



PARTICIPASUS

**POLITICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E
PARTICIPATIVA NO SUS**

**PROJETO DO ESTADO PARANÁ
Secretaria Estadual de Saúde
Grupo de Planejamento Setorial**

JUNHO – 2008

PARTICIPASUS - PLANO DE AÇÃO

1. JUSTIFICATIVA

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 propiciou a aprovação das bases do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado importante conquista social do período e principal reforma popular e democrática em curso no país. No contexto histórico da década de 80, esse processo social culminou com a consagração da saúde como direito de todos e dever do Estado, inscrito na Constituição Federal de 1988 e regulamentado posteriormente nas Leis Federal 8.080/90 e 8.142/90.

Essa base legal contém o pano de fundo a ser considerado na construção das políticas públicas de saúde, que devem ser concebidas e implantadas em consonância com os princípios e diretrizes nela estabelecidos.

São princípios e diretrizes do SUS:

- **Universalidade:** os serviços públicos de saúde devem ser destinados a toda a população indistintamente;
- **Integralidade da atenção à saúde:** determina a responsabilidade pelo cuidado de todas as necessidades e demandas dos cidadãos, com prioridade para as atividades preventivas;
- **Participação social** na formulação e gestão das políticas públicas de saúde, com a finalidade de aproximar os serviços das reais necessidades da população.
- **Descentralização**, com comando único em cada esfera de governo;
- **Regionalização e hierarquização** de serviços.

A implantação do SUS representou uma grande conquista popular na direção da garantia do direito à saúde, pois, no período anterior à CF/88, serviços públicos de saúde eram ofertados apenas à parcela de trabalhadores do mercado formal de trabalho, que contribuíam como segurados para a previdência social. Além disso, os governos da ditadura militar favoreceram muito o crescimento assistencial do setor hospitalar privado, restando à grande maioria da população precários serviços de saúde, públicos ou filantrópicos.

A mobilização de movimentos sociais e de profissionais, pesquisadores e acadêmicos da saúde garantiu, naquele momento histórico, que o texto constitucional e a regulamentação do capítulo da saúde a reconhecesse como direito humano fundamental, cabendo ao Estado prover as condições para o seu pleno exercício. O reconhecimento legal do conceito ampliado de saúde, relacionando-o à formulação de políticas econômicas e sociais e a fatores determinantes e condicionantes como trabalho, moradia, transporte, alimentação, educação, além do acesso a serviços de saúde de qualidade, significou uma grande conquista da sociedade. Outra exigência fundamental dessa luta foi a ampliação de canais de participação social nas políticas públicas.

Desde a implantação do SUS até hoje, a luta popular pelo direito à saúde é fortemente marcada por avanços e recuos. Na sua origem, entretanto, é certo que o SUS nasce como política contra-hegemônica às práticas neoliberais da década de 90, que tratam o cidadão como mero consumidor de serviços de saúde, ao mesmo

tempo em que promovem a idéia de redução drástica do Estado no provimento dos mesmos.

A orientação política hegemônica dos últimos anos afetou profundamente o processo de construção do SUS, que tem demonstrado limitações, até o momento, para consolidar o ideário da Reforma Sanitária Brasileira. Ao lado, o subfinanciamento, a precarização da remuneração e das relações de trabalho, a prática de terceirizações privatizantes, a focalização na atenção básica de baixo custo e pouca potência estruturante, bem como a preservação do modelo assistencialista e medicalizante com remuneração por procedimentos, têm sido algumas das barreiras à efetivação dos princípios e diretrizes que o fundamentam. Nesse processo, revelam-se conflitos e contradições da reforma da saúde em face das características do **Estado brasileiro**, no que tange à formulação e implementação de políticas nacionais de desenvolvimento, marcada pelo foco fiscal e pressionada pela globalização do capital.

As políticas de ajuste têm trazido enormes limitações para as unidades da federação - em particular os municípios - no que diz respeito às respectivas capacidades de intervenção e de resposta frente às crescentes demandas sociais e de saúde. Isso tem aprofundado as iniquidades, agravando o quadro de desigualdade social com a respectiva repercussão sobre os serviços de saúde.

A implantação do SUS deveria avançar no sentido de expandir a cobertura, visando a universalização, propiciar viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde, melhorar a eficiência, a qualidade da atenção integral e a satisfação dos usuários. No entanto, o que temos visto é uma certa tibieza na implantação desta política, às vezes até com certos retrocessos decorrentes de uma tendência forçada pela conjuntura de globalização do capital em entender como papel das instituições públicas ligadas ao Estado exercer as funções de regulação e de políticas apenas compensatórias focalizadas nas populações mais pobres, ausentando-se da construção da presença pública nas demais funções de prestação de assistência de promoção à saúde, deixadas cada vez mais para a iniciativa privada e não pública.

Estes são alguns aspectos do contexto em que se desenrola a atual política de saúde e que não pode ser ignorado sob pena de se cair no reducionismo das soluções tecnocráticas e na aceitação acrítica de programas federais verticais e autoritários, travestidos de inovadores e modernos.

A mais evidente das restrições que tem sido imposta à saúde é a financeira, cujos investimentos se encontram muito aquém de outros países latino-americanos. Além disso, os escassos recursos têm sido mal distribuídos, sem respeitar a heterogeneidade regional e as reais necessidades da população, sendo destinados, em sua maior parte, ao pagamento de procedimentos de alto custo e da assistência hospitalar de baixa qualidade e resolutividade. Os repasses têm imposto aos estados e especialmente aos municípios uma espécie de "camisa de força", obrigando-os a cumprir uma infinidade de portarias ministeriais, que determinam um padrão uniforme para realidades políticas, administrativas, financeiras e sociais totalmente diversas.

Na verdade, verifica-se uma brutal reconcentração de recursos e de poder nas mãos do governo federal, totalmente na contramão do ideário do SUS. Abandonou-se por completo a concepção constitucional de Seguridade Social, que preconizava orçamento único com diversidade de fontes de financiamento para os

seus componentes (saúde, assistência social e previdência social). Ao restringir o financiamento da saúde apenas aos recursos fiscais, este ficou à mercê da restritiva política de ajuste fiscal, ancorado ainda em recursos aleatórios (como a CPMF) de caráter contingencial.¹

Vale lembrar que à saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas de desenvolvimento, devendo incorporar nas suas práticas o conceito fundamental da intersetorialidade. Se a concepção da determinação social da saúde-doença, que fundamenta o ideário do SUS, implica na necessidade de discutir a saúde como uma função permanente de Estado e não apenas como política setorial, logo se vê as restrições que se impuseram ao avanço do projeto sanitário brasileiro.²

Nessa construção, uma das questões que merece reflexão é o processo de descentralização desencadeado na implantação do Sistema Único de Saúde, que foi excessivamente burocrático e normativo, conceito equivocado, gerando, conseqüentemente, certa dependência local da emissão de Portarias centrais. A par disso, o repasse de recursos financeiros, paulatinamente ampliados, era feito de forma excessivamente fragmentada e mediante predestinação do recurso, também definida no âmbito federal.

O princípio da descentralização pode ser, conforme seja aplicado, um dos motores da reforma sanitária ou uma das opções básicas das políticas sociais de corte neoliberal. No primeiro caso, pressupõe descentralização do poder decisório, com definida política de financiamento e controle social.

Considerando a municipalização do objetivo final da estratégia de descentralização do SUS, temos as duas variáveis propostas por Eugênio Vilaça Mendes: a efetiva transferência de poder decisório para o município e a mudança ou não do modelo assistencial hegemônico, identificam-se três formas possíveis de municipalização: prestação de serviços, “inampização” e distritalização.³

Na “prestação de serviços” não há transferência de gestão para o município e também não ocorre mudança do modelo de atenção. Recursos financeiros repassados fundo a fundo ou por meio de convênios, pela União ou estado, com critérios normativos centrais, para custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares de atenção médica. Esta forma de municipalização foi iniciada na época das Ações Integradas de Saúde (AIS), consolidou-se no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e prevaleceu no início do SUS, com novos critérios de repasse e pré-condições sendo estabelecidos. Nela, o município se equipara a um prestador de serviços, não exercendo qualquer comando sobre o sistema de saúde no espaço local, convivendo com outras modalidades assistenciais existentes, seja no sistema público ou privado de saúde, reduzindo a municipalização a uma mera transferência de problema da União/estados para os municípios.

Na “inampização”, por sua vez, há, ainda que por meios precários, transferência da gestão ao município, sem, entretanto, haver concomitante mudança do modelo de atenção à saúde. Centrado na forte normatização, vale-se de mecanismos e instrumentos, especialmente de planejamento, avaliação,

¹ Ibidem.

² O sentido da reforma da reforma. Radis 48, agosto, 2006. p.9.

³ MENDES, E.V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. Cadernos da 9ª CNS, 1991.

controle e financiamento, para consolidar o modelo clínico da atenção médica e perpetuar uma cultura organizacional singular fortemente enraizada.

Também não cumpre os preceitos legais que informam o SUS, na medida em que privilegia a atuação da atenção médica em detrimento da implantação de um sistema capaz de impactar favoravelmente os indicadores de saúde da população, transgredindo o princípio da integralidade da atenção e mantendo a convivência de duas subculturas distintas (prevenção e cura), sob clara hegemonia do paradigma clínico-assistencial.

Na **municipalização-distritalização** há transferência da gestão ao município, com direção única, associada à mudança de modelo de atenção à saúde, que passa a ser hegemonizado pelo paradigma epidemiológico. Aqui devemos considerar a concepção da territorialização, que engloba inclusive o conceito de Distritos Sanitários, não meramente como uma nova instância administrativa, mas entendidos como um processo de transformação social das políticas de saúde direcionadas para o cumprimento dos objetivos do SUS, que se manifestam, no espaço local, mediante relações entre as instituições de saúde e de outros setores, reorientadas em seus princípios organizativo-assistenciais, e a população, com suas necessidades, demandas e representações, em um determinado território.

Nas estratégias de descentralização existem, portanto, concepções e práticas diferenciadas de gestão e organização de ações de saúde, sendo imprescindível ter clareza acerca das quais nos servem de fundamento para a proposição de ações e estratégias no âmbito do SUS.

Outro ponto fundamental de análise da trajetória de construção do Sistema Único de Saúde é a questão da participação da sociedade na formulação e gestão das políticas públicas do setor. A pressão política dos atores do movimento sanitário proporcionou a aprovação da LF n.º 8.142/90, que recompôs os vetos presidenciais à LF 8.080/90, instituindo como instâncias de participação e controle social do SUS os Conselhos e as Conferências de Saúde, ainda que, em termos efetivos, a eficácia desses instrumentos de participação ainda seja precária.

Necessário considerar que a participação política e o controle social não dependem apenas de formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde. Com o SUS a saúde emerge como direito e a participação política como condição de seu exercício. Os Conselhos e as Conferências são estabelecidos como espaços de representação institucional que têm a finalidade de permitir ao controle social assumir lugar estratégico na definição e acompanhamento das políticas de saúde.

Sem negar a relevância e os avanços alcançados com a instituição dessas instâncias, após mais de uma década de experiência, avaliações revelam obstáculos à concretização da participação social no SUS na perspectiva apresentada:⁴

- a) A questão do saber na dinâmica de funcionamento dos Conselhos rapidamente se afirma como relação assimétrica de poder, em que os representantes especialmente dos usuários, sentem-se desautorizados e desqualificados perante a argumentação técnica e política prevalente, em função da qual o “conhecimento necessário” parece pertencer a “alguns” dentro e fora do poder executivo.

⁴ GUIZARDI, F. L. & PINHEIRO, R. *Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):797-805, 2006.

- b) Dependência por parte de alguns movimentos e entidades de recursos do poder público que, em função das parcerias estabelecidas, têm sua participação política comprometida em face da perda de autonomia de seu posicionamento.
- c) A viabilização dos Conselhos ainda permanece demasiadamente condicionada, por um lado, pela atuação do poder executivo, que muitas vezes tem dificuldade em partilhar de todo o poder decisório sobre as questões da saúde.
- d) De outro lado, uma certa tendência ao aparelhamento da estrutura dos Conselhos e Conferências por parte de conselheiros e entidades, muitas vezes perpetuadas nessas instâncias e nem sempre representativas de fato do seguimento que dizem representar.
- e) Falta de apoio para funcionamento dos Conselhos, que não possuem orçamento próprio e, em muitos casos, não dispõem da infra-estrutura necessária ao exercício das atribuições (espaço físico, equipamentos, assessoria no plano jurídico e de comunicação).
- f) Restrição de acesso às informações indispensáveis para a tomada de decisão, com tempo hábil para aprofundamento dos debates, tornando o espaço do Conselho meramente homologatório e não de formulação efetiva de políticas.
- g) Relativização do papel deliberativo dos Conselhos e Conferências de Saúde, cujas decisões, muitas vezes, não são cumpridas.

Todas essas contradições põem em questão a representação nos Conselhos e Conferências de Saúde, apontando limites a serem superados quanto à formulação, condução e avaliação da política de saúde.

Reconhecer e cumprir o papel da participação social no SUS consiste em valorizar os Conselhos e Conferências de Saúde como espaços democráticos deliberativos, primando pelo seu fortalecimento e autonomia.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas na trajetória do SUS, iniciou-se, em 2003, um processo de discussão e mobilização em sua defesa, retomando-se a concepção do direito à saúde como parte do sistema de seguridade social. Dos debates resultou o compromisso público intergestores da saúde denominado Pacto pela Saúde, por meio do qual os gestores do SUS, nas três esferas de governo, assumem o compromisso de operacionalizar o sistema na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão da saúde. Tem como principal finalidade a promoção da melhoria da quantidade e qualidade dos serviços ofertados à população, com garantia do acesso de todos aos serviços.

O Pacto é formado por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto Defesa do SUS e Pacto de Gestão e surge como um acordo assumido pelos gestores da saúde com o objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema e avançar na sua consolidação. Envolve ainda o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS.

O Pacto pela Vida estabelece compromissos de atingir metas sanitárias com base na definição de prioridades que resultem em um impacto no nível de vida e saúde da população.

O Pacto pela Defesa do SUS estabelece compromissos políticos envolvendo os governos e a sociedade a fim de consolidar a efetivação do SUS nos moldes inscritos na CF/88.

O Pacto de gestão, por sua vez, define responsabilidades sanitárias de cada gestor nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social. Estabelece claras responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Reitera, ainda, a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio a sua qualificação.

É nesse contexto que estão sendo regulamentados repasse de recursos financeiros específicos destinados à operacionalização das estratégias inerentes à efetivação do Pacto pela Saúde. Entre eles o descrito na Portaria MS n.º 3060, de 28/11/07, que se destina à implementação do componente para a qualificação da gestão do SUS, no que se refere à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e fortalecimento do controle social. O presente plano de ação tem a finalidade, portanto, de sistematizar as ações e estratégias a serem desenvolvidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná no âmbito da atual Política de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS.

1.3 PARTICIPASUS

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do Sistema de Saúde, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, o monitoramento e avaliação, a ouvidoria e a regulação e auditoria no âmbito do SUS. Genericamente, possui quatro grandes componentes: **gestão participativa e controle social; monitoramento e avaliação da gestão; ouvidoria e auditoria.**

As atuais estratégias propostas pelo MS têm a finalidade de promover o enfrentamento dos obstáculos à construção e consolidação do SUS, conforme já exposto anteriormente. A implantação do Pacto pela Saúde implica em investimentos na definição e qualificação de processos/instrumentos de gestão articulados com a qualificação/mobilização da sociedade e com outras estratégias de consolidação do SUS, especialmente as relacionadas ao financiamento e à gestão do trabalho, sob pena de se cair em reducionismos tecnocráticos que tendem a reduzir os problemas da saúde a uma mera crise gerencial.

A gestão participativa e o controle social despontam como aspectos fundamentais para a recondução das políticas de saúde devendo ser, portanto, fortalecidos, pois a exigência de uma consciência sanitária universalista e cidadã torna-se indispensável para que o projeto de mudança na saúde, iniciado há mais de uma década, seja retomado e ancorado em bases sociais sólidas, não cooptadas, não aparelhadas e efetivamente representativas de todos os segmentos que compõem o controle social, principalmente do interesse da população usuária do SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Desencadear processos de reflexão sobre o SUS que queremos e desenvolver mecanismos de qualificação permanente da gestão do Sistema no Paraná, por meio de ações de fortalecimento da participação popular e do controle social; dos mecanismos de regulação, auditoria e avaliação; dos processos de monitoramento e avaliação; da educação popular e do sistema de ouvidorias.

2.2 Objetivos Específicos

- Contribuir para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e sua articulação com outras políticas públicas.
- Fomentar o conhecimento e a discussão sobre os princípios e diretrizes que conformam o SUS.
- Desencadear processo de reflexão acerca da produção de instrumentos para o exercício efetivo da gestão do SUS, em face do Pacto pela Saúde e suas implicações em termos de monitoramento e avaliação.
- Fortalecer os mecanismos de controle social no SUS, mediante a concepção, formação, desenvolvimento e implantação de programa continuado de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde.
- Desenvolver estratégias que promovam a troca de experiências entre os conselhos e contribuir para o fortalecimento da rede de informações entre os conselhos de saúde e todas as demais instâncias de organização popular.
- Sensibilizar e apoiar o processo de mobilização da sociedade para sua participação efetiva em defesa do SUS e exercício do controle social.
- Capacitar os Conselheiros de Saúde para a atuação consciente na formulação, avaliação e controle das políticas sob a gestão do SUS.
- Efetivar e qualificar as Ouvidorias para o desempenho de suas competências, nos níveis Estadual, Regional e Municipal, com a finalidade de implantar serviços eficazes e eficientes, articulados com os setores afins e instâncias de controle social.
- Estabelecer canais permanentes de comunicação entre as ouvidorias e as instâncias de controle social e a população, para enfrentamento das demandas levantadas pela população.
- Fortalecer os mecanismos de regulação, auditoria e avaliação dos serviços de saúde, constituindo um corpo técnico de auditores capacitados para o exercício da função, desenvolvendo ações articuladas com os setores afins e instâncias de controle social.
- Produzir instrumentos para a construção das ações de monitoramento e avaliação sistemáticos da gestão do SUS e implantá-los.

- Produzir material de apoio às ações de educação popular e ao exercício do controle social.
- Criar mecanismos de informação que vinculam as ações do controle social às mais reais necessidades e demandas do povo.

3. AÇÕES

- Formação de conselheiros de saúde, por meio de processos descentralizados de educação permanente, consoante diretrizes da política nacional do MS.
- Desenvolvimento de estratégias e metodologias de capacitação e informação de conselheiros de saúde.
- Prover os Conselheiros de saúde de instrumentos para o exercício de suas atribuições.
- Confecção de materiais informativos/educativos, destinados a ações de educação popular.
- Sensibilização de gestores para implantação das ouvidorias municipais.
- Formação de ouvidores e implantação de serviços nas RS e municípios.
- Formação de auditores e aprimoramento das ações de avaliação.
- Formação de quadro técnico qualificado para a execução de ações sistemáticas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.
- Promover eventos populares que ampliam a base de discussão e de participação social.

4. ESTRATÉGIAS

Eixo: Participação e Controle Social

Estratégia	Cronograma	Resultado Esperado	Custo estimado
1. Capacitação descentralizada para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, nas 22 Regionais de Saúde.	Outubro a Dezembro de 2008.	Conselheiros capacitados para o exercício das atribuições.	R\$ 250.000,00
2. Seminários Macro Regionais para discussão do papel e importância do Controle Social na Construção do SUS e mobilização social.	Setembro a Outubro de 2008.	Conselheiros e movimentos sociais sensibilizados para a importância do Controle Social no SUS.	R\$ 80.000,00
3. Produção de Vídeos Educativos para divulgação de informações sobre saúde, bem como de cartilhas destinadas à educação popular a ao controle social.	Julho a Outubro de 2008.	População com melhor consciência sanitária, informada sobre o SUS, seus objetivos e funcionamento.	R\$ 100.000,00
4. Implementação de vinhetas permanentes, por meio da Rádio Saúde, para divulgação de informações sobre diversos temas relacionados à saúde nas Rádios Municipais.	Agosto a Dezembro de 2008.	Informações divulgadas sistematicamente para a população em geral.	R\$ 50.000,00
Total			R\$ 480.000,00

Eixo: Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Estratégia	Cronograma	Resultado Esperado	Custo estimado
1. Oficinas Macro Regionais sobre Sistemas de Informação (SIM, SINASC, SINAN, SIA, SIH, SIAB E CNES. Monitoramento e Avaliação do Termo de Compromisso de Gestão, instituindo instrumento para o seu acompanhamento..	Setembro a Novembro/ 2008	Profissionais capacitados das Regionais do estado e dos municípios sobre Sistemas de Informação e monitoramento e avaliação do Termo de Compromisso de Gestão com um instrumento de acompanhamento..	R\$ 190.000,00
Total			R\$ 190.000,00

Eixo: Ouvidorias

Estratégia	Cronograma	Resultado Esperado	Custo estimado
1. Implementação e implantação de Ouvidorias Estadual, Regional e Municipal, com ampla divulgação do atendimento telefônico, por correspondência e da Internet.	Julho a Dezembro de 2008.	Ouvidorias implantadas nos municípios com mais de 50.000 habitantes e Regionais de Saúde. Ouvidores capacitados para o exercício da função.	R\$ 250.000,00
Total			R\$ 250.000,00

Eixo: Auditoria

Estratégia	Cronograma	Resultado Esperado	Custo estimado
1. Realização de Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria em 10 Regionais de Saúde em dois módulos intercalados por 1 semana de dispersão.	Junho a Outubro de 2008.	350 profissionais capacitados	R\$ 42.000,00
2. Monitoramento e avaliação de cinco Hospitais Prestadores de Serviços do SUS, quanto ao conjunto das ações prestadas aos usuários (essa pesquisa está mais voltada para o campo de avaliação de serviços por parte dos cidadãos, do tipo PNISS ou mesmo realizadas no âmbito da auditoria).	Julho a Dezembro/ 2008	Avaliação da Assistência Hospitalar prestada a 7706 pacientes atendidos nos meses de março e agosto de 2007, nos 5 Hospitais Pesquisados.	R\$ 17.996,12
3. Sistematização por meio de Serviço de Informática, do monitoramento e avaliação.	Julho a Dezembro/ 2008	Organizar os dados do monitoramento e avaliação das cinco unidades prestadoras. para conhecimento da realidade e intervenções futuras.	R\$ 20.000,00
Total			R\$ 79.496,12
Total Geral			R\$ 999.996,12