado e é construída a partir do enfrentamento de "nós críticos", que se constituem nas abordagens mais importantes do momento explicativo. Ela se traduz em indicadores para avaliação do sucesso do plano.

A ideologia do ator preside o momento normativo, na medida em que é o seu projeto para a sociedade, a visão de mundo que ele procura viabilizar com o planejamento. Esse momento, que pode ser trabalhado sob diversos graus de generalidade ou de precisão, utiliza o conceito de cenários, onde as incertezas são tratadas de modo a construir contextos em que se pode desenvolver o plano. Conseqüentemente, é necessário o desenho de seqüências de operações adequadas a cenários distintos.

Uma vez definido o que deve ser feito, é preciso uma análise do que pode ser feito. Este é o momento estratégico, nele se analisa a viabilidade do plano. Para isso, procura-se estabelecer uma correlação entre a motivação dos atores envolvidos e a "quantidade de poder" que eles dispõem para enfrentar cada operação desenhada. Metodologicamente essa fase é complexa e exige cons-

tantes ajustes. Sua validade está diretamente vinculada ao grau de internalização do plano na instituição, tema esse relacionado também ao momento tático-operacional.

No momento tático-operacional a questão principal é trabalhar a instalação do planejamento na vida institucional. Para tal faz-se necessária a criação de um sistema de direção de alta responsabilidade, no qual todos têm que prestar contas dos compromissos assumidos, não importando o nível hierárquico em que se encontre. O plano deve ser, então, composto por compromissos e organizado de forma modular, com clara identificação dos responsáveis de cada módulo.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO CASO

A Fundação Nacional de Saúde

Em 1988, entre as diretrizes políticas consolidadas no cenário nacional pela nova Constituição, estavam os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro. Essa transformação tinha como alicerce o consenso da sociedade diante da total inadequação do sistema vigente, caracterizado pelos seguintes aspectos, entre outros:

- um quadro dramático de diferentes tipos de doenças, condicionadas pelo nível de desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização implicando, por vezes, impropriedades nas decisões, pela distância do nível central em relação aos locais onde ocorriam os problemas;
- desperdícios, estimados em 30%, dos recursos alocados no setor;
- baixa cobertura assistencial, com expressivos segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e residentes nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório, descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados;
- baixa qualidade e pouca resolutividade dos serviços existentes;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços; e
- insatisfação generalizada da população e dos trabalhadores em saúde com o sistema de saúde.

A partir desse diagnóstico e de experiências isoladas ou parciais acumuladas ao longo dos anos e, especialmente, baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu, pela primeira vez, de forma significativa, uma seção sobre a saúde, e instituiu o Sistema Único de Saúde.

Em meio a esse processo de mudanças pelo qual passava o país, e sendo dele parte integrante, em abril de 1990 foi sancionada a Lei nº 8.029, que autorizou a instituição da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A FUNASA, criada pelo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, resultou da incorporação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). Absorveu, ainda, atividades das extintas Secretarias Nacionais de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e de Programas Especiais de Saúde (SNPES), do Ministério da Saúde, além daquelas relacionadas à área de informática do Sistema de Saúde, até então desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV).

Da SUCAM, órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), a Fundação herdou experiência e conhecimento, acumulados ao longo de várias décadas, de atividades de combate às endemias de transmissão vetorial. Herdou, portanto, a capilaridade da SUCAM, reconhecidamente como o órgão de maior penetração rural no país, com uma estrutura operacional que reunia mais de 45 mil servidores.

Não há localidade no interior do Brasil, por mais remota, que não tenha sido periodicamente visitada por guardas da SUCAM. A eficiência e a disciplina desses servidores sempre foram reconhecidas pela população e pelas autoridades locais. Possuía em todas as unidades federadas diretorias regionais, que tinham em sua estrutura distritos sanitários, totalizando oitenta em todo o país, sendo essas as unidades responsáveis pela operacionalização de atividades de campo.

Sua estrutura de campo foi também utilizada na execução de outras atividades de saúde pública, fora do âmbito de suas responsabilidades institucionais. Tinha como finalidade o controle ou erradicação das grandes endemias no Brasil, desenvolvendo quatro Programas de Controle de Doenças - Chagas, Malária, Esquistossomose e Febre Amarela - bem como cinco Campanhas contra: a Filariose, o Tracoma, a Peste, o Bócio Endêmico e as Leishmanioses.

A SUCAM foi legítima herdeira de um dos mais antigos modelos de organização de ações de saúde pública do Brasil, denominado sanitarismo campanhista. Esse modelo teve como premissa a revolução pasteuriana (alusão ao cientista francês Louis Pasteur) e foi implementado pelo médico-sanitarista Oswaldo Cruz, na primeira década do século XX.

Da FSESP, a contribuição é representada por seu pioneirismo na associação das ações preventivas às de assistência curativa e de saneamento básico. Desenvolveu e consolidou métodos e experiências de organização de sistemas locais de saúde; de municipalização de sistemas públicos de abastecimento de água; de tecnologias simplificadas e adaptadas à realidade local, voltadas para a promoção de melhorias sanitárias, e de fluoretação da água destinada ao consumo humano.

Nascida no auge da 2ª guerra mundial, a FSESP, chamada inicialmente de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), tinha a missão de montar infra-estruturas sanitárias nas áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico para o esforço de guerra. O SESP, com o término da guerra, foi mantido pelos governos brasileiro e norte-americano, que o patrocinavam e decidiram mantê-lo como órgão capaz de solucionar parte dos complexos problemas brasileiros de saúde e

saneamento, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas. Seu caráter de serviço especial permitia-lhe uma flexibilidade de execução e uma capacidade de adaptação que o destinavam à tarefa específica de melhorar os padrões sanitários das zonas rurais brasileiras.

O Serviço Especial de Saúde Pública atuava em regiões despovoadas e extremamente pobres, como os interiores do Nordeste e da Amazônia. Como seus serviços foram sempre desenvolvidos em comunidades carentes de qualquer infra-estrutura urbana, o saneamento, parte integrante de sua rotina sanitária, ganhou expressão.

Ainda da estrutura da FSESP, a FUNASA recebeu:

· cerca de 861 unidades básicas de saúde – unidades mistas, com setores ambulatorial e de internação, centros e postos de saúde;

· residências de engenharia, oficinas de saneamento e a administração de Serviços Autônomos de Água e Esgotos (SAAE);

· o Instituto Evandro Chagas (IEC), órgão de investigação de campo em ciências biológicas e medicina tropical. Possui laboratório de referência para as patologias prevalentes na Região Amazônica;

· o Centro Nacional de Primatas (CENP), tecnicamente vinculado ao IEC, que realiza estudos e investigações sobre aspectos relacionados a ecologia, biologia e patologia das espécies de primatas não humanos e reproduz, em cativeiro, espécies nativas utilizadas em pesquisas; e

· a Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), que preparava profissionais de enfermagem para os quadros da Fundação SESP e Região Amazônica. A EEM foi transferida para a Universidade do Amazonas em 1997.

Da FSESP e da SUCAM a FUNASA recebeu, ainda, 27 Coordenações Regionais, localizadas nos estados. Essas Coordenações tinham caráter executivo, possuindo unidades próprias de planejamento, administração, operações e saneamento, gerenciando distritos sanitários, oficinas de saneamento, unidades de saúde e SAAEs.

A Secretaria Nacional de Ações Básicas (SNABS) e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), mesmo dispondo de reduzido quadro de pessoal técnico e atuando apenas no nível central nacional, implantaram e implementaram, durante 14 anos de existência, importantes programas de saúde pública, em atuação conjunta com Secretarias Estaduais de Saúde e com instituições técnico-científicas diversas, os quais a FUNASA recebeu como legado.

Na SNABS, os resultados mais expressivos ocorreram na área de imunizações, cujo trabalho obteve reconhecimento internacional. Destacam-se as seguintes contribuições: extensão das atividades sistemáticas de vacinação a todos os municípios brasileiros, estabelecendo mecanismos eficientes para assegurar o suprimento gratuito de imunobiológicos, assim como estratégias de mobilização social, que proporcionaram substancial elevação das coberturas vacinais; implantação do controle nacional de qualidade de todos os imunobiológicos utilizados no Programa Nacional de Imunizações (PNI); regulamentação técnica e implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; desenvolvimento de experiência na operacionalização da vacinação contra a polio-

mielite e na vigilância epidemiológica da doença, que resultou no Plano de Erradicação da Poliomielite; consolidação do Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade; estruturação do Sistema de Laboratórios de Saúde Pública; concepção e promoção, em nível nacional, do Programa Nacional de Zoonoses, como estratégia para a municipalização e desenvolvimento pioneiro de atividades integradas de controle e prevenção de acidentes ofídicos.

Da SNPES foram transferidas as ações das Coordenações Nacionais de Pneumologia Sanitária e de Dermatologia Sanitária que, em princípio, atuavam, respectivamente, no controle da tuberculose e da hanseníase, tendo por base a experiência de trabalho em todo o território nacional, à luz do modelo campanhista, que trouxe, naquela ocasião, importante aumento de cobertura. Posteriormente, sua atuação foi ampliada para as demais pneumopatias e para as dermatoses de interesse sanitário.

Foi ainda transferido da SNPES para a estrutura da FUNASA o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), localizado em Curicica - RJ, referência nacional na área de pneumologia sanitária.

Em 1999 a Fundação teve, mais uma vez, ampliado seu elenco de atividades, com a incorporação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda a população indígena, que até então estava sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Alguns Desafios

Órgão do Ministério da Saúde, a Fundação Nacional de Saúde vem enfrentando, desde a sua criação, os desafios apontados no item anterior. Se por um lado, ela reunia condições especiais por contar com expressiva acumulação de conhecimento e práticas nas áreas de promoção, proteção e recuperação da saúde, por outro, a forma de atuar, herdada das instituições que lhe deram origem, tinha que ser revista, pois não se adequava às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Era necessário estabelecer novos vínculos de compromisso com os gestores estaduais e municipais e com os outros setores do Ministério da Saúde; rever sua estrutura organizacional, para viabilizar um modelo de gestão participativo; redefinir a missão institucional, de forma que a Fundação pudesse construir uma identidade nova, dando suporte às profundas transformações necessárias para que ela deixasse de ser um órgão centralizado, de caráter executivo, para se tornar, efetivamente, um órgão da direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Vários movimentos foram feitos no sentido de buscar essa transformação, criando condições básicas para viabilizar a transferência, a estados e preferencialmente a municípios, do gerenciamento e execução de ações assumidas pela FUNASA. Contudo, foi a partir de 1999 que, de fato, o processo de mudança se instaurou de forma efetiva, com clara preocupação de criar bases para a sua sustentabilidade, tanto interna, com externamente.

Naquela ocasião, o diagnóstico realizado pelo grupo que assumiu a direção da instituição identificava:

- pouca integração entre as atividades desenvolvidas pela FUNASA e aquelas sob a responsabilidade do Ministério da Saúde;
- baixa interação entre o órgão central da FUNASA e suas unidades descentralizadas (Coordenações Regionais, Centros e Instituto de Pesquisa);

- inexistência de critérios técnicos para nomeação de cargos nas unidades descentralizadas;
- quadro de pessoal desmotivado e mal remunerado. O levantamento realizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em 2000, revelou que, das 34 escalas de vencimentos da administração pública federal, a FUNASA ocupava a 32ª colocação;
- transferência a outras unidades do Ministério da Saúde de atividades de prevenção e controle de algumas doenças que deveriam estar sob a responsabilidade da FUNASA;
- resistência de setores da organização à sua efetiva integração ao Sistema Único de Saúde, tendo como conseqüências o isolamento da FUNASA e a persistência na execução de ações de competência de estados e municípios;
- ausência de decisão política para atuação da FUNASA como órgão federal do SUS;
- deterioração da estrutura operacional da instituição;
- perda de efetividade das ações desenvolvidas pela organização;
- incapacidade para o exercício pleno de suas competências.

Descrição da Experiência

Com a missão de promover profunda reformulação no modelo gerencial da Fundação Nacional de Saúde, assumiu a direção, em abril de 1999, um grupo de gestores com perfil profissional de vasta experiência em reestruturação organizacional, aliado a características pessoais de liderança e objetividade, fatores determinantes em todo o processo vivido pela FUNASA no período estudado.

O grande desafio declarado foi preparar a Fundação para enfrentar as novas demandas da sociedade brasileira, de forma que assuma as funções inerentes à área de atuação do governo federal, quais sejam: coordenação, normatização, supervisão, assessoria técnica e execução, apenas nos casos que necessitem intervenções pontuais decorrentes de situações críticas e no manejo de catástrofes. A ação executiva também se faz presente no atendimento à saúde dos índios, por determinação constitucional.

Para isso, a articulação, a implantação e o desenvolvimento de um novo modelo de organização se tornaram imprescindíveis, exigindo a adesão e o envolvimento dos dirigentes de todos os níveis da instituição e de seu corpo funcional.

O modelo adotado, fundamentado no Planejamento Estratégico, possuía como estratégias operacionais:

1. revisão institucional, com a elaboração de um Plano Estratégico;
2. Comitê Central de Planejamento da Presidência (COPLAN);
3. planos anuais de trabalho; e
4. mecanismos de acompanhamento e avaliação da execução desses planos.

Com o Planejamento Estratégico, a instituição buscou condições para lidar com as incertezas e transformações permanentes, atentando aos aspectos políticos, econômicos e sociais, além dos institucionais, presentes na administração pública. Ele forneceu o instrumental necessário para enfrentar a primeira etapa do desafio: sua revisão institucional.

O Plano Estratégico e os planos de trabalhos, com seus instrumentos de acompanhamento e avaliação de desempenho, deveriam, de um lado, conferir materialidade às deliberações do COPLAN e, de outro, lhe fornecer insumos para o aperfeiçoamento do processo de mudança.

O ponto chave desse momento foi a elaboração do Plano Estratégico da FUNASA (Anexo I), que continha a explicitação do novo, enquanto:

· missão - aqui entendida como a razão da existência da Organização. Evidencia o propósito maior da instituição, os meios de implementá-lo e os benefícios proporcionais à sociedade;

· negócio – a expressão do negócio na área pública é qualificar o foco da organização no atendimento às demandas da sociedade, como gerador de benefícios sociais;

· objetivos estratégicos – constituem-se nos propósitos maiores e permanentes da Organização voltados para o ambiente externo, que devem ser perseguidos a fim de que ela cumpra seu papel e conquiste legitimidade como instituição;

· imagem organizacional – expressa o pressuposto básico a ser preservado e a partir do qual a FUNASA deve ser reconhecida pela sociedade;

· perfil funcional – são traços conformadores de atuação do homem da FUNASA;

· políticas e diretrizes políticas – a política organizacional representa a linha mestra operacional da instituição, da qual emergirão as orientações de ordem geral e específica. Constitui a regra interna de decisão, devendo ser observada pelos diversos níveis funcionais e estar voltada para a consecução do negócio e dos objetivos estratégicos;

· projetos estratégicos – são as ações indispensáveis à melhoria dos métodos de gestão da FUNASA; e

· produtos e serviços – representam o perfil de negócio da organização e atendem às demandas dos clientes internos e externos.

Concomitante a esse movimento foi instituído, por meio da Portaria FUNASA nº 399, de 27 de maio de 1999, o Comitê Central de Planejamento (COPLAN), que sofreu alterações em maio de 2001, conforme Portaria FUNASA nº 304. Seu objetivo central era estruturar e viabilizar o funcionamento de um sistema de planejamento integrado, descentralizado e participativo, a partir do assessoramento ao presidente na formulação, execução, acompanhamento e avaliação dos planos, programas e projetos da instituição.

Esse Comitê Central foi conformado em duas bases funcionais: a Base Deliberativa e a Base Operativa. Possuía, ainda, uma Secretaria Executiva, responsável por atividades administrativas (organizava e convocava reuniões, elaborava relatórios e atas) e de acompanhamento e avaliação (acompanhava o cumprimento das providências e encargos atribuídos aos membros do Comitê, para prestação de contas ao presidente, e avaliava o desempenho da instituição no desenvolvimento dos planos de trabalho).

A Base Deliberativa era constituída, inicialmente, pelo presidente, vice-presidente e diretores de Departamento e do Centro Nacional de Epidemiologia, procurador-geral e auditor-chefe, sendo presidida pelo presidente da Fundação, tendo o vice-presidente como substituto. Em 2001, essa composição foi ampliada, com a incorporação dos chefes de Assessorias e de Gabinete.

As principais competências definidas pela Portaria nº 304 para a Base Deliberativa eram:

- avaliar as propostas de planos anuais e plurianuais, sugerindo as alterações e ajustes que julgar necessários;
- analisar e aprovar as propostas de diretrizes, planos, programas e projetos, elaborados pelas unidades de planejamento;
- apreciar os relatórios de acompanhamento dos planos, programas e projetos da FUNASA; e,
- definir o cronograma e unidades responsáveis pela operacionalização dos planos, programas e projetos da FUNASA.

A Base Operacional, constituída pelos coordenadores-gerais de todas as unidades administrativas da FUNASA e da Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde, possuía as seguintes atribuições:

- propor políticas, diretrizes, planos, programas e projetos;
- executar e acompanhar os planos anuais e plurianuais da FUNASA;
- elaborar os relatórios de acompanhamento dos planos; e
- elaborar relatórios sobre o andamento das ações do programa de qualidade nas diversas unidades da Fundação.

Os planos de trabalho se constituíram na ferramenta que norteava as ações da Fundação na implementação de estratégias de atuação que levassem aos resultados desejados, e ordenava as ações a serem empreendidas.

Enquanto o Plano Estratégico procurava precisar as características da nova FUNASA, com a explicitação de sua missão, diretrizes, objetivos e resultados esperados, os planos de trabalho direcionavam as atividades a serem desenvolvidas no dia-a-dia da instituição, conferindo materialidade ao referido Plano Estratégico. Desdobravam-se em ações, agrupadas por programas – cada um representando um objetivo estratégico – com detalhamento operacional, de metas a serem atingidas, cronograma e unidade responsável pela execução.

O primeiro Plano – Plano de Ação 1999/2000 – até por ter sido o primeiro, tinha características específicas. Ele incluía como ação a elaboração do próprio Plano Estratégico e de proposta voltadas para a reestruturação institucional, incluindo avaliações das práticas vigentes na Fundação. Enfim, constituiu um marco no processo de mudança relatado.

Para dar maior visibilidade a essa afirmativa, registro a seguir as ações nele contidas, que se encontravam divididas em três blocos: aspectos administrativos e de política institucional; aspectos operativos; e aspectos administrativos.

Aspectos Administrativos e de Política Institucional

1. Elaborar o Planejamento Estratégico da FUNASA.
2. Reavaliar a sistemática de controle das grandes epidemias sob coordenação ou execução da FUNASA.

3. Elaborar proposta de atuação do setor saúde em saneamento.
4. Implantar sistema de avaliação de indicadores de qualidade na vigilância epidemiológica.
5. Aperfeiçoar programa de controle de doenças transmissíveis.
6. Elaborar proposta de reestruturação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.
7. Estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde.
8. Elaborar proposta de Política de Atenção à Saúde das Populações Indígenas.
9. Elaborar Programa de Divulgação das Ações Institucionais da FUNASA.

Aspectos Operativos

1. Aperfeiçoar o processo de aquisição, estocagem, distribuição e consumo de insumos estratégicos.
2. Definir sistemática de controle da qualidade de insumos estratégicos.
3. Elaborar programa de desenvolvimento científico e tecnológico nas áreas finalísticas da FUNASA.
4. Elaborar projetos de campanhas e ações educativas visando a promoção da saúde.
5. Implantar Sistema de Mobilização para Ações Contingenciais.
6. Reavaliar os critérios para aplicação e procedimentos de transferência de recursos financeiros.
7. Revisar as normas e procedimentos de Auditoria Interna.
8. Revisar as normas e procedimentos jurídicos.
9. Reavaliar as outras ações desenvolvidas pelas áreas finalísticas da FUNASA.

Aspectos Administrativos

1. Promover o reordenamento organizacional da FUNASA.
2. Implantação de um Sistema Integrado de Informações Gerenciais (SIGFUNASA).
3. Aperfeiçoar o Programa de Capacitação de Recursos Humanos.
4. Reavaliar as rotinas administrativas e elaborar manuais de procedimentos.
5. Elaborar proposta de supervisão técnico-administrativa.
6. Reavaliar os contratos administrativos da Fundação.
7. Reavaliar o Sistema de Comunicações Administrativas.
8. Realizar o inventário de bens móveis e imóveis.
9. Elaborar proposta de adequação das instalações físicas da FUNASA.

Desse conjunto de ações, apenas 7 não foram concluídas, no período previsto, quais sejam:

· Reavaliar a sistemática de controle das grandes epidemias sob coordenação ou execução da FUNASA;
· Estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde;
· Elaborar projetos de campanhas e ações educativas visando a promoção da saúde;
· Implantar Sistema de Mobilização para Ações Contingenciais;
· Implantação de um Sistema Integrado de Informações Gerenciais (SIGFUNASA);

- Reavaliar as rotinas administrativas e elaborar manuais de procedimentos; e
- Elaborar proposta de adequação das instalações físicas da FUNASA.

Os Planos de Trabalho 2001 e 2002 são semelhantes. As ações estão agregadas por sete programas, que são os mesmos nos dois anos, na medida em que refletem os objetivos estratégicos da instituição:

- Prevenção e controle de doenças e outros agravos;
- Excelência em vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- Saúde dos povos indígenas;
- Estímulo à prática de hábitos saudáveis que contribuam para a prevenção de doenças e outros agravos à saúde;
- Fomento de soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças;
- Desenvolvimento organizacional, gerencial e tecnológico da instituição; e
- Reconhecimento nacional e internacional como instituição de excelência em promoção e proteção à saúde.

A sistemática de monitoramento do Plano de Trabalho de 2001 foi distinta do acompanhamento do Plano 1999/2000, em função do grande número de ações programadas (64). A metodologia foi desenvolvida pela Coordenação-Geral de Planejamento e Avaliação. Sua aplicação ocorreu por intermédio das reuniões periódicas das Bases Deliberativa e Operacional e por meio do registro mensal de situação, em instrumentos especialmente elaborados para tal fim.

Para subsidiar o monitoramento, foram definidos padrões de avaliação que atribuíam a determinados intervalos percentuais conceitos de desempenho. Essa mesma lógica foi utilizada na classificação do desempenho dos Departamentos da Fundação, levando-se em conta, para tanto, o número de ações por programa sob as respectivas responsabilidades. Os padrões adotados para essa classificação de desempenho são apresentados no quadro a seguir.

Quadro 1

Padrão de Desempenho da Fundação Nacional de Saúde – ano 2001

Desempenho Ruim	<	20%	de ações/metas e etapas	Concluídas
Desempenho Baixo		[21% - 40%]	de ações/metas e etapas	Concluídas
Desempenho Regular		[41% - 60%]	de ações/metas e etapas	Concluídas
Desempenho Bom		[61% - 80%]	de ações/metas e etapas	Concluídas
Desempenho Ótimo	>	81%	de ações/metas e etapas	Concluídas

A metodologia do acompanhamento atrelava ainda o desempenho da ação ao desenvolvimento proporcional de suas respectivas etapas e do alcance de metas, que poderia ter as seguintes variações:

- meta alcançada;
- meta parcialmente alcançada;
- meta não alcançada;
- meta não disponível.

A seguir é apresentado o quadro demonstrativo do alcance de metas por Programa, em 2001:

Quadro 2

Demonstrativo de Alcance de Metas Programadas Fundação Nacional de Saúde - Mês de referência: Maio/2002

Programas	Metas				
	Programadas	Alcançadas	Metas Parcialmente Alcançadas	Não Alcançadas	Não Disponível
1. Prevenção e controle de doenças e outros agravos à saúde	21	10 (48%)	7 (33%)	3 (14%)	1 (5%)
2. Excelência em vigilância epidemiológica e ambiental em Saúde	19	3 (16%)	9 (47%)	6 (32%)	1 (5%)
3. Saúde dos povos indígenas	13	8 (62%)	5 (38%)		
4. Estímulo à prática de hábitos saudáveis que contribuam para a prevenção de doenças e outros agravos à saúde	4	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	
5. Fomento de soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças	8	0	6 (75%)	2 (26%)	
6. Desenvolvimento organizacional, gerencial e tecnológico da instituição	24	10 (42%)	6 (25%)	8 (33%)	
7. Reconhecimento nacional e internacional como instituição de excelência em promoção e proteção à saúde	6	3 (50%)		3 (50%)	
TOTAL	95	35 (37%)	35 (37%)	23 (24%)	2 (2%)

A metodologia de avaliação foi aperfeiçoada em 2002, cujo Plano de Trabalho possuía 168 metas. Pretendeu-se valorizar todos os esforços despendidos para o alcance de cada uma. Estabeleceu-se uma classificação das metas em dois tipos e atribuiu-se uma pontuação para cada meta, atrelada ao percentual de cumprimento. Além disso, pesos foram atribuídos com base em critérios de relevância para alcance dos objetivos estratégicos institucionais. O detalhamento dessa metodologia encontra-se no Anexo II.

A avaliação do desempenho das áreas técnicas na execução do Plano de 2002 é apresentada na planilha a seguir. Merece especial destaque o resultado alcançado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), que teve a responsabilidade pelo desenvolvimento de 51 ações e 101 metas, representando, respectivamente, 56% e 60% do total de ações e de metas do Plano.

Tabela 1

Avaliação do Desempenho das Áreas Técnicas na Execução do Plano Anual de Trabalho - PAT/2002

% ALCANCE	NOTA	DISTRIBUIÇÃO DAS METAS					
		CENEPI	DESAI	DENSP	ASCOM	DEPIN	DEADM
100% ou +	10	44	4	6	4	3	10
90- 99%	9	7	2	3	1	1	1
80-89%	8	8	0	0	0	0	0
60-79%	6	12	2	2	2	2	0
40- 59%	4	7	3	0	0	1	1
20- 30%	1	6	2	0	0	0	0
<20%	0	17	1	5	4	1	4
Total de Metas		101	14	16	11	10	16
Média Ponderada		65,83	62,16	69,35	59,09	75,22	75,71
DESEMPENHO		BOM	BOM	MUITO BOM	BOM	MUITO BOM	MUITO BOM

Finalmente é importante registrar que, com base no Plano de Trabalho de 2001, foi realizado um opinário junto à Base Operacional do COPLAN, para se mensurar o conhecimento e envolvimento desses atores, representantes de todos os setores da organização, em relação ao processo de gestão em implantação na Fundação.

O Opinário foi elaborado sob a forma de questionário, com perguntas objetivas, seguidas de comentários que coubessem a cada uma das 18 questões elaboradas, dando assim oportunidade para serem descritos pontos positivos, negativos, facilidades, dificuldades e sugestões. Algumas questões merecem destaque:

· 69% dos entrevistados declararam que conheciam todo o processo de elaboração do Plano de Trabalho 2001;

· 77% participaram de sua elaboração, por meio de discussões em sua área de trabalho;

· 62% declararam que tomaram conhecimento sobre a ação de responsabilidade de sua área, durante e circulação da primeira versão do Plano, que circulou para leitura, crítica e sugestão;

· 61% dos entrevistados declararam que as atividades que vinham desenvolvendo deveriam ser readequadas para o cumprimento das ações explicitadas no Plano; e,

· 76% são responsáveis por áreas responsáveis pela execução de ações programadas pelo Plano.

Finalmente, é importante destacar que o modelo de gestão aqui descrito foi replicado nas unidades descentralizadas da Fundação Nacional de Saúde (Coordenações Regionais, Centros e Institutos de Pesquisas), com a criação de Comitês Regionais de Planejamento (COREPLAN), elaboração e implementação de Planos de Trabalho. O nível central da Fundação orientou e monitorou esse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os fatos tenham ocorrido muitas vezes simultaneamente, o desenho formatado pelas normas publicadas constituía um círculo virtuoso: políticas, diretrizes, planos, programas e ações deveriam ser propostos pela Base Operativa do COPLAN, que, pela sua constituição, representava o corpo funcional da instituição; e aprovadas pela Base Deliberativa, legitimando-as. Dois movimentos deveriam alimentar esse círculo: a circulação e incorporação das propostas aprovadas e o acompanhamento e avaliação da execução dos planos, de modo a permitir ajustes e a correção oportuna de desvios ou equívocos.

O processo de acompanhamento e avaliação dos planos se constituiu em um dos principais eixos da experiência vivida pela FUNASA. A demonstração clara e objetiva dos resultados alcançados, com a identificação dos fatores que dificultaram ou impediram a consecução das metas programadas e das necessidades de correção dos rumos inicialmente traçados, só foi possível porque o modelo adotado fundamentava-se numa gestão centrada em resultados. Nesse modelo, a elaboração dos Planos já considera as etapas de acompanhamento e de avaliação.

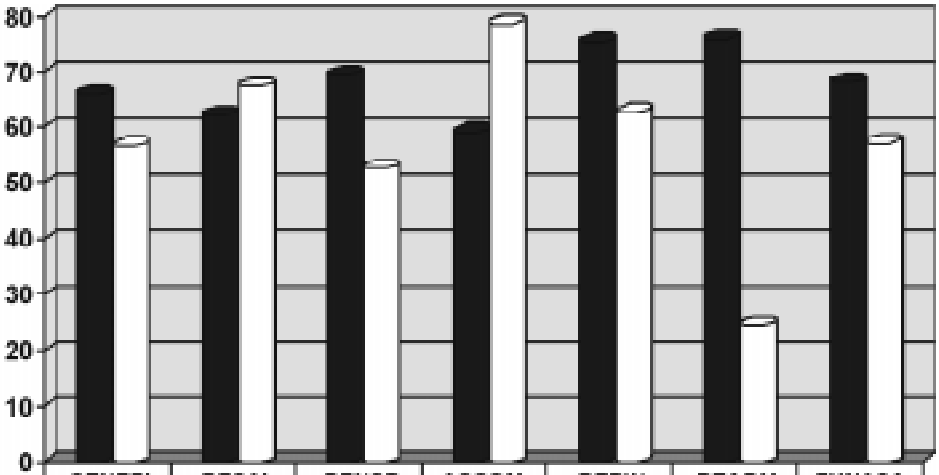
Na análise do cumprimento das ações previstas nos Planos, observa-se que das 27 ações programadas para o biênio 1999/2000, cerca de 26% não foram concluídas no período. Dessas ações, duas referiam-se a áreas nas quais a FUNASA estava iniciando a acumulação de know how, com a construção de conceitos e dos objetos a serem trabalhados. São elas: vigilância ambiental em saúde e ações contingenciais. As demais relacionavam-se, em última instância, a revisões de práticas institucionais arraigadas.

As metodologias empregadas na avaliação do Plano em 2001 e em 2002 foram diferentes: a primeira considerou apenas as metas cujos resultados foram integrais e a segunda foi aperfeiçoada para valorizar todos os esforços empreendidos.

Para viabilizar a comparação do desempenho global e das áreas técnicas da FUNASA, aplicou-se a metodologia adotada em 2002 na análise dos resultados alcançados em 2001, obtendo a evolução demonstrada no gráfico a seguir.

Gráfico 1

Evolução do Desempenho Global e das Áreas Técnicas da FUNASA **PAT/2002**



	CENEPI	DESAI	DENSP	ASCOM	DEPIN	DEADM	FUNASA
%Alcance2002	65,63	62,16	69,35	59,09	75,22	75,71	67,89
%Alcance2001	56,64	67,22	52,59	78,57	62,67	24,55	57,04

Os dados revelam que a maior evolução de desempenho se deu no Departamento de Administração, com 51,16% a mais que no ano anterior. Conforme já registrado, merece menção a atuação do CENEPI, na medida em que concentrava o maior número de ações e metas. Em termos globais, a FUNASA apresentou um acréscimo de 10,85% no desempenho global com relação ao ano de 2001.

Quanto ao opinário realizado com base no Plano de 2001, chama atenção que apenas 54% dos questionários distribuídos retornaram preenchidos, o que, por si só, não demonstra um envolvimento significativo dos gerentes intermediários com o processo.

Desse grupo, entretanto, a participação registrada demonstrou ter sido efetiva. Se for considerado o fato de que o processo em pauta estava em seu terceiro ano de implementação e de que ele implicava mudanças profundas no modo de fazer da instituição, tal resultado deve ser relativizado.

Ao se analisar o conjunto do processo da mudança gerencial da FUNASA no período 1999 a 2002, observa-se que:

· a mudança organizacional e gerencial da Fundação teve como alicerce uma nova prática de planejamento, com plano de trabalho anual, no qual estavam claramente definidas ações, metas a serem alcançadas, unidade responsável pela sua execução, sistemática de acompanhamento e avaliação de desempenho de cada unidade e mecanismos de cobrança de responsabilidade;

· a implantação dessa nova prática de planejamento foi uma decisão tomada e assumida pela alta direção da FUNASA, o presidente e seus assessores diretos, atores que haviam acumulado experiência nesse sentido, em virtude de sua atuação em outros órgãos;

· esses atores, antes mesmo de assumirem a Fundação, estudaram profundamente a instituição. Portanto, o momento explicativo, sistematizado pelo Planejamento Estratégico, ocorreu sem a participação de atores que já em atuação na FUNASA;

· o problema declarado foi: "Inadequação do modelo gerencial da Fundação Nacional de Saúde enquanto um órgão da direção nacional do Sistema Único de Saúde". É importante registrar que esse enunciado não foi explicitado formalmente por esse grupo dirigente, mas todo o trabalho realizado fundamenta essa explicitação;

· a criação do Comitê Central de Planejamento (COPLAN) foi a estratégia adotada para a legitimação, a implementação e a interiorização da mudanças no âmbito da instituição. Nele estavam presentes todos os atores estratégicos nesse processo: diretores, que passaram a compor a alta direção (Base Deliberativa) e gerentes intermediários entre a alta direção e o quadro de funcionários (Base Operacional);

· o COPLAN se constituiu no espaço real para o desenrolar dos momentos normativo, estratégico e tático-operacional, sempre sob a autoridade do presidente;

· a adesão da instituição ao processo foi bastante desigual, em todos os níveis hierárquicos: entre os próprios diretores integrantes da Base Deliberativa, entre os gerentes intermediários (Base Operacional) e, obviamente, no restante do corpo funcional; e

· a nova prática de planejamento conferiu à instituição uma visibilidade que não existia anteriormente. Permitiu a transparência de suas ações, explicitou conflitos, realçou o sucesso e o fracasso de suas intervenções. Esse aspecto é extremamente significativo, se forem consideradas as características de criação e funcionamento da Fundação, seu caráter centralizador e normativo.

Finalmente, é essencial uma análise da sustentabilidade dessa experiência. Ao longo deste trabalho foi afirmada a importância teórica e prática da atuação do núcleo central da alta direção para viabilidade, implementação e consolidação. A mudança ocorrida no governo federal, com a troca de presidente da República, implicou também uma mudança na alta direção da FUNASA, o que levou a uma descontinuidade do processo.

Contudo, a atuação, em 2003, do Centro Nacional de Epidemiologia, unidade que concentra o maior número de ações e metas, demonstra que, com decisão política, a prática de gestão iniciada em 1999 pode se consolidar e ampliar.

Nessa perspectiva, a seguir são listadas algumas recomendações para o aperfeiçoamento desse modelo de gestão, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde:

· incorporação dessa prática de planejamento estratégico, pela direção que assumiu a FUNASA em 2003, como efetivo instrumento de gestão, coerente com as diretrizes do atual governo federal, centradas na participação e envolvimento dos atores sociais;

· criação de novos mecanismos para ampliar a integração entre os gerentes estratégicos e os intermediários, de modo a consolidar a incorporação de práticas de planejamento participativo;

· viabilização de condições efetivas para o funcionamento da Base Operacional do COPLAN, com o reconhecimento dessa instância como legítimo espaço de discussão dos temas de interesse tanto da alta administração institucional, quanto dos demais entes da organização;

· aperfeiçoamento dos mecanismos de circulação de informações para a disseminação de todos os atos legitimados no colegiado de planejamento (COPLAN), de modo a garantir a transparência e a democratização do processo;

· criação de condições para garantir a incorporação de metodologias de acompanhamento e avaliação sistemáticas, como forma de aperfeiçoamento do processo de planejamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECÍLIO, LCO & MOREIRA, ME, 2002. Disputa de interesse, mecanismo de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. Revista de Administração Pública; 36(4):587-608.

CECÍLIO, LCO (organizador), 1994. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec. Série Didática, Saúde em Debate.

Fundação Nacional de Saúde, 1999. Plano de ação 1999/2000. Brasília.

Fundação Nacional de Saúde, 2002. Análise consolidada da execução do plano anual de trabalho das coordenações regionais. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2003. Avaliação do desenvolvimento do plano anual de trabalho. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2002. Descentralização das unidades de saúde e oficinas de saneamento – resumo executivo. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2002. Opinário de avaliação sobre a elaboração, execução e acompanhamento do PAT 2001 - consolidado. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 1999. Planejamento estratégico. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2002. Plano anual de trabalho – PAT/2001 – principais metas. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2002. Plano anual de trabalho – PAT/2002. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2002. Relatório das principais atividades e resultados 1999 a 2002. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2002. Relatório final de avaliação do plano anual de trabalho - 2001. Brasília: FUNASA.

Fundação Nacional de Saúde, 2000. Relatório final do plano de ação 1999-2000. Brasília: FUNASA.

MATUS, C, 1997. Adeus, senhor presidente: governantes governados. São Paulo: Fundap.

PICANÇO U, REZENDE S, 2001. O planejamento estratégico como instrumento de reorganização institucional: a experiência da Fundação Nacional de Saúde. Revista de Saúde do Distrito Federal, 12(3):5-9.

RIVERA, F.J.U. (organizador), 1987. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez.

ANEXO I

1. Missão

Ser uma agência de excelência em promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação e de prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como em atendimento integral à saúde dos povos indígenas, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

2. Negócio

Promover saúde.

3. Objetivos Estratégicos

· Prevenir e controlar doenças e outros agravos.
· Ser o centro nacional de excelência em vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.
· Assegurar a saúde dos povos indígenas.
· Estimular a prática de hábitos saudáveis que contribuam para a prevenção de doenças e outros agravos.
· Fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças
· Buscar o permanente desenvolvimento organizacional, gerencial e tecnológico da instituição.
· Obter o reconhecimento nacional e internacional como instituição de excelência em promoção e proteção à saúde.

4. Imagem Organizacional

Instituição pública de saúde, que trabalha com qualidade, ética e transparência.

5. Perfil Funcional

· Comprometimento com a instituição
· Criatividade
· Espírito de equipe
· Espírito público
· Iniciativa
· Motivação
· Postura ética
· Qualificação profissional

6. Diretrizes da Política de Vigilância Epidemiológica

· Aperfeiçoar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, com vistas a fortalecer a capacidade de intervenção dos estados e municípios nas ações de prevenção e de controle de doenças.

· Descentralizar, de forma sustentável, com definição clara do papel de cada nível de governo, as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis por vetores.

· Fortalecer a capacidade de atuação da FUNASA nas áreas de "Inteligência Epidemiológica" e nas ações típicas do nível federal.

· Consolidar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, integrando-a aos Sistemas os Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

· Atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

7. Diretrizes da Política de Vigilância Ambiental

· Organizar a Vigilância Ambiental em saúde de forma sistêmica, descentralizada, com participação integrada dos três níveis de governo, com atribuições específicas e complementares.

· Estabelecer e monitorizar padrões máximos de exposição a fatores não biológicos, que ocasionem riscos à saúde da população.

· Monitorizar fatores biológicos, que ocasionem riscos à saúde da população.

· Priorizar as ações de monitoramento de vetores e reservatórios; água para consumo humano e contaminantes ambientais de importância na saúde pública.

8. Diretrizes da Política de Saúde Indígena

· Organizar o subsistema de saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, sob a forma de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

· Assegurar ações de atenção básica nas aldeias.

· Criar mecanismos de participação social por intermédio de conselhos distritais e locais.

· Respeitar os aspectos etno-culturais dos povos indígenas.

· Operacionalizar as ações de saúde dos povos indígenas, preferencialmente, por intermédio de órgãos e entidades públicas e privadas que detenham experiência no setor.

9. Diretrizes da Política de Saneamento

· Apoiar, técnica e/ou financeiramente, o desenvolvimento de ações de saneamento, a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para a prevenção e controle de doenças, prioritariamente, em municípios com população de até 30 mil habitantes.

· Realizar ações de saneamento em áreas indígenas.

· Fomentar ações de saneamento em consonância com as políticas de saneamento, saúde e meio ambiente.

· Atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

10. Diretrizes da Política de Desenvolvimento Organizacional

· Institucionalizar modelo de gestão a partir de um sistema de planejamento e avaliação, com base em indicadores de desempenho organizacional.

· Adequar o perfil funcional dos servidores à missão institucional da FUNASA.

· Modernizar os processos de trabalho e os sistemas de informação da instituição, com qualidade e produtividade.

· Atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

11. Diretrizes da Política de Comunicação Social

· Hierarquizar os canais de comunicação.

· Uniformizar as informações.

· Padronizar os instrumentos institucionais de comunicação.

· Manter relacionamento ético e transparente com os meios de comunicação e a sociedade.

· Atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

12. Diretrizes da Política de Educação em Saúde

· Fomentar o desenvolvimento de ações educativas compatíveis com os indicadores epidemiológicos e ambientais.

· Observar as especificidades locais.

· Buscar técnicas e práticas inovadoras de educação em saúde.

· Priorizar ações educativas na população escolar.

· Atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

13. Diretrizes da Política de Pesquisa

· Direcionar as pesquisas, dos centros e institutos da FUNASA, para o atendimento das prioridades definidas pela área de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.

· Fomentar estudos e pesquisas nas áreas de epidemiologia, prevenção e controle de doenças e de outros agravos.

· Atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

14. Projetos Estratégicos

· Reestruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

· Implantação do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental.

· Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

· Descentralização da execução das ações de prevenção e controle de doenças.

· Implantação de um sistema integrado de informações.

· Aperfeiçoamento do processo de aquisição, estocagem, distribuição e consumo de insumos estratégicos.

· Reordenamento organizacional da FUNASA.

· Implantação de sistema de comunicação social.

· Implantação do “Aprendendo Saúde na Escola”.

· Implantação de melhorias sanitárias domiciliares.

15. Produtos e Serviços – Atuais

- Informação e análise de doenças transmissíveis
- Softwares para sistemas de informações epidemiológicas
- Normas e ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis
- Fornecimento de insumos estratégicos
- Produção de insumos (kits – diagnóstico)
- Capacitação de recursos humanos interno e externo
- Pesquisas
- Assistência técnica
- Sistemas proprietários de informações
- Vacinação dos povos indígenas
- Sistema de abastecimento de água
- Sistema de esgotamento sanitário
- Sistema de tratamento de resíduos sólidos
- Drenagem em área de malária
- Melhoria sanitária domiciliar
- Melhoria habitacional para controle da doença de Chagas
- Divulgação institucional em stands de feiras, congressos e exposições
- Matéria jornalística
- Atendimento à imprensa
- Editoração e edição de publicações técnico-científicas
- Atendimento ao cidadão
- Campanhas internas de divulgação
- Museu da FUNASA
- Edição de clipping
- Oficinas de educação
- Mutirão de Saúde
- Boletins informativos regionais
- Controle de doenças em áreas de fronteiras
- Fomento à estruturação organizacional de serviço local de saneamento
- Fomento à pesquisa aplicada

16. Produtos e Serviços – Potenciais

- Além de aperfeiçoar os produtos e serviços atualmente oferecidos, a FUNASA se propõe, também, a disponibilizar:
- Informação e análise sobre: doenças crônico-degenerativas, causas externas, fatores de risco, mortalidade, nascidos vivos – NV e imunizações
- Capacidade para mobilização e intervenção em situações de risco.
- Indicadores de desempenho das Unidades da FUNASA

- Sistema integrado de informações
- Sistema integrado de administração de insumos estratégicos
- Assistência integral à saúde dos povos indígenas
- Operação e manutenção de serviços de saneamento em situações de risco
- Boletim informativo nacional
- Material de cunho educativo
- Portifólio da FUNASA

ANEXO II

Metodologia de Avaliação

A avaliação do desenvolvimento do Plano Anual de Trabalho PAT/2001, tanto da presidência quanto das unidades descentralizadas, aplicou uma metodologia reconhecidamente rigorosa em sua concepção, pois, considerava apenas as metas cujos resultados foram integrais, sendo desconsiderados os esforços despendidos para o alcance das metas que não atingiram cem por cento do pretendido.

No sentido de corrigir essa distorção, para 2002 foi concebida uma nova metodologia que pretendeu valorizar todos os esforços para o alcance das 168 metas propostas no PAT/2002.

Para tanto se estabeleceu uma classificação das metas em dois tipos e atribuiu-se uma pontuação para cada meta, atrelada ao percentual de cumprimento. Além disso, pesos foram atribuídos às metas com base em critérios de relevância para alcance dos objetivos estratégicos institucionais.

A seguir descreveremos passo-a-passo as fases da metodologia aplicada para avaliar o desempenho das áreas da presidência da FUNASA no desenvolvimento do PAT – 2002.

Classificação das metas

Inicialmente todas as metas do PAT 2002 foram classificadas em dois tipos segundo sua natureza: o tipo 1 - aquelas metas que ou são alcançadas ou não são alcançadas. Exemplo: realizar seminário, manter erradicada a poliomielite – e o tipo 2 - aquelas metas que podem ter seu alcance graduado em percentual de cumprimento. Exemplo: reduzir em 50% os casos de febre amarela silvestre, intensificar as ações de Educação em Saúde e Mobilização Social em 100% dos estados priorizados no Programa Nacional de Controle da Dengue.

Atribuição das notas

A partir do tipo de meta e de seu resultado foi atribuída uma pontuação, como demonstrado a seguir:

TIPO 1

Status	Pontuação
ALCANÇADA	10
NÃO ALCANÇADA	0

TIPO 2

Intervalos	Pontuação
100% ou +	10
90 a 99%	9
80 a 89%	8
60 a 79%	6
40 a 59%	4
20 a 30	1
<20%	0

Atribuição de critérios

A atribuição de critérios às metas, pré-requisito para o estabelecimento de pesos, baseou-se na identificação de aspectos que mais incidiam sobre os programas do PAT 2002 da presidência, como demonstrado no quadro abaixo:

CRITÉRIOS	Programas nos quais há pertinência para o critério						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Impacto direto sobre o Objetivo Estratégico Institucional	■	■	■	■	■	■	■
2. Metas de erradicação de doenças e agravos	■		■				
3. Grande mobilização de recursos em geral (Pessoal, mobilização social, material, financeiro etc)	■	■	■	■		■	■
4. Meta de programa estratégico governamental					■		

CRITÉRIOS	Programas nos quais há pertinência para o critério						
	1	2	3	4	5	6	7
5. Meta de estruturação/Organização, contribuindo para a consolidação do SUS	■	■	■	■	■	■	■
6. Impacto na promoção de hábitos saudáveis			■	■	■		
7. Impacto na melhoria/otimização dos processos de trabalho		■				■	■
8. Subsídios à tomada de decisão		■		■	■	■	■
9. Disponibiliza/Divulga informações em saúde e ações institucionais		■			■	■	■
10. Agilidade nas respostas à ocorrência de doenças e agravos		■					

Definição dos Pesos

Os pesos atribuídos às metas foram graduados de acordo com o número de critérios que correspondem a cada uma das metas. Aquelas para as quais foi atribuído maior número de critérios tiveram maior peso e aquelas para as quais foi atribuído menor número de critérios tiveram menor peso.

Média ponderada

Para cada meta, multiplicou-se a nota correspondente ao percentual de alcance pelo peso a ela atribuído. Em seguida foi feita a média ponderada obtida pela divisão entre o resultado da multiplicação da nota pelo peso e o somatório dos pesos, como exemplifica o quadro a seguir.

Metas	% Alcance	Nota	Peso	Resultado
Manter 100% da cobertura vacinal de crianças menores de 5 anos de idade, contra a paralisia infantil nas duas etapas.	100%	10	3	30
Reduzir em mais de 50% o número de casos de SRC.	100%	10	2	20
Reduzir em 30% o número de localidades com 100 ou mais habitantes com prevalência igual ou acima de 25% para esquistossomose.	0	0	1	0
TOTAIS			6	50
MÉDIA PONDERADA				8,33

Transformação das médias ponderadas em percentual

Transformou-se a média ponderada em percentual, multiplicando por 10 a fim de classificar o desempenho das áreas técnicas dentro das seguintes categorias:

RUIM	< 30% de alcance
REGULAR	31 a 49% de alcance
BOM	50 a 69% de alcance
MUITO BOM	70 a 89% de alcance
EXCELENTE	> ou = 90% de alcance