

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
CURSO DE DOUTORADO

SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:
OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E OS CRITÉRIOS
PARA HIERARQUIZAÇÃO DE PRIORIDADES

Ronaldo Bordin

Porto Alegre
Janeiro, 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
CURSO DE DOUTORADO

SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:
OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E OS CRITÉRIOS
PARA HIERARQUIZAÇÃO DE PRIORIDADES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito à obtenção do título de Doutor em
Administração

Ronaldo Bordin

Orientadores:

Prof. Dr. João L. Becker

Prof. Dr. Henrique Freitas

Porto Alegre
Janeiro, 1999

“Não sendo possível admitir às divindades limitações quanto à sua onisciência e onipresença e consequentemente à capacidade de decidir a respeito de todos os problemas, causa espécie, no entanto, o fato de até mesmo a Mitologia Grega ... estabelecer "bases" para a "organização" dos sistemas de saúde, quando distribuídas entre alguns de seus deuses as atribuições específicas que cada um deveria desempenhar, numa verdadeira divisão do trabalho. Assim é que Esculápio, o deus central, era "médico por excelência", Epione, sua mulher, tinha a seu encargo o alívio das dores; Higéia, que deu nome à Higiene, prevenia as doenças; Iaso, as curava e Panacéia recolhia dos campos as ervas com as quais preparava os remédios que serviam para todos os males”.

Campos & Tinoco, 1984.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que navegaram por uma série de necessidades para que os filhos não as passassem;

A Jacqueline, minha companheira de tantas horas, e a nossa filha, Carolina Ravena, que ainda não engatinha mas já está atenta ao mundo ...

Aos meus colegas de plenária do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CES/RS), cenário cotidiano de visualização das discussões contidas neste estudo;

Aos docentes e colegas de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA/UFRGS), pela acolhida a um “estranho no ninho” e desvelamento de uma nova forma de abordagem dos problemas vinculados ao setor saúde;

Aos meus orientadores, Profs. Drs. João L. Becker e Henrique Freitas, pela paciência e direção segura na confecção deste estudo;

Aos meus colegas do Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde (PDG Saúde), em especial aos Profs. Drs. Roberto C. Fachin e Luiz Roque Klering, pela riqueza do convívio e qualidade do debate envolvendo as áreas da Administração e da Saúde;

Aos membros do Departamento de Medicina Social, em especial aos Profs. Jair Ferreira, sempre disponível para repassar sua experiência e interlocutor à emergência do instrumento de coleta de dados deste estudo, e Roger dos Santos Rosa, chefe e colega do Setor de Administração e Planejamento em Saúde, pelo apoio e comentários, que não foram poucos;

Aos membros dos Conselhos Municipais de Saúde, participantes nesta jornada, sem os quais este estudo não teria sido possível;

Aos técnicos da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA/RS), notadamente aos da área de planejamento, pela gentileza no fornecimento das informações solicitadas. Um agradecimento especial à 5ª Delegacia Regional de Saúde, na pessoa da Dra. Sandra Pinheiro, pela acolhida e viabilização deste estudo.

Índice

Lista de tabelas		6
Lista de quadros		7
Lista de figuras		7
Lista de siglas		8
Lista de termos clínico-epidemiológicos		8
Resumo		9
Abstract		10
Introdução		11
Capítulo 1	Suporte Teórico	15
	1.1 Os sistemas de informação em saúde e o Sistema Único de Saúde	16
	1.2 O processo de planejamento e gestão em saúde	36
	1.3 O foco do estudo: a Epidemiologia e o processo decisório em saúde	52
	1.4 Os critérios para definição de prioridades em saúde	72
Capítulo 2	Procedimentos Metodológicos	87
	2.1 Instrumento de coleta de dados	90
	2.2 Processo de seleção dos Conselhos	96
	2.3 Plano de análise	100
	2.4 Transposição dos resultados dos Conselhos Municipais de Saúde à esfera estadual	102
	2.5 Desdobramentos da aplicação do instrumento	104
Capítulo 3	Resultados	106
	3.1 Características dos Conselhos Municipais de Saúde participantes do estudo	107
	3.2 Fase Um: Referência espontânea	111
	3.3 Fase Dois: Hierarquização instrumentalizada	118
	3.4 Fase Três: Hierarquização coletiva	124
	3.5 Avaliação qualitativa do processo de hierarquização	131
	3.6 Transposição dos resultados a um programa de saúde	136
	3.7 Discussão	143
Conclusões		174
Referências Bibliográficas		186
Anexos		206

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Composição da amostra: número de membros dos Conselhos Municipais de Saúde, número e percentual de conselheiros participantes do estudo	108
Tabela 2:	Categorias de representação, sistematizadas por Conselho Municipal de Saúde	109
Tabela 3:	Hierarquização dos problemas de saúde, fase de referência espontânea	112
Tabela 4:	Crítérios enumerados espontaneamente pelos conselheiros	112
Tabela 5:	Percentual de referência espontânea por grupo de critérios, sistematizado por categoria de representação	115
Tabela 6:	Número de conselheiros que referiram espontaneamente os critérios “vulnerabilidade” e “outros critérios”, segundo categoria de representação - usuários ou prestadores de serviço	116
Tabela 7:	Média de valores atribuídos aos critérios epidemiológicos e político-administrativos, por categoria de representação e coletivo do Conselho Municipal de Saúde - fase de instrumentalização	119
Tabela 8:	Hierarquização dos problemas de saúde, fase de instrumentalização	121
Tabela 9:	Média dos valores atribuídos aos critérios epidemiológicos e político-administrativos pelo conjunto dos conselheiros (fase individual instrumentalizada) e pela deliberação coletiva do Conselho Municipal de Saúde	125
Tabela 10:	Hierarquização dos problemas de saúde, fase de deliberação coletiva	126
Tabela 11:	Correlação entre os valores atribuídos aos critérios nas fases individual instrumentalizada e coletiva	129
Tabela 12:	Pontuação aferida para os critérios pelos técnicos do Departamento de Ações em Saúde (SSMA/RS)	139
Tabela 13:	Agravos Crônico-Degenerativos - pontuação dos critérios segundo os Conselhos Municipais de Saúde	141

Lista de Quadros

Quadro 1	Correspondência entre os grupos de critérios, segundo referência espontânea dos conselheiros e critérios previamente selecionados	114
Quadro 2	Valores e forma de operacionalização dos critérios empregados pelo Departamento de Ações em Saúde (SSMA/RS)	138
Quadro 3	Correspondência entre os critérios de hierarquização de prioridades empregados pelos CMS e pelo DAS/SSMA/RS	140
Quadro 4	Comparativo entre as posições hierárquicas resultante das grades de valores empregadas pelo DAS/SSMA-RS e pelos CMS	142

Lista de Figuras

Figura 1:	Processo de planejamento e gestão em saúde	39
Figura 2:	Modelo de processo decisório, segundo Simon	58
Figura 3:	O processo de tomada de decisão e variáveis acessórias	63
Figura 4:	Abrangência e importância das decisões	69

Lista de Siglas

CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CES/RS	Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DRS	Delegacia Regional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDG Saúde	Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SSMA/RS	Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Lista de Termos Clínico-Epidemiológicos

Adscrição: conceito voltado à territorialização das ações e serviços de saúde, ou seja, definição de uma área geográfica, cuja população passa a ser alvo das ações de um dado conjunto de serviços de saúde, conformando um distrito de saúde;

Etiologia: elemento (ou conjunto de) que conduz a um dano na saúde;

Morbidade: variáveis características das comunidades de seres vivos, referindo-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram determinadas doenças em um dado intervalo de tempo. Seus coeficientes são definidos como quocientes entre o número de casos de uma doença e a população;

Mortalidade: variáveis características das comunidades de seres vivos, referindo-se ao conjunto dos indivíduos que morreram em um dado intervalo de tempo. Seus coeficientes são definidos como quocientes entre as frequências absolutas de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer.

RESUMO

Este estudo objetiva estruturar uma grade de critérios empregados pelos Conselhos Municipais de Saúde para hierarquizar as prioridades em saúde, marco à elaboração do Plano Municipal de Saúde, documento que explicita as políticas de saúde em ações programáticas de intervenção sobre a realidade sanitária. Consiste em uma simulação de uma situação que demanda a hierarquização de três problemas de saúde, competitivos entre si quanto a recursos humanos, materiais e financeiros. O instrumento de coleta de dados foi aplicado aos membros de dez Conselhos Municipais de Saúde, que hierarquizaram os problemas em três momentos distintos: referência espontânea, fase individual instrumentalizada e deliberação coletiva. Ao final, a grade estava composta pelos seguintes critérios e respectivas médias de valores atribuídos: frequência (8,6), vulnerabilidade (8,2), transcendência (7,9), capacidade administrativa (7,3), custo per capita (6,9), interesse da comunidade (6,5) e compromissos macro-regionais (3,8). A hierarquização dos problemas de saúde proveniente desta grade foi igual à elaborada por um Colégio de Especialistas. Esta grade, então, foi aplicada aos agravos constantes do Programa de Controle de Agravos Crônico-Degenerativos da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, mostrando-se mais discriminante quanto à hierarquização dos agravos integrantes deste programa. Enquanto conclusão, observou-se que os Conselhos de Saúde configuram-se como um grupo decisório que trabalha com dados não estruturados, sem o auxílio de instrumentos de apoio à decisão, embora se constitua em canal de participação viabilizador do surgimento de novos atores sociais e de controle social sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, a metodologia proposta encontrou consonância com a proposta ascendente de planejamento das ações de saúde, sendo considerada de fácil apreensão e com potencial de replicação nas diversas esferas de representação presentes nos Conselhos de Saúde, constituindo-se em meio para o incremento da consciência sanitária do coletivo dos cidadãos.

ABSTRACT

This study aims at elaborating a standard scale according of criteria used by City Health Councils to define priorities in the health area. The mentioned scale is the first step to setting up the City Health Plan, a document that elicits health policies programmatic actions over the sanitary reality. The methodology consists in a simulation of a set up resolution, which requires putting three health problems in a hierarchic order. The refered problems compete in financial, material and human resources. The collecting data instrument was applied on members of ten City Health Councils, who worked the hierarchic order in three distinct moments: spontaneous reference, supported reference and collective deliberation. At the end, the scale was fomed by the following criteria and respective average score: frequency (8.6), vulnerability (8.2), transcendence (7.9), administrative capacity (7.3), cost *per capita* (6.9), community participation (6.5) and macro-regional interests (3.8). The health problems hierarchic scale was the same as the one structured by a Board of Specialist. This scale was then applied to the health problems included in the Chronic Degenerative Control Program, ruled by the Rio Grande do Sul Health Secretary, showing a more discriminate behavior as a hierarchic process. As a conclusion this study identified the City Health Councils ares decision groups that make use of not struturated data, with no help of decision support systems. They are a participation channel that allows a new social actors debut and the Sistema Único de Saúde social control, though. Meanwhile, the methodology proposed was consistent with the bottom-up health planning, been of easily understanding and with replication potential in the many categories of representatives of the Health Councils. Thus, it is a mean to increase the collective sanitary awareness in the population as a whole.

INTRODUÇÃO

Este estudo é o resultado da vivência do autor, na qualidade de ator, interlocutor, investigador ou testemunha privilegiada, das mudanças que ocorreram no setor saúde na última década em nosso País, a partir da introdução de uma série de medidas racionalizadoras no âmbito do modelo de sistema nacional de saúde desejado.

Neste sentido, na condição de docente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), delegado e relator da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986 - tema: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde), delegado da Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1986), membro do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), painelistas de várias Conferências Municipais de Saúde, membro da Comissão Organizadora da Primeira Conferência Estadual de Saúde e relator da IX Conferência Nacional de Saúde (1992 - tema: Descentralizando e Democratizando o Conhecimento), foi possível acompanhar o debate envolvendo as estratégias de implantação (início dos anos 80), consolidação (final dos anos 80 e início dos anos 90) e perspectivas de manutenção da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), ponto de pauta da Segunda Conferência Estadual de Saúde e da X Conferência Nacional de Saúde (1996) - tema “SUS, construindo um modelo de atenção à saúde”) e dos debates atuais no Congresso Nacional, notadamente quanto ao papel do Estado e das políticas sociais em tempos de globalização.

Uma das diretrizes norteadoras do processo de estruturação do SUS é a descentralização político-administrativa das atividades de planejamento e prestação de assistência à saúde, através da estruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Descentralização esta incorporada ao senso comum por muitos gestores em saúde como “municipalização da saúde” e que, em seu bojo, alavancou a discussão quanto ao controle social sobre o setor. Ou seja, em pouco mais de uma década, uma nova realidade se impôs ao município: de mero executor incondicional das diretrizes verticalizadas do nível federal para gestor da política de saúde municipal, papel que passou a ser desempenhado sob a égide do controle social, operacionalizado através do Conselho Municipal de Saúde, órgão deliberativo máximo das políticas e ações de saúde ao nível municipal.

É desta vivência que emergiu a questão de pesquisa deste projeto: estruturar uma grade de critérios gerada e passível de aplicação pelos Conselhos Municipais de Saúde no processo que envolve a hierarquização das prioridades em saúde em sua esfera administrativa, passo fundamental à confecção do Plano Municipal de Saúde. Tal Plano enumera a situação de saúde de uma determinada região, delimitando as formas de intervenção sobre os problemas identificados, incluindo a alocação dos recursos financeiros necessários a sua efetivação. Desta forma, contribui para a apropriação pelos Conselhos Municipais de Saúde de metodologia para a delimitação de suas prioridades, fortalecendo o planejamento ascendente das ações de saúde e, em última instância, o próprio processo de consolidação do Sistema Único de Saúde.

Desta forma, considerando que:

- a) o acesso à informação é concebido como um instrumento para a gerência do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para a necessidade da democratização da informação em saúde;
- b) o processo de planejamento e orçamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Lei 8080/90, é ascendente, do nível local ao federal, devendo os órgãos deliberativos serem ouvidos e as necessidades da política de saúde compatibilizadas à disponibilidade de recursos em planos de saúde;
- c) os Conselhos de Saúde conformam a instância deliberativa máxima em sua esfera administrativa, sendo de sua competência a formulação de estratégias e o controle de execução da política de saúde, incluindo as questões econômico-financeiras;
- d) os Planos de Saúde são a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se no instrumento que materializa as políticas municipais de saúde em ações programáticas de intervenção sobre a realidade sanitária;
- e) inexistem ferramentas de apoio à decisão na área de planejamento dos recursos em saúde, muito menos voltadas ao processo decisório particular dos Conselhos Municipais de Saúde, que agrega representantes de grupos intraburocráticos de pressão, grupos externos à organização e grupos de usuários do sistema;

- f) o Sistema Único de Saúde estabelece uma série de normas e diretrizes para sua consolidação, mas não enumera critérios para a hierarquização das prioridades em saúde, auxiliares ao processo de planejamento do sistema;
- g) a enumeração das prioridades em saúde é parte integrante do Plano Municipal de Saúde, sendo base à delimitação das formas de intervenção e alocação dos recursos envolvidos;

Este estudo objetiva, dentro do campo do processo decisório em saúde, identificar e discriminar por grau de importância os critérios hierarquizadores de prioridades em saúde empregados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Enquanto objetivos secundários:

- a) sistematizar os critérios referidos espontaneamente pelos membros dos Conselhos Municipais de Saúde por categoria de representação (usuários e prestadores de serviços - públicos, privados e profissionais de saúde);
- b) compatibilizar os critérios referidos espontaneamente pelos membros dos Conselhos Municipais de Saúde com os majoritariamente presentes na literatura;
- c) sistematizar os critérios empregados por ordem de importância, nas fases individual instrumentalizada e de deliberação coletiva dos conselheiros de saúde;
- d) correlacionar os pesos atribuídos nas fases individual instrumentalizada e de deliberação coletiva;
- e) transpor a grade de resultado obtida junto aos Conselhos Municipais de Saúde ao processo de definição de prioridades de saúde constante do Plano Estadual de Saúde (1997-2000), fazendo uso de uma ação programática para comparar os resultados obtidos;
- f) difundir metodologia potencializadora do processo de hierarquização de prioridades em saúde, almejando a qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde neste momento do processo de planejamento em saúde.

A estrutura redacional escolhida para descrever os vários momentos que envolvidos respeitou as várias fases componentes de um processo de investigação, quais sejam:

- a) uma introdução, pontuando a experiência prévia do autor quanto ao tema proposto para investigação e enumerando os objetivos do estudo;
- b) uma justificativa, delimitando a situação atual dos Sistemas de Informação em Saúde nacionais e sua relação com a nova realidade de planejamento e gestão em saúde demandada pelo processo de descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, incluindo as particularidades do processo decisório em saúde e os critérios mais comumente empregados para a hierarquização de prioridades em saúde (Capítulo 1);
- c) os procedimentos metodológicos empregados, incluindo o processo de seleção dos Conselhos Municipais de Saúde, a elaboração do instrumento de coleta de dados, os critérios para definição de prioridades selecionados, o plano de análise, as questões de conjuntura que influenciaram a realização do estudo e questões sobre a ação pedagógica do próprio instrumento (Capítulo 2);
- d) a descrição e análise dos resultados quanto ao problema apresentado, obtidos nos momentos de referência espontânea, individual instrumentalizada e deliberação coletiva pelos Conselhos Municipais de Saúde (Capítulo 3); e,
- e) as conclusões do estudo, seus limites e projeções futuras, seguido das referências bibliográficas e anexos.

1. SUPORTE TEÓRICO

Neste capítulo, pretende-se delimitar a situação atual dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) existentes em nosso meio e sua importância no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS (item 1.1), tendo em vista sua estreita vinculação com o planejamento e gestão em saúde (item 1.2), exacerbado no processo de municipalização das ações e serviços de saúde, e na democratização do acesso destas informações, cuja conseqüência se daria no incremento de participação da sociedade civil quanto aos rumos de sua própria realidade sanitária, materializado na forma do controle social sobre o sistema de saúde.

Em um segundo momento são apontadas as particularidades do processo decisório envolvendo os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), foco deste estudo (item 1.3), e enumerados os critérios epidemiológicos e político-administrativos presentes na literatura como os mais comumente empregados no processo de hierarquização das prioridades em saúde (item 1.4).

Ao final de cada um dos itens integrantes deste capítulo, encontra-se uma breve síntese do mesmo, centrada nos elementos-chave para a delimitação dos objetivos e procedimentos metodológicos empregados neste estudo (Capítulo 2).

1.1. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E O SUS

A definição conceitual de Sistema de Informação em Saúde (SIS) incorpora uma série de elementos. Alderson (1974) define SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações requeridas para a organização e operação dos sistemas de saúde e, também, para pesquisa e aprendizado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) objetivou este conceito, passando o SIS a ser um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento, com vistas ao controle de doenças (Moraes, 1994). A organização e operação dos sistemas de informação em saúde passa a apresentar um fim específico, quando adota, em última instância, uma característica sanitária, preventiva, de antecipação, proativa.

Ferreira et al. (1994) sintetizam o pensamento de White (1980), que procurou relacionar os objetivos dos sistemas de informação de um modelo geral às especificidades da área da saúde, enumerando seus propósitos:

- a) identificar problemas de saúde individuais ou coletivos;
- b) verificar suas severidades e vigências relativas;
- c) estimar sua prevalência e custo social;
- d) identificar a relativa segurança, riscos e eficácia das várias formas de intervenção; e,
- e) avaliar benefícios, custos e efetividade das medidas de prevenção, controle e melhoria dos problemas de saúde individuais e coletivos.

Destes propósitos, podem-se depreender dois elementos constitutivos, presentes também nas diferentes abordagens dos SIS (Ferreira et al., 1994): a abordagem individual, definida como os subsídios aplicados para a qualificação da prestação de serviços ao paciente; e a coletiva, voltada à melhoria da estruturação dos serviços de saúde, englobando planejamento e gerência.

É interessante observar que a evolução dos modelos de atenção à saúde no Brasil, prévios à década de 80, encontra-se bem documentada, sob seus mais diversos enfoques, em autores como Luz (1979), Braga & Paula (1981), Cordeiro (1984) e Oliveira & Teixeira (1985). A própria história recente da política de saúde, definida como pós-1964, já encontra tentativas de sistematização, salientando-se a proposta de Oliveira (1988), que a divide em três períodos: do Golpe Militar de 1964 a meados dos anos 70; a crise político-financeira do início dos anos 80; e da 8ª Conferência Nacional de Saúde aos dias de hoje. Viana (1995), por sua vez, categorizou estes períodos segundo quatro modelos de intervenção do Estado na área da saúde, quais sejam: o período pré-Constituição de 1988, incorporando os sub-períodos da centralização (1974/82) e da transição (1983/87); e o período pós-Constituição de 1988, composto pelos sub-períodos da descentralização (1988/90) e da descentralização tutelada (1991/92).

O processo que gerou a Reforma Sanitária Brasileira, o papel dos movimentos sociais em saúde e seu impacto na formulação e implantação das políticas de saúde, na transição à democracia e na consolidação democrática, foi analisado por Gerschman (1995), que assim contextualizou o princípio deste processo:

“... [a] transição à democracia trouxe a emergência de novos atores coletivos. Movimentos sociais proliferaram em todo o País, junto a novas formas de exercício da política, ao mesmo tempo em que novos partidos faziam sua entrada na cena política. Em cada canto do País as demandas por mudanças de liberalização política e de justiça social tomavam conta da sociedade. ... Um amplo debate perpassou a sociedade como um todo, no qual a possibilidade de reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza se traduziu em propostas políticas que se centraram na redefinição de políticas sociais. Estas foram vistas pelos partidos políticos de oposição como iniciadoras de um processo redistributivo de renda; o caminho para a universalização de benefícios sociais para toda a população.

“Neste contexto insere-se o processo de reformulação do setor saúde que culminou com a proposta de Reforma Sanitária Brasileira. O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política o autodenominado ‘Movimento Sanitário’. Tratava-se de um grupo restrito de

intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel destacado na oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria na área da saúde.

“Este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como mentor do processo de reformulação do setor. Foi influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária italiana e desempenhou, também, um papel importante em organismos internacionais, como a Organização Panamericana da Saúde (OPS), e nas experiências alternativas de saúde que foram implementadas em alguns municípios brasileiros na década de 70. A partir da abertura política e no período em que ia bem avançada a transição à democracia, passou a ocupar espaços importantes nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, assim como nos governos estaduais e municipais” (Gerschman, 1995, p. 41).

Os desdobramentos posteriores à 8ª Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, também já amadureceram o suficiente para demandarem tentativas de sistematização (Teixeira, 1988), análise de viabilidade (Gallo et al., 1988) e crítica (Campos, 1988), inclusive comparando as semelhanças e dissimilaridades observadas perante o processo de Reforma Sanitária Italiana (Berlinguer et al., 1988). No tocante à análise do papel do Estado Brasileiro, tais estudos se aproximam em muito dos paradigmas dominantes do campo de conhecimento em Administração Pública propostos por Keinert (1994).

Contudo, a historiografia dos sistemas brasileiros de informações em saúde ainda está por ser escrita. Talvez pelo fato de a maioria dos SIS de abrangência nacional terem sido criados entre a década de 70 e o início dos anos 80, seguindo a ótica centralizadora da atuação do Estado e a concepção tecnológica de então, também centralizadora - ao nível dos computadores de grande porte (Ministério da Saúde, 1994).

Moraes (1994) realizou um levantamento da breve história dos SIS nacionais, concluindo que no Brasil não faltam dados, possuindo ao mesmo tempo:

- a) um acúmulo de dados (só a DATAPREV processou 130 milhões de documentos em 1989);

- b) carência de informações que dêem conta da complexa situação de saúde do País;
- c) carência de propostas, na área de SIS, que contribuam para um salto qualitativo na mudança necessária ao modelo atual de assistência à saúde.

Dados realmente não faltam. A Fundação Nacional de Saúde (1993) enumerou 50 grandes bancos de dados nacionais de interesse à área da saúde, sistematizados em nove grande áreas temáticas:

- a) dinâmica populacional (10 bancos), incluindo os dados do Censo Demográfico, da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio e seu Suplemento Especial. Sistema de Informações sobre População, Estatísticas de Registro Civil, Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos, Subsistema de Informações sobre Mortalidade, Estudos de Mortalidade e Fecundidade, Estimativas Rotineiras de População e Estudos de Migrações Internas;
- b) força de trabalho (6 bancos), compreendendo o Cadastro de Segurados, Estatísticas Agregadas e Cadastro de Empregados da RAIS, Sistema de Cadastramento de Contribuintes Individuais e da Pesquisa Mensal de Emprego;
- c) serviços/áreas sociais (8 bancos), abrangendo a Assistência Médico-Sanitária, Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde, Pesquisa de Saneamento Básico, Pesquisa sobre Educação e Desporto, Censo Penitenciário, Pesquisa de Orçamentos Familiares, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição e Tabelas de Composição de Alimentos;
- d) assistência à saúde (10 bancos), incluindo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS, Boletim de Serviços Produzidos, Órtese e Prótese e Materiais Especiais, Sistema de Controle e Distribuição de Medicamentos, Informatização do Programa Nacional de Imunizações, Cadastro Nacional dos Médicos, Registro Hospitalar do Câncer, Registro Nacional de Patologia Tumoral e Registro de Câncer de Base Populacional;

- e) grupos populacionais (2 bancos), composto pelo Perfil Estatístico de Crianças e Mães e o Programa de Assistência Integral à Mulher e à Saúde da Criança;
- f) agravos selecionados (5 bancos), englobando os Dados Estatísticos sobre Endemias Rurais (Epidemiologia e Ações de Campo), Sistema de Informações Epidemiológicas, Doenças Crônico-Degenerativas, Comunicações de Acidentes do Trabalho e Sistema de Informações e Dados sobre a AIDS;
- g) vigilância sanitária (2 bancos), agregando o Subsistema de Informações de Produtos Registrados e o Subsistema de Informações sobre Empresas Autorizadas;
- h) recursos financeiros (3 bancos), envolvendo o Sistema de Acompanhamento Financeiro, a Guia de Autorizações de Pagamento e as Estatísticas Econômicas das Administrações e Empresas Públicas; e
- i) multi-temas (5 bancos), composto pelo Sistema IBGE de Recuperação Automática, Relatório de Indicadores Sociais, Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas, Pesquisas do Ministério da Justiça e Indicadores de Saúde.

Foram condicionantes à elaboração desta listagem a disponibilidade no Brasil (residência do banco de dados), serem dados de abrangência nacional ou internacional, de natureza numérica ou estatística e cadastral, e a disponibilidade para acesso ao público (em geral e credenciado, administração pública em geral ou credenciada).

Ou seja, os dados existem e, aparentemente, em profusão. Em tese, são todos de acesso público ou passíveis de credenciamento. Um exemplo destas afirmações pode ser encontrado junto ao Sistema de Informações em Mortalidade em nosso Estado: todas as informações do certificado de óbito são digitadas, desde 1979, sendo analisadas apenas as principais ao nível de planejamento das ações de saúde: sexo, idade, município e causa de óbito (mil causas). Informações como nível educacional, profissão, antecedentes maternos, atendimento em via pública ou forma de prestação de socorro, para citar algumas, encontram-se digitadas, estocadas e pouco analisadas.

O próprio Ministério da Saúde (1994, p. 6) reconhece que "os Sistemas de Informação na área da Saúde refletem a estrutura desigual, fragmentada e dicotomizada (ações de saúde coletiva e individuais) do modelo assistencial vigente no País". Essa disseminação de sistemas

“... com atenção voltada para a área da saúde nem sempre seguiu um planejamento pré-estabelecido e muitos foram surgindo com fins puramente imediatistas e casuais. Isso, com o passar do tempo levou, de forma inevitável, à existência de inúmeros programas desvinculados entre si, e até sobrepostos, o que faz lembrar a citação da chilena Raquel Salinas, ‘o resultado é que, na América Latina, fluem tremendas quantidades de dados que vão a lugar nenhum e que vêm de fontes que não importam a ninguém’” (SSMA/RS, 1997, p. 174).

Inegavelmente, qualquer análise acurada dos SIS nacionais deve relacioná-los ao próprio modelo de atenção desenvolvido, já que os mesmos são constantemente atrelados aos atendimentos individuais prestados (tipo de atendimento prestado, exames complementares realizados, procedimentos terapêuticos adotados, etc.). Exemplos são as afirmações de Simborg & Whiting-O-Keefe (1982), de que a mais importante função dos SIS no plano ambulatorial é a comunicação para a tomada de decisões clínicas, e de Opit (1987), que os delimita ao nível da promoção de saúde da população a que se refere, em detrimento da manutenção do aparato burocrático-organizativo. Já Reichertz (1982) situa-os ao nível hospitalar como unidades organizacionais com aspectos administrativos e médicos (melhoria do atendimento ao paciente), cuja interface pode ser identificada em programas voltados ao cálculo de consumo de medicamentos essenciais (Soeters & Bannenberg, 1988). Ambos casos explicitam as abordagens majoritárias nos sistemas existentes, a preocupação com a atenção individual (do tipo de atendimento à causa de óbito) e os custos gerados pelo atendimento dispensado.

Maçada (1994), comentando um levantamento de alguns *softwares* desenvolvidos no Brasil, provenientes de instituições públicas de ensino ou de empresas privadas, e sua aplicabilidade na área da saúde, apontou que os mesmos

“... apresentam uma tendência ao desenvolvimento da informática para a área de gerência de consultórios, hospitais e sistemas especialistas no apoio à tomada

de decisão no auxílio ao médico no diagnóstico, ensino e treinamento. Como é possível observar, inexistem ferramentas de apoio à decisão na área de planejamento dos recursos da saúde, ou pelo menos, se as mesmas existem, não estão tendo a devida divulgação (Maçada, 1994, p.15).

No Brasil, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) consolidou os marcos da Reforma Sanitária Brasileira. Esta Conferência adotou a premissa de ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, propondo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporado à Constituição Federal de 1998, em seu Artigo 198:

ART.198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Os princípios e diretrizes deste Sistema Único de Saúde foram posteriormente explicitados na Lei Orgânica de Saúde - Lei 8080, de 19/09/90, quais sejam:

ART.7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no ART.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Estes princípios são complementados pelo Artigo 8º, já no Capítulo III, referente à organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde:

ART.8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Em suma, foram definidos princípios de organicidade de um sistema de saúde (público), respeitados os direitos inerentes à cidadania de todos os brasileiros, sinteticamente composto por:

- a) um sistema de atenção à saúde organizado em níveis de complexidade diagnóstico-terapêutico ascendente, regionalizado, envolvendo mecanismos referenciais da clientela abrangida em cada nível;
- b) adscrição geográfica da clientela, com os programas de intervenção em saúde centrando-se em grupos de risco (e não em processos etiológicos);

- c) descentralização político-administrativo-financeira, com planejamento ascendente, do nível local ao nacional, estabelecendo-se os níveis de participação no sistema de cada uma das instâncias;
- d) controle social do sistema, operacionalizado através de suas instâncias deliberativas máximas, as conferências de saúde e os conselhos de saúde (nacional, estaduais, regionais e municipais), resguardado o fato de metade dos delegados e membros, respectivamente, serem provenientes do segmento dos usuários do sistema de saúde. Aos Conselhos de Saúde cabe discutir e homologar o Plano Municipal de Saúde, gerir o Fundo Municipal de Saúde e aprovar as contas do gestor;
- e) conformação do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde como órgãos executivos das políticas, normas e diretrizes emanadas dos Conselhos (em cada instância administrativa), com comando gerencial único ao nível municipal e repasse de todos os serviços federais e estaduais ao gestor municipal (processo em curso).

Em consonância com as premissas e diretrizes do SUS, o sistema assentava o processo de planejamento das ações e a democratização da gestão em bases epidemiológicas. Naquele momento previa-se a estruturação de um sistema nacional de informações em saúde, integrando questões epidemiológicas e de prestação de serviços até 1992, fato que não ocorreu ainda nos dias de hoje. Uma descrição do estado de implantação deste banco de dados e suas aplicações nos níveis operacional e tático-estratégico encontra-se em Rosa & Freitas (1994) e, especificamente quanto aos grandes sistemas de informação em saúde gerenciados pelo Ministério da Saúde, em Carvalho, que os definiu como “... de responsabilidade de órgãos distintos, com precária ou nenhuma coordenação central, o que acarreta muitas vezes duplicidade de informações e divergências conceituais” (Carvalho, 1997, p. 8).

A municipalização das ações e a descentralização do eixo gerencial terminou sendo adotada como verdadeira panacéia à situação caótica do sistema de saúde nacional. Neste sentido, os municípios passaram a ser responsáveis pela direção municipal do Sistema Único de Saúde, assumindo as seguintes competências (Lei 8080/90, Artigo 17):

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador.
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no ART.26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Esta visão mostrou-se extremamente idealista, recebendo um verdadeiro "choque de realidade" ao esbarrar em impedimentos corporativo-burocráticos e político-administrativos, previsíveis quando se muda a concepção de planejamento do sistema de saúde, de *top-down*, verticalizado e centralizado ao nível federal, para ascendente e descentralizado. Entre eles:

- a) a configuração do processo de municipalização em instância de barganha política, havendo inicialmente uma desconcentração e não descentralização dos serviços de saúde (Dallari, 1985);
- b) a "prefeiturização" da saúde, com o município reproduzindo o que se desejava extinguir dos níveis hierárquicos superiores;
- c) a ausência de previsão de que, após anos de tutela federal sobre o nível estadual, e deste ao municipal, não haveria capacidade instalada estadual ou principalmente municipal, capacitada a assumir as novas atribuições. Por exemplo, antes de 1980, parcela importante dos pequenos municípios gaúchos sequer possuíam Secretaria Municipal de Saúde, muito menos dotação orçamentária especificamente destinada a este fim;
- d) o temor da perda de poder político por parte dos secretários de saúde, dos prefeitos e vereadores, tendo em vista a necessidade de conformação de órgãos colegiados, de caráter deliberativo, com maioria dos membros provenientes dos usuários dos serviços, configurando o controle social sobre o sistema local de saúde;
- e) a inexistência de capacidade gerencial habilitada a ocupar as lacunas geradas pela retirada federal e estadual dos níveis de planejamento e administração da maioria das atividades de saúde desenvolvidas ao nível municipal. Por exemplo: vacinação, consolidação das informações em saúde, gestão da capacidade instalada federal e estadual existentes no município, etc.;
- f) a obrigatoriedade de controle social esbarrou em uma sociedade civil organizada de forma incipiente, em muitas vezes facilmente cooptada pelo executivo municipal.

Saliente-se que estas situações não são específicas da área da saúde, sendo inegável a existência de avanços neste campo, embora alguns se deformem na prática (Ahumada, 1992, p. 75). Já foram identificados como defeitos ou usos perversos da descentralização:

“... o incremento administrativo, a criação de instâncias descentralizadas mas sem atribuições de caráter decisório, o uso partidocrático das classes políticas,

os altos custos da descentralização, o caráter conjuntural dos projetos e sua eventual incapacidade de gerar participação social” (Silva & d’Arc, 1996, p. 52).

Agregue-se a estes fatores a tomada por referência de um conceito de saúde utópico, não operacionalizável no âmbito de um sistema de saúde (política setorial), assim disposto na Lei 8080/90:

ART.3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Desta forma, deslocou-se toda a problemática de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) aos Estados e municípios, com a municipalização das ações e descentralização do eixo gerencial sendo entendida como estratégia para a estruturação e consolidação dos princípios e diretrizes emanados da Constituição. Esta estratégia passava pela desestruturação de instituições federais e estaduais; pelo repasse das ações e atividades destas, incluindo área física, recursos humanos e materiais aos Estados e municípios; e pela agilidade do repasse dos recursos financeiros (do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde).

A desestruturação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) foi exemplar deste processo, afinal um dos problemas históricos do mesmo era

“... o uso indevido dos recursos. Desde a sua criação, a corrupção foi facilitada através da nomeação de cargos de confiança nas direções regionais e de hospitais; do superfaturamento nas compras e licitações de material e instrumental hospitalar e por meio do financiamento dos serviços de saúde - o

qual, ao se sustentar sobre uma forma de pagamento por ato de intervenção médica, o que favoreceu o excesso de internações -, assim como o superfaturamento por ações não realizadas.

“Para se ter uma idéia do superdimensionamento do INAMPS, no momento de sua extinção, quando já avançava o processo de municipalização, o órgão ainda geria 6.500 hospitais contratados e 40.000 credenciados, 9 hospitais próprios, 3 maternidades e 7 postos de atendimento ambulatorial. Dele dependiam 96.913 servidores, distribuídos em coordenadorias regionais, hospitais e postos de saúde, próprios ou cedidos à rede pública conveniada ao SUS, e apresentava 65.104 aposentados incluídos na folha de pagamento” (Gerschman, 1995, p. 147).

Ao mesmo tempo, acreditava-se que os Estados, em um primeiro momento, e os municípios, logo após, encontrar-se-iam aptos ao recebimento das novas atribuições ao nível de gerência e planejamento na sua esfera administrativa.

“De maneira geral, as unidades eram repassadas sem haver nos estados e municípios as condições gerenciais e/ou financeiras para sustentá-las. Os recursos eram repassados da esfera federal para as instâncias descentralizadas através de transferências negociadas por convênio, o que favorecia aqueles estados e municípios que, pelo tamanho e/ou poder de negociação política, tinham melhores condições de barganha com o governo federal. ... ” (Gerschman, 1995, p. 137).

Paradoxalmente, descobriu-se que o SUS possuía um arcabouço jurídico, consubstanciado na própria Constituição Federal, mas padecia de uma base de sustentação em nível local. Uma estrutura ideal montada sob sistemas regionalizados, hierarquizados, descentralizados, sob controle social e, desta forma, mais adequado à resolução dos problemas concretos de saúde identificados em cada região, conformando uma rede de sistemas locais de saúde (SILOS), não encontrava ressonância operacional na esfera municipal que, embora não discordasse da proposta (quando a conhecia), não apresentava condições objetivas de assumi-la em curto espaço de tempo.

Uma década após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), passou a ser consenso que

“a municipalização, por si só, não irá superar as condições do modo de organização do sistema de saúde. Com a municipalização não tem havido mudanças no sistema hegemônico: privilegiamento das ações curativas, hospitalocêntrico, com predomínio da compra de serviços privados e pouco investimento no setor público, concentrado nas áreas urbanas, com baixa resolutividade.

“Portanto, a simples transferência aos municípios de competências antes federais e estaduais tenderá a manter a inadequação dos serviços oferecidos, pela repetição do modelo existente, com conseqüente insatisfação dos usuários” (SSMA/RS, 1997, p. 90).

Mais do que isto, existe também consenso de que a maior dificuldade experimentada pelo processo de municipalização, em todos estes anos, foi o repasse de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para os estados e municípios.

“Em verdade, se considerarmos a capacidade de contar com recursos a única maneira de operacionalizar o sistema, resulta evidente que o esforço das forças em prol da Reforma Sanitária se localizou mais no terreno da formulação e da definição constitucional-legal - no qual as forças reformistas concentraram a luta. Mas houve certo descaso em termos de factibilidade de implementação, considerando-se as restrições orçamentárias impostas pela crise econômica - inflação, crescimento da economia marginal, desemprego, dívida externa, etc. -, à qual se somou o desinvestimento do governo na área social. Os avanços indiscutíveis alcançados no plano jurídico não foram acompanhados de um esforço de avaliação e de intervenção perante as dificuldades de financiamento do sistema que foram se apresentando com a implementação da Reforma num governo ainda por cima hostil ao projeto” (Gerschman, 1995, p. 139).

Apesar das dificuldades, a proposta de municipalização das ações de saúde é coerente com a perspectiva de fortalecimento dos sistemas locais de saúde (SILOS) como instrumento de uma profunda mudança na prática de saúde (Rodrigues & Goihman, 1990). Efetivamente, mudanças já se fazem notar, incluindo uma série de propostas quanto aos mecanismos de adscrição geográfica em distritos sanitários, formas de financiamento dos serviços prestados ou a serem realizados em caráter

preventivo, adequabilidade da formação dos recursos humanos às necessidades da população, mecanismos de controle social sobre o sistema (Conselhos de Saúde), entre outros.

Reflexo direto dos avanços registrados na busca da municipalização dos serviços de saúde, cada vez mais o executivo municipal demanda o emprego de dados que expressem a realidade do município, necessários à adoção de medidas de impacto ou de resposta imediata à introdução de um novo fator. Conjunturas municipais específicas, notadamente naquelas cidades que experimentaram mudanças drásticas ao nível populacional ou econômico, terminaram por conformar a necessidade de estruturas informativas ágeis, de apoio às decisões da administração municipal (Bordin & Silva, 1995), fontes à elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Neste sentido, uma série de projetos pilotos emergem, notadamente nas capitais e municípios brasileiros de grande porte, como Santos (SEHIG, 1994), Belo Horizonte (Ferreira et al., 1994) e São Paulo (Cohn et al., 1993), embora apresentando características de insipiência, aplicabilidade restrita a determinada faceta do sistema de saúde (recursos humanos, medicamentos, etc.) ou nível de atenção (ambulatorial, hospitalar).

Entretanto, também existem propostas extremamente elaboradas voltadas aos Sistemas Locais de Saúde, tais como o SI em gestão proposto por Rodrigues & Gohman (1990), cujo modelo incorpora um subsistema de apoio logístico (atividades rotineiras) e outro de apoio gerencial (decisão, controle e supervisão), apresentando cada um quatro dimensões:

- a) aspectos institucionais: caracterização dos objetivos e abrangência do projeto médico-assistencial, clientela e profissionais, prioridades e horizontes de planificação;
- b) aspectos operacionais: programação técnico-funcional das atividades de atenção em saúde em todos os níveis de serviços prestados;
- c) distribuição física das instalações, incluindo fluxo de pessoas e insumos; e
- d) aspectos organizacionais: recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, necessários à execução das atividades programadas.

Ao mesmo tempo, os avanços obtidos no sentido da democratização do processo decisório ao nível das políticas públicas, notadamente no setor saúde, oportunizou a vinculação da informação à participação. Assim, o acesso à informação passou a ser concebido como um instrumento para a gerência do SUS, apontando para a necessidade de democratização da informação em saúde (Moraes et al., 1992).

“O Sistema de Informações reflete a organização do SUS no que se refere ao processo decisório e participação social. Garantir o direito à informação, através de sua organização e divulgação é contribuir para a consolidação da cidadania” (SSMA/RS, 1997, p. 175).

Neste contexto, a Epidemiologia emerge como um importante instrumento auxiliar ao planejamento das ações em saúde, com potencialidades de intervenção na definição das estratégias econômicas, tecnológicas, preventivas, redistributivas, políticas, administrativas e qualitativas (Siqueira et al., 1992), notadamente na estruturação dos distritos sanitários (Amonoo-Lartson et al., 1992).

A materialização destas potencialidades ocorre no processo de discussão que envolve a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Desta forma, não é de se surpreender que todas as fases do planejamento em saúde possam ser facilmente visualizadas na estrutura do Plano Municipal de Saúde (SSMA, 1991), composto pelos seguintes tópicos:

- a) Apresentação e Introdução, a critério do município;
- b) Caracterização do Município, apresentando todas as informações relevantes relacionadas de alguma forma com a área da saúde, subsidiárias ao planejamento de saúde local, tais como os aspectos geográficos, demográficos, sócio-econômicos, educacionais, infra-estrutura (habitação, energia, saneamento, etc.), meio-ambiente, organização social;
- c) Caracterização do Sistema de Saúde, apresentando os recursos (físicos, humanos e financeiros) públicos e privados, as atividades desenvolvidas e os projetos em execução na área da saúde;
- d) Caracterização das Condições de Saúde da População, empregando os indicadores epidemiológicos e outros parâmetros;

- e) Identificação dos Problemas, do ponto de vista epidemiológico, organizacional-gerencial e dos recursos envolvidos (humanos, físicos e financeiros);
- f) Definição de Prioridades, Objetivos e Estratégias;
- g) Programação Anual;
- h) Acompanhamento e Avaliação.

É interessante observar que, guardadas as devidas proporções e situações específicas constituintes de cada sistema nacional de saúde, muitas das discussões levadas a cabo hoje em vários municípios brasileiros começaram recentemente a ocorrer nos Estados Unidos da América, desencadeadas pelas propostas de reestruturação do sistema de saúde apresentadas no chamado Plano Clinton (Pollack, 1994). Lá, como aqui, o campo de discussão dos sistemas de informação em saúde desloca-se na área contábil ou financeira dos serviços, usualmente hospitalares (Cave, 1994; Siwichi, 1993; DeBow, 1994), ou da confecção de planos de saúde (McCarthy, 1992), para a questão da tecnologia envolvida no processo de descentralização (Scott, 1994; Cristine, 1992; Lawton, 1993) e as ferramentas gerenciais necessárias (Forgionne, 1991; Sharkey et al., 1994). Identificam, como no Brasil, uma série de obstáculos, seja na seleção de meios (organização-reorganização do sistema) ou na sua operação (gerência).

Em síntese, na atual fase de estruturação do Sistema Único de Saúde, espera-se que um sistema de informações em saúde voltado à consolidação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), necessariamente baseado em metodologia epidemiológica, deva viabilizar instrumentos à superação de três fatores:

- a) o conhecimento da situação local de saúde, incluindo a rede de atenção à saúde;
- b) a criação de bases institucionais para a gestão do SUS; e,
- c) a constituição da gestão democrática no sistema.

Este sistema deve ser compatível ao controle, gestão e fiscalização pelo órgão deliberativo máximo de cada esfera administrativa do sistema de saúde, os Conselhos de Saúde, composto por representantes dos usuários do sistema (50% dos membros), dos

profissionais de saúde, dos prestadores de serviço público e privado. É nestes órgãos colegiados que se disputa a hegemonia, verdadeiro espaço estratégico, "que extrapola o chamado setor saúde, uma vez que se assume como marco de referência a proposta de uma ampla Reforma Sanitária no Brasil" (Moraes, 1994).

Algumas características gerais já estão suficientemente sistematizadas quanto a estes sistemas de informação, quais sejam:

- a) as informações coletadas e armazenadas devem estar voltadas à antecipação dos problemas de saúde;
- b) devem identificar novas possibilidades de análise dos problemas existentes, seja no campo técnico (novos indicadores de saúde), seja político-estratégico;
- c) devem formalizar e decodificar o conhecimento socialmente acumulado;
- d) devem constituir-se em ferramenta que habilite os decisores a sedimentar o Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que opere mudanças no sistema atual.

Enquanto uma primeira característica, este estudo assume a premissa de que os sistemas de informação em saúde devem assumir seu papel no processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, ora em curso. Afinal, levando-se em consideração a densidade de dados existente, embora sem correspondência de base tecnológica instalada nos diversos municípios brasileiros, tem-se que

“... considerando os tipos de informação que com maior frequência são tidas como necessárias a diversas atividades setoriais, ... já é possível, hoje, relacionar populações, sexo e faixa etária, a áreas residenciais. Por sua vez, essas áreas residenciais são correlacionáveis não apenas com equipamentos de saúde instalados e sua produção como também com os eventos registrados pelos diversos sistemas de informação em saúde. As variáveis a serem agregadas dependem essencialmente do que se quer descrever, programar, avaliar ou controlar” (Carvalho, 1997, p. 45).

Desta forma, este estudo não se prende ao sistema de informações *em si*, embora reconheça que sua forma de estruturação e qualidade de coleta e processamento de dados contribuam à adoção de distintas formas de abordagem de um dado problema. Neste caso, em específico, de reconhecer que os membros dos Conselhos de Saúde não possuem, via de regra, acesso a instrumentos estruturados de apoio à decisão; a setores administrativos voltados à elaboração de cenários e estratégias de intervenção; ou treinamento, equipamentos e *softwares* facilitadores de tomada de decisão.

Rocha & Dal Fabbro (1995), ao analisarem algumas características do sistema público de assistência médica nacional, alertam para a falta de continuidade e racionalidade às ações desenvolvidas pelo mesmo:

“... nas ações e serviços de saúde estamos limitados à mais antiga *tecnologia* existente: papel e caneta, hoje insuficiente para os propósitos de construção do Sistema Único de Saúde. Procedimentos como agendamento de consultas (médicas, odontológicas, etc.) são manuais; o registro de pedidos de exames, vacinação, etc. são manuais. A elaboração de relatórios exige totalizar, manualmente, os registros de *mapas*, agendas e livros. Resultados de exames e interconsultas são emitidos em impressos que deverão ser, um a um, colados ou apensados ao prontuário correspondente. É evidente que esta forma como se realiza o trabalho no *sistema* assistencial está decrépita e falida e devemos superá-la o mais rapidamente possível ou seremos atropelados pelo desespero e indignação de nossos pacientes e colegas de trabalho ...

“ Cabe assinalar que na situação existente é muito difícil a integração de eventos, serviços, programas e fluxos ao interior do setor saúde, demandados e realizados, de forma a compor uma totalidade que nos permita a análise do sistema e a definição de diretrizes no setor” (Rocha & Dal Fabbro, 1995, p. 25).

Assim, as informações empregadas sofrem os mais diversos vieses, objetivos (acesso limitado ou parcelar à informação) ou subjetivos (interesses corporativos, dissonância cognitiva, etc.).

Uma segunda característica prende-se ao fato de centrar-se na análise dos Conselhos de Saúde, em sua instância municipal, mais especificamente no processo

decisório final de um órgão colegiado, composto por representantes institucionais, com paridade estipulada em lei federal e cujas decisões (por consenso ou votação) são assimiladas como resoluções ao gestor municipal, executor das mesmas.

Por fim, este estudo insere-se no cenário de mudanças gerado pelo processo de Reforma Sanitária Brasileiro, ora em curso. Seu foco de interesse restringe-se à gerência dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e, nestes, direciona-se aos Conselhos de Saúde, órgão deliberativo máximo em cada esfera administrativa do Sistema Único de Saúde. Em especial, à quantificação dos pesos dos critérios empregados para a hierarquização das prioridades em saúde pelos Conselhos Municipais de Saúde.

1.2. O PROCESSO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Usualmente, o gestor em saúde apresenta como parte integrante do processo decisório a resolução do binômio necessidades derivadas da perda de saúde *versus* recursos para satisfazê-las, quando "as necessidades são múltiplas, variáveis e impossíveis de satisfação total e os recursos são escassos, mal-utilizados, mal distribuídos, de uso competitivo e com diferentes produtividade". Ou seja, são múltiplos e complexos os problemas apresentados aos gestores das várias instâncias administrativas de um sistema de saúde, localizados no interior do setor saúde ou necessitando de articulações intersetoriais, já que é inegável a ação determinante e causal do processo sócio-econômico no perfil de morbimortalidade, diferencial que terminou por delimitar um perfil de exclusão social em nossa sociedade (Escorel, 1994).

Ramos (1974) admitiu três possibilidades para a resolução do problema necessidade *versus* recursos:

- a) a limitação ou redução das necessidades, que já apresentou algumas tentativas de introdução no passado recente, pressupondo o reconhecimento seletivo das necessidades e dos necessitados pelo sistema, apregoada pelos defensores de uma concepção de seguro-saúde;
- b) o incremento dos recursos até o nível de satisfação de todas as necessidades, inviabilizada na prática; e
- c) o uso racionalizado dos recursos disponíveis, posição majoritária adotada na estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde.

Por conseqüência:

"Os recursos destinados à saúde poderão ser incrementados dentro de critérios de racionalização, mas não ao nível de satisfação de todas as necessidades, exatamente porque são limitados, e sofrem um processo de concorrência com os demais setores. Em decorrência dessa situação, o setor saúde terá que estabelecer prioridades e o grau em que devem ser atendidas, bem como deverá

determinar o uso mais eficiente dos recursos disponíveis" (Campos & Tinoco, 1984, p. 44).

Como instrumentos auxiliares aos gestores do sistema de saúde, uma série de técnicas foram criadas, nenhuma delas podendo ser considerada como elemento definitivo para a solução dos problemas concernentes aos aspectos operacionais das ações coletivas de saúde (Campos & Tinoco, 1984, p. 59). Entre estas técnicas, destacam-se:

- a) *Técnica de Programação do Setor Público*, elaborada pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e originalmente voltada à programação de setores econômicos, consiste na delimitação de uma estrutura institucional, caracterizando e definindo suas funções em relação à produção de bens e serviços (Ramos, 1974);
- b) *Técnica de Elaboração e Avaliação de Projetos de Investimento em Saúde*, também desenvolvida pela CEPAL, objetiva sistematizar informações que minimizem os riscos de alocação de recursos na produção de determinados bens e serviços, como a instalação ou ampliação de um determinado serviço de saúde (Holanda, 1969);
- c) *Técnica de Programação Orçamentária*, quando o orçamento nada mais é do que um plano de ação expresso em termos financeiros (orçamento-programa), permitindo analisar a eficiência dos gastos, avaliar os resultados e fixar o custo das atividades (Tinoco, 1976);
- d) *Técnica de Análise de Insumos Críticos*, desenvolvida pela CEPAL para os setores econômicos, auxiliar à definição dos elementos (insumos) estratégicos, já que a análise da contribuição destes à produção em um ou mais setores favorece a articulação intersetorial (Campos & Tinoco, 1984, p. 63);
- e) *Técnica do Estudo do Valor Agregado*, que utiliza a relação produto/capital como indicador de produtividade social dos investimentos, sendo considerado como valor agregado (salário, aluguel, renda, juros, etc.) tudo aquilo que não sendo insumo participa como fator produtivo da elaboração de produtos do setor (Sayeg, 1973);

- f) *Técnica de Programação Integrada de Saúde*, voltada ao nível local e regional, que consiste

"na programação de todas as indicações voltadas para a prevenção e controle de problemas específicos de saúde, cuja ordem de prioridade é determinada segundo metodologia própria e tem como finalidade mais ampla a aplicação racional de recursos. Além de ser determinada a magnitude dos problemas de saúde, é analisada a possibilidade de serem modificados com as práticas de saúde conhecidas, é estudada sua importância em relação ao potencial de produtividade da comunidade e é determinado o custo das melhorias objetivadas" (Campos & Tinoco, 1984, p. 65-6, referindo-se aos trabalhos de Alvim, 1973, e Alvim & Costa, 1970);

- g) *Técnica de Elaboração e Avaliação de Projetos de Uso Múltiplo*, uma aplicação da Técnica de Elaboração e Avaliação de Projetos, já que vários setores podem estar interessados no desenvolvimento de atividades em determinada região ou no produto gerado;

- h) *Técnica de Programação Local* (Técnica CENDES/OPS), surgida nos anos 60, introduzida no Brasil nos anos 70, ainda hoje é majoritária. Apresenta como objeto uma área programática de pequena dimensão espacial, que será alvo de diagnóstico da situação de saúde, elaborando-se um plano para cada situação, quando as entidades nosológicas são agregadas em função do grau de resposta às ações de saúde (e não pela etiologia). Estabelece um processo circular cumulativo, estimulando a descentralização político-administrativa do sistema, mensurando a situação de saúde pelos dados de morbimortalidade existentes, gerando respostas ao nível de aumento da produtividade e melhor utilização dos recursos existentes. Exige, desta forma, um modelo normativo e é particularmente dependente dos sistemas de informação disponíveis.

"... está baseado na idéia de eficiência na utilização de recursos. A intenção é operacionalizar alguma fórmula de cálculo de eficiência (enquanto análise de custo-benefício) que possa auxiliar tanto o processo de definição de prioridades (entre danos e grupos de população) quanto o processo de escolha das técnicas programáticas (combinação de recursos)" (Rivera, 1992b, p. 25).

A segunda metade dos anos 70 e a década de 80 presenciaram a crítica ao planejamento normativo, originalmente baseado na Técnica CENDES/OPS, fornecendo substância ao enfoque do planejamento estratégico em saúde (Testa, 1983), da planificação estratégico-situacional (Matus, 1992) e a vertente do enfoque estratégico da programação em saúde da Organização Panamericana em Saúde, voltado à programação local e às metas da Saúde para Todos no Ano 2000 (Rivera, 1992:41). Contudo, instalado nas várias instâncias do sistema de saúde, notadamente ao nível municipal, o planejamento normativo ainda hoje predomina, com as técnicas de planejamento estratégico sendo empregadas em projetos-piloto, em setores parcelares da administração pública em saúde ou em momentos específicos.

O processo de planejamento em saúde atualmente hegemônico pode ser sinteticamente decomposto em seis momentos: diagnóstico, discussão, decisão, programação, execução e avaliação. Os momentos de diagnóstico, discussão e avaliação compõem o que se convencionou denominar de sistema de vigilância epidemiológica (Figura 1).

Figura 1: Processo de planejamento e gestão em saúde.
Fonte: Ferreira (1990:34).

Desta forma, vigilância epidemiológica pode ser definida como

"o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a cada momento, o comportamento ou a história natural de uma doença e detectar ou prever mudança que possa ocorrer por alteração dos fatores condicionantes com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e controle dessa doença" (Ferreira, 1990, p. 33).

Este processo de vigilância (epidemiológica) busca responder à pergunta "Qual é o problema?", constituindo o subsistema de informação do sistema *informação-decisão-controle das doenças* específicas (Ferreira, 1990, p. 33), apresentando como funções reunir toda a informação possível (necessária e atualizada); processar, analisar e interpretar os dados; e apresentar como produto final cenários para ações de controle imediato ou a longo prazo.

Os seis momentos constituintes deste processo podem ser assim caracterizados:

Fase de diagnóstico: é formalmente a primeira fase do processo de planejamento. Objetiva identificar os problemas e as necessidades de intervenção, quanto a:

- a) problemas de saúde, seus condicionantes e evolução, baseado na tendência histórica;
- b) nível de atenção, estrutura e problemas de atenção à saúde;
- c) características populacionais;
- d) atenção à saúde e custos (materiais, humanos e financeiros) envolvidos;
- e) potencialidades coletivas (Exemplo: Organizações Não Governamentais - ONGs).

O diagnóstico da situação de saúde (problemas e necessidades) de uma região envolve coleta, consolidação e processamento de dados, gerando indicadores de *visibilidade* da situação e que, preferencialmente, possuam as seguintes características (Tironi et al., 1992):

- a) ser de formulação simples, passível de entendimento ou compreensão por todas as pessoas envolvidas no processo;
- b) apresentar um grau satisfatório de cobertura ou representatividade das atividades e resultados gerados;
- c) ser calculado com os dados disponíveis ou facilmente obtidos e, principalmente, confiáveis;
- d) referir-se, preferencialmente, às etapas principais do processo, tanto no sentido de serem críticas ao alcance dos resultados, quanto de serem interfaces de atendimento às necessidades do usuário;
- e) ter estabilidade, ou seja, perdurar ao longo do tempo, sendo gerado com bases em procedimentos rotinizados, incorporados às atividades normais do serviço.

Na maior parte das vezes são empregados os indicadores de saúde, uma medida indireta da saúde coletiva através do uso de coeficientes e índices de mortalidade. Mensuram-se os óbitos aos casos existentes de pessoas portadores de doenças específicas pela dificuldade de obtenção de registros destes últimos, difusos na população. O paradoxo reside no fato de que, apesar de almejar definir medidas de alcance coletivo que, em última instância, promoveriam a saúde do indivíduo, os dados usualmente manipulados pela Epidemiologia são os de doença e morte, centrados "no homem e em fatores de degradação e inadequação do ambiente" (Rouquayrol, 1988, p. 21).

Ciente disto, em 1952 a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou um grupo de trabalho para estudar métodos satisfatórios para definir e avaliar o nível de vida das coletividades humanas, ou seja, uma medida que expressasse o nível de vida das mesmas. Tal grupo definiu pela impossibilidade de emprego de um único indicador global, enumerando os seguintes componentes de nível de vida: saúde, incluindo condições demográficas; alimentos e nutrição; educação, incluindo analfabetismo e ensino técnico; condições de trabalho; mercado de trabalho; consumo e economias gerais; transporte; habitação, com a inclusão de saneamento e instalações demográficas; vestuário; recreação; segurança social; e liberdade humana. Saúde emergiu como o

primeiro item, senão o mais importante. Mas manteve-se o paradoxo: a avaliação dos níveis de saúde pela quantificação de óbitos.

Frente à necessidade de dados que viabilizassem comparações internacionais, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1957) terminou por recomendar o uso de dados de óbito, propondo a divisão dos indicadores de saúde em três grupos (Laurenty, 1984):

- a) aqueles que procuram traduzir diretamente a saúde (ou a falta de) de um grupo populacional, divididos em *globais* (coeficiente de mortalidade geral, Índice de Swaroop & Uemura - referindo-se ao percentual de óbitos verificados em pessoas com 50 ou mais anos de idade - e expectativa de vida ao nascer) e *específicos* (coeficiente de mortalidade infantil, de doenças transmissíveis);
- b) aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde, como o abastecimento de água, rede de esgotos, contaminação ambiental pelos mais diversos poluentes, etc.; e,
- c) aqueles que procuram mensurar os recursos materiais e humanos relacionados à atividade em saúde, tais como a rede de postos de saúde, número de profissionais de saúde por habitante, número de leitos por habitante, entre outros.

Estes grupos fornecerão, nesta primeira fase do processo de planejamento, os denominados *indicadores epidemiológicos*, voltados a quantificar os problemas de saúde. Estes indicadores serão novamente empregados na fase de avaliação, quando comparam-se as medidas pré e pós-intervenção.

Deve-se ter claro, entretanto, que no Sistema de Informação

“... os indicadores ‘escolhidos’ tendem a refletir a própria concepção de saúde que norteia o Sistema. Ou seja, escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos pelo Sistema Nacional/Único de Saúde” (MCT, 1988, p. 85).

Neste momento, a definição de problema de saúde é particularmente relevante, por se constituir na fase inicial do processo de planejamento em saúde, quando são enumerados os problemas de saúde, seus condicionantes e evolução, baseado na tendência histórica, além de outros elementos. Saliente-se que não raras vezes o significado de problemas de saúde pública é empregado como sinônimo de necessidades de saúde de uma população, maximizando o ponto de vista dos serviços de saúde. De qualquer forma, a definição do que venha a ser um problema de saúde é assunto bastante polêmico "na literatura sobre planejamento de saúde, organização de cuidados médicos e sociologia de cuidados de saúde" (Dever, 1988, p. 57), sendo descrito por Donabedian sumariamente como "algum distúrbio na saúde e bem-estar" (1973, p. 62).

Registre-se que uma série de tentativas foram realizadas, ultimando a conformação de classificações de problemas de saúde. A mais difundida resultou dos esforços da World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - WONCA, que adaptou a Classificação Internacional de Doenças (CID-9) ao cotidiano dos médicos gerais na International Classification of Health Problems in Primary Care (WONCA, 1979).

Fases de discussão e decisão: nesta fase do processo de planejamento, busca-se responder às perguntas "Quais são as soluções possíveis?" e "Qual é a melhor alternativa?", correspondendo às fases de modelagem (discussão) e escolha (decisão), respectivamente, das fases do processo decisório de Simon (1965, 1987).

Conhecendo-se a realidade sanitária da região e os problemas a serem enfrentados, parte-se para a discussão das soluções alternativas e, dentre estas, à decisão da melhor forma de intervenção, calcada em arrazoado técnico e político. Alguns dos critérios empregados na determinação das prioridades são o horizonte de tempo, a extensão e variedade dos problemas, as diferentes visões das partes interessadas, o grau de incerteza, o grau de complexidade e o grau de consenso (Brotherson et al., 1979).

Fase de programação: consiste no estabelecimento de normas e procedimentos adequados aos objetivos e metas propostos. Do ponto de vista da metodologia de

planejamento/programação de saúde, três esquemas podem ser distinguidos (Rivera, 1992):

- a) a partir das necessidades de saúde: análise do nível de saúde e seus determinantes, basicamente da informação demográfica e da morbimortalidade, definindo a necessidade de recursos através da aplicação de normas técnicas pertinentes;
- b) a partir da oferta de serviços de saúde: objetivando adequá-la à demanda; inverte o modelo anterior, já que a determinação dos recursos é o passo inicial e a principal restrição ao modelo;
- c) a partir da demanda dos serviços de saúde: procura-se determinar a taxa de demanda projetada para cada serviço, correspondendo indiretamente à cobertura real observada pelos serviços (segundo a norma pré-estabelecida).

Fase de execução: refere-se à intervenção (ação em saúde) planejada, incluindo o treinamento e supervisão, frente ao problema de saúde previamente identificado (fase de diagnóstico). Este momento agrega a maior parte das funções tradicionais da administração de serviços, sendo a contribuição da Epidemiologia limitada à coleta de dados que podem ser empregados junto ao monitoramento do programa e seus resultados (Dever, 1988).

Fase de avaliação: último momento do processo do planejamento e seu *feedback*, objetiva avaliar o impacto obtido frente às intervenções realizadas, redefinindo o problema inicial de saúde. Neste momento analisam-se novamente os indicadores epidemiológicos (mortalidade, morbidade), agregando-se os *indicadores operacionais* de produtividade e qualidade do trabalho, vinculados à meta e objetivos propostos. Usualmente centram-se na análise da eficiência e efetividade dos serviços de saúde, em três áreas de interesse:

- a) avaliação dos custos envolvidos na ação em saúde proposta;
- b) avaliação da ação, segundo os benefícios gerados na população; na organização do programa de intervenção, atuação do pessoal, financiamento envolvido e cronograma; e,

- c) avaliação dos resultados, segundo os objetivos do programa e em termos de mudança no nível de saúde.

Os tópicos componentes do Plano Municipal de Saúde anteriormente enumerados permitem visualizar claramente os momentos projetados para o processo de planejamento, quais sejam:

- a) diagnóstico: caracterização do município, do sistema de saúde e das condições de saúde da população;
- b) discussão: identificação dos problemas do ponto de vista epidemiológico, organizacional-gerencial e dos recursos envolvidos;
- c) decisão: definição de prioridades, objetivos e estratégias;
- d) programação: programação anual;
- e) execução e avaliação: acompanhamento e avaliação.

O desencadear de todos os momentos do processo de planejamento em saúde dar-se-ão em consonância com os pressupostos e diretrizes explicitados das Conferências de Saúde e consubstanciados nos planos municipais, estaduais e nacional de saúde. Por determinação legal, a Conferência Nacional de Saúde deve ocorrer a cada quatro anos (a X Conferência ocorreu em 1996, sob o tema "SUS e Qualidade de Vida"), sendo as conferências estaduais regulamentadas ao nível estadual (com temporalidade recomendada de bianualidade) e as municipais em regime anual ou bianual. A realização de uma conferência nacional determina a realização de conferências estaduais e municipais, para discussão da temática central da mesma e escolha dos delegados.

O capítulo III da Lei 8080/90, dispõe como deve se estruturar o planejamento e o orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que:

ART.36 - O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS 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.

§ 1 - Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2 - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

ART.37 - O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Os Fundos de Saúde, um dos pilares da descentralização, inserem-se no conjunto das transformações que vem ocorrendo nos princípios constitucionais e nas estruturas financeiras e organizativas dos Países, base a uma maior autonomia local no uso dos recursos e na implementação de políticas (Hortale, 1997). O princípio que determina, no caso do setor saúde, a necessidade de existência de um fundo municipal específico para desencadear o processo de municipalização, envolvendo transferência fundo-a-fundo (do Fundo Nacional de Saúde para o Estadual ou Municipal), é a possibilidade de romper com o “incrementalismo” (Wildawsky, 1964) do processo orçamentário, além de que a gestão por fundos, orientando recursos para determinadas ações, pode se constituir em um potente instrumento de despadroneização das estratégias de gestão, consolidando o processo de descentralização.

Os membros dos conselhos de saúde são eleitos em cada instância do sistema, respeitada a proporcionalidade de 50% de usuários e 50% de prestadores e profissionais de saúde. Segundo a Lei 1482/90, Artigo 1º, Parágrafo 2º, é de competência dos Conselhos de Saúde, em sua esfera político-administrativa, a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, incluindo as questões econômico-financeiras. Saliente-se que

“Embora a presença dos Conselhos na gestão pública tenha sido determinada, em diferentes momentos históricos, por decretos executivos ou legislação específica, de início com atribuições freqüentemente apenas consultivas, pode-se dizer que a participação na área da saúde, teve início em 1984, com o

Programa das Ações Integradas de Saúde. Porém, em 1987, com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), nos estados-membros, é que o princípio da participação social assume maior relevância, ao estabelecer a exigência de instalação dos Conselhos Estaduais de Saúde. Tais Conselhos objetivam viabilizar um sistema de co-gestão da saúde, através de órgãos colegiados compostos por diversos segmentos da sociedade” (Fachin & Cavedon, 1996, p. 252).

Registre-se que escolhem-se instituições ou entidades-membro, e não indivíduos para compor a Plenária dos Conselhos de Saúde. Por exemplo: os profissionais de saúde possuem assento no Conselho de Saúde, sendo a(s) vaga(s) preenchida(s) por indicação dos sindicatos, associações e conselhos de todas as profissões da área da saúde, que reúnem-se externamente ao plenário do Conselho, deliberam quanto aos nomes a serem encaminhados (titular e suplente) à mesa diretora do Conselho, que apenas os chancela. “Os governadores, prefeitos, secretários de saúde ou diretores de Departamentos de Saúde não possuem poder legal para interferir na escolha dos representantes dos demais segmentos sociais que compõem o Conselho de Saúde” (MS, 1994, p. 26). Estes conselheiros não possuem mandato, podendo ser substituídos a critério da instituição de origem.

O Plano de Saúde deve materializar as diretrizes emanadas das Conferências, sendo elaborado pelo Executivo Municipal (Departamento de Planejamento das Secretarias de Saúde) e discutido, modificado e aprovado pelo Conselho de Saúde, quando passa a configurar-se em instrumento norteador das políticas de saúde e seus desdobramentos (programas e ações em saúde) a serem operacionalizadas pelo gestor (secretário da saúde).

“... o Conselho de Saúde tem competência para examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, a fim de que sejam alcançados os seus objetivos. A política de saúde é traçada pelo dirigente do SUS (Secretário de Saúde ou Diretor do Departamento de Saúde). O Conselho, ao atuar na formulação de estratégias, pode aperfeiçoá-las, por meios aptos a sua execução ou mesmo indicar correções de rumos ... A atuação do Conselho não subsiste sem a atuação do órgão dirigente do SUS (Secretaria ou Departamento de Saúde) ... [que] formula a política de saúde e a submete à deliberação final do Conselho ...

Assim, a responsabilidade sanitária pela política formulada é do dirigente do SUS, já que é de sua competência operacionalizá-la e executá-la” (MS, 1994, p. 11-12).

A participação do Conselho de Saúde no processo de planejamento e orçamento do SUS “está bem definida no artigo 36 da Lei 8080/90, que prevê a consulta aos órgãos deliberativos do Sistema para a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos” (MS, 1994, p. 12), quando devem ser homologadas pelo dirigente do SUS

“as deliberações normativas que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do dirigente do SUS, tais como: questões ligadas à reorganização administrativa, à aprovação do plano de saúde, a fixação de critérios e diretrizes da política de saúde, modificação de programas, prestação de contas, etc.” (MS, 1994, p. 31).

Saliente-se que o caráter deliberativo do Conselho de Saúde não implica em que o “prefeito ou o secretário de saúde seja um mero executor das decisões do Colegiado” (MS, 1994, p. 30). Afinal,

“A Assembléia Legislativa e a Câmara Municipal legislam e o prefeito administra. O Conselho, como órgão do Poder Executivo, ligado à direção do SUS, delibera fixando diretrizes para a atuação do Executivo, especialmente a Secretaria ou Departamento da área de saúde. Cabe também ao Conselho auxiliar a Câmara e a Assembléia na elaboração de leis e o prefeito na sua execução” (MS, 1994, p. 30).

Para deliberar quanto às questões envolvendo as políticas de saúde, repassando-as posteriormente à respectiva Secretaria Municipal de Saúde, os membros institucionais fazem uso das informações provenientes do gestor municipal em saúde (demanda de serviços, capacidade instalada, agravos à saúde detectados, etc.) e das suas próprias instituições. Saliente-se que:

"no caso da saúde pública, vários fatores influenciam um quadro de uso privado de dados públicos, ou até a incapacidade de uma prefeitura de obter, por si

mesma, os próprios dados necessários para o planejamento e execução de uma política municipal [entre eles] ... eleições municipais e estaduais ... O grande peso da indústria do turismo no orçamento de alguns municípios brasileiros também agem com motivação para a não socialização e/ou até a relativização das informações sobre questões como violência e surtos e/ou epidemias de doenças ... a pouca preparação universitária dos profissionais de saúde em áreas como vigilâncias epidemiológica e sanitária ..." (Valla, 1993, p. 105).

Invariavelmente, os dados epidemiológicos empregados pelos gestores municipais são provenientes de sistemas de informação em que a coleta de dados ocorre ao nível municipal, sendo processados e agregados ao nível estadual, que os sistematiza e difunde a todos os seus níveis administrativos. Em julho/94 haviam 23 sistemas ativos direta ou indiretamente vinculados à área de saúde, no Rio Grande do Sul, entre estes:

- a) Cadastro de estabelecimentos e emissão de alvarás;
- b) Registro de alimentos, medicamentos e correlatos;
- c) Cadastro de produtos e seus principais ativos;
- d) Cadastro de materiais e medicamentos;
- e) Controles das imunizações, hanseníase, hemoterápicos, tuberculose e câncer ginecológico;
- f) Notificações epidemiológicas;
- g) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);
- h) Produção de serviços das unidades;
- i) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- j) Sistema de Nascidos Vivos (SINASC).

Alguns destes bancos fornecem informações atualizadas periodicamente, outros envolvem mecanismos mais complexos de verificação, cujos dados são fornecidos após algum espaço de tempo. Por exemplo: os dados finais quanto à mortalidade geral, mortalidade infantil e expectativa de vida invariavelmente são fornecidos seis ou mais meses após o término do ano calendário, pela necessidade de checagem da causa de óbito existente nas declarações de óbito. Outros bancos de dados apresentam maior

agilidade e atualização constante (imunizações, doenças de notificação compulsória, etc.).

Estes dados compõem parcela importante, senão preponderante, das informações técnicas repassadas aos Conselhos de Saúde, podendo as informações provenientes das demais instituições e organizações de usuários assumir a característica de complementaridade. Por esta razão alguns autores afirmam, pela parcialidade do acesso às informações, que os Conselhos Municipais de Saúde não trabalham com o real perfil epidemiológico de sua área de abrangência, desconhecendo a totalidade das reais necessidades da população. Fato que remete às seguintes questões, ainda sem respostas:

"Como propor a participação-controle social em todos os níveis de atuação se a sociedade civil não tem conhecimento, conhecimento este muitas vezes inexistente até entre os profissionais de saúde? Como propor planejamento e ação participativa na co-gestão dos serviços públicos? Como instrumentar estes atores a responderem às demandas conjunturais?" (Carvalho, 1993, p. 125).

Tais questões conduziram à interrogação quanto aos critérios que estariam sendo empregados no processo decisório em saúde, à medida em que a base para a administração de um sistema, a informação, não estaria sendo contemplada nos diferentes níveis operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal fato condiz com a afirmação de que

"... a maioria dos sistemas de informação em saúde (SIS) federais foram concebidos antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sem a participação estadual e municipal, tal concepção, objetivos e metas estavam voltados para outro delineamento político no que diz respeito à atuação das três instâncias governamentais" (Branco, 1996, p. 268).

Caso se deseje efetivamente a descentralização político-administrativa das várias instâncias formadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se imperativo a consolidação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), estrutura que materializará o planejamento ascendente das políticas de saúde, ao mesmo tempo em que viabilizará o

controle social sobre o mesmo. Para tal, é necessário que os Conselhos Municipais de Saúde sejam dotados de ferramentas gerenciais potencializadoras de formas de apreensão dos vários elementos que confluem para a realidade sanitária de sua área de abrangência, sem perder de vista a sua organicidade ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo insere-se, então, no conjunto de ações voltadas à capacitação gerencial dos Conselhos Municipais de Saúde, difundindo metodologia epidemiológica passível de emprego no momento de elaboração do Plano Municipal de Saúde, instrumento que materializa as políticas municipais de saúde em ações programáticas de intervenção sobre a realidade sanitária identificada. Mormente por simular em tempo real uma situação envolvendo vários problemas de saúde, competitivos entre si quanto aos recursos necessários a sua resolução, e agregar uma série de critérios epidemiológicos e político-administrativos como instrumentos viabilizadores de hierarquização desta situação. Assim, reproduzindo de forma simulada situações que serão enfrentadas pelos conselheiros no desempenho cotidiano de suas funções.

No item a seguir serão descritas algumas especificidades do processo decisório em saúde, sendo salientadas as particularidades inerentes aos Conselhos Municipais de Saúde.

1.3. O FOCO DO ESTUDO: A EPIDEMIOLOGIA E O PROCESSO DECISÓRIO EM SAÚDE

Almeida F.º (1989, p. 9-17), abordando a questão do objeto da Epidemiologia, inicia a discussão com uma definição sumária da mesma: estudo da distribuição das doenças e de seus determinantes em populações. Em um segundo momento, termina por especificar este objeto: *doentes em populações*. Tal especificidade repercute no campo de atuação da Epidemiologia, definido pela interseção de dois grandes grupos de eventos (Rouquayrol, 1988, p. 21): acontecimentos que ocorrem em grupos humanos, não sendo de interesse fenômenos individuais, e, dentre estes, os "referentes à saúde ou à doença".

Obviamente o estudo de doentes em populações não se configura como um tema novo, sendo recente apenas a disciplina acadêmica que atende pelo nome de Epidemiologia (Pereira, 1995, p. 1). Abrangente por natureza, já podem ser notadas subdivisões na Epidemiologia, por áreas de conhecimento, como à voltada ao estudo das doenças infecciosas e as enfermidades carenciais, às crônico-degenerativas e os outros danos à saúde, e aos serviços de saúde. Subdivisões empregando outros critérios classificatórios também são encontradas: por grupos de possíveis causas (epidemiologia ambiental e ocupacional), por grupos de risco (crianças, gestantes, idosos, etc.), ou área de atuação (ambulatorial, comunitária ou hospitalar), entre outros (Pereira, 1995, p. 2).

Independente do mecanismo de sistematização empregado, a Epidemiologia parte do pressuposto de um problema de saúde, na população. Grotjahn, em 1915, já enumerava quais os princípios que constituiriam uma enfermidade, quais sejam:

- a) apresentar significado social, fundamentalmente por sua freqüência;
- b) quanto mais freqüente uma enfermidade, maior será seu significado social;
- c) a etiologia de uma enfermidade inclui fatores biológicos e sociais, sendo que os fatores sociais podem ser causais, predisponentes ou influir na transmissão ou evolução do processo patológico;
- d) a freqüência e prognóstico da enfermidade podem sofrer influência de fatores sócio-econômicos;

- e) deve-se determinar a influência de um tratamento eficaz sobre a prevalência subsequente da enfermidade tratada; e,
- f) as enfermidades, por si só, podem afetar as condições sociais do indivíduo ou grupo, em função de sua recuperação, predisposição a outros processos patológicos, invalidez crônica e, mesmo, morte.

Sinai (citado por Chaves, 1960), quatro décadas após, pontuou que determinado agravo à saúde poderia ser considerado como um *problema de saúde pública*, quando:

- a) representar causa freqüente de morbidade e mortalidade;
- b) existirem métodos eficientes para sua prevenção e controle;
- c) ser passível de campanhas de erradicação, caso o problema persista.

Curiosamente, os problemas de saúde pública foram delimitados por Sinai segundo os critérios de magnitude (morbidade), transcendência (mortalidade, letalidade e dano residual) e vulnerabilidade (capacidade de prevenção), que se tornaram clássicos nas duas décadas seguintes, quando da descrição da situação de saúde de uma população e no processo de hierarquização das prioridades de intervenção.

Tais fatores foram posteriormente apropriados por Barker & Bennett (1976), entre outros, que contextualizou epidemiologia às variáveis populacionais vinculadas aos assuntos sanitários, cuja quantificação objetiva elaborar conhecimentos que venham a servir aos seguintes propósitos:

- a) prover dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços de saúde;
- b) identificar os fatores determinantes de doenças e permitir a sua prevenção;
- c) avaliar os métodos usados no controle das doenças; e
- d) descrever a história natural das doenças e classificá-las.

Estes propósitos encontram paralelo nos três usos principais da Epidemiologia, na área da saúde, apontados por Dever (1988):

- a) uso etiológico, definido como a busca de mecanismos explicativos à história natural das doenças e de seus fatores determinantes e restritivos,

sendo de fundamental importância o conceito de risco e chance de desenvolvimento de um determinado agravo à saúde;

- b) uso clínico, voltado à compreensão das síndromes clínicas, aplicando os conhecimentos da prevalência, etiologia e prognóstico ao diagnóstico e manejo de pacientes, de forma individual ou grupal; e
- c) uso administrativo, quando fornece visibilidade à realidade sanitária da região, além de proporcionar meios ao monitoramento e confecção de cenários futuros. Ou seja, fornece dados necessários à administração e planejamento dos serviços de saúde e à sua avaliação.

O segundo emprego e, em menor grau o primeiro, encontram-se contemplados na *Epidemiologia Clínica*, definida como a aplicação do método epidemiológico a problemas encontrados na clínica médica. Sua aplicabilidade prende-se, portanto, à relação em um indivíduo portador (ou não) de um determinado agravo à saúde e um profissional de saúde. Seus vários enfoques (normalidade, frequência, diagnóstico, risco, prognóstico, tratamento, prevenção e causalidade) já foram descritos por uma série de autores, salientando-se a produção de Fletcher, Fletcher & Wagner (1989). Em nosso meio, Schmidt & Duncan (1993) abordam segundo quatro aspectos: a aplicação da metodologia epidemiológica na pesquisa clínica, a análise da evidência clínico-epidemiológica sobre questões clínicas, a aplicação dos resultados dessa análise nas decisões clínicas e a visão epidemiológica dos problemas de saúde no contexto clínico.

Este estudo, entretanto, enfatiza o emprego da epidemiologia na administração e planejamento dos serviços, especialmente nos parâmetros empregados para determinar as prioridades em saúde, imprescindível ao processo de elaboração de programas de saúde, que obviamente apresenta interseções com o uso etiológico e clínico. Centra-se, assim, no terceiro uso apontado por Dever (1988), na *Epidemiologia Administrativa*.

Desta forma, a ênfase deste estudo recairá sobre esta última área de aplicabilidade do método epidemiológico, base à elaboração de programas de saúde (Dever, 1988), superando a vinculação inicial à elaboração dos diagnósticos de saúde da comunidade para enfatizar a administração dos serviços de saúde, fornecendo suporte

ao processo de planejamento. Siqueira et al. (1992) apontaram sete mecanismos de integração da epidemiologia aos serviços de saúde, quais sejam:

- a) identificação do perfil epidemiológico geral e de seus principais condicionantes;
- b) subsídios à adoção de medidas sócio-econômicas de impacto sobre as condições gerais de saúde-doença;
- c) avaliação de técnicas e terapêuticas adequadas aos problemas de saúde;
- d) definição da população-alvo e dos grupos de risco;
- e) definição de prioridades de uso dos recursos;
- f) definição das áreas de abrangência das unidades de serviço; e,
- g) avaliação dos resultados das ações.

Este novo enfoque epidemiológico possui consonância com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se o estabelecimento de bases epidemiológicas para o planejamento de ações e a democratização da gestão. Cabe salientar que a proposta de municipalização da saúde é coerente com a perspectiva de fortalecimento dos sistemas locais de saúde (SILOS) como instrumento de uma profunda mudança na prática de saúde (Rodrigues & Gohman, 1990). E, efetivamente, mudanças já se fazem notar, incluindo uma série de propostas quanto aos mecanismos de adscrição geográfica (distritos sanitários), formas de financiamento dos serviços prestados ou a serem realizados em caráter preventivo, adequabilidade da formação dos recursos humanos às necessidades da população, mecanismos de controle social sobre o sistema (Conselhos de Saúde), entre outros.

No contexto da municipalização das ações de saúde, assume papel primordial o processo de elaboração do Plano de Saúde, definido como

"um documento formal que explicita políticas, objetivos, compromissos, intenções e estratégias de cada instância condutora do setor saúde, no respectivo período de governo, legitimado por uma prévia vontade política e na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SSMA/RS, 1991).

Entre os tópicos que compõem o Plano Municipal de Saúde, a epidemiologia é fundamental à caracterização das condições de saúde da população (indicadores de saúde e outros parâmetros), da identificação dos problemas (do ponto de vista epidemiológico; organizacional/gerencial; e dos recursos humanos, físicos e financeiros) e na definição de prioridades, objetivos e estratégias.

A definição das prioridades em saúde, assume relevância, visto a impossibilidade do gestor do sistema de saúde atacar todos os problemas sanitários de sua região ao mesmo tempo. Usualmente enfrenta os problemas de morbimortalidade inerentes aos processos de transição demográfica e epidemiológica com as limitações impostas pelos recursos materiais, financeiros e humanos a sua disposição. Não raras vezes, a natureza destes problemas gera necessidades de intervenções político-administrativas complexas, além das possibilidades de resolução do serviço de saúde.

Neste contexto se dará o processo de tomada de decisão em saúde, envolvendo diferentes cursos de ação, dependentes de múltiplos critérios e não passíveis de análises unidimensionais. Um dos pontos fundamentais da Teoria das Organizações, o estudo do processo decisório, segundo Rodrigues (1984), Rodrigues & Bertero (1986) e Rodrigues (1984), pode ser balizado em três correntes distintas:

A primeira corrente, refere-se à *racionalidade econômica das decisões*, que parte dos pressupostos da economia neoclássica, sugerindo “a adoção de uma racionalidade instrumental e econômica do bem-estar, sem entrar em julgamentos de valor ... Esse modelo identifica o processo decisório como uma questão da maximização de utilidades, numa situação onde as alternativas e suas conseqüências podem ser antecipadas” (Brasil, s.n.t.). Basicamente, o tomador de decisão se depararia com um problema específico, passível de individualização no ambiente (por isolamento ou ênfase), sendo os objetivos selecionados e sistematizados por nível de importância. Saliente-se que todas as alternativas possíveis, suas conseqüências e custos são conhecidas, restando ao tomador de decisão optar pela alternativa que provoque as melhores conseqüências para os objetivos pré-determinados - se possível, com os menores custos (Boss, 1972; Mena, 1972). Pedone (1986:16) aplicou este modelo às políticas públicas, que passariam a adotar uma sistemática de mercado, com a

formulação destas políticas assumindo a premissa da eficiência, através do emprego de instrumentos de análise de custo/benefício e da teoria da utilidade.

Este modelo pressupõe uma visão ordenada do mundo organizacional, passível de racionalização, controle e uniformização. Sharkansky (1974), considerando este modelo de tomada de decisões inadequada para os sistemas de administração públicos, pela premência nem produzir políticas e pela atuação em ambientes com múltiplos compromissos, enumerou cinco aspectos que impedem a tomada de decisões racionais:

- a) a multiplicidade de problemas, objetivos e compromissos políticos;
- b) os obstáculos à coleta adequada de informações sobre a diversidade de objetivos e políticas “acessíveis”;
- c) as características individuais dos tomadores de decisão;
- d) as dificuldades estruturais das diversas unidades administrativas; e,
- e) o comportamento divergente de certos administradores.

Este modelo de análise do processo de tomada de decisão, de caráter prescritivo, tem sido continuamente criticado, pela constatação corrente de que as organizações são realidades significativamente caóticas, sendo a convivência com o ambíguo e o ilógico uma necessidade dos dias atuais (Motta, 1991:47-50). Exemplifica este fato pela necessidade da tomada de decisões baseadas em informações ainda incompletas, “e que sinalizam alguma gravidade ou necessidade de ação em contingência problemática recém-detectada”.

A segunda corrente, uma reelaboração da teoria da racionalidade econômica, adota o *modelo comportamental*, levando em consideração que comportamentos absolutamente racionais (que orientam a escolha da alternativa ótima com clareza) estão sujeitos a limites cognitivos (rotinas de ação). Assume que apenas excepcionalmente o processo decisório humano se preocupa com a descoberta e seleção de alternativas ótimas, devido aos processos complexos de análise não condizentes com as limitações da natureza humana e organizacional, usualmente substituídos pelas alternativas e conseqüências de ação satisfatórias (March & Simon, 1972:198).

Como complemento, o fato da decisão envolver suposições quanto a conseqüências e preferências futuras incertas, ligadas às teorias da escolha sob incerteza e de escolha sob conflito ou ambigüidade, respectivamente (March, 1982). Neste modelo de tomada de decisão persistem a noção de calculabilidade econômica e a crença de que os objetivos precedem a ação (Rodrigues, 1984:4) e sua crítica pode ser encontrada em Guerreiro Ramos (1983:49-50).

Estas duas correntes de análise do processo decisório (racionalidade econômica e comportamental) foram responsáveis pela maioria dos estudos voltados ao estudo das características inerentes ao tomador de decisões, questão pouco enfocada nos estudos em saúde, mas que tem sido continuamente estudada no campo da Administração, sendo particularmente empregada como base de análise o modelo de decisão proposto por Simon (1965, 1987). Este autor propôs um modelo de tomada de decisão composto por três fases básicas e um mecanismo contínuo de retroalimentação, apresentado na figura 2.

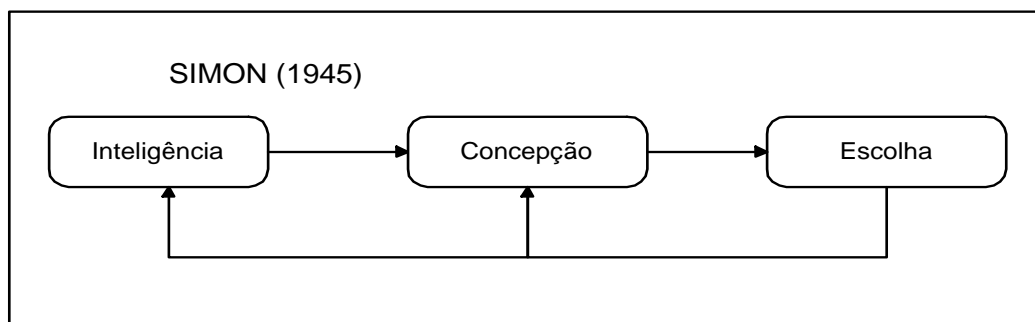


Figura 2
Modelo de processo decisório, segundo Simon.
Fonte: Simon, 1965, 1987.

Este modelo é composto por uma fase de inteligência ou investigação (exploração do ambiente e identificação de problemas e oportunidades), *design* ou concepção (formulação do problema e análise das alternativas possíveis), escolha (seleção de alternativa ou curso de ação) e *feedback* (em qualquer uma das fases anteriores). Além destas fases, existem as fases de implantação (a alternativa escolhida é implantada), a fase de monitoramento (acompanhamento da nova situação alterada pela implantação da alternativa) e a fase de revisão (monitoramento conduzindo a

readaptação da alternativa implantada). Este modelo foi posteriormente aproveitado por Gorry (1971) para o problema específico do decisor.

Kendall e Kendall (1991) identificaram, em cada uma destas fases, uma série de dificuldades ao processo de tomada de decisão, quais sejam:

- a) na fase de inteligência, dificuldades de identificar, definir e categorizar o problema;
- b) na fase de concepção, dificuldades de gerar, quantificar ou descrever alternativas, além de designar critérios, ponderar e categorizar;
- c) na fase de escolha, dificuldades para identificar o método de seleção, organizar e apresentar a informação e selecionar alternativas; e,
- d) na fase de retroalimentação, dificuldades de processar novas informações a qualquer instante.

Keen & Morton (1978) afirmaram que qualquer suporte à decisão requer detalhada compreensão do processo de tomada de decisão, quando um estudo descritivo pode prover as bases aos delineamentos prescritivos. Este diagnóstico ajudaria a clarificar o tipo, a frequência e a complexidade das decisões; as características, habilidades e necessidades dos tomadores de decisão; e o contexto organizacional das mesmas. Semelhante aos fatores que Silver (1991) levantou, ao abordar o momento de *design* de um sistema de apoio à decisão, como necessários de se identificar e descrever, quais sejam, as características-chave dos tomadores de decisão, suas tarefas e pressupostos organizacionais.

Neste sentido, Alavi & Joachimsthaler (1992), em sua metanálise quanto aos fatores relacionados ao usuário e o sucesso da implantação de sistemas de apoio à decisão, sistematizaram uma série de fatores que deveriam ser levados em consideração no processo de tomada de decisão, quais sejam:

- a) o estilo cognitivo, definido como as maneiras características dos indivíduos processarem e utilizarem informações;
- b) os atributos de personalidade, referente às estruturas mantidas pelos indivíduos facilitadoras de eventos, pessoas e situações;

- c) as variáveis usuário-situacionais, incluindo treinamento, experiência e envolvimento com a tarefa em curso; e,
- d) as variáveis demográficas, como sexo e idade.

Estes mesmos fatores foram enumerados entre as variáveis contextuais sistematizadas por Pinsonneault & Kraemer (1989), acrescidos do apoio tecnológico existente, para estudar o impacto dos sistemas de apoio à decisão em grupos. Todd & Benbasat (1992), inclusive, terminaram por estudar o esforço cognitivo dispendido pelo tomador de decisões quando auxiliado por um sistema de apoio à decisão.

O próprio Simon (1965), ao elaborar sua teoria da racionalidade limitada, apontou uma série de limitações com que o gerente se confrontava no desempenho de suas atividades profissionais. Kladis (1994), retomando Kendall e Kendall (1991), sistematizou estes fatores individuais limitantes à quantidade e qualidade do trabalho em:

- a) limites dos hábitos e reflexos que pertencem ao domínio do consciente, onde o processo decisório pode ser limitado pela rapidez do processo mental, lógica, aritmética, etc.;
- b) limites de valores e conceitos de finalidade, quando lealdade e outros valores internos influenciarão no processo; e
- c) limites do nível de conhecimento da pessoa em relação ao seu trabalho, que se aplica tanto ao conhecimento do problema quanto ao conhecimento das informações necessárias à escolha e implantação da solução no momento mais apropriado.

Como complemento, Miller (1970) afirmou que o indivíduo também é limitado quanto ao número de alternativas manipuláveis em uma dada situação, a lei do “7 mais ou menos 2” (restrição cognitiva), enquanto Mason & Mitroff (1973) demonstraram a importância da adequação entre a forma de apresentação da informação e as características cognitivas do destinatário das mesmas e Festinger (1957) abordou a questão do ponto de vista do inconsciente, quando o decisor privilegia informações legitimadoras de sua atitude, em detrimento das que levantem dúvidas quanto à qualidade da decisão tomada (dissonância cognitiva). Driver, Brousseau e Hunsaker

(1990) criaram, inclusive, uma tipologia dos estilos de decisão, baseada nas alternativas e formas de uso da informação. Nesta tipologia, resultariam os estilos decisivo (orientado por resultados), flexível (decisão baseada nas discussões em grupo), hierárquico (burocrata, possível inibidor de criatividade), integrativo (admite ações intuitivas) e sistêmico (utiliza todas as informações para compreender a situação).

De comum a todos estes estudos, o fato de analisarem o processo de tomada de decisão de uma perspectiva individual, mesmo quando se fala em grupos de indivíduos. Quando abordam grupos de pessoas, esta relação encontra-se mediada pelo emprego de instrumentos tecnológicos (salas de decisão, *softwares* de apoio à decisão, teorias facilitadoras ou otimizadoras do processo decisório, sistemas interativos, etc.), nem sempre envolvendo presença física de todos os membros em um mesmo local (Turoff et al., 1993; Freitas et al., 1993); embora as decisões sejam tomadas em grupo, usualmente um dos presentes é responsável por sua execução e acompanhamento; invariavelmente, existe um sistema de informações no processo; e, por fim, a externalidade da decisão é dada via consultores, muitas vezes responsáveis por definir os rumos da organização. Exemplos de muitos destes tipos de estudos podem ser encontrados na coletânea editada por Jessup & Valacich (1992).

Uma terceira corrente de análise do processo decisório privilegia o *enfoque político*, propondo que as decisões sejam mais o resultado de negociações e lutas internas entre diversos interesses do que uma ação racional (Rodrigues, 1984:7). São exemplares os trabalhos de Lorsch et al. (1978), que estabeleceu uma tipologia do processo de formulação de decisões estratégicas (modo do planejamento, empreendedor e adaptativo) e de Lindblom (1972) e a tomada de decisão pelo ajustamento que resulta das negociações (*muddling through*) e a questão do poder. Poder este entendido de uma forma pluralista, quando o processo decisório nas organizações passa a ser entendido como uma arena de confronto de interesses divergentes, sendo assim o *locus*, por excelência, de manifestações do *poder*, quando o conceito de democracia passa a ser visto como um processo de decisão política, ao invés de um sistema de garantia de liberdade individual (Brasil, s.n.t.). Os estudos quando à questão do poder nas organizações mobilizaram um grande grupo de pesquisadores, entre outras abordagens, voltados à análise do exercício das decisões políticas (Bachrach & Bachrach, 1983), de

sua definição (Dahl, 1957; Crozier, 1983), das decisões potenciais fora da política (Lukes, 1980), das relações entre o poder e a conformação das organizações (Selznick, 1972; Motta, 1991) e do poder no contexto da decisão organizacional (Leitão, 1996). Ao final, os estudos quanto ao poder podem ser sintetizados em três campos: o poder como estrutura de dominação (Pagés, 1990), ao nível da pessoa ou do grupo (Sfez, 1990) ou nas relações entre poder e tecnologia (Fischer, 1994).

Para além destas correntes, atualmente, palavras como comportamento, mudança, contexto, holismo e interconexão fazem parte do vocabulário dos autores vinculados à análise do processo decisório organizacional não-estruturado (Leitão, 1995:110). A revisão do posicionamento de autores como Mintzberg e Waters (Butler, 1990) quanto ao conceito de estratégia e decisão, ao explicitar a dificuldade de apreensão da decisão por ser um conceito iminentemente abstrato em meio a um complexo de fatores interativos de natureza concreta quanto abstrata (Mintzberg et al., 1976), apontam para o

“... afastamento de uma abordagem ainda impregnada da visão mecanicista das organizações. Visão muito do agrado dos modelos prescritivos e das técnicas desenvolvidas por consultores para organizar o processo de tomada de decisão, como as que propõem Spitzer & Tregoe (1993), ou ainda dos sistemas de suporte à decisão com apoio na inteligência artificial” (Leitão, 1995: 111-2).

São exemplos da busca de uma visão não-objetivista da administração os trabalhos de Vries & Miller (1994), que mostram o papel que o mecanismo psicológico da transferência pode exercer sobre os indivíduos quanto ao uso do poder e tomada de decisão; de Lapierre (1994), ao denunciar a desvalorização da subjetividade nos programas de formação gerencial - ambos presentes da coletânea de Chanlat (1994), voltada à compreensão dos aspectos subjetivos (qualitativos) e integrativos do fenômeno organizacional e do processo decisório; ou de Pagés (1990), na questão do inconsciente e o ato de estar no interior de uma organização. Neste contexto, afirmará Leitão: “Repensar a decisão significa, portanto, repensar o estudo das organizações, o que implica rever a visão que hoje temos das sociedades humanas, da ciência, do conhecimento e dos paradigmas que as representam” (1995:123). Com as devidas ressalvas, o ato de repensar o processo decisório nas organizações encontrará terreno

fértil de análise na área da saúde, caracterizada pela estruturação das bases de um futuro sistema de saúde e no qual a questão gerencial começa a ser estudada com maior profundidade.

Na figura 3, sistematiza-se o processo de tomada de decisão dentro das organizações, salientando-se as variáveis que mais interferem neste momento. A seguir, este quadro é compatibilizado à realidade dos Conselhos Municipais de Saúde, foco desta investigação.

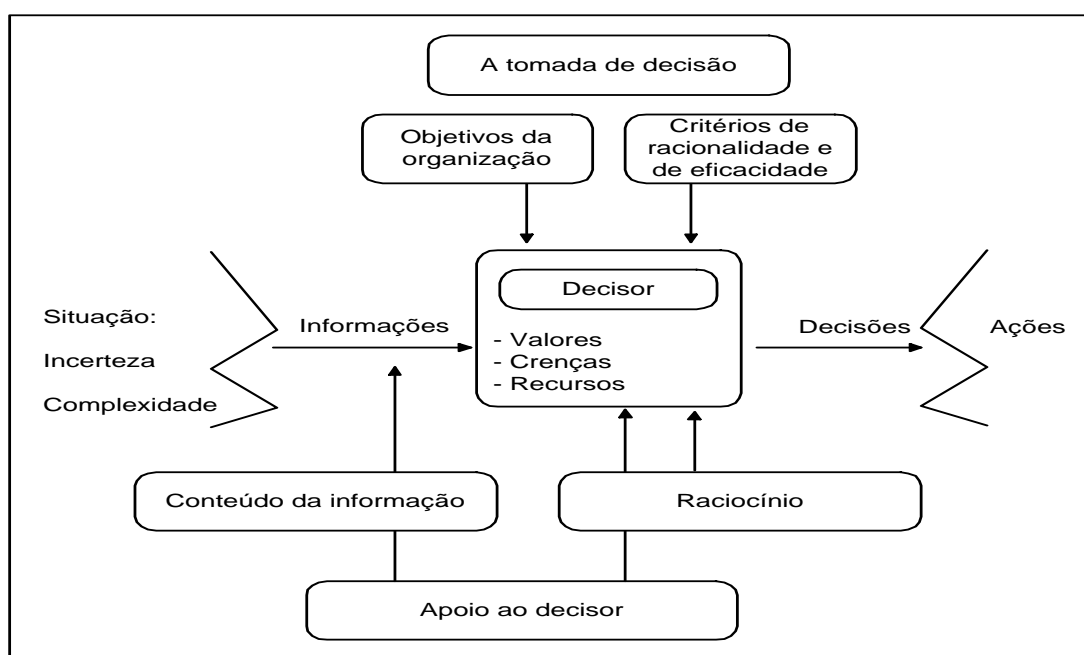


Figura 3
O processo de tomada de decisão e variáveis acessórias.
Fonte: Freitas et al., 1993.

Todo profissional que já esteve em posição de chefia em serviços de saúde, ou observou mais atentamente as situações submetidas aos mesmos, pode identificar ao menos dois fatores vinculados a esta atividade:

- a) o gestor do sistema de saúde não detém o controle do ambiente a intervir, seja ao nível da determinação do perfil de morbimortalidade de sua área de atuação, seja ao nível dos condicionantes políticos e sócio-econômicos que delimitam suas possibilidades de ação (recursos materiais, financeiros e humanos);

- b) o gestor em saúde dedica a maior parcela do seu tempo para "apagar incêndios", ao invés de centrar-se no planejamento a médio e longo prazo.

Some-se a estes fatores as características inerentes ao processo de estruturação por que passa o Sistema Único de Saúde ("prefeiturização" da saúde, excesso de demanda, ausência de capacidade instalada, baixa capacidade gerencial, etc.), e está conformado um ambiente volátil, e mesmo hostil, ao gestor do sistema. São exemplares as manchetes dos meios de comunicação de massa quanto abordam as questões da área da saúde, seja quanto aos recursos humanos (aviltamento salarial, condições de trabalho adversas, etc.), materiais (sucateamento da rede de atendimento público à saúde, carência de leitos, etc.) ou financeiros (valor pago pelo SUS aos procedimentos realizados, limitação orçamentária para contratação de serviços de saúde privados, etc.).

Com este ambiente como pano de fundo, as decisões quanto às diretrizes e políticas de saúde municipais, na sua esfera de atuação e condizentes com as esferas estadual e nacional, devem ser tomadas pelos Conselhos de Saúde. Nestes Conselhos confluem três tipos de grupos, cada qual buscando moldar a organização à sua própria fisionomia, semelhante aos grupos preconizados por Kliksberg (1988), quais sejam:

- a) grupos intraburocráticos de pressão, que procuram direcionar a organização para seus objetivos setoriais mais convenientes;
- b) grupos externos à organização, que exercem pressão para que ela se oriente para seus objetivos; e,
- c) grupos de clientes, os beneficiários dos serviços prestados pela organização.

Referindo-se à análise de três Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Pinheiro (1996) verificou que

“O processo decisório nesses Conselhos tem evidenciado tomadas de posição eminentemente políticas, num jogo de poder que envolve autoridades governamentais eleitas e nomeadas, líderes de partidos políticos e grupos de interesses. Compreende-se por grupos de interesses as representações de segmentos da sociedade civil, que incluem desde o empresariado, na busca por

melhores opções de negócios dentro do Estado, até os representantes de movimentos associativistas, sindicais ou grupos de pressão específicos, como associações de deficientes físicos e portadores de patologias (Sato, 1993:7)” (Pinheiro, 1996, p. 77).

Estes grupos comporão os Conselhos de Saúde, que apresentam as seguintes características:

- a) trata-se de órgão colegiado de caráter deliberativo;
- b) suas decisões são repassadas ao gestor (secretário de saúde) que, via de regra, não participa da mesa diretora do colegiado, embora a instituição esteja representada no plenário;
- c) não empregam ferramentas potencializadoras do processo de decisão, até pela inexistência destas na área da saúde no Brasil (Maçada, 1992);
- d) a maioria dos membros é externa ao organismo executor (50% de usuários e 16% de prestadores privados, ao menos), sendo as decisões tomadas em plenário uma busca constante de hegemonia de uma dada concepção de sistema de saúde ou vantagens corporativas das mais diversas formas;
- e) pela plenária do Conselho ser composta por instituições, a presença de seus representantes é virtual, podendo haver grandes variações quanto à manutenção de um mesmo representante.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, as seguintes atribuições recairão sobre os Conselhos de Saúde (Resolução n.º 33, de 23/12/92):

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;

- propor a adoção de critérios que definam a qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos da área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes e ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde /ou ao Fundo de Saúde;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e a destinação dos recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
- outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde.

Neste cenário definem-se, nem sempre conscientemente e explicitado para todos membros, alguns critérios auxiliares à tomada de decisão, viabilizadores de hierarquização dos problemas de saúde. Como fator interveniente, o fato das informações que suprem os membros do colegiado, quando existentes, serem provenientes das mais diversas fontes, além de exploradas segundo as mais distintas perspectivas.

“... as informações das atas de reunião do CMS, depoimentos de membros dessa entidade e de profissionais da área da saúde mostram que o Conselho vem realizando, de forma tímida e inicial, algumas atividades relacionadas com as suas atribuições, especialmente ao que se refere à apreciação do Plano Municipal de Saúde e sua execução, e discussões sobre prioridades na área de vigilância sanitária e direitos dos usuários. Isto, apesar das restrições, ... relacionadas a dificuldades de acesso a informações. ... este aspecto limita o avanço das discussões de temas ... e outras matérias de competência do CMS ou relativas à concepção do sistema” (Aires et al., 1996, p. 11-12).

Ao mesmo tempo, todas as concepções de tipo de pressupostos decisórios são encontrados nos Conselhos, visualizando-se todas as categorias da tipologia de Simon quanto à racionalidade da decisão no campo da saúde:

“... uma decisão pode ser chamada *objetivamente racional* se representa de fato o comportamento correto para maximizar certos valores numa dada situação. É *subjetivamente racional* se maximiza a realização com referência ao conhecimento real do assunto. É *conscientemente racional* na medida em que o ajustamento dos meios aos fins visados constitui um processo consciente. É *deliberadamente racional* na medida em que a adequação dos meios aos fins tenha sido deliberadamente provocada (pelo indivíduo ou pela organização). Uma decisão é *organizativamente racional* se for orientada no sentido dos objetivos da organização; é *pessoalmente racional* se visar os objetivos do indivíduo” (Simon, 1965).

Não é de se surpreender, então, que uma das queixas mais frequentes observadas pelos planejadores, gestores e membros dos Conselhos vinculem-se à possibilidade de acesso de informações, procurando minimizar o impacto da Lei de Finagle (Opit, 1987, p. 448):

A informação que se tem não é a que se deseja;
A informação que se deseja não é a que se necessita;
A informação que se necessita não é a que se pode conseguir;
A informação que se pode conseguir custa mais do que se deseja pagar.

Assim, o processo de tomada de decisão dos Conselhos de Saúde está permeada pelo fato de:

- a) envolver usuários (ao menos 50% do total de membros), prestadores de serviços de saúde públicos e privados e profissionais da área da saúde (sindicato, conselho ou associação profissional), o que garante uma certa externalidade aos objetivos manifestos da organização executora, a secretaria municipal de saúde. Por consequência, distintos critérios à tomada de decisão são empregados;
- b) os dados analisados serem provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde internos ao próprio sistema de saúde, das instituições componentes do Conselho Municipal de Saúde e, mesmo, veiculadas ao nível do senso comum (denúncias de mau atendimento, notícias veiculadas em meios de comunicação de massa, etc.); e,
- c) a falta de planejamento no setor, as deficiências de informações adequadas e em tempo hábil e uma visão parcelar da problemática em saúde dificultarem a tomada de decisão em cada uma de suas etapas.

O somatório de todos os elementos acima referidos, acrescidos da vivência pessoal do autor deste estudo (observação de várias plenárias de Conselhos Municipais e os anos de participação como membro do CES/RS), permitem realizar uma inferência quanto à influência dos mesmos no processo decisório dos Conselhos Municipais de Saúde. Estes, que deveriam discutir e atuar ao nível tático-estratégico do Sistema de Saúde, não raras vezes perdem-se em intermináveis discussões no plano tático-operacional.

Tal fato, além de rebaixar politicamente as discussões inerentes aos Conselhos, acaba por convertê-los em órgãos homologadores das ações realizadas pelo executivo municipal, enquanto deveriam ser instância deliberativa das políticas e diretrizes municipais de saúde. A estratégia mais comumente empregada para delimitar este rebaixamento de atividades está na não alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros adequados ao pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde por parte do Executivo Municipal que, desta forma, delimita a capacidade de intervenção nas políticas públicas de saúde.

“... o processo de esvaziamento do Conselho está relacionado ao grau de importância que é dado aos assuntos pelo secretário municipal. A análise dos documentos revela que, na grande maioria das reuniões, as pautas consistiam num demanda do Estado para as prescrições legais que requeriam a aquiescência do Conselho” (Pinheiro, 1996, p. 69).

Em síntese, levando-se em consideração o acima exposto e empregando-se o modelo piramidal de Kendall e Kendall (1991), pode-se concluir que parcela dos Conselhos Municipais de Saúde ainda se situaria na instância intermediária de tomadores de decisão, enquanto deveriam situar-se no ápice da pirâmide (Figura 4).



Figura 4
Abrangência e importância das decisões.
Fonte: adaptado de Kendall e Kendall, 1991.

Situação não preconizada na estratégia de estruturação do SUS, mas que repete-se continuamente, notadamente nos períodos iniciais de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde - situação agudizada em municípios de pequeno porte. Obviamente, tal fato deve ser particularizado ao tipo de informação requerido em cada um destes níveis decisórios (Anthony, 1965, 1988; Sicote, Tilquin & Valois, 1992:231), já que

“Pensar sobre o acesso e a difusão de informações com relação aos conselhos municipais de saúde consiste em reconhecer, na heterogeneidade de seus

representantes, a existência de demandas comuns e específicas, portanto informações comuns e específicas. Ou seja, não basta somente reconhecê-las, mas qualificar os tipos de informação, de modo a adequá-la ao grau de apreensão que cada um tem das coisas” (Pinheiro, 1996, p. 85).

Os Conselhos de Saúde passaram, recentemente, a ser alvo de uma série de textos, a maioria dos quais voltados à descrição dos obstáculos enfrentados ao processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (Viana et al., 1995), ao nível estadual (Pinheiro & Poz, 1995; Aires, 1996) ou municipal (Aires & Venuto, 1995) e, indiretamente, da implantação dos Conselhos de Saúde e da participação dos grupos de representantes (Pinheiro, 1996) ou dos usuários neste processo (Aires et al., 1996), incluindo a frequência dos vários grupos às reuniões (Fachin & Cavedon, 1996). De comum a todos, segundo Carvalho, o fato de que

“... os Conselhos cada vez mais se constituem enquanto espaços em que se desenvolvem práticas sociais e políticas concretas. E, assim, vão se qualificando como objetos, tanto de reflexão teórica dos estudiosos quanto do cálculo político dos militantes. Observa-se, entretanto, que eles têm sido tratados, predominantemente, ora no plano geral/abstrato, onde prevalecem as referências teóricas e prescrições políticas gerais, ora no plano singular/concreto, onde se realizam experiências localizadas e referidas a ambientes sociais e políticos particulares. Entre o debate tendencialmente especulativo e os estudos de caso excessivamente particulares ...” (Carvalho, 1995, p. 5-6).

Entretanto, existe uma lacuna quanto ao estudo dos Conselhos de Saúde, que este trabalho almeja contribuir, ao focar uma faceta de seu processo decisório, qual seja: a delimitação e quantificação dos critérios empregados para sistematizar as prioridades em saúde, viabilizadores de hierarquização das mesmas, abordados no próximo item.

1.4. OS CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES EM SAÚDE

Cotidianamente o gestor do sistema de saúde é confrontado com uma série de situações em que, conscientemente ou não, de forma articulada com alguma espécie de planejamento prévio ou não, acaba por definir qual será o foco preferencial de intervenção das ações em saúde. Por definição, *prioridade* significa:

"1. qualidade ou estado de primeiro; antecedência no tempo. 2. precedência no tempo ou no lugar; primazia, preferência. 3. direito de falar primeiro ou de ser atendido em primeiro lugar. 4. preferência de fabricação, fornecimento, transporte, etc., decretada para produtos ou materiais escassos em tempos de emergência" (Mirador, 1979).

Em última instância, o estabelecimento de prioridades significa delimitar quem é o primeiro, ou seja, entre os problemas de saúde existentes e conhecidos, qual

- a) irá iniciar a série e precederá os outros em tempo, lugar ou categoria;
- b) é o mais importante, o mais distinto, o mais notável entre todos da mesma espécie, classe, raça, nacionalidade, etc.;
- c) o melhor, do ponto de vista da intervenção e resultados;
- d) é essencial, indispensável, fundamental, principal à manutenção do *gênero de primeira necessidade* ao setor saúde, qual seja, a vida.

A hierarquização dos problemas apresenta duas dimensões que aumentam a sua complexidade (Tinoco, 1984):

a) *dimensão de temporalidade*, lembrando que as necessidades são recorrentes, ou seja, é necessário procurar a satisfação das atuais necessidades, sem se esquecer das futuras e impedir o regresso das passadas. Esta dimensão é de particular importância, já que o Brasil encontra-se em um processo de transição epidemiológica, apresentando o que Frenk (1991) denominou de modelo polarizado prolongado, incluindo, dentre outros, o reaparecimento de doenças controladas em períodos anteriores (cólera, dengue), persistência de doenças infecto-parasitárias e aumento das crônico-

degenerativas, ou mesmo coexistência de tipos de morbimortalidade característicos de diferentes níveis de desenvolvimento (polarização epidemiológica);

b) *dimensão de impossibilidade de satisfação das necessidades de todos*, que impõe uma hierarquia de favorecimento. Saliente-se que, do ponto de vista do acesso aos bens de consumo, a saúde é considerada como de consumo infinito, ou seja, quanto mais acesso os indivíduos têm ao setor, maior será a necessidade dos mesmos. Ou seja, a erradicação das doenças infecto-parasitárias pode conduzir a um aumento da expectativa de vida, mudando o perfil de morbimortalidade para as crônico-degenerativas (de longo curso e mais onerosas ao sistema de saúde), alterando algumas práticas. Por exemplo: adolescentes procurando gerontologistas, no sentido preventivo de manutenção da vitalidade e redução dos inconvenientes da velhice.

Ao mesmo tempo, deve-se afastar a lógica perversa de abandono à própria sorte dos portadores de agravos à saúde no dia de hoje, assumindo a premissa de que as pessoas híginas hoje não apresentarão estes agravos no futuro (vide as primeiras manifestações quando dos primeiros casos de AIDS, naquele momento denominada de "câncer gay", e a inexistência de grupos de risco poucos anos após).

Até pela temática que trata, o sofrimento e a preservação da vida humana, não existem orientações padronizadas quanto ao estabelecimento de prioridades, mas sim uma série de critérios, definidos *a priori* como sugestões a serem aplicadas com flexibilidade, voltadas à estruturação de ações de saúde que busquem um equilíbrio entre os serviços curativos e preventivos, entre as atividades desenvolvidas em ambiente hospitalar e outras áreas; que decidam os procedimentos que priorizem determinados problemas de saúde, grupos de idade ou grupos profissionais; e selecionem os meios econômicos (pessoal e material) necessários ao cumprimento de metas pré-estabelecidas, compatibilizando quantidade e qualidade (OMS, 1967). Assim, a "hierarquização das necessidades (objetivos) e dos meios de atendê-las constitui o processo de estabelecimento de prioridades" (Belda, 1976).

Invariavelmente os autores que discutem a questão dos critérios definidores de prioridades em saúde fazem uso de três abordagens: magnitude do evento, transcendência do problema e vulnerabilidade.

Magnitude: prende-se ao conceito de *morbidade*, correspondendo ao número de pessoas acometidas pela doença ou agravo pela população da área. Inclui morbidade potencial, quando se considera a população exposta a um determinado risco (vazamento radioativo, poluição atmosférica), mesmo que ainda não existente no meio (Dever, 1988; Ferreira, 1990; Pereira, 1995). Um exemplo de morbidade potencial em nosso Estado é o programa de combate ao cólera, voltado à prevenção do mesmo, embora inexista qualquer caso registrado. Ou, do programa de controle da malária, com nenhum caso originário deste Estado, mas com mais de 80 casos/ano identificados aqui, mas procedentes de outras regiões do País.

Pela dificuldade de precisar todas as frequências de agravos na população em geral, este conceito tem sido operacionalizado como a contribuição que determinada causa de morte apresenta frente ao total de óbitos por todas as causas em determinada área e período de tempo. Esta operacionalização apresenta como limitação a incidência diferencial de óbitos em determinados grupos etários que, dependendo da estrutura etária populacional, apresentará maior ou menor intensidade na mortalidade geral.

Transcendência: corresponde ao dano causado pelo problema, prendendo-se aos conceitos de *mortalidade* (óbitos/população) e *letalidade* (óbitos/indivíduos acometidos). Saliente-se que algumas doenças de baixa letalidade (poliomielite, hanseníase, doenças mentais) podem apresentar elevada transcendência, pelo dano residual gerado (incapacidade física ou mental, rejeição social).

"Este critério de transcendência do dano envolve uma decisão política, quando se considera a vida do adulto mais importante que a da criança e a desta mais importante que a do velho e vice-versa. Em face desse critério se estabelecem coeficientes de ponderação, onde o grupo eleito como preferencial receberia maior peso" (Tinoco, 1984, p.141).

O critério transcendência tem sido operacionalizado pelo arbítrio de fatores de ponderação por grupos etários (Strozzi et al., 1985; Silva, 1985; Silva, 1991:76), pelos potenciais anos perdidos de vida (Casarin & Quadros, 1983, p. 12-13) ou, mesmo, custo econômico demandado à sociedade pelo agravo de saúde (licenças-saúde, aposentadorias precoces, etc.), o que configuraria uma "transcendência social" (Ferreira, 1990).

Vulnerabilidade: definida como a possibilidade de redução de um determinado problema de saúde na população frente a uma intervenção conhecida. Exemplo: a supressão do tabaco não eliminará as neoplasias de pulmão, mas as reduzirá drasticamente. O percentual de redução (89%) será a vulnerabilidade da neoplasia de pulmão, frente a uma dada ação (supressão do tabaco).

A vulnerabilidade depende do estado atual da tecnologia médico-terapêutica, podendo ser considerada quanto à morbidade e mortalidade, quando alguns agravos podem ser totalmente evitados, outros apenas parcialmente e alguns não apresentam qualquer possibilidade de controle ou prevenção. Ahumada (1965) exemplificou este critério para a raiva, "cuja morbidade tem vulnerabilidade máxima (pela qual a raiva se classifica entre as enfermidades erradicáveis) porém cuja mortalidade tem vulnerabilidade mínima", já que é 100% letal.

Usualmente a vulnerabilidade, por ser expressa em termos percentuais, é transposta para uma escala de zero (sem capacidade de prevenção) a 100% (como as doenças preveníveis por vacinação). Saliente-se a dificuldade de quantificar-se o nível de vulnerabilidade de todos os agravos à saúde, ou mesmo dos mais usuais com exatidão, o que pode intensificar o caráter subjetivo da mesma. Assim, sua operacionalização ocorre pela razão entre coeficientes de mortalidade do local que se deseja estudar frente a uma situação ideal ou estimada, descortinando-se a proporção passível de redução (Casarin & Quadros, 1983), ou pelo arbítrio de graus de vulnerabilidade que supostamente seria possível alcançar com a disponibilidade tecnológica moderna (Silva, 1991:77).

Nos últimos anos, o grande incremento de estudos de base epidemiológica e o desenvolvimento metodológico obtido pela mesma, notadamente quanto ao conceito de

risco e sua difusão nos campos da saúde pública e da atenção médica, acrescentou uma grande quantidade de informações aos conhecimentos até então existentes quanto à vulnerabilidade dos agravos à saúde. Apenas como exemplos, nos últimos quinze anos surgiram estudos que contextualizam o potencial deste critério ao nível: do desenvolvimento embrionário (Rabelo-Gray et al., 1991; Fernandes et al., 1983) ou orgânico (Martins et al., 1987; Boischio & Barbosa, 1993); do potencial mutagênico e carcinogênico de algumas substâncias na primeira infância (Glória, 1991); do seu emprego no monitoramento de áreas sob vigilância epidemiológica (Brasil, 1985; Silva, 1987) ou na classificação de áreas segundo risco biomédico e sócio-econômico (Unicef, 1990); da caracterização de determinados grupos de risco (FDI, 1991); do comportamento de epidemias (Tavares et al., 1987); ou mesmo, na esfera da vulnerabilidade psicológica do médico frente à morbidade psicológica e psiquiátrica destes profissionais (Martins, 1990).

Este critério também tem sido empregado na determinação do risco de desastres (deslizamentos de terra, incêndios, explosões, epidemias) em assentamentos humanos (Botero, 1988) e suas conseqüências na saúde de populações expostas aos mesmos (Arboleda & Prieto, 1990); para elaborar planos de atendimento hospitalar frente a estes desastres (Valderrama & Yarrin, 1988) ou em situações de emergência (Arias et al., 1992).

Assim, as informações vinculadas ao critério vulnerabilidade terminaram por ser incorporadas ao escopo das ações administrativas, das atividades de caráter preventivo ou vinculadas ao processo diagnóstico-terapêutico. Por fim, do ponto de vista da hierarquização das prioridades em saúde, a vulnerabilidade aplicada à prevenção da ocorrência de determinado problema de saúde apresenta precedência à vulnerabilidade do dano residual, já que este, por menor que seja, gerou desconforto ao indivíduo portador do mesmo.

*

Estes critérios, de forma isolada ou conjunta, muitas vezes incorporando outros elementos, são os mais comumente encontrados na literatura. Machado (1968), Arantes (1976), Tinoco (1977), Casarin & Bueno (1979-82), Duran & Becerra (1984), Silva

(1985), Castiel (1986) e Valdés Olmedo (1987), entre outros, empregaram os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade para hierarquizar as prioridades em saúde de suas regiões, usualmente em processo integrante do emprego da Técnica CENDES/OPS para planejamento das ações de saúde. Com distintas metodologias, estes autores foram atualizando a proposta original (ex.: introdução dos anos potenciais de vida perdidos, em substituição à mortalidade) ou, ao menos, adaptando os conceitos originais à factibilidade dos dados existentes para análise (ex.: cotejo dos riscos de uma dada região com os de outra).

Além destes três critérios, ao longo do tempo outros foram sendo agregados, sendo exemplares os estudos de Walsh & Waren (citado em D'Sousa, 1989), que empregou os critérios de mortalidade, de morbidade ou gravidade da lesão residual, de exequidade de controle (eficácia relativa e custo da intervenção) para identificar as causas de óbito preveníveis. Ou de Morrow (citado em D'Sousa, 1989), que empregou estes mesmos critérios para delimitar as doenças do subdesenvolvimento, quando estabeleceu como prioridades de intervenção a doença diarréica, sarampo, malária, coqueluche e esquistossomíase; todas por serem muito frequentes, com elevada morbidade e mortalidade, além de apresentarem controle eficaz possível.

Nas últimas duas décadas, ao menos quatro critérios, com grau de intensidade e referência variáveis, têm se destacado, todos procedentes da área administrativa (custo *per capita*, capacidade administrativa, compromissos macro-regionais e grau de interesse da comunidade). Estes critérios estão sendo agregados pelo fato da maioria dos sistemas de saúde do mundo, em menor ou maior grau, estarem passando por medidas de ajuste. No caso específico do Brasil, estes ajustes são facilmente visualizáveis das medidas racionalizadoras adotadas no âmbito do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Custo *per capita*: relaciona os recursos distribuídos aos resultados obtidos. Exemplo: em uma dada região morrem 50 escolares por ano devido a acidentes de trânsito. Com vistas à eliminação de óbitos por esta causa, foram realizadas atividades educativas e implantadas lombadas eletrônicas na frente de todas as escolas, com um

custo total de R\$ 100.000,00. A obtenção da meta estimada (zero óbitos) demandou R\$ 2.000,00 *per capita* (R\$ 100.000,00/50 óbitos).

Tinoco (1984), referindo-se à técnica CENDES/OPS, que opera um eixo programático de danos e demanda e um dos instrumentos mais empregados para hierarquizar os problemas de saúde, aponta que

“... a quantificação dos gastos totais com o ataque a cada dano, bem como o custo por morte evitada nos danos reduzíveis e o custo do caso tratado, é a norma mais importante que orienta o estudo sobre os danos; devem ser selecionados os danos mais importantes, usando os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade” (1984).

Cabe salientar que, entre os vários argumentos empregados como justificativa às Reformas de Estado hoje em processo em parcela importante dos Países, é consenso que o custo da atenção à saúde deva ser controlado, seja pelo contínuo desenvolvimento (e encarecimento) dos procedimentos diagnóstico-terapêuticos, pelo aumento da expectativa de vida ou pela demanda pela provisão de cuidados de saúde. Não é de se surpreender, então, que autores como Henke & Behrens (1986) argumentem que o peso da doença, da invalidez e da morte, quando convertidos monetariamente, assumem papel de relevância na alocação das prioridades.

Griffiths (1981) classificou estes custos em diretos, quando envolvidos na provisão de serviços de saúde (rastreamento, diagnóstico, tratamento, etc.) ou vinculados aos serviços sociais associados aos mesmos, e indiretos, conseqüentes a determinados problemas de saúde (morte, invalidez, perda parcial de função, etc.).

Em nosso meio, o critério custo *per capita* passou a receber especial atenção devido à forma de pagamento adotada pelo sistema nacional de saúde: por produção de serviços. Exemplo: valvulopatia cardíaca = US\$ 4,456.00, gastroenterite = US\$ 2,200.00, câncer de seio = US\$ 1,645.00 e broncopneumonia = US\$ 1,056.00 (Arredondo et al., 1995). Desta forma, expressões como Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCAs) saíram dos gabinetes do Ministério de

Saúde e ganharam notoriedade nos meios de comunicação de massa, incluindo a discussão quanto à forma de alocação das mesmas.

Em suma, o sistema de saúde assumiu uma lógica de atuação vinculada à meta estimada de prestação de serviços, sendo o argumento econômico empregado para justificar os níveis de reordenamento da clientela hoje observado, delimitação de níveis de atenção, redimensionamento da capacidade instalada e padrão tecnológico, etc. Por exemplo: Porto Alegre se recusando a proceder ao pagamento do atendimento de pacientes provenientes de outros municípios sem o respectivo reembolso de gastos; os municípios de pequeno porte comprando ambulâncias, economicamente mais viáveis à conformação de uma rede própria de atenção à saúde, e instituindo a prática da “ambulancioterapia”.

Akerman (1995) cita estudo de Kitzhaber (1993) para delimitar que metade dos recursos do Medicare (seguro social norte-americano) são dispendidos nos últimos meses de vida e que mais da metade dos recursos alocados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) destina-se a pacientes que sabidamente não sobreviverão. Fato que retoma a questão de ser o controle do progresso da tecnologia médica atrelado a sua acessibilidade (Callahan, 1990).

Em nosso País, em 1989 o SUS destinou US\$ 775,80 *per capita* ao subsistema de alto custo e apenas US\$ 44,00 ao subsistema público (Mendes, 1993). Akerman (1994) pontuou estes gastos em termos relativos: as especialidades de nefrologia e oncologia consumiram em média 30% do custo ambulatorial total com procedimentos de alta complexidade, não representativos da necessidade da maioria da população brasileira. Cita como exemplo, o que ocorre no município de Itatiba (MG), que destina 42% de seu recurso ambulatoriais para 60 pacientes (menos de 1% da população) em diálise renal.

Em suma, expressões como gravidade do dano e possibilidade de resolução do problema passaram a ser compatibilizadas ao prejuízo econômico acarretado pelo atendimento ao problema ou rendimento que se espera receber pelo mesmo. Fato que terminou ocasionando um redirecionamento do fluxo de usuários: encaminhamento de

problemas de alto custo aos serviços públicos, com serviços privados centrando-se nos atendimentos de caráter ambulatorial e mais rentáveis.

Capacidade administrativa: diz respeito à capacidade instalada (área física, recursos humanos, complexidade tecnológica, etc.) dos serviços e sua adequabilidade ao controle do problema, mensurada ao nível de eficiência e efetividade. Caso inexistir capacidade administrativa para resolução de dado problema, ele não deverá receber prioridade, ao menos imediata. O que não significa que ele deva ser esquecido, já que articulações com outras instâncias do sistema de saúde devem ser buscadas.

Este critério vincula-se às políticas municipais de saúde e ao efetivo interesse em estabelecer mecanismos de referência e contra-referência com os outros níveis de atenção à saúde do sistema. Ou seja, o aumento do grau de cobertura ofertado aos municípios e, em última instância, a viabilização da integralidade das ações e a universalidade de acesso aos serviços passaria, então, pela conformação de “compromissos macro-regionais”. Isso significa, por exemplo, relações de complementaridade de atenção ao nível de ambulatório de especialidades básicas com municípios vizinhos, mas que talvez não contemplem procedimentos mais complexos, que demandariam referir os municípios a outras localidades, como as portadoras de Hospitais Universitários ou serviços ultra-especializados em outras regiões do País.

Grau de interesse da coletividade: segundo Dallari (1996, p. 532), a Constituição de 1988 abriu

“... perspectivas para apoiar ações no domínio do social, ou ações na esfera pública que possam remeter à ‘questão social’, tanto por dar tratamento privilegiado aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitam ao cidadão concretizar as exigências de um Estado de Justiça Social, fundado na dignidade da pessoa humana”.

Com este pressuposto básico, a organização social prevendo a participação do povo na gestão pública, foram criados canais institucionais de participação, referidos no capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal e sua regulamentação posterior (Lei 8080/90, artigo 1.º):

“Essa participação se dá através dos Conselhos de Saúde, que são instâncias de ação política que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS” (Dallari, 1996: 532).

Este critério, portanto, prende-se ao grau de participação coletiva, na duplicidade de vincular-se tanto a determinado problema de saúde, quanto ao controle social do Sistema Local de Saúde. Afinal, não se deve esquecer que determinados problemas de saúde, seja por conjuntura específica (por ex.: surgimento de surtos de cólera), seja por temática (ex.: assistência materno-infantil, câncer), recebem atenção diferenciada pela população, muitas vezes gerando Organizações Não Governamentais (ONGs), tais como o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), dos Portadores de Síndrome de Down, etc.

A atenção diferenciada da população por determinados agravos à saúde não é fato novo. Apenas como exemplo, Xavier F.º (1993) resgatou uma série de exemplos quanto à relação homem e cura ao longo da história da humanidade e como as enfermidades eram compreendidas pelo conjunto da sociedade. Já Sontag (1984: s.n.t.) abordou a “utilização irreal e muitas vezes primitiva, em nossa cultura, da doença em sentido figurado, da doença como metáfora”, empregando como exemplo o câncer e a tuberculose. Por sua vez, Helman (1994: s.n.t.) elaborou um livro voltado a mostrar como diferentes grupos culturais, sociais ou étnicos explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento que cada um acredita ser o mais indicado e quem eles procuraram quando doentes.

Embora este critério não deva orientar exclusivamente as ações dos serviços de saúde, tendo em vista os problemas de saúde existentes na área, muitas vezes incorporados ao cotidiano da população e epidemiologicamente mais importantes, não se deve desmerecer a potencialidade e a força política que a população apresenta em definir suas prioridades (os Conselhos Municipais de Saúde são um bom exemplo deste fato), muito menos o potencial de mobilização dos meios de comunicação.

A proximidade do gestor com dada problemática, vivenciada em seu núcleo familiar ou de amizades (ex.: paciente ostomizado, portador de diabetes, portador de AIDS, portador de doenças raras), pode configurar certo grau de favorecimento ao nível de resposta fornecido pelo sistema de saúde aos clamores de dado grupo populacional. Ao mesmo tempo, a distância do gestor destas problemáticas tende a favorecer, mesmo que em pequeno grau, as abordagens econômico-financeiras (de custo-benefício) sobre as mesmas.

Compromissos Macro-Regionais: este critério revestiu-se de particular importância no processo de estruturação de uma rede de serviços componentes do Sistema Único de Saúde. Evidentemente, certas atividades programáticas devem ser desenvolvidas, mesmo que não prioritárias em determinada área, por sua vinculação a problemas macro-regionais. São exemplos o combate às endemias regionais, estaduais ou nacionais, mesmo que apresentem apenas risco potencial de desenvolvimento na área, e as atividades de importância diplomáticas, ao nível das políticas internacionais de saúde.

Além das atividades programáticas, deve ter em mente a questão da regionalização e hierarquização das ações de saúde, já que a maioria dos municípios brasileiros, notadamente por seu reduzido porte populacional, não comportam ações e serviços de saúde não compatíveis com o atendimento ambulatorial ou, no máximo, de especialidades básicas de atenção à saúde. Nestes casos, torna-se imperativo o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência dos munícipes de uma dada cidade a outras localidades, detentoras de recursos humanos mais especializados ou com serviços agregadores de maior densidade tecnológica diagnóstico-terapêutica. Desta forma, demandando a articulação dos sistemas locais de saúde com os serviços de abrangência regional ou mesmo estadual. Exemplificando: municípios com menos de cem mil habitantes dificilmente comportarão um serviço de cirurgia cardíaca, que necessitam, além da demanda de pacientes, uma densidade tecnológica compatível apenas com os serviços de referência terciária (como os Hospitais Universitários ou os serviços dirigidos especificamente para este fim, como a Fundação Instituto de Cardiologia).

*

Por fim, uma consideração quanto à *transcendência social* das prioridades em saúde. A diretriz constitucional de atenção universal e integral à saúde de todos os cidadãos ao ser confrontada com os recursos disponíveis para a operacionalização da mesma levanta uma questão ética importante: deve-se procurar reduzir ao máximo os danos, sem prestar atenção às diferenças entre os indivíduos (idade, por ex.) ? ou deve-se agregar maiores informações, definindo valores diferenciais de vida ?

A questão da diferenciação do valor da vida é exposta em variados livros e filmes, todos abordando situações limites, tais como: comida limitada ou número de lugares em um bote salva-vidas *versus* número de pessoas. Situações usualmente dramatizadas pela inclusão de pessoas que apresentam alguma característica especial: um criminoso, um doente, uma criança e um velho, etc. Pegue-se o exemplo de um naufrágio: existe o bordão de que, caso ocorra, crianças e mulheres primeiro, com o comandante afundando com o navio. Na prática, em situação de pânico, os primeiros a usufruírem dos equipamentos salva-vidas são os mais fortes e ágeis e as pessoas espacialmente próximas aos mesmos, não sendo raro os relatos de pisoteamento ou morte por sufocamento.

Um exemplo em nossa realidade objetiva pode ser encontrado em Faleiros (1997):

“A questão da escassez de recursos é sempre entrevista no dia-a-dia dos hospitais e centros de saúde no Brasil, implicando em decisões delicadas e complexas por parte de todo o pessoal, e não só do diretor. Em janeiro de 1997, os principais noticiários de TV mostraram a tragédia do Hospital Universitário de Maringá, no Paraná. Por ser a unidade de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) da região e não possuindo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), deve rejeitar ou atender mal a um grande número de pacientes graves que o procuram. Um dos médicos afirmou que iria dar prioridade a uma gestante por se tratar de duas vidas em jogo” (Faleiros, 1997, p. 35).

Por outro lado, os valores diferenciais de vida podem ser facilmente apreendidos nos cálculos atuariais empregados por todos planos de seguro de saúde, quando para cada faixa etária corresponderá um dado valor de contribuição, atingindo seu máximo (se não proibição de contratação do seguro) nos limites superiores da expectativa de vida.

Deste que Petty, em 1699, estipulou que o valor econômico estimado de cada cidadão adulto seria entre 60 e 90 libras esterlinas (Araújo, 1975), muitas foram as propostas apresentadas para tal fim. Por exemplo, a teoria do capital humano propugna “que o valor de vida de um indivíduo é medido pela produção potencial futura, usualmente calculada com o valor presente descontado dos ganhos esperados pelo trabalho” (Landefeld & Seskin, 1982). Uma extensa revisão das metodologias empregadas na economia aplicada à saúde pode ser encontrada em Araújo (1975), Landefeld & Seskin (1982), Robinson (1986) e Silva (1990, p. 43-54), embora deva ser salientado que já existem uma série de propostas de mensuração e valoração da vida humana, salientando-se as do Ghana Health Assessment Team, referente à abordagem dos anos de vida perdidos qualidade-ajustados e dos anos de vida disabilidade-ajustados (Morrow & Bryant, 1995).

Devido a uma restrição na possibilidade de alocação de recursos na área da saúde, praticamente em escala mundial, uma série de alternativas têm sido preconizadas. Como ilustração, em 1990 o Estado do Oregon (EUA), instado por contenção orçamentária, publicou uma lista de prioridades na esfera da prestação de serviços de saúde (Kitzhaber, 1993). Esta lista foi criticada por favorecer tratamentos cotidianos frente a procedimentos voltados à salvaguarda da vida (Hadorn, 1991), por centrar-se excessivamente na relação custo-benefício (Stevenson, 1991) e por introduzir mecanismos discriminatórios a pessoas portadoras de algum tipo de *disabilities* (problemas de fala, audição, visão, locomoção, aprendizado, tarefas manuais, trabalho, auto-cuidado e respiração, entre outros) (Hadorn, 1992).

A publicação desta lista demandou estudos mais aprofundados, gerando uma segunda listagem de prioridades, ao mesmo tempo em que a discussão ultrapassava as fronteiras daquele Estado (Ham, 1993). Na essência do debate, o confronto entre as

hierarquizações baseadas nas fórmulas de custo-benefício das ações previstas ao sistema de saúde *versus* a "Lei do Investimento" na salvaguarda da vida humana, independente de custo ou prognóstico.

De qualquer forma, são duas as variáveis mais comumente empregadas para priorizar o atendimento em saúde: a) a expectativa de sobrevida; e b) anos de capacidade potencial produtiva. Ambos incorporam como princípio que a vida das pessoas mais jovens é mais importante do que a dos adultos ou idosos, por apresentarem maior probabilidade de anos a serem vividos ou de capacidade produtiva.

Em última instância, *a discussão quanto aos critérios de determinação de prioridades em saúde explicitam uma dada concepção de sociedade*. De forma extremada e caricata, estas concepções podem ser alocadas em dois pólos, permeados por nuances intermediárias: privilegiamento da capacidade produtiva científico-tecnológica e de solidariedade universal. Caso se defina como contribuições almejadas a cada indivíduo ao grupamento social a produção ao nível científico-tecnológico (produção, desenvolvimento ou apenas alocação de trabalho físico, viabilizadores de aumento da esfera de consumo individual), todos os portadores de agravos incapacitantes, notadamente os portadores de deficiências ou paralisia cerebral, seriam cidadãos de segundo nível e, por consequência, teriam aporte de recursos diminuídos ou mesmo não alocados. Esta posição dando vazão, mesmo, a propostas eugênicas.

No seu extremo, caso se opte por uma concepção de solidariedade universal, argumentando-se o valor da vida pela esfera da ética e moral, é plenamente justificável a alocação de um volume substancial de recursos a um número reduzido de pessoas portadores de dado agravo à saúde, mesmo que as chances de sobrevida destes, a curto ou médio prazo sejam insignificantes ou inexistentes. Como afirmou Aristóteles:

“... se acreditamos que os homens, como seres humanos, possuem direitos que lhe são próprios, eles têm então, um direito absoluto de gozar de boa saúde, o que a sociedade e só ela é capaz de proporcionar-lhes” (citado por Wartburg, 1978, p. 112).

Após realizar a síntese de vários indicadores, para demonstrar a desigualdade social no Brasil e atual prioridade nacional, o pagamento da dívida externa e interna em detrimento do desenvolvimento humano e social, Faleiros afirma que

“Os recursos disponíveis estão direcionados para prioridades dos mais fortes, ou seja, quem tem mais poder econômico também garante mais poder político, reforçando-se mutuamente. As pressões populares em nível local, estadual e nacional têm contribuído para provocar uma inflexão nessas prioridades, mas ainda não foram suficientes para fazer com que as políticas sirvam à maioria. O modelo vigente e tradicional de distribuição de recursos no Brasil é o de custo difuso e benefícios concentrados ... Nesse quadro de exclusão social, faz-se necessário uma definição global de prioridades ...” (Faleiros, 1997, p. 37).

Assim, a definição das prioridades em saúde traz em seu bojo a compreensão de como deve se estruturar as políticas sociais, notadamente a da área da saúde, em determinada esfera administrativa. No caso, este estudo volta-se a sistematizar os critérios (e respectivos pesos) empregados pelos Conselhos Municipais de Saúde para hierarquizar os problemas de saúde identificados em sua zona de atuação, inerentes ao processo de estruturação do Plano Municipal de Saúde.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo apresenta como objetivo geral delimitar o peso de determinados critérios no processo de definição das prioridades em saúde, atribuído pelos Conselhos Municipais de Saúde no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde. Como objetivos secundários, sua contextualização frente aos critérios presentes na literatura e, através da alocação de um peso a cada dos critérios epidemiológicos (magnitude, transcendência e vulnerabilidade) e político-administrativos (custo *per capita*, capacidade administrativa, interesse da comunidade e interesses macro-regionais) enumerados, a elaboração de uma grade de valores.

Assume como hipótese o pressuposto de que o peso dos critérios alteram-se ao longo do processo decisório, culminando em uma grade de valores divergente da empregada pelos técnicos do gestor do sistema (Secretaria de Saúde), representados pelo segmento dos prestadores públicos de serviços. O que, em última instância, poderia alterar as ações programáticas em saúde, em dada esfera administrativa.

Por fim, prévio à elaboração do instrumento de coleta de dados, definiu-se que:

Primeiro: este estudo volta-se aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), compostos paritariamente por usuários do sistema de saúde (50% das vagas), prestadores de serviços de saúde públicos, prestadores de saúde privados e profissionais de saúde (1/3 das vagas restantes para cada grupo de representantes). O número de membros de cada Conselho de Saúde é definido em seu Regimento Interno, variando de município a município, resguardada a paridade entre os usuários e o conjunto dos prestadores.

Definiu-se o Conselho Municipal de Saúde como um grupo de tomada de decisões, no sentido descrito por DeSanctis & Gallupe (1987, p. 590): “duas ou mais pessoas conjuntamente responsáveis por detectar um problema, determinar a natureza deste problema, gerar possíveis soluções, avaliar soluções potenciais ou formular estratégias de implantação de soluções”. Trata-se de um grupo de pessoas que

trabalham com problemas não estruturados ou semi-estruturados nas tarefas de decisão, à semelhança da situação descrita por Gorry & Scott Morton (1971) quando justificaram a emergência (seminal) dos sistemas de apoio à decisão.

Devido ao fato da plenária do Conselho ser composta por instituições (e não por delegados com mandato), a presença de um mesmo representante pode ser virtual, podendo ocorrer grandes variações quanto à manutenção de um mesmo representante. A plenária é composta, não por indivíduos, mas por *representantes*, eleitos ou indicados, de parcelas organizadas da sociedade.

Deve-se ter claro que cada indivíduo representa na plenária do Conselho determinados grupos sociais, de acordo com a sua posição na sociedade. Essa representação, obviamente, é portadora de interesses específicos dos grupos e classes sociais representados. Contextualizando a discussão: quando mais estruturada for a instituição ou entidade representada, menor a probabilidade de que seu representante prenda-se ao senso comum, já que serão representadas por seus "intelectuais orgânicos". Dito de outra forma: existe uma elevada probabilidade de que o representante de uma associação de bairros em uma cidade de razoável porte populacional seja um profissional de saúde, militante na mesma.

Como complemento, invariavelmente as posições defendidas pelos membros (representantes) já foram alvo de ponderações em sua instituição/entidade de origem, ou seja, trata-se de uma posição coletiva apresentada à plenária. Desta forma, os Conselhos de Saúde nada mais são do que o *locus* privilegiado em que se articulam os fenômenos individuais e os coletivos, apresentando uma certa racionalidade: "... as representações sociais são racionais, não por serem sociais, mas porque elas são coletivas" (Moscovici, 1994, p. 11).

Assim, por considerar os Conselhos de Saúde primordialmente um espaço de construção de hegemonia, compostos por membros que expressam uma *representação coletiva*, previamente discutida ou não em seus respectivos grupos sociais, aliado ao fato de que o projeto enfatiza a hierarquização final destes *versus* a realizada pelo

executivo estadual, as características individuais dos conselheiros, como as variáveis sócio-demográficas, não serão mensuradas.

Segundo: problema de saúde foi conceituado como qualquer alteração no processo saúde-doença, respeitado os preceitos ampliados do que vem a ser saúde, operacionalizados através do “conceito de campo de saúde”. Este conceito sustenta ser a saúde determinada por uma série de fatores, agregados em quatro grupos, quais sejam: ambiente, estilo de vida, biologia humana e sistema de organização dos cuidados (Laframboise, 1973).

Terceiro: enquanto estratégia metodológica, empregou-se uma variante da técnica da triangulação proposta por Triviños (1987), qual seja: emprego de múltiplos recursos quantitativos e qualitativos voltados à descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Para tal, neste estudo lançou-se mão do emprego de entrevistas e discussões em grupo com os conselheiros, voltadas à obtenção das percepções dos sujeitos quanto ao processo de aplicação do instrumento de coleta de dados; observação livre dos comportamentos e ações dos sujeitos; análise quantitativa dos dados gerados pela aplicação do instrumento e uso de dados de fontes secundárias complementares (tipo de gestão em saúde municipal, dados populacionais, plano estadual de saúde, etc).

2.1 Instrumento de Coleta de Dados

Confecção do Instrumento de coleta de dados: os dados foram obtidos através da aplicação de instrumento simulando uma situação hipotética (Anexo 1), demandando uma decisão em tempo real, composto pela descrição da realidade sanitária de um município, centrada em três problemas (alcoolismo, epilepsia e psicose), cuja resolução implicava na hierarquização dos mesmos, em três momentos distintos:

- a) enumeração espontânea da hierarquia e dos critérios empregados para tal fim;
- b) hierarquização individual após instrumentalização quanto aos critérios epidemiológico e político-administrativos constantes na literatura; e,
- c) hierarquização por consenso (deliberação coletiva) dos conselheiros participantes deste estudo.

Nos dois últimos momentos, solicitava-se a atribuição de um valor (variando de zero a dez) a cada um dos critérios empregados, conformando uma grade, passível de somatório e ordenadora dos problemas por grau de prioridade (maior pontuação = maior prioridade de intervenção). Ou seja, valor zero significando nenhuma importância e dez atribuindo a máxima importância possível, cabendo ao valor cinco o peso médio ou indiferente.

Foram selecionados um total de três critérios epidemiológicos (magnitude, transcendência e vulnerabilidade), por serem os classicamente descritos na literatura em saúde pública (Tinoco, 1984; Casarin & Quadros, 1983; Dever, 1988; Ferreira, 1990; Silva, 1991; SSMA/RS, 1996); e quatro critérios político-administrativos (custo *per capita*, capacidade administrativa, interesse da coletividade e compromissos macro-regionais, envolvendo outras instâncias do sistema de saúde), devido a referências por parte de consultores, relevância crescente nos textos recentes que enfocam as áreas de Administração e Planejamento em Saúde e apontamentos dos gestores em saúde, enquanto áreas a serem aprofundadas, no sentido de configurarem-se em pontos de estrangulamento identificados à implantação do Sistema Único de Saúde, ainda que de forma isolada e não integrados ou em contextos diversos do abordado neste estudo.

Projeto Piloto: a forma de estruturação da situação-problema no instrumento de coleta de dados, em sua versão preliminar, foi desenvolvida para aplicação aos estudantes de graduação da disciplina de Epidemiologia Geral do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e das disciplinas de Definição de Prioridades em Saúde e de Epidemiologia de Serviços, do Curso de Especialização em Gestão em Saúde - convênio PPGA/Departamento de Medicina Social/UFRGS, esta última sob regência do autor deste estudo.

Este instrumento foi adaptado às particularidades dos Conselhos Municipais de Saúde, incluindo novo repertório de problemas de saúde, visando eliminar a necessidade do domínio de pressupostos técnicos e adequar a forma de apresentação do problema, a terminologia empregada e o tempo de resolução, que deveria ser compatível com a duração média das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, não superior a duas horas.

Testagem desta versão do instrumento e cronometragem do tempo necessário à resolução do problema apresentado foram realizados isoladamente com estudantes de graduação em medicina e em serviço social, alunos de cursos de especialização na área da saúde (em Gestão em Saúde, Medicina do Trabalho e Saúde Pública), auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e técnicos do setor de planejamento dos municípios, nenhum destes grupos com presença inferior a duas dezenas de pessoas.

Ao final da aplicação do instrumento, uma avaliação do mesmo era realizada, de tal forma que, mais do que a cronometragem dos tempos, esta testagem em pouco mais de duas centenas de respondentes permitiu identificar problemas de compreensão, tempo de aplicação e definir qual seria o número ideal e tipo de problemas a serem incorporados ao instrumento. Após serem testadas alternativas envolvendo de 2 a 5 problemas, com o elenco de doenças comparadas variando entre si, definiu-se os tempos de aplicação e a forma de apresentação de uma situação envolvendo 3 problemas de saúde, quais sejam: alcoolismo, epilepsia e psicose. Foram condicionantes à definição por estes problemas o fato de estarem incorporados ao senso comum, não envolverem risco de contágio, agregarem alguma espécie de estigma por parte da sociedade, não

envolverem procedimentos diagnóstico-terapêuticos muito rebuscados ou de atualização recente e por apresentarem repercussões familiares similares (em maior ou menor grau).

Neste momento, a principal dificuldade identificada no instrumento, notadamente entre os grupos de menor escolaridade, pela quebra de ritmo dada à resolução do problema, pela dificuldade de compreensão do solicitado e pelo espaço ocupado no instrumento, era o preenchimento dos valores atribuídos a cada um dos critérios na escala (unitária para cada um dos critérios). As sugestões apresentadas apontavam para a eliminação da mesma, sendo proposto o emprego de uma transparência ou afixação da escala em uma das paredes da sala em que se estivesse realizando a sessão simulada/resolução do problema.

Definidos os problemas de saúde, foi elaborada nova versão do instrumento, validada junto a um Conselho Municipal de Saúde, aos técnicos do setor de planejamento da 5ª DRS (responsável pelo assessoramento à elaboração dos Planos Municipais de Saúde desta região administrativa) e a um colégio de especialistas, composto por professores universitários e técnicos de reconhecida competência na área de epidemiologia e administração e planejamento em saúde, gestores do sistema estadual de saúde, consultores reconhecidos na área; ex-secretário estadual substituto de saúde, entre outros.

Esta terceira rodada de aplicações do instrumento permitiu, novamente, aferir se o tempo estimado para a resolução estava acurado, se havia problemas de redação, vícios de interpretação do enunciado, etc. Por não ter sido apontado nenhum problema de compreensão, de dubiedade de interpretação, da unidade temporal alocada para as fases de resolução do exercício, o instrumento foi considerado em sua versão final. Enquanto resolução do problema, todos especialistas selecionaram a mesma doença como prioritária, validando o instrumento também quanto à “melhor resolução possível do mesmo”.

Esta versão do instrumento já não incorporava uma escala de marcação, mas apenas questionava ao respondente um valor para cada um dos critérios enumerados (variando de zero a dez), lembrando que valores iguais significaria que ambos critérios

possuíam o mesmo poder de discriminação. Quando da leitura deste enunciado, uma escala de valores era projetada, sendo fornecidos dois exemplos de marcação, previamente padronizados:

- a) marcava-se em dois critérios, exemplificados como A e B, o mesmo valor (cinco) e salientava-se que a interpretação seria de que ambos possuíam o mesmo poder de discriminação (no caso, de indiferença); e
- b) marcava-se um terceiro critério, exemplificado como C, com valor dez, sendo salientado que este critério apresentaria o máximo de importância possível no processo de hierarquização.

A situação de saúde apresentada aos conselheiros foi elaborada de tal forma que, caso ocorresse a alocação do mesmo valor a todos os critérios e fosse mantida uma proporcionalidade na alocação dos valores ao problema apresentado, o somatório total dos três agravos seria igual, ou seja, estaria inviabilizada a hierarquização. Em sua contrapartida, um critério com valor divergente aos demais poderia ser discriminante, permitindo hierarquizar os três problemas apresentados.

Sistemática de aplicação do instrumento de coleta de dados: a aplicação do instrumento contemplava os seguintes momentos:

- a) apresentação da proposta de estudo, definida como instrumentalização aos conselheiros de uma série de critérios empregados para hierarquizar prioridades em saúde, incluindo a confecção de uma grade própria ao Conselho que estava participando desta simulação em tempo real;
- b) solicitação de preenchimento dos dados de identificação: município e categoria de representação (usuário, prestador público, prestador privado e profissional de saúde);
- c) leitura do problema pelo autor e solicitação de que os problemas listados fossem hierarquizados, por grau de importância, sendo o valor um (1) atribuído ao agravo mais importante. Em nenhum momento foram realizadas perguntas quanto ao instrumento em si, mas sim quanto à viabilidade de empate entre os agravos e ao reconhecimento de outras doenças, ambos prontamente negados;

- d) após alguns minutos, solicitava-se a identificação de qual problema havia sido considerado prioritário (cada participante apontava o problema prioritário escolhido), sendo as respectivas frequências sistematizadas pelo autor (à vista de todos os presentes) e afixadas, em grade de frequência previamente elaborada para contemplar as três hierarquizações que seriam realizadas;
- e) o mesmo procedimento ocorria quanto aos critérios adotados para tais hierarquizações, que eram sistematizados pelo autor, com a anuência de todos os presentes, e compatibilizados aos critérios definidos previamente ao processo de instrumentalização dos conselheiros;
- f) uma nova hierarquização dos problemas era solicitada, após exposição sobre quais seriam os critérios considerados, com uma explicação padronizada dos mesmos sendo dada pelo autor e que, de forma resumida, também estava impressa no instrumento. Para todos os critérios foram definidos exemplos prévios, não conflitantes entre si. Inicialmente, os respondentes alocavam um valor (de zero a dez) para cada um dos critérios e em comparação aos demais para, em um segundo momento, e seguindo-se de nova leitura da situação problema, alocar valores aos critérios segundo cada um dos três agravos enumerados. Ao final, à maior soma de pontos (realizada pelos próprios participantes) corresponderia a maior prioridade de intervenção;
- g) novamente, solicitava-se a identificação de qual problema havia sido considerado prioritário, sendo as respectivas frequências sistematizadas pelo autor (com a anuência de todos presentes) e afixadas pelo autor na grade que já continha o resultado das referências espontâneas. As alterações eram salientadas pelo autor, atendo-se unicamente a enumerar se existiram mudanças nas prioridades de intervenção (que ocorreu em todos Conselhos Municipais de Saúde estudados).
- h) por fim, por consenso, todos os membros do Conselho Municipal de Saúde consolidavam um valor final a cada um dos sete critérios, elaborando uma grade comum que, após nova consulta ao problema, era preenchida coletivamente, redundando em nova somatória de pontos atribuídos a cada um dos problemas de saúde, desta forma estabelecendo a hierarquização final dos problemas.

Após a hierarquização final, alguns comentários eram realizados quanto ao fato da política nacional de saúde privilegiar os órgãos colegiados e da importância dos Conselhos de Saúde na definição das políticas de saúde municipais, passando-se a uma análise de todo o processo por parte dos conselheiros.

Avaliação do processo pelos conselheiros: após a realização da última hierarquização e de posse dos resultados finais, uma avaliação coletiva quanto aos resultados gerados pela grade dos conselheiros era então realizada, seguindo um roteiro semi-estruturado, enfocando a percepção quanto ao processo e a hierarquização decorrente da grade de deliberação coletiva; a utilidade percebida e a facilidade de uso dos critérios; a possibilidade de emprego dos critérios em discussões futuras do Conselho Municipal de Saúde, além da percepção quanto à apropriação da metodologia empregada, sendo encerrado o encontro logo após.

Estas avaliações eram anotadas pelo autor e foram posteriormente sistematizadas, segundo a proposta de Barley (1990) para análise de dados qualitativos, em três categorias: análise do processo (segmentado por critério), facilidade de uso dos critérios e utilidade percebida (apreensão e replicabilidade da metodologia empregada).

Este momento da aplicação do instrumento foi particularmente prejudicado pela evasão de conselheiros, notadamente após a avaliação do processo de hierarquização por deliberação coletiva. Saliente-se que a maioria das reuniões ocorreu à noite, em dias de semana, respeitando a periodicidade e tempo de duração das reuniões ordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde (nunca excedendo a duas horas) e que, em alguns casos, o retorno dos conselheiros a suas residências poderia demandar cerca de uma hora, parcela deste tempo em caminhadas a pé (caso dos representantes de trabalhadores rurais, por exemplo).

Alguns dias após, contato telefônico procurava resgatar alguns dos elementos anotados junto aos responsáveis pela organização do treinamento, no sentido de confirmar as impressões colhidas imediatamente após a aplicação do mesmo.

2.2 Processo de Seleção dos Conselhos

Inicialmente, definiu-se pela aplicação do instrumento em vários Conselhos Municipais de Saúde, por ser a adoção de múltiplos casos desejável para a descrição de um dado fenômeno e obtenção do objetivo deste estudo, de identificar e elaborar uma grade de critérios hierarquizadores de problemas de saúde, contribuindo para a proatividade de seus usuários, os membros dos Conselhos. Além disso, “um projeto com múltiplos casos pode ser considerado análogo a uma replicação realizada com experimentos tradicionais múltiplos, o que permite maior poder de generalização”. Ou seja, pelas particularidades envolvendo os Conselhos de Saúde, assumiu-se o pressuposto de que a aplicação do instrumento de coleta de dados em localidades com “elementos comuns, mas com diversidade de contexto, contribuirá para um maior poder de generalização dos resultados” (Pozzebon & Freitas, 1998, p. 163-7).

Por um critério operacional, levando-se em consideração o tempo e custo de deslocamento aos municípios, definiu-se por serem considerados apenas os Conselhos Municipais de Saúde existentes em um raio de aproximadamente 120 km do município de Porto Alegre (cerca de duas horas de viagem). Empregando-se a divisão administrativa do Estado do Rio Grande do Sul em Delegacias Regionais de Saúde (DRS), realizado pela SSMA/RS, seriam enquadrados parte dos municípios componentes da 1ª DRS (sede em Porto Alegre), 2ª DRS (sede em Porto Alegre), 5ª DRS (sede em Caxias do Sul) e 18ª DRS (sede em Osório).

Em janeiro/97, o RS contava com um total de 467 municípios, 225 (48%) destes habilitados, conforme a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, à gestão das ações de serviços de saúde (“municipalização da saúde”), para o qual se constitui em requisito legal a existência de um Conselho, um Fundo e um Plano Municipal de Saúde. Entre os 134 municípios abrangidos pelas 4 DRS selecionadas, 72 (53,7%) encontravam-se habilitados.

Devido ao fato de que o Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde (PDG Saúde - convênio Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Universidade Federal do Rio Grande do Sul - através do

Programa de Pós-Graduação em Administração, sob auspícios da Fundação Kellog), ao qual o autor deste estudo encontra-se vinculado, estava mantendo atividades periódicas de formação de recursos humanos em saúde junto a municípios da 5ª DRS, esta região foi priorizada, enquanto local preferencial de aplicação do instrumento de coleta de dados. Com sede em Caxias do Sul, estavam subordinados a esta DRS um total de 43 municípios, 24 (56%) destes municipalizados.

Especificamente quanto à 5ª DRS, em um segundo momento se procedeu à busca ativa de informações quanto ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde desta DRS, já que a existência do mesmo no plano formal jurídico não necessariamente significava que estivesse nomeado e em pleno funcionamento. Buscava-se, desta forma, não apenas confirmar os dados existentes na Assessoria Técnica e de Planejamento da SSMA/RS e na sede da 5ª DRS, atualizando-os (se fosse o caso), ou eliminando os municípios em que os CMS não estivessem em funcionamento, apesar da existência da lei de criação do mesmo, seja por encontrar-se em processo de constituição (ex.: Esmeralda), não ter ocorrido nenhuma reunião pós-nomeação das entidades de representação ou por encontrar-se em fase de reformulação de plenário, com desestruturação do plenário anterior. Ao final do processo de inclusão e exclusão destes municípios, contemplando inclusive o processo de emancipação ocorrido naquele momento, manteve-se o número total de 24 municípios habilitados à gestão de seu sistema local de saúde.

Em um segundo momento, foi encaminhada correspondência a todos os Secretários de Saúde e Presidentes de CMS destes municípios, além de contato telefônico com o Setor de Planejamento da 5ª DRS, expondo os pressupostos deste estudo e solicitando manifestação espontânea dos CMS em participar em uma simulação em tempo real de um processo de hierarquização de prioridades em saúde. Ao final, no prazo estipulado para o processo de coleta de dados (março-maio/97), 9 CMS da 5ª DRS se candidataram, além do município de Torres, integrante da 18ª DRS, mas vinculada a esta DRS enquanto critério formador de recursos humanos (naquele momento, *campi* da Universidade de Caxias do Sul).

Desta forma, o instrumento de coleta de dados foi aplicado a um total de 10 CMS, perfazendo um total de 13,8% dos CMS enquadrados nas DRS, independente do critério operacional, ou 9 (37,5%) municípios da 5ª DRS e um da 18ª DRS. Participaram deste estudo, então, os CMS dos municípios de Antônio Prado, Bom Jesus, Caxias do Sul, Farroupilha, Garibaldi, Nova Prata, Nova Roma do Sul, São José dos Ausentes, São Marcos e Torres. Em dois momentos foram realizadas sessões conjuntas com dois CMS, todos excedentes ao critério operacional de tempo de deslocamento e, em ambos casos, havendo maioria dos membros de cada um dos CMS presentes.

De comum a todos estes municípios, o fato de estarem habilitados à gestão incipiente das ações de saúde (NOB 01/93), qual seja:

“... a Secretaria da Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado ..., a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho” (NOB 01/93 - Portaria do Ministério da Saúde, nº 545, de 20/05/93).

Nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) estudados, todos vinculados ao mesmo tipo de gestão do Sistema Local de Saúde, de gestão incipiente (NOB 01/93), uma série de fatores gravitacionais ao processo de municipalização (Aires, 1996) foram minimizados, como a história do próprio processo de municipalização, como se deu a institucionalização e o funcionamento dos Conselhos, as implicações da ordem político-institucional local no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o tipo de modelo assistencial vigente (curativo ou preventivo) e o nível de organização dos usuários. Foram minimizados pela heterogeneidade entre os mesmos, característica esta

que, antes de ser um sintoma negativo, é algo “necessário e historicamente configurado, guardando relação direta com o amadurecimento político daquela municipalidade, não guardando relação direta com o tamanho das cidades, mas, antes com sua cultura política” (O’Dwyer & Moysés, 1998, p. 26).

2.3 Plano de análise

Os testes estatísticos previstos levaram em consideração que “as escalas de intervalo são muito utilizadas para medir atitudes, opiniões, conscientização e preferências”, sendo freqüentemente empregadas na construção de números-índices, notadamente no campo do marketing (Mattar, 1997, p. 196). Desta forma, adotou-se a escala intervalar para mensurar o peso atribuído aos critérios pelos conselheiros, pela mesma permitir indicar a posição e a distância das pessoas entre si em relação a determinada característica.

Assim, as estatísticas realizadas prendem-se à comparação entre médias, teste *t* de Student e análise de correlação de Pearson, além do teste do qui quadrado para variáveis categóricas, sendo definido como significância estatística um alfa de 5% (probabilidade de erro ao rejeitar a hipótese nula inferior a 5%).

A análise de dados previu uma estratificação em vários momentos, por categoria de representação e momento no processo de construção coletiva da decisão do Conselho Municipal de Saúde (CMS), quais sejam:

- a) referência espontânea dos critérios e hierarquização individual dos problemas de saúde apresentados;
- b) compatibilização dos critérios espontaneamente referidos aos constantes majoritariamente na literatura, gerando uma série de subgrupos (ex.: referiu magnitude do evento ou não) e conseqüente hierarquização;
- c) comparação da média de pontos atribuída aos critérios pós-instrumentalização por subgrupos de referência espontânea, avaliando o impacto da compatibilização aos critérios epidemiológicos e político-administrativos no processo de hierarquização;
- d) por fim, baseado na escala de valores fornecida pelo conjunto dos representantes no Conselho Municipal de Saúde (CMS), a hierarquização definitiva.

Embora a decisão dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) ao final seja apenas uma, os pesos individualmente aferidos a cada um dos critérios e as

hierarquizações resultantes podem ser obtidos, segundo as categorias de representação: usuários, prestadores públicos, prestadores privados e profissionais de saúde. Devido ao pequeno número de representantes do setor de prestadores privados e mesmo de profissionais de saúde em Conselhos sediados em municípios de pequeno e médio porte, em alguns momentos essas categorias de representação foram agregadas, para fins de análise estatística, dentro da grande categoria de prestadores de serviços.

Como complemento aos resultados quantitativos, foram realizadas discussões informais com os conselheiros após o término da simulação e observação do processo de resolução do exercício, individual e coletivamente, incorporadas ao conjunto do texto.

Como estratégia para garantir a padronização na forma de conduzir a aplicação do instrumento, um observador externo foi convidado a analisar o desenvolvimento da sessão simulada de resolução do problema apresentado, na fase de qualificação do instrumento e, posteriormente, em dois municípios.

A utilização dos critérios propostos pode ser monitorada pela mudança hierárquica dos problemas que, em ocorrendo, necessariamente envolve alteração dos valores atribuídos aos critérios pelos conselheiros no processo de deliberação coletiva.

2.4 Transposição dos resultados dos Conselhos Municipais de Saúde à esfera estadual

Durante o processo de estruturação desta investigação, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através de sua Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA/RS), desencadeou seu processo de planejamento em saúde. A aplicação deste processo prendia-se à estruturação de ações programáticas, ressaltando o fato de ser a SSMA/RS “órgão gestor do Sistema Estadual de Saúde e gerente de uma instituição prestadora de serviços para este mesmo sistema (SSMA/RS, 1997, p. 1)”. Estas ações programáticas, por sua vez, embasariam a estruturação do Plano Estadual de Saúde.

Este processo terminou por empregar, com distinções conceituais, sete critérios epidemiológicos e político-administrativos semelhantes aos selecionados previamente para este estudo. Tal fato de conjuntura fez com que o Colégio de Especialistas tivesse seu papel redefinido. Desta forma, inicialmente vinculado ao referencial teórico (em tese, “a melhor resolução”), foi redirecionado ao processo de validação do instrumento, enquanto a comparabilidade dos resultados passou a ser realizada com os resultados gerados pelo Grupo de Trabalho responsável pela Coordenação e Elaboração do Plano Estadual de Saúde 1997/2000. Este Grupo de Trabalho incluiu entre seus membros profissionais oriundos da Assessoria Técnica e de Planejamento, do Departamento de Assistência Ambulatorial e Hospitalar, do Departamento de Ações de Saúde, da Escola de Saúde Pública/RS, além de incorporar consultorias de outras áreas internas e externas, entre os quais estavam alguns dos profissionais convidados a participar do Colégio de Especialistas.

Como a SSMA/RS centrou sua abordagem por ações programáticas e gerou uma grade de valores por critério, definiu-se que a comparação das grades se daria através da aplicação de ambas aos problemas integrantes de um determinado programa. Pela impossibilidade de comparação com uma hierarquização global de prioridades em saúde, ao nível estadual, optou-se, então, pelos problemas componentes da Seção de Doenças Crônico-Degenerativas. A decisão por estes agravos derivou da diversidade no elenco de agravos contidos na rubrica de doenças crônico-degenerativas (ex.: doenças cardio-vasculares, diabetes, doenças osteomusculares - lombalgia, tendinite,

osteoporose, etc.) e pela qualidade dos registros do processo de hierarquização existente, não disponíveis para todas as ações programáticas.

Assim, as várias fases que nortearam o processo de quantificação e hierarquização das prioridades das ações programáticas de saúde voltadas a estes problemas foram obtidas junto à Seção de Controle de Agravos Crônico-Degenerativos, do Departamento de Assistência à Saúde da SSMA/RS, em março de 1998 (Anexo 2).

2.5 Desdobramentos da aplicação do instrumento

Uma das preocupações do autor prendeu-se ao fato de, ao mesmo tempo em que estivesse coletando dados ao seu estudo, fosse viabilizada a instrumentalização dos conselheiros de saúde quanto a critérios epidemiológicos e político-administrativos. Desta forma, a simulação de uma situação envolvendo a necessidade de hierarquizar determinados problemas de saúde, além de viabilizador da coleta de dados para este estudo, forneceria elementos para que os critérios selecionados fossem apropriados e, se possível, incorporados à discussão no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de cada município, enriquecendo-a sobremaneira.

Uma segunda preocupação do estudo prendia-se à necessidade de manutenção de um grau de originalidade na contribuição do estudo (inerente ao processo de doutoramento em Administração). Assim, a simulação de uma situação em tempo real entre os conselheiros prendia-se ao menos a três momentos não identificados na literatura da área da saúde e da administração:

- a) abordar a questão da delimitação dos critérios e seus pesos a partir dos Conselhos Municipais da Saúde (CMS);
- b) empregar um total de 3 critérios epidemiológicos e 4 político-administrativos, discutidos de forma conjunta e fora da ambiência do setor de planejamento das secretarias de saúde;
- c) elaboração final de uma grade de critérios, com respectivos pesos, passível de apropriação em qualquer instância do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em última instância, através do instrumento, pretendia-se difundir entre os membros dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) metodologias passíveis de emprego na definição de prioridades em saúde, passo inerente à elaboração do Plano Municipal de Saúde. Difundia-se, assim, metodologia epidemiológica para a análise da situação de saúde da área e, ao mesmo tempo, estruturava-se uma grade de valores destes critérios, um dos primeiros passos para a manutenção da proposta de planejamento ascendente das ações de saúde e, na sua esteira, alavancagem do processo de descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS) na instância municipal.

Um terceiro desdobramento foi o emprego deste critérios ao nível de cursos de graduação e especialização, inicialmente integrando as atividades de testagem do instrumento de coleta de dados, para posteriormente incorporar os elementos advindos das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, retornando aos bancos escolares. E, assim, também difundindo esta proposta de treinamento quanto aos critérios hierarquizadores de prioridades a futuros profissionais de saúde. Muitos dos quais estarão, a médio prazo, vinculados ao processo de gestão de um sistema municipal de saúde ou serão membros dos Conselhos de Saúde de suas regiões de atuação.

3. RESULTADOS

Os resultados, a seguir discriminados, seguem a sistemática de aplicação do instrumento, qual seja: a descrição de algumas características dos Conselhos Municipais de Saúde participantes do estudo (nome do município, número e categoria de representação dos conselheiros que responderam ao instrumento de coleta de dados), os resultados obtidos nos três momentos de hierarquização (referência espontânea, individual instrumentalizada e deliberação coletiva pelos Conselhos), a avaliação qualitativa do processo por parte dos participantes no estudo e a transposição da grade de resultados obtida ao conjunto de agravos da Seção de Doenças Crônico-Degenerativas, integrante do Plano Estadual de Saúde e Meio Ambiente 1997-2000 (SSMA/RS, 1997). Ao final, após a apresentação dos resultados, uma discussão quanto aos achados, encerrando este capítulo.

A comparação com o conjunto de agravos da Seção de Doenças Crônico-Degenerativas objetiva exemplificar o impacto gerado pela grade de critérios oriunda dos Conselhos Municipais de Saúde na hierarquia dos problemas integrantes de uma ação programática em nível estadual, passo integrante do processo de planejamento ascendente do Sistema Único de Saúde. Para tal, a grade egressa dos Conselhos foi aplicada a um determinado grupo de doenças, também alvo de hierarquização por grade de resultados elaborada nas instâncias internas do setor de planejamento da SSMA/RS.

Cabe retomar que um dos pressupostos deste estudo é que a valoração dos critérios pelos conselheiros de saúde ocorrerá de forma diversa aos pesos atribuídos pelos técnicos da SSMA/RS, por consequência redundando em uma hierarquização de problemas de saúde distinta. Fato que, em última instância, teria o potencial de alterar as prioridades de intervenção dos Sistemas Locais de Saúde, eventualmente redefinindo as áreas de atuação dos serviços de saúde.

3.1 Características dos Conselhos Municipais de Saúde Participantes do Estudo

Prévio à apresentação dos dados, deve-se ter claro que qualquer

“... discussão a respeito dos Conselhos deve partir da constatação de que eles saíram da agenda de propósitos dos reformadores [Reforma Sanitária] e se tornaram parte integrante do arcabouço jurídico-institucional do setor saúde em todas as suas esferas e níveis. Mais do que na lei, encontram-se hoje na vida institucional e social.

“A extensão em que estes Conselhos estão legalmente constituídos e concretamente implantados em todo território nacional não faz supor que se trate de fenômeno fugaz ou conjuntural. A existência de mais de 3.000 destes órgãos espalhados pelo país, envolvendo o concurso de milhares de atores sociais e individuais, num quantitativo que se aproxima rapidamente do número total de vereadores, confere certamente nova tessitura à arena político-sanitária” (Carvalho: 1995, p. 34).

Com isto em mente, na Tabela 1 encontram-se enumerados os dez municípios de origem dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) que participaram deste estudo, o número de membros e dos presentes no momento da aplicação do instrumento de coleta de dados. De um total de 198 conselheiros, 148 (75%) estiveram presentes em todos os momentos integrantes da aplicação do instrumento de coleta de dados, com frequência variando de um mínimo de 50% (Garibaldi) à totalidade de seus membros (Farroupilha).

Apesar de espontaneamente incorporados ao estudo, obteve-se um conjunto de municípios com porte populacional diversificado, estando presentes:

- a) municípios de pequeno porte, com menos de cinco mil habitantes, como São José dos Ausentes e Nova Roma do Sul (3.088 e 3.099 habitantes, respectivamente);
- b) municípios com mais de dez e menos de vinte mil habitantes, como Antônio Prado (11.767 habitantes), Bom Jesus (12.333 habitantes), Nova Prata (16.440 habitantes) e São Marcos (17.359 habitantes);
- c) municípios com mais de 25 mil habitantes, como Garibaldi (28.296 habitantes), Torres (31.124 habitantes) e Farroupilha (50.821 habitantes); e,

d) municípios de grande porte, como Caxias do Sul (325.694 habitantes).

Tabela 1

Composição da amostra: número de membros dos Conselhos Municipais de Saúde, número e percentual de conselheiros participantes do estudo.

Conselho Municipal de Saúde	n.º de membros ⁽¹⁾	n.º de respondentes	%
Antônio Prado / Nova Roma do Sul	34	28	82,3
Caxias do Sul	20	19	95,0
Farroupilha	20	20	100,0
Garibaldi	22	11	50,0
Nova Prata	20	19	95,0
São Marcos	22	15	68,2
São José dos Ausentes / Bom Jesus	20	19	95,0
Torres	20	17	85,0
Total	198	148	74,7

Obs.: (1) nas reuniões que envolveram a presença de dois municípios, o total corresponde à soma dos totais de ambos Conselhos Municipais de Saúde. Os quantitativos referem-se apenas aos conselheiros que cumpriram todas as fases da simulação.

Observe-se que, independente do porte populacional, em todos estes municípios o número total de conselheiros oscilou em torno de duas dezenas de representantes titulares, com igual número de representantes suplentes. Como regra, apenas um dos dois (titular e suplente) representantes de uma dada instituição/entidade terá direito ao voto, sendo considerado como titular, para fins de quórum, o representante presente.

A categoria de representação dos conselheiros presentes, sistematizada por município, encontra-se na Tabela 2. Observa-se uma maioria de conselheiros representantes dos prestadores de serviço (59,5% versus 50%) e uma frequência percentual inferior ao estimado entre os usuários (40,5% versus 50%) e prestadores de serviços privados (6% versus 17%), semelhante ao esperado entre os representantes dos profissionais de saúde e o dobro do esperado entre os prestadores de serviços públicos de saúde (35% versus 17%, que seria a cota de representação para esta categoria).

Tabela 2
Categorias de representação, sistematizadas por Conselho Municipal de Saúde.

Conselho Municipal de Saúde	Usuários	Prestador Público	Prestador Privado	Profis. de Saúde	Total
Antônio Prado / Nova Roma do Sul	6	13	2	7	28
Caxias do Sul	12	5	-	2	19
Farroupilha	6	7	2	5	20
Garibaldi	6	3	-	2	11
Nova Prata	4	7	3	5	19
São Marcos	8	5	-	2	15
São José dos Ausentes / Bom Jesus	11	7	-	1	19
Torres	7	5	2	3	17
Total n	60	52	9	27	148
%	40,5	35,1	6,1	18,2	100,0

Fachin & Cavedon (1996), realizando um estudo de caso junto ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), período 1991-93, encontraram níveis de presenças efetivas em 1993 na ordem de 35,7% para os usuários dos serviços e de 56% para o conjunto dos prestadores de serviços, semelhante aos patamares de frequência observados ao longo do processo de aplicação do instrumento. A frequência às reuniões ordinárias do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) está no patamar de 60% (SSMA/RS, 1997, p. 80).

A paridade dos segmentos representados no colegiado dos Conselhos é estipulada por lei, mas

“... está longe de espelhar o quadro real de repartição de poder político e influência social que prevalece entre os diversos grupos sociais, seja no interior do aparato estatal, seja na sociedade. São claramente favorecidos os setores cuja capacidade de influência sobre o aparelho estatal praticamente inexistente fora dessa instância. O próprio mandamento da paridade, ao assegurar que metade dos conselheiros seja de usuários, garante no interior dos conselhos a presença significativa de elementos que não dispõem de canais próprios de acesso e de influência sobre o aparelho estatal. Além disso, é visível que, no interior das grandes bancadas de usuários, em todas as esferas, o peso numérico das entidades de base popular é bem maior que o das empresariais, por exemplo” (Carvalho, 1995, p. 35).

Especificamente quanto à representação dos prestadores de serviço (notadamente os de cunho privado) e dos profissionais de saúde, estas têm se constituído em um dos problemas a serem equacionados na composição dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), pela sua inexistência nos municípios de pequeno porte (SSMA/RS, 1997, p. 82). Fato este que pode ter influído na presença dos representantes dos municípios de São José dos Ausentes quando da aplicação do instrumento, mas que não corresponderia à realidade de Caxias do Sul.

Os resultados da primeira fase da aplicação do instrumento de coleta de dados, envolvendo a referência espontânea pelos conselheiros dos critérios empregados para hierarquizar os três problemas de saúde apresentados encontram-se no próximo item.

3.2 Fase Um: Referência Espontânea

A primeira fase da aplicação do instrumento previa a hierarquização espontânea dos agravos à saúde apresentados, seguida da enumeração de todos os critérios empregados para tal procedimento. Esta fase era precedida, usualmente, pela apresentação do aplicador do instrumento pelo Presidente do Conselho ou por representante da Secretaria Municipal de Saúde. Após a apresentação, e dos agradecimentos por parte do autor pela gentileza dos conselheiros em acolhê-lo e em participar da simulação, era explicitado brevemente como se daria a aplicação do instrumento e tempo previsto para seu término (não excedente a duas horas). Os objetivos do estudo eram apresentados e distribuídas duas folhas de papel. Uma folha continha a situação-problema, que ficaria em poder dos conselheiros até o final da aplicação do instrumento. Procedia-se à leitura da situação-problema em voz alta, sendo previamente acordado que a mesma seria interrompida se alguma dúvida ocorresse entre os conselheiros.

Após a leitura, solicitava-se que, na segunda folha, fosse assinalada a categoria de representação, enumerada a ordem de importância dos problemas e listados os critérios comumente empregados pelo conselheiros para hierarquizar as prioridades em saúde. Esta folha era, então, recolhida. Para manter o anonimato dos respondentes, na margem superior direita havia espaço para alocação de quatro letras, números ou sinais gráficos, que seriam repetidos na folha seguinte. Era informado aos conselheiros que esta atitude visava, ao mesmo tempo, manter o anonimato do respondente e viabilizar a compatibilização das respostas ao longo do instrumento.

A hierarquização das prioridades neste momento da aplicação do instrumento encontra-se na Tabela 3. Alcoolismo foi considerado como problema prioritário por 86 (60%) conselheiros, seguido de psicose (24%) e epilepsia (17%). Uma grade com os três problemas de saúde e o número de conselheiros que os consideraram prioritários (primeiro colocação entre os três problemas apresentados) era afixada na parede da sala.

Tabela 3
Hierarquização dos problemas de saúde, fase de referência espontânea.

Hierarquização	Primeiro lugar		Segundo lugar		Terceiro lugar	
	n	%	n	%	n	%
Alcoolismo	86	59,7	29	22,8	21	16,5
Epilepsia	24	16,7	40	31,5	68	53,5
Psicose	34	23,6	58	45,7	38	29,9
Total	144	100,0	127	100,0	127	99,9

Obs.: 4 casos sem valor para todos problemas, 17 casos apontaram apenas o problema prioritário. Percentuais calculados sobre o total de casos válidos.

Considerado o problema de saúde prioritário pela maioria dos representantes de todas as categorias, alcoolismo foi apontado, entre os casos válidos, por 33 (63,5%) usuários, 30 (61,2%) prestadores públicos, 5 (55,6%) prestadores privados e 18 (69,2%) profissionais de saúde.

Os critérios empregados para esta hierarquização estão enumerados na Tabela 4, já agregados por grupos de resposta. Os três critérios com maiores níveis de referência foram: frequência do problema na população (42% das citações); gravidade do problema (36%), incluindo o custo social agregado; e, custo financeiro vinculado ao mesmo (32%).

Tabela 4
Critérios enumerados espontaneamente pelos conselheiros (n=148).

Critérios	n	%
Frequência do problema na população	62	41,9
Gravidade e custo social agregado	53	35,8
Custo financeiro	48	32,4
Capacidade administrativa de prestação do serviço	38	25,7
Potencial de intervenção / prevenção	35	23,6
Interesse da comunidade	15	10,1
Convênios com outras instâncias do sistema de saúde	1	0,7
Outros	27	18,2

Obs.: não havia limite de critérios a serem enumerados pelos conselheiros.

Especificamente quanto ao alcoolismo, agregando-se o nível de prioridade em dois grupos (primeiro lugar e conjunto do segundo e terceiro lugares), e a referência espontânea ou não aos critérios acima enumerados, ocorreu diferença estatisticamente significativa, segundo o teste do qui-quadrado, apenas quanto ao critério “custo per

capita” ($p=0,0079$), quando dos 86 conselheiros que o definiram como problema prioritário, apenas 22 (25,6%) o haviam citado espontaneamente.

Ressalte-se os baixos patamares de citação que os critérios “interesse da comunidade” (10%) e “existência de convênios com outras instâncias do sistema de saúde” (apenas uma citação) obtiveram. Tais percentuais devem ser relativizados ao fato de metade dos conselheiros serem representantes dos usuários do sistema de saúde, o que de imediato pressuporia que este critério teria especial consideração pelos mesmos, e de os municípios componentes deste estudo, sem exceção, serem dependentes dos serviços de maior complexidade prestados em áreas externas a suas fronteiras, sendo constante o deslocamento de pacientes destes para outras regiões, culminando em seu encaminhamento para Porto Alegre. Tal fato deveria hipoteticamente conduzir a que os critérios “capacidade administrativa” de resolução dos problemas existentes na sua região (26% das citações) e necessidade de articulação com outras instâncias do sistema para resolução dos mesmos (uma citação) fossem levados em consideração como um conjunto, dentro do campo dos procedimentos inerentes ao processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

A contextualização destes grupos aos sete critérios epidemiológicos e político-administrativos previamente selecionados da literatura afeita ao tema encontra consonância quanto ao fato dos mesmos englobarem 90% dos critérios espontaneamente referidos, cuja correspondência está ilustrada no Quadro 1.

Quadro 1

Correspondência entre os grupos de critérios agregados, segundo referência espontânea dos conselheiros, e critérios previamente selecionados.

Grupos de critérios referidos espontaneamente		Critérios presentes na literatura
Frequência do problema na população	⇒	Magnitude
Gravidade e custo social agregado	⇒	Transcendência
Custo financeiro	⇒	Custo <i>per capita</i>
Capacidade administrativa de prestação do serviço	⇒	Capacidade administrativa
Potencial de intervenção / prevenção	⇒	Vulnerabilidade
Interesse da comunidade	⇒	Interesse da comunidade
Convênios com outras instâncias do sistema de saúde	⇒	Compromissos macro-regionais

Todos critérios selecionados previamente encontraram correspondência com os grupos de critérios de referência espontânea, respeitando-se certas distinções conceituais.

- a) “magnitude”, critério atrelado ao conceito de morbidade, viu-se transmutado a frequência do evento na população, artifício já empregado por alguns autores para operacionalizá-lo, quando não foram empregados proporções de óbitos para suplantar o fato da inexistência de dados de morbidade para todos os problemas de saúde (Casarin & Bueno, 1979-82, por ex.);
- b) “convênio com outras instâncias do sistema de saúde” também teve seu conceito modificado, perdendo a ênfase contratualista, que poderia significar simplesmente a vinculação a programas de saúde de corte vertical (estaduais, nacionais ou mesmo internacionais) para vincular-se aos “compromissos macro-regionais”, que engloba o sentido anterior, mas o redefine no âmbito das necessidades de conformação de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, centrada em níveis de complexidade crescente e mecanismos de referência e contra-referência de usuários; e, por fim,
- c) “interesse da comunidade” que, apesar da nomenclatura adotada não explicitar de imediato, incorpora a questão da participação popular, base do controle social sobre o Sistema Único de Saúde.

A referência a estes critérios está sistematizada por categoria de representação dos conselheiros na Tabela 5. Nesta tabela, desdobra-se o acima apontado, quando apenas um representante dos usuários referiu o critério “compromissos macro-regionais”, com “interesse da comunidade” recebendo pouco mais de 10% das referências, mesmo entre os representantes dos usuários e dos prestadores públicos.

A baixa referência à integração com outras instâncias do sistema deve ser relativizada à importância dos processos de descentralização e hierarquização dos serviços na busca da integralidade da atenção à saúde dos cidadãos, ao mesmo tempo em que o grau de interesse da comunidade ao controle social que a população deve exercer sobre o sistema. Ou seja, estes resultados são preocupantes, em se considerando que o próprio usuário questiona a base de conhecimentos empregadas no processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua decisão.

Tabela 5

Percentual de referência espontânea por grupos de critérios, sistematizado por categoria de representação.

Critérios	Usuários	Prestadores	Prestadores	Prof. de
	(n=60)	Públicos (n=52)	Privados (n=9)	Saúde (n=27)
Frequência	33,3	44,2	66,7	48,1
Transcendência	30,0	38,5	66,7	33,3
Custo per capita	31,7	26,9	66,7	33,3
Capacidade administrativa	20,0	28,8	22,2	33,3
Vulnerabilidade	13,3	25,0	66,7	29,6
Interesse da comunidade	11,7	9,6	11,1	7,4
Compromissos macro-regionais	1,7	-	-	-
Outros critérios	30,0	13,5	-	7,4

Obs.: percentuais calculados sobre o total de representantes de cada categoria.

Tinoco (1984), ao abordar a questão dos elementos viabilizadores de um processo de hierarquização de prioridades em saúde, delimitou que as prioridades seriam função da magnitude, da importância ou transcendência, da vulnerabilidade e do custo. Esta última variável interessa pelo quanto se dispense com o programa, envolvendo os gastos diretos, bem como a depreciação da capacidade instalada do sistema prestador de serviços.

Os quatro critérios acima enumerados foram os que apresentaram maior nível de citações apenas entre os prestadores privados de saúde, inclusive recebendo os mesmos patamares percentuais de referência (67%). Nas demais categorias de representação, o critério “vulnerabilidade” foi substituído por “capacidade administrativa”.

Contrapondo-se os usuários e o conjunto dos prestadores de serviços (públicos, privados e profissionais de saúde) e a referência espontânea aos critérios (citou ou não citou), apresentaram diferença significativa os critérios “vulnerabilidade” e “outros critérios” (Tabela 6).

Tabela 6

Número de conselheiros que referiram espontaneamente os critérios “vulnerabilidade” e “outros critérios”, segundo categoria de representação - usuários ou prestadores de serviços de saúde.

Critério	Usuário (n=60)	Prestador de Serviços de Saúde (n=88)	Significância
Vulnerabilidade			
Citou	8	27	0,015
Não citou	52	61	
Outros critérios			
Citou	18	9	0,019
Não citou	42	78	

Obs.: os demais critérios não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Quanto ao critério “vulnerabilidade”, os patamares percentuais de referência dos prestadores, individualmente ou agregados, foram cerca de duas vezes o apontado pelos usuários ($p=0,01509$). Ou seja, os prestadores de serviços espontaneamente manifestaram sua preocupação com o potencial preventivo ou de intervenção demandado pelas ações de saúde em bases superiores aos usuários de saúde, condizente com a ênfase “preventivista” adotada pelas várias instâncias do sistema de saúde nas duas últimas décadas mas que, aparentemente, não foi ainda assimilada ao nível do senso comum, na mesma magnitude, pelos usuários do sistema.

Já a rubrica “outros critérios”, referida majoritariamente entre os usuários dos serviços ($p=0,019$), enumerou sugestões diversas, não agregáveis nas sete categorias previamente selecionadas ou passíveis de criação de outra.

Em síntese, neste momento de aplicação do instrumento observou-se que:

- a) os três principais critérios espontaneamente referidos foram “frequência” (42%), “transcendência” (36%) e “custo *per capita*” (32%); e,
- b) os baixos patamares de referência dos critérios “interesse da comunidade” e “compromissos macro-regionais” conflitavam com a proposta de controle social e de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, pilares do processo de estruturação do Sistema Único de Saúde.

Estas questões serão retomadas a seguir, após a descrição dos resultados da hierarquização obtida pós-instrumentalização dos três problemas apresentados, e respectiva valoração dos critérios selecionados pelos conselheiros. Estes elementos, que compõem o terceiro item deste capítulo, são expostos a seguir.

3.3 Fase Dois: Hierarquização Instrumentalizada

A primeira fase de aplicação do instrumento terminava com a afixação em uma das paredes do local de realização da simulação da frequência que cada problema de saúde foi considerado como prioritário (quantos conselheiros escolheram alcoolismo, psicose ou epilepsia), o mesmo ocorrendo com uma listagem dos critérios enumerados espontaneamente para a hierarquização dos problemas de saúde. Como em todos os conselhos foram enumerados seis dos sete critérios revisados, e em apenas um foi citada a necessidade de compromissos com outras instâncias do sistema de saúde, este critério era sugerido pelo aplicador e incorporado ao conjunto a ser considerado nas fases seguintes. Em nenhum dos seis Conselho houve qualquer comentário de desaprovação a esta incorporação.

Seguindo um roteiro previamente estabelecido pelo autor, cada um dos critérios apontados era conceitualmente explicitado, com os conselheiros recebendo uma folha contendo uma sucinta explicação dos mesmos. Estimou-se uma mesma densidade de informação e duração de explicação para cada um dos critérios, todos sendo exemplificados em situações hipotéticas.

“Transcendência” foi o critério que mais demandou solicitações de explicações complementares; menos pela sua não compreensão, mais pelo desconhecimento (ineditismo) para parcela dos conselheiros, notadamente da categoria de representação dos usuários. As solicitações de novas informações centraram-se na transcendência social, já que a situação-problema empregava três problemas de saúde com baixo risco de evolução ao óbito, ou seja, redirecionava a discussão para outro patamar, que não exclusivamente o de gravidade (risco de morrer).

Esta fase, realizada imediatamente após a sistematização das frequências de alocação de prioridades espontaneamente referidas e a instrumentalização dos conselheiros quanto aos critérios epidemiológicos e político-administrativos, continha em seu bojo a alocação de pesos aos sete critérios propostos (de zero a dez), configurando uma grade de resultados. Procedeu-se, então, a uma nova leitura do

problema e hierarquização, seguida da estruturação individual de uma grade de resultados.

Esta grade foi estruturada de forma individual, sendo projetada uma escala de valores, de zero (absolutamente nenhuma importância) a dez (máxima importância possível), sendo cinco o valor intermediário. O aplicador do instrumento exemplificava como a mesma deveria ser preenchida, salientando elementos já referidos na metodologia deste estudo.

Após, os conselheiros aplicaram esta grade, individualmente, à situação problema, terminando por hierarquizar quantitativamente os três problemas apresentados: maior soma de valores equivalendo à maior prioridade. A média dos valores atribuídos pelos conselheiros a cada um dos critérios, discriminado por categoria de representação e coletivo do Conselho Municipal de Saúde, encontra-se na Tabela 6.

Tabela 7

Média de valores atribuídos aos critérios epidemiológicos e político-administrativos, por categoria de representação e coletivo do Conselho Municipal de Saúde - fase de instrumentalização.

Crítérios	Usuários (n=60)	Prestador Público (n=52)	Prestador Privado (n=9)	Prof. de Saúde (n=27)	Total (n=148)
Frequência	8,3	7,9	8,8	8,0	8,1
Transcendência	7,5	8,3	8,3	8,4	8,0
Interesse da comunidade	8,1	8,4	6,6	7,5	8,0
Capacidade administrativa	7,6	8,1	8,0	8,3	7,9
Vulnerabilidade	7,1	8,3	8,7	8,2	7,8
Custo per capita	7,3	7,9	6,2	7,4	7,5
Compromissos macro-regionais	6,1	7,3	6,0	5,4	6,4

Tem-se que “compromissos macro-regionais” recebeu as menores médias no geral (6,4) e segundo os conselheiros das quatro categorias de representação, apresentando diferença estatisticamente significativa frente aos demais critérios ($p < 0,001$).

Apesar desta média estar acima do valor de indiferença (5,0), ela está compreendida entre os menores patamares de importância. Do ponto de vista da estruturação dos Sistemas Locais de Saúde, a reduzida importância atribuída a este critério conflitua com o princípio de organicidade que deveria articular os vários níveis de prestação de atendimento existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), responsáveis pelo grau de cobertura e equidade almejadas nos serviços prestados à população.

Levando-se em conta que a descentralização prevista no Sistema Único de Saúde

“... apresenta três objetivos gerais: obter mais democracia, mais eficácia e mais justiça social ...[e que] a descentralização deve visar ao aprimoramento das relações intergovernamentais, capacitar os governos subnacionais para as funções que lhe são atribuídas e possibilitar o controle social da população organizada sobre o poder público” (ENAP, 1993, p. 171).

este achado poderia conduzir à inferência de que os conselheiros de saúde não estariam visualizando as instâncias superiores do SUS, voltando-se excessivamente a sua própria realidade local, exacerbando a dicotomia entre a universalização (a percepção do processo de estruturação do SUS) e a focalização das ações (o Sistema Local de Saúde). Esta dicotomia, diga-se de passagem, é um falso dilema, tendo em vista que “... a opção por políticas sociais universais, que respondam aos direitos dos cidadãos, não exclui a possibilidade de políticas focalizadas, quando necessário” (Brasil, 1995).

A segunda menor média (7,5) foi atribuída ao critério “custo *per capita*”, no geral e entre as categorias de representação, exceto entre os usuários, quando foi precedido pelo critério “vulnerabilidade”. Independente de categoria de representação, houve diferença estatística frente aos demais critérios ($p < 0,03$), exceto quando comparado com o critério “vulnerabilidade” ($p = 0,099$).

Os demais cinco critérios não apresentaram diferença significativa entre si, variando as médias totais de 7,8 (vulnerabilidade) a 8,1 (frequência), configurando um bloco de mesma importância para a alocação das prioridades em saúde, segundo a referência instrumentalizada dos conselheiros.

Na hierarquização dos critérios, “custo per capita” e “vulnerabilidade” receberam menores valores que “frequência”, “transcendência”, “interesse da comunidade” e “capacidade administrativa”.

Os resultados deste segundo momento de aplicação do instrumento (Tabela 8), qual seja, a aplicação de uma grade com os valores máximos atribuídos a cada um dos critérios sendo definido em função da comparação dos graus de importância dos mesmos entre si e frente à importância na hierarquização das prioridades, estabeleceu uma nova ordenação, quando epilepsia passou a ser o agravo prioritário, passando de terceira prioridade para a primeira, com 90 (60%) referências, enquanto alcoolismo desceu de 1º para 2º lugar e psicose de 2º para 3º (38% e 54% das referências, respectivamente). As médias da somatória dos valores atribuídos foram, respectivamente, 30,7; 29,6 e 26,7.

Tabela 8
Hierarquização dos problemas de saúde, fase de instrumentalização.

Hierarquização	Primeiro lugar		Segundo lugar		Terceiro lugar	
	n	%	n	%	n	%
Alcoolismo	45	30,0	59	38,1	43	31,6
Epilepsia	90	60,0	37	23,9	20	14,7
Psicose	15	10,0	59	38,1	73	53,7
Total	150	100,0	155	100,1	136	100,0

Obs.: houve um caso sem valor para todos problemas. Percentuais calculados segundo o total de cada posição hierárquica. Houve empate de hierarquizações em alguns casos.

Parcela da alteração da ordenação das prioridades de intervenção pode ser creditada à instrumentalização dos critérios, notadamente ao incremento valorativo atribuído aos critérios “compromissos macro-regionais” que, mesmo sendo o critério com menor peso, assumiu maior importância relativa no cálculo geral, e “interesse da comunidade”, que recebeu espontaneamente 10% das referências e passou a apresentar a segunda maior média atribuída após instrumentalização dos conselheiros.

Independente dos grupos de representação e sistematizando os conselheiros segundo a referência espontânea aos critérios enumerados (citou ou não citou), ao final

desta fase apenas o critério “vulnerabilidade” apresentou diferença estatisticamente significativa entre estes grupos ($p=0,008$), com os conselheiros que o referiram espontaneamente atribuindo-lhe média superior (8,5 e 7,6, respectivamente).

Agregando os conselheiros nos dois grupos básicos, usuários e prestadores de serviços (públicos, privados e profissionais de saúde), ocorreu diferença significativa apenas quanto aos critério “transcendência” ($p=0,011$), com os prestadores delimitando valores superiores aos atribuídos pelos usuários (8,3 e 7,5, respectivamente).

Em síntese, a instrumentalização dos conselheiros quanto aos critérios epidemiológicos e político-administrativos redundou em que:

- a) “frequência” e “transcendência” foram os critérios de maior referência espontânea e, após instrumentalização, receberam as maiores médias pelo conjunto dos conselheiros;
- b) o critério “interesse da comunidade” passou de um patamar de referência espontânea de 10% para o critério que, no conjunto das categorias de representação, apresentou a segunda maior média (8,0) e o maior valor mediano atribuído (9);
- c) o critério “compromissos macro-regionais”, que havia recebido apenas uma referência espontânea, persistiu sendo o critério com menor média (6,4), no geral e em todas as categorias de representação.
- d) “vulnerabilidade” apresentou diferença significativa ($p=0,008$) segundo referência prévia ao mesmo, enquanto “transcendência” ($p=0,011$) diferiu entre os grupos de usuários e de prestadores de serviço.

Cabe salientar que, para muitos casos, mais do que uma instrumentalização, o que ocorreu nesta fase foi a sistematização ou consolidação de conceito já existe e espontaneamente referido (como os critérios “custo *per capita*” ou “frequência”). Pela rápida incorporação por parte dos conselheiros que não os haviam anteriormente referido, pode-se inferir que a instrumentalização também serviu como um elemento recordatório dos mesmos.

Como instrumentalização plena pode ser citado apenas a abordagem realizada quanto ao critério “transcendência”, já não mais dependente do risco de evolução ao óbito, mas atrelado ao seu impacto social, no campo da seguridade social ou do mundo do trabalho. Neste sentido, o critério “interesse da comunidade” também foi ressignificado para alguns conselheiros, passando a incorporar a questão do controle social sobre o sistema de saúde.

O fato desta fase ter sido realizada de forma individualizada, com o conselheiro sendo apresentado aos conceitos e pressupostos que permeiam os critérios enumerados (espontaneamente referidos), em algum momento retoma o processo de decisão que ocorre ao nível da plenária dos Conselhos, qual seja: apresentação da situação a ser discutida (o conselheiro posiciona-se de forma individual), discussão da mesma junto às instituições componentes da Plenária (o conselheiro debate com seus pares e se instrumentaliza para a discussão) e retorno à plenária (a busca da hegemonia). Ou seja, o conselheiro busca novas informações junto a seus pares, quando é consolidada a posição da instituição e estabelecidas as estratégias para que a mesma seja aprovada pela Plenária do Conselho.

3.4 Fase Três: Hierarquização Coletiva

A terceira e última fase do instrumento (após as fases de referência espontânea e instrumentalizada, ambas individuais) era composta pela discussão, elaboração coletiva e aplicação de uma grade de valores à situação-problema apresentada. Vale lembrar que os conselheiros já haviam enumerado anteriormente e de forma espontânea a hierarquia de intervenção quanto aos três problemas de saúde apresentados na situação-problema, bem como os critérios empregados comumente para procedimento semelhante. E, também individualmente, haviam hierarquizado novamente os três problemas de saúde, após instrumentalização quanto aos critérios epidemiológicos e político-administrativos mais frequentemente apontados pelos autores que abordam esta temática. Estes critérios coincidiram com os espontaneamente referidos, exceto quanto aos “compromissos macro-regionais”, apontado por apenas um conselheiro.

A sistemática de elaboração da grade coletiva respeitou a análise por todos os conselheiros de cada um dos critérios. Os valores mínimos e máximos atribuídos na fase anterior (individual instrumentalizada) eram explicitados. Havia um debate quanto ao grau de importância do mesmo e chegava-se a um valor consensual.

Terminado o ato de atribuir valores a todos os critérios, o aplicador do instrumento lia todos os valores enumerados, solicitava confirmação dos mesmos e se todos tinham claro as conseqüências da alocação dos valores, retomando o exemplo dos valores extremos (zero e dez) e o intermediário (cinco). Aprovada a grade coletiva, esta ficava afixada em um quadro-negro ou parede da sala, procedia-se novamente à leitura da situação-problema, sendo atribuído um valor para cada um dos problemas em cada critério. Terminada a alocação dos valores, era realizada uma soma destes, quando a maior soma correspondia à maior prioridade de intervenção.

De posse das somas, era afixada a lista hierárquica das prioridades, junto às já presentes das fases anteriores, realizando-se um comentário quanto a eventuais alterações ocorridas.

A média dos valores atribuídos pelo conjunto dos conselheiros na fase de instrumentalização e na de deliberação coletiva, após discussão quanto aos mesmos, encontra-se na Tabela 9. De imediato observa-se que “frequência”, critério que recebeu o maior número de referências espontâneas e apresentou a maior média na fase individual instrumentalizada, também recebeu a maior média no momento de deliberação coletiva dos pesos dos critérios, com incremento significativo nesta ($p=0,005$).

Tabela 9

Média de valores atribuída aos critérios epidemiológicos e político-administrativos pelo conjunto dos conselheiros (fase individual instrumentalizada) e pela deliberação coletiva do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Critérios	Individual Instrumental.	CMS
Frequência	8,1	8,6
Transcendência	8,0	7,9
Interesse da comunidade	8,0	6,5
Capacidade administrativa	7,9	7,3
Vulnerabilidade	7,8	8,2
Custo per capita	7,5	6,9
Compromissos macro-regionais	6,4	3,8

Enquanto “frequência” foi o único critério a apresentar incremento estatisticamente significativo em sua média ($p=0,005$), “transcendência” e “vulnerabilidade” mantiveram-se nos mesmos patamares estatísticos ($p=0,611$ e $0,075$, respectivamente) e os demais apresentaram diminuição significativa, notadamente “compromissos macro-regionais” e “interesse da comunidade” ($p<0,001$, ambos).

A grade de valores gerada pela deliberação coletiva de todos os conselheiros apresenta a característica de ser mais discriminante que a resultante dos valores atribuídos pelos conselheiros individualmente. Se a grade da fase individual instrumentalizada apresentava três pontes de corte de valores de critério (“compromissos macro-regionais”; “custo”; e uma ponte de ligação deste com “vulnerabilidade” e aos restantes critérios), a grade coletiva hierarquiza-os, posicionados com diferença estatisticamente significativa entre o(s) critério(s) imediatamente anterior(es) e posterior(es).

Na Tabela 10 encontra-se a aplicação desta grade de valores ao problema apresentado e a conseqüente hierarquização dos agravos. Epilepsia, na totalidade dos casos, foi considerado como o agravo prioritário de intervenção, seguido de psicose e alcoolismo. Desta forma, inverteram-se as posições hierárquicas obtidas quando da enumeração espontânea dos agravos à saúde, com o alcoolismo passando de problema prioritário a menos importante e epilepsia ascendendo de menos importante a intervenção prioritária.

Tabela 10
Hierarquização dos problemas de saúde, fase de deliberação coletiva.

Hierarquização	Primeiro Lugar		Segundo Lugar		Terceiro Lugar	
	n	%	n	%	n	%
Alcoolismo	0	-	47	31,8	101	68,2
Epilepsia	147	100,0	-	-	-	-
Psicose	0	-	120	81,4	28	18,3

Obs.: um caso sem valor.

A exemplo da fase anterior, parcela da alteração na ordenação das prioridades de intervenção pode ser creditada à apropriação por parte dos conselheiros dos critérios instrumentalizados e à problematização dos mesmos na discussão que antecedeu a conformação da grade final de valores.

Independente dos grupos de representação e empregando-se como base a referência espontânea aos critérios enumerados (citou ou não citou), têm-se que, ao final desta fase, apenas o critério “frequência” apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$), com a média coletiva superior entre os que não haviam referido espontaneamente este critério. Para o critério “vulnerabilidade” ocorreu exatamente o inverso, com a média coletiva sendo inferior entre os que não o haviam citado espontaneamente ($p=0,006$).

Discriminando estes dados segundo os dois grandes grupos de representantes, usuários e prestadores de serviços, tem-se que entre os usuários:

- a) os critérios “custo”, “capacidade administrativa”, “frequência” e “transcendência” não apresentaram diferença significativa entre as médias obtidas na fase individual instrumentalizada e na de deliberação coletiva;
- b) apenas o critério “vulnerabilidade” apresentou incremento significativo em sua média ($p < 0,001$); e,
- c) os critérios “compromissos macro-regionais” e “interesse da comunidade” tiveram redução significativa de sua média na fase de deliberação coletiva ($p < 0,001$, ambos).

Já entre os prestadores de serviço,

- a) o critério “vulnerabilidade” não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,651$) e “transcendência” apresentou significância *borderline* ($p = 0,048$);
- b) o critério “frequência” apresentou incremento significativo em sua média, de 8,0 para 8,6 ($p = 0,013$); e,
- c) todos os demais critérios apresentaram redução significativa em suas médias ($p < 0,004$, para todos), notadamente o critério “compromissos macro-regionais”, reduzido a praticamente à metade do valor da fase anterior.

A análise segmentada dos prestadores de serviço evidenciou que:

- a) entre os prestadores públicos, não ocorreu diferença significativa entre as médias dos critérios “transcendência” ($p = 0,237$) e “vulnerabilidade” ($p = 0,869$), ocorreu incremento *borderline* para “frequência” ($p = 0,046$) e redução significativa para os demais critérios ($p < 0,02$);
- b) entre os prestadores privados, ocorreu diferença estatisticamente significativa, com redução das médias, apenas entre os critérios “capacidade administrativa” ($p = 0,032$) e “compromissos macro-regionais” ($p = 0,045$); e,
- c) entre os profissionais de saúde, os critérios “custo”, “frequência”, “transcendência” e “vulnerabilidade” não apresentaram diferença entre suas médias nas fases individual instrumentalizada e de deliberação coletiva, com redução significativa nos critérios “capacidade administrativa”,

“compromissos macro-regionais” e “interesse da comunidade” ($p < 0,05$, para os três).

Dito de outra forma:

- a) “frequência” apresentou um incremento significativo em sua média, verificado exclusivamente entre os prestadores públicos de saúde ($p = 0,046$);
- b) “transcendência” não alterou significativamente sua média, o mesmo ocorrendo entre os usuários e os prestadores (significância *borderline* para o conjunto dos mesmos: $p = 0,048$);
- c) “interesse da comunidade” apresentou redução significativa em sua média, diferença que atingiu os usuários, os prestadores públicos e os profissionais de saúde, mas não os prestadores privados;
- d) “capacidade administrativa” reduziu sua média, mas sem diferença estatisticamente significativa, fato que ocorreu nos três segmentos de prestadores de serviço ($p < 0,05$);
- e) “vulnerabilidade” apresentou incremento de sua média, sem alteração estatisticamente significativa, independente dos três segmentos de prestadores de serviço, embora tenha sido significativa para os usuários ($p = 0,04$);
- f) “custo per capita” apresentou redução significativa na fase de deliberação coletiva, observado também para o conjunto dos prestadores ($p = 0,004$) e os prestadores públicos ($p = 0,008$); e,
- g) “compromissos macro-regionais” apresentou redução significativa, passando de 6,4 para 3,8, no conjunto dos conselheiros e em todos os segmentos representados ($p < 0,01$).

Esta migração de valores atribuídos entre as fases, evidenciando processo de convencimento ocorrido entre os diversos grupos de conselheiros se fez presente na análise de correlação (Pearson) efetuada entre os valores atribuídos na fase de instrumentalização e na de deliberação coletiva, que apontou os seguintes resultados:

Tabela 11
Correlação entre os valores atribuídos aos critérios nas fases individual instrumentalizada e coletiva (n=147).

Critérios de hierarquização	Pearson	p
Frequência	0,1331	0,107
Transcendência	-0,1892	0,021
Vulnerabilidade	-0,0614	0,459
Custo per capita	0,0795	0,337
Capacidade administrativa	0,1853	0,024
Interesse da comunidade	0,1575	0,056
Compromissos macro-regionais	0,0374	0,652

Observa-se que, em todos casos, ocorreu uma correlação muito baixa ou mesmo negativa quanto aos valores atribuídos na fase individual instrumentalizada e a de deliberação coletiva. Isto deve-se fundamentalmente à assimetria dos valores atribuídos, com grande dispersão na fase individual instrumentalizada (no conjunto e por segmento de representação) e concentração dos mesmos na fase de deliberação coletiva. Por exemplo: o critério “frequência” apresentava valores variando de 1 a 10 na fase individual instrumentalizada (kurtosis=0,512), mas concentração nos valores 8 e 9 na fase de deliberação coletiva (kurtosis= -1,934). O mesmo ocorreu com o critério “transcendência”, variando apenas na concentração nos valores 7 e 8 na fase de deliberação coletiva.

A inexistência de correlação importante entre as duas fases, que poderia levar à conclusão de que os pressupostos anteriores não influenciariam na fase de deliberação coletiva, apenas expõe a importância dos órgãos colegiados e das representações de diversos segmentos nos mesmos, na busca de uma melhor compreensão da realidade, resultando em um salto de qualidade na hora de delimitar os valores dos critérios que seriam empregados na hierarquização das prioridades em saúde de sua região.

Como complemento aos resultados quantitativos descritos até o momento, no item 3.5 se apresenta uma avaliação qualitativa do processo de hierarquização por parte dos conselheiros, seguido dos resultados da transposição da grade coletiva (constante da tabela 8) aos problemas de saúde enquadrados na ação programática de combate às Doenças Crônico-Degenerativas (item 3.6). Ao final, uma discussão dos achados deste estudo (item 3.7).

3.5 Avaliação qualitativa do processo de hierarquização

Após a última hierarquização, e de posse dos resultados finais, uma avaliação coletiva quanto aos resultados gerados pela grade dos conselheiros foi então realizada, seguindo um roteiro semi-estruturado que contemplava:

- a) a percepção dos conselheiros quanto ao processo de conformação de uma grade de valores quantitativa e a hierarquização decorrente desta, na fase individual instrumentalizada e na de deliberação coletiva;
- b) a facilidade de uso dos critérios; e,
- c) a possibilidade de emprego destes critérios em discussões futuras do Conselho Municipal de Saúde, buscando aquilatar a utilidade percebida (apreensão e replicabilidade da metodologia empregada).

As colocações realizadas por conselheiros, as polêmicas e o resultado avaliativo final eram compilados pelo autor em um caderno de notas, seguindo o roteiro descrito acima. Os argumentos empregados para atribuir determinado peso a cada um dos critérios já foram incorporado ao texto, nos itens referentes às fases individual instrumentalizada e de deliberação coletiva (itens 3.3 e 3.4, respectivamente).

A primeira constatação que emergiu de parte ou do Conselho como um todo é que a quantificação da situação-problema, através de uma grade estruturada de critérios e respectivos valores, se por um lado se constituía em um instrumento auxiliar para a análise de múltiplas demandas, por outro gerava surpresas ao próprio conselheiro. Assim, mais de um conselheiro expressou surpresa quanto ao resultado obtido no momento da somatório dos pontos, notadamente quando envolveu alteração do problema de saúde espontaneamente referido.

Este fato ocorreu em dois momentos distintos. O primeiro momento reporta-se à fase de instrumentalização, quando a soma dos pontos era a expressão dos próprios pesos atribuídos aos critérios. Foi o caso de conselheiros que empregaram argumentos vinculados à proximidade com determinado problema de saúde (familiar ou pessoa próxima portadora do mesmo) e que, ao sistematizar os problemas segundo os critérios, tiveram sua importância diminuída, perdendo a premissa de ser o problema mais

importante. Ou mesmo de profissionais de saúde, que tiveram sua referência espontânea a determinado problema contrariada pela somatório dos pontos, ou seja, alterando a ordem de prioridade pela inserção de critérios não comumente afeitos à área clínica (como “interesse da coletividade” ou “compromissos macro-regionais”). Em ambos casos, esta discussão prendeu-se à alteração da ordem de prioridades envolvendo o alcoolismo.

Em um segundo momento, alguns conselheiros questionaram o consolidado de valores advindo da deliberação coletiva, fato que reporta-se à questão do processo decisório e à conformidade dos representantes das quatro categorias presentes na plenária do Conselho frente a uma decisão coletiva. Não questionava-se a legitimidade dos pesos ou a análise realizada da situação problema, mas o fato da grade coletiva divergir da individual instrumentalizada. Vale salientar que determinados valores coletivos, dependendo da categoria de representação, redundaram em alterações importantes de pesos, notadamente quanto aos critérios “compromissos macro-regionais” e “interesse da comunidade.

Inegavelmente, quanto à facilidade de apreensão dos elementos vinculados a cada critério, “transcendência” foi o de mais difícil visualização, nem tanto pela dificuldade de compreensão, quanto pelo ineditismo do mesmo, ao ser diminuído o peso do “risco de morrer” (gravidade) e valorizadas as repercussões sociais associadas a determinado problema. A maioria das solicitações de esclarecimentos foram realizadas ainda na fase de instrumentalização, sendo este critério posteriormente rapidamente incorporado. Os demais critérios eram de domínio (ao menos ao nível do senso comum, ou seja, não eram estranhos à idéia perpassada pelos mesmos) dos conselheiros, por consequência não envolvendo maior dificuldade referida de compreensão.

Mais do que os critérios empregados, referidos espontaneamente pelos conselheiros em sua maioria, a forma de estruturação do instrumento mereceu comentários, especialmente quanto à sistemática de apresentação da situação-problema. As referências sempre enfocaram a complexidade da situação, nem tanto pela dificuldade de resolução (que existia), mas pelo fato de abordar várias facetas de cada um dos problemas ao mesmo tempo. Ou seja, os dados apresentados para caracterizar a

situação de saúde hipotética sobrepassava ao conjunto de dados usualmente à disposição dos conselheiros, na plenária do Conselho ou mesmo fora dela.

Como apontou Jacobi (1990), canais de comunicação entre a população e as instituições devem ser criados, no sentido de que

“A informação representa cada vez mais um componente de qualidade de vida dos cidadãos, na medida em que a oferta de serviços e atividades explicita uma transparência da administração pública e a possibilidade de aproveitamento do potencial dos cidadãos no processo decisório, assim como de democratizar ao máximo o controle de gestão da coisa pública ... O desafio é fazer chegar a informação ao usuário final e não só esperar que os cidadãos se aproximem da administração” (Jacobi, 1990).

Uma questão que ficou clara aos presentes e em todos os Conselhos foi a de que esta metodologia poderia ser ampliada (suprimindo, dividindo ou inserindo outros critérios, além da redefinição dos respectivos pesos), segundo as particularidades de cada realidade sanitária. Falando a favor da apreensão por parte dos conselheiros presentes e do potencial de replicabilidade da metodologia empregada nas reuniões seguintes ou durante a confecção do Plano Municipal de Saúde.

Como ganho secundário, o fato de cópias do instrumento terem sido solicitadas por conselheiros para emprego em suas instituições/entidades de origem. Estas solicitações foram provenientes de representantes de três das quatro categorias de representação, sendo exceção os prestadores privados. No caso dos profissionais de saúde, de docente universitário que desejava replicar o instrumento em ambiente acadêmico; dos prestadores públicos, da aplicação do instrumento nos setores de planejamento de suas secretarias municipais; e dos usuários, por representantes de entidades sindicais com comissões de saúde estruturadas.

Estas solicitações vêm ao encontro de um dos objetivos secundários deste estudo, a difusão da metodologia proposta, contribuindo ao incremento da consciência sanitária de determinados atores sociais que, em representando a população, “passam a

pressionar, de maneira sistemática, no sentido de uma nova direcionalidade para a política de saúde” (Moraes et al., 1992, p. 38).

Em síntese, a percepção dos conselheiros foi positiva quando à metodologia apresentada, que não apenas apresentou factibilidade de apreensão como de apropriação e modificação de sua proposta original, visando sua adequação a distintas realidades sanitárias municipais.

A facilidade de seu emprego foi relativa, já que a complexidade da situação-problema apresentada foi ressaltada, bem como a necessidade da expressão matemática dos níveis percebidos de importância dos critérios. Assumindo-se que,

“Não obstante o cerco legal que se criou para o controle e avaliação da sociedade sobre os mandantes do poder público, a realidade tem evidenciado uma importante contradição. Esta contradição reside no fato de que a norma estabelecida exige, embora informalmente, um grau de conhecimento técnico nem sempre alcançável pelos membros dos conselhos, além de uma formação política dos conselheiros, que varia de acordo com o padrão de representatividade das entidades indicadas” (Pinheiro, 1996, p. 70),

a ponderação dos conselheiros é compatível com a proposta original desta simulação, que deveria envolver a descrição de uma situação-problema contextualizada aos recursos existentes, competitivos e demandando distintas resoluções, sendo a quantificação dos critérios uma dificuldade já esperada, mas que terminou por se apresentar em níveis inferiores aos previstos (por exemplo: não foi observada a presença de conselheiros analfabetos ou que não dominassem os princípios elementares da matemática).

Ao final, temos a percepção de que a situação converteu-se em instrumento pedagógico, ao viabilizar metodologia passível de sistematização e apreensão de sua realidade vivenciada, difundindo critérios que deveriam ser comumente empregados nos setores de planejamento das Secretarias de Saúde (casos dos critérios “magnitude”, “transcendência”, “vulnerabilidade” e “custo”) ou na ordem do dia, devido às medidas implementadas no bojo do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (caso

dos critérios redefinidos de “custo”, “capacidade administrativa”, “compromissos macro-regionais” e “interesse da coletividade”).

3.6 Transposição dos resultados a um programa de saúde

De posse da grade de valores atribuídos a cada um dos sete critérios, a quarta e última parte do processo de investigação era constituída pela transposição da mesma a determinados agravos em nível estadual. Objetivava, desta forma, comparar os resultados advindos da aplicação de uma grade de valores gerada no âmbito da tecnoburocracia da Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente (SSMA/RS), com a que emergiu dos Conselhos Municipais de Saúde, órgão deliberativo superior do Sistema Único de Saúde.

A definição dos critérios para a confecção do instrumento de coleta de dados para este estudo ocorreu de forma paralela e independente ao processo desencadeado internamente pela Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente (SSMA/RS), quando seu Setor de Planejamento, através do Departamento de Ações em Saúde, terminou por elaborar uma grade de valores.

O pressuposto de elaboração de uma grade viabilizadora de hierarquização das prioridades de saúde, em nível estadual, era de que

“... os recursos financeiros públicos são insuficientes para atender todas as necessidades na área da saúde da população. ... Por isso, devem ser gastos, de forma racional de modo a beneficiar o maior contingente populacional possível, impondo-se o estabelecimento de prioridades para as atividades a serem desenvolvidas pelo setor público. Estas devem ser fundamentadas em critérios epidemiológicos e técnicos e, também, contemplar os aspectos administrativos, para otimizar a relação custo/benefício das ações desenvolvidas” (Of. n.º 541/97 - GAB/SSMA).

Como desdobramento, as doenças/agravos que seriam priorizadas se constituíssem, por definição, em

“... objeto de ações de controle, ... a possibilidade de essas serem passíveis de redução através de ações programáticas (equacionáveis com Programas de Saúde) ou de serem estritamente objetos de atividades médico-assistenciais isoladas” (Of. n.º 541/97 - GAB/SSMA).

Este último condicionante deveu-se ao fato da SSMA/RS, através da análise das internações hospitalares e óbitos ocorridos no Estado do Rio Grande do Sul em 1993, ter identificado que as doenças/agravos passíveis de serem alvo de ações programáticas representavam “pouco mais de 40% ... Portanto, em quase da metade dos casos teria sido possível a intervenção com a finalidade de reduzir seu impacto e, dessa forma, reduzir custos” (Of. n.º 541/97 - GAB/SSMA).

Desta forma, de posse da grade de valores e havendo compatibilidade entre os critérios empregados, acrescido do fato de ser o gestor estadual o responsável pela consolidação das informações que irão embasar os critérios de frequência (magnitude do evento), transcendência (mortalidade, incapacidade, custo social), vulnerabilidade (capacidade de prevenção), custo per capita (por ser o ordenador de despesas), da capacidade instalada do sistema estadual de saúde e dos compromissos macro-regionais assumidos pelos vários municípios gaúchos, optou-se por comparar a hierarquização das prioridades realizadas pelo gestor estadual com os resultados obtidos pela aplicação da grade de valores geradas pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Como as prioridades foram identificadas por ação programática, e nem todas estas ações encontravam-se plenamente documentadas (do ponto de vista de acesso aos dados originais), optou-se por empregar os dados existentes na Seção de Controle de Agravos Crônico-Degenerativos, do Departamento de Ações em Saúde-SSMA/RS. Os valores e a forma de operacionalização de cada um dos critérios empregados encontram-se no quadro 2.

Quadro 2

Valores e forma de operacionalização dos critérios empregados pelo Departamento de Ações em Saúde (SSMA/RS).

Critério	Peso	Operacionalização (pontuação)
Magnitude (Frequência)	20	n.º de casos por cem mil habitantes no ano-pico da série histórica disponível, variando de 1 (menos de 0,025 casos) a 20 (acima de 25.000 casos)
Transcendência	20	somatório dos pontos atribuídos à letalidade (1 a 10 pontos), incapacidade gerada (1 a 5 pontos) e grau de incômodo (1 a 5 pontos)
Vulnerabilidade	20	pontuação atribuída à capacidade de prevenção, variando de prevenção nula (zero) a muito alta (17 a 20)
Custo	* 10	valor de cada procedimento prestado
Capacidade administrativa*	10	recursos humanos, materiais e físicos existentes na área, públicos ou não
Interesse da comunidade *	10	participação associada a determinado agravo, presença de associação de portadores, ONGs, etc.
Compromissos externos *	10	existência de convênios internacionais, nacionais ou protocolos de intenção assumidos e sendo operacionalizados ao nível municipal

Fonte: modificado de dados obtidos junto à Seção de Controle de Agravos Crônico-Degenerativos, DAS - SSMA/RS, abril de 1997. Pontuação completa consta do Anexo 3.

* Os quatro últimos critérios não foram passíveis de quantificação na mesma intensidade que os três primeiros, sendo definidos os limites máximos e sugeridas as formas de delimitação dos valores. Estavam, desta forma, atrelados à análise subjetiva dos implementadores das ações em cada um dos programas de saúde existentes (“feeling” da área).

Observa-se que, quando comparadas as definições dos critérios empregados pela SSMA/RS e as constantes do instrumento de coleta de dados, não existem conflitos conceituais entre os critérios “frequência”, “transcendência” e “vulnerabilidade”, pela forma de estruturação do instrumento de coleta de dados.

Já os critérios “custo per capita”, “capacidade administrativa” e “interesse da comunidade” foram passíveis de uma definição mais objetiva de seus valores no instrumento de coleta de dados, diminuindo a possibilidade de interpretações subjetivas quanto aos mesmos.

Os únicos critérios que apresentaram diferenças conceituais importantes foram os de “compromissos externos” e “interesse da comunidade”. O primeiro, empregado pelo gestor estadual como afeito aos convênios e protocolos de atenção vinculados aos

organismos nacionais e internacionais, ao passo que o sentido empregado no instrumento de coleta de dados (e verbalizado quando da decodificação do critério) vinculava-se ao processo de estruturação de uma rede hierarquizada de serviços de saúde, com referência e contra-referência entre seus vários níveis. Tal fato não invalida a existência de convênios ou protocolos de intenção, mas o apropriada para além de uma questão legal/formal, redimensionando-o ao nível do processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). O segundo, por não explicitar a abrangência real da participação da sociedade civil, almejada ao nível do controle do sistema de saúde.

Na Tabela 12 encontra-se a pontuação correspondente a cada um dos critérios por problemas de saúde selecionados. Têm-se que, enquanto ação programática em saúde, o grupo de problemas vinculados ao aparelho circulatório (Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Isquêmica do Coração e Doenças Cerebrovasculares) concentraram as maiores pontuações, juntamente com Diabetes e Doença Renal Crônica.

Tabela 12

Pontuação atribuída pelos técnicos do DAS-SSMA/RS aos critérios magnitude (M), transcendência (T), vulnerabilidade (V), custo per capita (C), capacidade administrativa (CA), interesse da comunidade (IC) e compromissos externos (CE).

Agravo	M (20)	T (20)	V (20)	C (10)	CA (10)	IC (10)	CE (10)	Total (100)
Hipertensão Arterial Sistêmica	16	9	12	8	8	9	8	70
Diabete	15	11	12	8	8	8	8	70
Doença Isquêmica do Coração	15	14	7	5	5	9	8	63
Tendinite	10	9	18	7	7	7	5	63
Doença Cerebrovascular	14	14	7	5	5	8	8	61
Doença Renal Crônica	9	11	12	8	5	8	8	61
Lombalgia	20	10	12	3	7	6	0	58
Gota	5	6	18	8	9	1	5	52
Artrite Reumatóide	11	9	12	3	9	2	5	51
Osteoporose	16	9	8	2	7	4	5	51
Lúpus Eritematoso Sistêmico	5	16	15	3	5	2	5	51
Osteoartrose	16	10	10	3	5	2	5	51

Fonte: modificado de dados obtidos junto à Seção de Controle de Agravos Crônico-Degenerativos, DAS - SSMA/RS, abril de 1997.

Abaixo encontra-se a correspondência entre os critérios empregados pela SSMA/RS e os empregados junto aos Conselhos Municipais de Saúde (Quadro 3), além de seus respectivos pesos.

Quadro 3

Correspondência entre os critérios de hierarquização de prioridades em saúde empregados.

SSMA/RS	Peso	Peso	Conselho Municipal de Saúde
Magnitude (Frequência)	20 ⇒	8,6	Frequência
Transcendência	20 ⇒	7,9	Transcendência
Vulnerabilidade	20 ⇒	8,2	Vulnerabilidade
Custo per capita	10 ⇒	6,9	Custo per capita
Capacidade Administrativa	10 ⇒	7,3	Capacidade Administrativa
Interesse da Comunidade	10 ⇒	6,5	Interesse da Comunidade
Compromissos Externos	10 ⇒	3,8	Compromissos Macro-Regionais
Total de Pontos	100	49,2	

Na forma como a problemática de saúde foi construída no instrumento de coleta de dados, existe uma correspondência direta entre os critérios empregados pela SSMA/RS e enumerados aos CMS. Entretanto, ocorreram alterações entre os pesos relativos atribuídos aos mesmos, quando:

- a) “frequência” (8,6), “vulnerabilidade” (8,2) e “transcendência” (7,9), equiparáveis para o gestor estadual, foram estratificados entre si e tiveram redução de seu impacto no somatório total de pontos (de 60% para 50,2% do total);
- b) “capacidade administrativa” (7,3), “custo per capita” (6,9), e “interesse da comunidade” (6,5), todos equiparáveis para o gestor estadual, também foram estratificados entre si, com aumento de seu impacto no somatório total de pontos (de 30% para 42%);
- c) “compromissos macro-regionais” teve sua participação relativa no somatório dos critérios diminuída, passando de 10% cada para 7,7%.

Ressalte-se que, se inicialmente “frequência”, “vulnerabilidade” e “transcendência” foram os critérios epidemiológicos majoritariamente empregados para hierarquizar os problemas de saúde nos anos 70, de forma isolada ou integrada, progressivamente seu peso vem decrescendo, por adesão de novos critérios. No caso específico, o próprio gestor estadual reduziu sua participação a 60% do total e os Conselhos participantes deste estudo a 50%.

Na Tabela 13 encontram-se os resultados da aplicação desta grade de valores. Observa-se que, como resultante do emprego da grade de valores proposta pelo gestor estadual, dos 12 problemas selecionados, 10 apresentavam valores iguais, fato não ocorrido com a grade coletiva dos CMS, que discriminou todos os problemas de saúde.

Tabela 13

Doenças Crônico-Degenerativas - pontuação dos critérios frequência (F), transcendência (T), vulnerabilidade (V), custo per capita (C), capacidade administrativa (CA), interesse da comunidade (IC) e compromissos macro-regionais (CM).

Agravo	F (8,6)	T (7,9)	V (8,2)	C (6,9)	CA (7,3)	IC (6,5)	CM (3,8)	Total (49,2)
Hipertensão Arterial Sistêmica	6,9	3,6	4,9	5,5	5,8	5,9	3,0	35,6
Diabete	6,5	4,3	4,9	5,5	5,8	5,2	3,0	35,2
Doença Isquêmica do Coração	6,5	5,5	2,9	3,5	3,7	5,9	3,0	31,0
Tendinite	4,3	3,6	7,4	4,8	5,1	4,6	1,9	31,7
Doença Cerebrovascular	6,0	5,5	2,9	3,5	3,7	5,2	3,0	29,8
Doença Renal Crônica	3,9	4,3	4,9	5,5	3,7	5,2	3,0	30,5
Lombalgia	8,6	4,0	4,9	2,1	5,1	4,6	0	29,3
Gota	2,2	2,4	7,4	5,5	6,6	0,7	1,9	26,7
Artrite Reumatóide	4,7	3,6	4,9	2,1	6,6	1,3	1,9	25,1
Osteoporose	6,9	3,6	3,3	1,4	5,1	2,6	1,9	24,8
Lúpus Eritematoso Sistêmico	2,2	6,3	5,9	2,1	3,7	1,3	1,9	23,4
Osteoartrose	6,9	4,0	4,1	2,1	3,7	1,3	1,9	24,0

A consequência das alterações verificadas no impacto gerado pelos critérios, acima descritos, pode ser visualizado no Quadro 4, sendo salientadas as mudanças de posição de determinados problemas. Dos 12 problemas, 4 mantiveram sua posição original, 7 reduziram sua importância relativa e um ascendeu na escala de hierarquização das mesmas.

Quadro 4

Comparativo entre as posições hierárquicas resultante das grades de valores empregadas pelos técnicos do DAS-SSMA/RS e pelo CMS.

Agravos	DAS - SSMA		⇒	CMS		
	Pontos	Posição		Posição	Pontos	
Hipertensão Arterial Sistêmica	36	1º	⇒	1º	35,6	=
Diabete	36	1º	⇒	2º	35,2	↓
Doença Isquêmica do Coração	31	4º	⇒	4º	31,0	=
Tendinite	32	3º	⇒	3º	31,7	=
Doença Cerebrovascular	30	6º	⇒	6º	29,8	=
Doença Renal Crônica	31	4º	⇒	5º	30,5	↓
Lombalgia	24	11º	⇒	7º	29,3	↑
Gota	27	7º	⇒	8º	26,7	↓
Artrite Reumatóide	25	8º	⇒	9º	25,1	↓
Osteoporose	25	8º	⇒	10º	24,8	↓
Lúpus Eritematoso Sistêmico	24	11º	⇒	12º	23,4	↓
Osteoartrose	25	8º	⇒	11º	24,0	↓

Fica patente que a grade de valores gerada pela discussão coletiva nos CMS é mais discriminante, hierarquizando todos os agravos crônico-degenerativos empregados como exemplo. Em ambas formas de priorização, os seis primeiros agravos seriam os mesmos (resguardado o poder discriminante da grade dos CMS), quais sejam: Hipertensão Arterial Sistêmica continuaria a ser o agravo prioritário (35,6 pontos), seguida de diabetes (35,2 pontos), tendinite (31,7), doença isquêmica do coração (31,0) e doença renal crônica (30,5).

Deve, entretanto, ser salientado, que foram mantidas as pontuações originais fornecidas pelo gestor estadual, incluindo a alocação subjetiva (*feeling*) de valores pelos técnicos responsáveis pela implementação das ações programáticas, até pela improbabilidade de existência de quantitativos em todos os aspectos necessários para cada um dos problemas de saúde existentes. Mas, é de se supor que estas avaliações subjetivas, se submetidas à análise pelos Conselhos de Saúde, seriam passíveis de alteração, redundando em uma nova conformação de resultados, modificando de forma mais aguda os resultados do exercício de transposição aqui realizado.

3.7 Discussão

Este estudo enfocou a questão dos critérios empregados pelos Conselhos Municipais de Saúde para hierarquização de problemas de saúde. Centrou-se nos Conselhos de Saúde por serem exemplos de inovação institucional, pós-década de 80 (pioneiros na implantação desses espaços e pelo tipo de composição plenária), que hoje se estende a outros setores de política nacional. Na Constituição de 1988, surgiram,

“ao lado de atribuições de planejamento e controle das políticas, [com] um papel de ‘proteção’ dos direitos. Nesse sentido, somavam-se ao conjunto dos instrumentos institucionais então criados com a finalidade de garantir o exercício dos direitos de cidadania (Ministério Público, Procuradorias especiais, Procons, etc.)” (Carvalho, 1998, p. 23).

Da Constituição Federal de 1988 aos dias de hoje, já assentados em cerca de 3.500 municípios brasileiros e composto por algo entre 70 a 100 mil de conselheiros, os Conselhos de Saúde conformaram-se em uma oferta de canal de participação sem precedentes na história nacional, configurando-se tanto como uma variável dependente do contexto histórico e das circunstâncias político-sociais, quanto uma variável independente, uma instância produtora de efeitos sobre o funcionamento do Estado (maior responsabilidade pública dos Governos) e da sociedade (possibilitando a emergência de novos sujeitos políticos e identidades coletivas) (Carvalho, 1998, p. 25, contextualizando Putnam, 1996).

A relevância dos Conselhos deve ser cotejada ao processo de municipalização da saúde,

“... que constitui-se num importante condicionante para o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Quanto mais avançada for a condição de gestão de saúde no município, melhores condições os Conselhos Municipais de Saúde parecem ter para desempenhar suas atividades, na medida em que o grau de autonomia de decisão da Secretaria Municipal de Saúde sobre os recursos e a política no município cresce ... o Conselho Municipal de Saúde passa a ser uma importante instância na condução da política local, a partir da democratização

das informações, contribuindo para a descentralização das ações de saúde” (Dal Poz & Pinheiro, 1998, p. 28).

Como estratégia governamental,

“... a municipalização atende à necessidade de recolocar cada ente federativo em seu espaço de ação peculiar, de modo que o município preste os serviços locais à sua população e que o estado apoie, através da regulação das relações e da moderação das desigualdades regionais, garantindo a ação intergovernamental e intersetorial no âmbito da unidade federada, com vistas à qualidade de vida de sua população” (Junqueira & Inojosa, 1997, p. 131).

Junqueira & Inojosa (1997) contextualizaram esta situação ao processo de municipalização do Estado de São Paulo, quando, no âmbito dos municípios, observaram

“... um processo atribulado e desigual. Nas áreas do estado em que, em algum momento de sua história, a municipalização foi impulsionada devido ao perfil dos dirigentes de escritórios regionais de saúde e/ou do dirigente da Coordenação da Macrorregião, não foi possível reverter o processo. Outros municípios que formularam uma política de saúde independente do estado utilizaram a relação direta com o governo federal estabelecida por meio do pagamento por produção, para estruturar uma rede de ações e serviços sob gestão municipal, apesar dos obstáculos apresentados no nível estadual de governo” (Junqueira & Inojosa, 1997, p. 139).

Integrando e sendo inerente ao processo de municipalização da saúde, os Conselhos de Saúde terminaram por conformar-se como uma arena política, na qual as decisões tomadas em plenário desvelam uma *busca constante pela hegemonia* de uma dada concepção de sistema de saúde. Saliente-se que os membros dos Conselhos Municipais de Saúde são *representantes*, eleitos ou indicados, de parcelas organizadas da sociedade. Ambos apresentam como convergência a necessidade de superação da percepção individual de resolução do processo saúde-doença, associado à compreensão de que dado perfil de morbimortalidade corresponde a determinada formação social e econômica, ou seja, ter presente o papel dos determinantes sócio-econômicos na

situação de saúde de uma dada população, coletivamente visualizada. Desta forma, mesmo na fase de referência espontânea dos critérios, estes não podem ser imediatamente entendidos como provenientes do senso comum da população, por já incorporarem elementos de estruturação coletiva da consciência sanitária.

Os Conselhos de Saúde posicionam-se, então, como *locus* privilegiado em que se articulam os fenômenos individuais e os coletivos. Jovchelovitch (1994), analisando Arendt, afirma que

"... é na experiência da pluralidade e da diversidade entre perspectivas diferentes - que, porém, pode levar ao entendimento e ao consenso - que o significado primeiro da esfera pública pode ser encontrado ... o termo público indica dois fenômenos interligados, ainda que não idênticos: primeiro, o que é público pode ser visto e escutado por todos e possui a máxima publicidade; segundo, público refere-se ao Mundo mesmo, naquela medida em que ele é comum a todas as pessoas e se diferencia do espaço privado de cada um dentro deles" (Jovchelovitch, 1994, p. 67-8).

Habermas (1990) complementa esta afirmação ao analisar o modelo liberal da esfera pública: será nesta esfera que os princípios de transparência e prestação de conta se desenvolverão, assumindo o órgão colegiado algumas características particulares: debate aberto e acessível a todos, discussão de preocupações comuns, desconsideração de desigualdades de posição e princípio da decisão, onde todos são iguais. Ou seja, os Conselhos de Saúde configuram-se como um espaço mediador de representações sociais,

"... um espaço potencial de fabricação comum, onde cada sujeito vai além de sua própria individualidade para entrar em domínio diferente: o domínio da vida em comum, o espaço público ... na sua relação com a alteridade, lutando para interpretar, entender e construir o mundo (Jovchelovitch, 1994, p. 81).

Deve-se ter claro que cada indivíduo representa na plenária do Conselho determinados grupos sociais, de acordo com a sua posição na sociedade. Essa representação (*coletiva*), obviamente, é portadora de interesses específicos dos grupos e

classes sociais representados, que aloca seus "intelectuais orgânicos" para a defesa de seus pleitos.

Ora, se todos os fatores acima enumerados gravitam em torno do processo de descentralização das ações de saúde, e o planejamento deste deve levar em conta critérios como flexibilidade e gradualismo, dadas as condições objetivas de cada localidade em avançar na gestão de seu Sistema Local de Saúde,

“Os anos recentes se consolidam como processo pedagógico de construção, desconstrução e reconstrução de práticas de participação social e controle do Estado, onde os diferentes atores envolvidos, sejam representantes da sociedade civil ou do Estado, acumulam experiências, revêem suas práticas, valores e certezas ao mesmo tempo que dão corpo aos sistemas locais e nacional de saúde” (O’Dwyer & Moysés, 1998, p. 26).

Neste contexto inseriu-se o objetivo geral deste estudo, de identificar os critérios hierarquizadores de prioridades em saúde empregados pelos Conselhos Municipais de Saúde e compará-los com os utilizados por autores da área de Administração e Planejamento em Saúde, para este fim específico, ainda que apenas apontados como elementos a serem considerados em momentos futuros, foi atingido.

Os critérios espontaneamente referidos foram agregados e comparados aos critérios epidemiológicos (magnitude, transcendência e vulnerabilidade) e político-administrativos (custo *per capita*, capacidade administrativa, interesse da comunidade e compromissos macro-regionais) selecionados da literatura, compatíveis com 90% das citações. “Convênio com outras instâncias do sistema de saúde” revelou-se como exceção, recebendo apenas uma citação espontânea, proveniente de um representante dos usuários no Conselho de Saúde.

No corpo do trabalho explicitou-se os valores médios atribuídos pelos quatro segmentos (compostos por diversas categorias) representados nos Conselhos Municipais de Saúde estudados e as eventuais mudanças ocorridas durante o processo de coleta de dados. Estas alterações, que ao final conformaram a grade de valores dos diversos

critérios, ocorreram segundo a constância ou alternância de valores atribuídos pelos segmentos representados na plenária dos Conselhos de Saúde.

Enquanto constância, repete-se o fato de “frequência” ter sido o critério com maior número de referências espontâneas, ter recebido as maiores médias nas fases individual instrumentalizada e de deliberação coletiva. Esse critério, que não apresentou divergências de posicionamento entre os segmentos de representantes, explicita a precedência do quantitativo numérico (questão coletiva) sobre a individualidade.

O critério “transcendência”, segundo em frequência espontânea de referência e o que mais demandou solicitações de explicações, mas com rápida incorporação entre os conselheiros, manteve-se com a terceira maior média nas duas últimas fases. Este critério apresentava a duplicidade de reduzir o impacto da questão “risco de morrer”, tendo em vista a transição epidemiológica e demográfica em curso, enquanto introduzia a questão dos danos residuais vinculados à qualidade de vida. A rápida absorção deste critério, não considerado de difícil apreensão, apesar de seu ineditismo para alguns conselheiros, desvela a questão da propensão pelo raciocínio vinculado ao coletivo das ações de saúde, neste caso, transmutado em transcendência social dos vários problemas de saúde. Enquanto questão de conjuntura, repete-se o fato deste estudo ter sido realizado na mesma unidade temporal em que foi desencadeado o processo de Reforma da Previdência Social pelo Governo Federal, cuja ação pedagógica sobre o coletivo nacional ainda está para ser avaliado, embora seja inegável que uma série de termos técnicos passaram a ser discutidos nos meios de comunicação de massa, ainda que de forma parcelar. São exemplos: vários termos atuariais, expectativa de vida, potencial produtivo, capacidade de captação, etc. Em algum momento, este fato deve ter facilitado a apreensão deste critério pelos conselheiros.

“Vulnerabilidade” ascendeu de uma posição intermediária entre os critérios “custo per capita” e “capacidade administrativa” (sem diferença significativa), para o segundo critério em importância (média de 8,2), na fase de deliberação coletiva. Sua ascensão quanto ao peso atribuído e participação relativa entre os critérios (de 14,5% para 16,7%) deve ser contextualizada não apenas ao potencial de prevenção e intervenção sobre os problemas de saúde, mas aos avanços registrados quanto à

quantidade de informações voltadas à delimitação da vulnerabilidade de uma série de problemas de saúde no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, ora em curso. Neste processo, tem-se que a primeira fase do mesmo, voltada à extensão de cobertura da atenção à saúde a todos os cidadãos (universalidade do acesso) foi atingida. Mais do que à universalidade do acesso, a discussão atual prende-se aos conceitos de equidade e integralidade da ação.

O Sistema Único de Saúde carrega em seu bojo a *estratégia da igualdade*, buscando alcançar uma igualdade social e econômica através da despesa pública em saúde (Tawney, 1964), quando os rendimentos obtidos via tributação financiam a prestação destes serviços gratuitamente (ou a preços subsidiados) a quem os utiliza, restringindo a desigualdade e as conseqüências sociais desta (Giraldes, 1990). Le Grand (1982) sistematizou cinco tipos de igualdade orientados à distribuição da despesa pública, enquanto Mooney (1983) enumerou sete definições passíveis de equidade em saúde, havendo ao menos três aspectos comuns entre as duas classificações (Giraldes, 1990): a necessidade dos usuários estarem sujeitos ao mesmo gasto privado (em tempo ou dinheiro) para ter acesso aos serviços de saúde, a igualdade na utilização dos serviços (através da despesa pública) e a existência de uma associação entre a despesa pública e os indicadores de saúde - interveniente na estratégia de promoção da equidade.

Deve-se ter consciência, entretanto, "que o benefício que um indivíduo obtém de um dado volume de despesa pública depende, entre outros fatores, do próprio indivíduo. A despesa dará origem a um menor aumento de utilidade num indivíduo saudável" (Giraldes, 1990, p. 43), enquadrando-se o objetivo da equidade na teoria do máximo-mínimo, qual seja, a maximização dos benefícios aos mais desfavorecidos (princípio da *discriminação positiva*). Caso se aplique este princípio ao sistema de saúde como um todo, torna-se necessário uma discriminação positiva às atividades preventivas, na área dos cuidados primários de saúde.

Aires et al. (1996), analisando a modalidade de atenção expressa nas ações preventivas e assistenciais verificadas no Sistema de Saúde de Minas Gerais e a participação dos usuários nestas, apontou que

“... as informações empíricas, tendo por base depoimentos de atores locais, principalmente dirigentes da administração municipal e profissional da área da saúde, e ainda a observação participante, revelam uma tendência favorável nesse particular, de modo especial pelo interesse desses atores em promover ações de natureza preventiva na área da saúde, antes não contemplada na agenda governamental, mesmo que ainda estejam na fase de planejamento” (Aires et al., 1996, p. 10).

O critério “vulnerabilidade”, neste contexto de discussão do Sistema Único de Saúde, está particularmente vinculado ao conflito entre a equidade e a eficiência do sistema. Segundo Mooney (1983), o tratamento igual de pessoas com as mesmas necessidades promove a eficiência (equidade horizontal), ao passo que o tratamento desigual de indivíduos com diferentes necessidades entra em conflito com a eficiência (equidade vertical), demandando que uma escolha seja realizada quanto ao peso relativo a ser atribuído à eficiência do sistema versus o objetivo de equidade. No corpo do texto foram exemplificadas algumas tentativas de resolução deste conflito, que remete a questão, novamente, para a arena de decisão das prioridades em saúde.

Os critérios “capacidade administrativa” e “compromissos macro-regionais”, complementares quando ao processo de estruturação de um sistema local de saúde, integrado a uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, apresentaram comportamentos distintos. Os baixos valores médios atribuídos ao critério “compromissos macro-regionais”, em todos os segmentos de representação, confronta a perspectiva da municipalização da saúde, por ser um processo não restrito à esfera municipal, mas envolvendo os três níveis governamentais. Neste sentido e inerentes ao processo de articulação entre os diversos prestadores de serviços e instâncias administrativas do Sistema Único de Saúde (SUS), almejando a constituição de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, os seguintes elementos já foram identificados (e que estariam sendo negados ou menosprezados):

- a) os indicadores e os riscos à saúde não estão necessariamente contidos no espaço territorial do município, nem se referem exclusivamente à população ali residente;

- b) o financiamento da saúde dos municípios, apesar de sua participação percentual nos orçamentos municipais deve haver apresentado melhora expressiva nos últimos anos, depende de recursos financeiros recolhidos em outras esferas de governo;
- c) os municípios dependem de serviços de referência que não existem, nem são comportáveis pela rede local que gerenciam;
- d) a maioria dos municípios não detém toda a tecnologia necessária para atender às necessidades de saúde de sua população, na abrangência proposta” (Junqueira & Inojosa, 1997, p. 133).

Em sua contrapartida, os valores atribuídos à “capacidade administrativa” retomam a questão da autonomia municipal em saúde frente a seus vizinhos ou mesmo à referência regional em saúde. Entre os municípios de pequeno porte, a princípio atrelados a uma perspectiva de dependência dos meios diagnóstico-terapêuticos de maior densidade tecnológica externos a suas fronteiras, esta conduta pode levar à inferência da existência de um desejo de auto-suficiência - provavelmente permeado pelas dificuldades inerentes à necessidade de deslocamento a outras localidades para receber atendimento, acrescido dos constrangimentos vinculados ao mesmo. Já entre os municípios referência, por agregarem maior densidade diagnóstico-terapêutica, e não tão afeitos a outras instâncias do sistema de saúde, o reconhecimento de que os encaminhamentos de pacientes externos a sua esfera administrativa terminam por sobrecarregar os serviços existentes, excedendo o potencial de atendimento e onerando o sistema municipal, já que usualmente eles demandarão maior inversão financeira na sua resolução. Devido a esta migração de pacientes externos, os municípios-referência terminam, cedo ou tarde, por estruturar uma série de medidas administrativas, “disciplinadoras” desta demanda. Tal fato terminará por reforçar a questão da necessidade de auto-suficiência entre os usuários provenientes de pequenas localidades, ao mesmo tempo em que gera a necessidade de que a rede de prestação de serviços se estruture, o que termina por fortalecer as bases de implantação do SUS.

Repetiu-se aqui algo já apontado por Lima (1996), quanto a uma série de Conselhos de Saúde cariocas:

“É interessante notar que o entendimento é que o município eleva o padrão de qualidade na medida em que incorpora tecnologias mais avançadas, conferindo ao município condição de competir no âmbito de sua área de atuação, seja municipal, estadual ou mesmo nacional” (Lima, 1996, p. 88).

Neste contexto, Viana et al. (1995, p. 32) destaca “dois aspectos fundamentais da rede básica de serviços de saúde sob o SUS: primeiro, o relativo sucesso na implementação de uma rede de serviços municipalizados e universais, e segundo, o fracasso na tentativa de organizar uma rede com outras instituições públicas e principalmente com as instituições privadas”. Lima (1996) complementa, inquirindo se não estariam sendo as políticas do Estado um componente facilitador do crescimento do setor privado de serviços de saúde nessas localidades ou se seriam estes mesmos serviços que imprimem um padrão de atendimento de qualidade à população, calcados em serviços de alta complexidade e em médicos superespecializados. Assume o pressuposto de que determinados serviços, em pequenos municípios, só se instalarão se baseados na prática privada, já que a racionalidade do setor público não os alocaria para áreas “deficitárias” de clientela.

Esta auto-suficiência, que terá repercussões ao nível das políticas e processos de descentralização e gestão local, “têm em comum um cenário que é o *território*, que aparece como um aglutinador de contradições, desequilíbrios e distanciamentos da intervenção estatal centralizada ... em relação à sociedade local” (Silva & d’Arc, 1996, p. 51). Fato esperado, já que foram as autoridades locais que passaram a ter que enfrentar os efeitos conjugados da familiarização das cidades com os ares democráticos pós-1984, por um lado, e da crise econômico-social, por outro.

O critério “*custo per capita*”, um dos menos valorizados pelos Conselhos de Saúde (média de 6,9), traz em seu bojo a questão do financiamento do Sistema Único de Saúde, definido por Aires & Venuto (1995) como

“... uma das questões mais polêmicas e provavelmente a mais problemática no âmbito do sistema. Vários autores reconhecem que ‘gasta-se pouco e mal’. Daí a necessidade de se repensar o montante dos recursos alocados no setor, considerando, inclusive, a discussão relativa às suas fontes de financiamento e à

racionalidade na aplicação dos recursos. Esta última não significa reduzir despesas, mas promover impacto qualitativo no processo de prestação de serviços, mesmo porque, para que isso ocorra (qualidade na prestação de serviços), algumas exigências se fazem prementes, como investimento em recursos físicos (dado o sucateamento do setor), tecnológicos (para atender a demanda de segmentos sociais, em particular os de renda inferior), humanos (especialmente com treinamentos) e materiais” (Aires & Venuto, 1995, p. 101).

O comportamento dos diversos segmentos representados na plenária dos Conselhos quanto a este critério já foi alvo de consideração na descrição das médias atribuídas nas várias fases do processo de coleta de dados. Neste momento deve ser salientada a percepção dos conselheiros quanto aos problemas envolvendo a área do financiamento do sistema que, em última instância, conforma-se na impossibilidade do sistema de saúde ao nível municipal arcar com determinadas ações ou mesmo expansão das atividades já desenvolvidas. O exemplo mais intenso prende-se aos recursos alocados à área de internação hospitalar e procedimentos de alto custo, sabidamente insuficientes.

Neste momento da discussão, dois elementos emergem: a questão do financiamento do sistema ser majoritariamente federal e a questão da complementaridade do sistema de prestadores privados de saúde. Saliente-se que este conflito na parceria público-privado remonta aos anos 80, quando passou-se a privilegiar a rede pública de atenção à saúde. Desde esta época “o conflito aparece nas críticas do setor privado (conveniado e contratado), ligado ao sistema público, as processos de ‘estatização da assistência à saúde’, ou seja, à crescente participação do setor público, comandado pelas esferas municipais e estaduais, na oferta de serviços de saúde, após o SUS” (Viana et al., 1995, p. 24).

Contextualizando esta discussão aos dias de hoje, com os processos de municipalização e descentralização em curso, e dada a definição do município como organizador dos sistemas locais de saúde, este conflito passou a ser permeado de tensões, quando

“... de um modo geral, o setor privado não se vê parceiro do setor público e é descapitalizado seguidamente devido aos atrasos de pagamento e aos repasses insuficientes (tabelas de pagamento abaixo dos preços de mercado), quando vende serviços ao setor público na área de assistência médica, pois considera-se hegemônico nas ações curativas, por ser responsável pela maior parte da oferta hospitalar. Assim, defende a orientação das ações públicas para os segmentos menos favorecidos, garantindo a reserva de mercado para os que podem pagar” (Viana et al., 1995, p. 24-25).

Ou seja, esta parceria público-privado “nem sempre se materializa sem interferência de interesses particulares de atores com poder de influenciar decisões nos setores públicos e privado. Quer dizer, os interesses nessas duas instâncias nem sempre podem ser considerados independentes” (Aires, 1996, p. 26). Esta situação desvela a razão dos baixos valores atribuídos aos critérios “interesses macro-regionais” e “interesse da comunidade” pelos representantes dos prestadores privados, ao mesmo tempo em que postaram-se ao lado dos maiores valores atribuídos aos critérios “frequência” e “vulnerabilidade”.

Por outro lado, uma menor preocupação valorativa a este critério pode significar sua submissão a outros interesses, caso dos quatro critérios com médias atribuídas superiores, ou mesma a lógica de que as fontes de financiamento são atribuições do executivo, não se configurando como uma preocupação primordial dos Conselhos de Saúde. Nesta concepção, os Conselhos se voltariam à elaboração das diretrizes e políticas de saúde, deixando para as Secretarias Municipais de Saúde os aspectos de gestão da máquina pública.

Ressalte-se que, mesmo constitucionalmente definidas as fontes de recursos para o funcionamento do SUS,

“... sabe-se que a execução do orçamento deve ser analisada não apenas do ponto de vista de suas dotações (mensuração receita/despesa), mas também do ponto de vista político. Quer dizer, a alocação de recursos financeiros disponíveis em caixa, no elenco da programação orçamentária, irá depender, em última instância, de conflitos na arena decisória. Mais precisamente, de

conflitos de interesses no interior da burocracia estatal e da interação de interesses de atores governamentais e não governamentais” (Aires, 1996, p. 23).

Por fim, o critério “interesse da comunidade”, que recebeu a segunda menor média atribuída pelos Conselhos de Saúde (6,5), com redução dos valores em todos os segmentos representados (incluindo os usuários), à exceção dos prestadores privados, que sempre alocaram valores baixos para este critério.

Este critério está vinculado diretamente ao processo de democratização do Estado, estando umbilicalmente atrelada à dinâmica entre os atores envolvidos com o processo de implantação do SUS, seja no setor público, seja na sociedade civil (Aires et al., 1996, p. 13). Massolo (1988) lembrará que

“Não existe consenso quanto às implicações e aos efeitos democratizantes da descentralização, muito embora se insista que democracia-descentralização-município compõem a trilogia para onde devem ser canalizadas as forças sociais e políticas que lutam pela construção de espaços políticos visíveis e reconhecidos, onde se viveria cotidianamente a *territorialidade da democracia* no sentido progressista da superação social” (Massolo, 1988, p. 43).

A questão do controle social sobre o Sistema Único de Saúde remonta ao fato de que a

“Reforma Sanitária [brasileira] inspirou-se na universalização do acesso a um sistema de saúde descentralizado e participativo, sob a égide do ‘direito à saúde e dever do Estado’, propiciando uma verdadeira revolução da gestão pública com uma engenharia institucional singular, que fortaleceu o poder local, criou atores poderosos e deu corpo ao processo de democratização nesse campo” (Fleury, 1996, p. 179).

O processo de Reforma Sanitária, muito mais do que uma série de medidas racionalizadoras aplicadas ao setor saúde, também compreende um conjunto de transformações que devem ser realizadas em nossa sociedade. Dirá Fleury (1996a):

“A tecnologia de descentralização do poder, construindo mecanismos de participação, controle social, concertação entre instâncias do poder público, aumento da base técnica e da capacidade de gestão no nível local, etc., tem sido o instrumento mais eficaz de realização da reforma democrática do Estado no Brasil ...

“A arena política do setor saúde mudou muito nos 10 últimos anos, com a consolidação da presença de novos atores políticos, com destaque para o papel hoje exercido por grupos de usuários e pelos secretários de saúde, organizados através de seus conselhos.

“A gestão dos sistemas locais de saúde é hoje o campo mais dinâmico e criativo do setor público, capaz de apresentar grande diversidade no enquadramento dos problemas, com soluções criativas e eficazes. Além da transformação na gestão pública representada pela criação dos conselhos e das instâncias colegiadas de gestão interesferas governamentais, *os sistemas locais de saúde são o grande laboratório de tecnologias sociais de gestão pública*” (Fleury, 1996a, p. 168-9 - grifado no original).

Os Conselhos de Saúde posicionam-se, então, na esfera da re-hierarquização organizacional do setor social na estrutura pública proposta por Kliksberg (1996), envolvendo uma melhoria da produtividade das políticas públicas e dos programas sociais, ímplicito na descentralização. A natureza destes programas demandando modelos de gestão descentralizados, adaptativos, abertos e flexíveis. Especificamente quanto aos Conselho de Saúde, eles apresentam a seguinte particularidade:

“Os cidadãos usuários dos serviços de saúde são o sujeito e objeto, ao mesmo tempo, de toda ... ação de saúde. De uma concepção errônea de medicina que os levou à situação de apenas objeto da ação médica, precisamos transformar, ainda em tempo, sua participação na qualidade de sujeito que tem autonomia, poder de decisão. A transformação é a eliminação do jogo do poder médico e a elevação do usuário à condição de artífice do conjunto da sua própria cura e felicidade” (Carvalho, 1994, p. 6).

Apesar dos patamares de médias atribuídas ao critério de “interesse da comunidade”, o campo da demanda social, da sociedade civil organizada é o que mais

creceu em importância nos últimos anos. Entre os usuários, operando com recursos de *marketing* institucional,

“... as organizações não-governamentais estão consolidando seus espaços nos processos de formulação e implementação de políticas públicas, especialmente pela capacidade de vocalizar interesses marginalizados pelos esquemas oficiais. Passando a atuar para além de posicionamentos de resistência, estas entidades e movimentos atuam de forma cada vez mais pró-ativa na busca do equacionamento de seus interesses” (Gaetani, 1997, p. 6).

A aparente contradição entre a manutenção de instâncias de participação como os Conselhos de Saúde, determinadas através de arcabouço jurídico-legal, *versus* a ocupação destes mesmos espaços pelos usuários, através de suas organizações (associações, organizações não-governamentais, grupos de portadores de determinados problemas de saúde, etc.), está no cerne da discussão quanto aos pontos de estrangulamento à implantação do Sistema Único de Saúde, já que o controle social pressupõe uma base de sustentação político-administrativa ao mesmo, base popular esta que capitanearia os avanços nas políticas setoriais da saúde.

Retoma-se aqui a questão da conjuntura e a forma de organização dos atores sociais no processo, tanto da esfera governamental, quanto da sociedade civil organizada, além da percepção por parte de cada conselheiro da “passagem de uma postura de oposição para a de participante ativo, situação que o alinha às forças governamentais, e o coloca como co-responsável das decisões a serem implementadas” (Gerschman, 1995, p. 183). Sob uma perspectiva política, a participação dos usuários foi ampliada ao longo do processo de implantação do SUS, o que “trouxe à tona ... as dificuldades intrínsecas à democratização: as disparidades (de organização, cultura, linguagens) entre os atores envolvidos, a pluralidade de interesses e a carência de procedimentos institucionais facilitadores da tomada de decisões” (Gerschman, 1995, p. 159). Disparidades estas que se manifestaram nos posicionamentos distintos entre os segmentos representados quanto a este critério.

Permeada por todos os elementos acima descritos, chegou-se à escala definitiva de critérios e seus pesos, qual seja:

Critérios	Peso
Frequência	8,6
Vulnerabilidade	8,2
Transcendência	7,9
Capacidade Administrativa	7,3
Custo per capita	6,9
Interesse da Comunidade	6,5
Compromissos Macro-Regionais	3,8
Total	49,2

Esta grade de valores, resultado buscado por este estudo, apresentou três fases distintas em sua elaboração. A primeira delas, a fase de referência espontânea, apresentou dois momentos distintos, quais sejam: a hierarquização dos problemas de saúde apresentados e a enumeração dos critérios passíveis de emprego em uma situação semelhante (por exemplo: denúncias de corrupção ou de má alocação de verbas públicas).

A hierarquização dos problemas de saúde, realizada após a leitura da situação-problema e delimitação do tempo para resposta, em todos os Conselhos Municipais de Saúde gerou apenas dois tipos de perguntas ao aplicador: se deveriam ser considerados outros problemas de saúde, além dos três enumerados, e se poderia haver empate entre os mesmos (mesma hierarquia para mais de um problema). Ambas questões prontamente negadas. Nenhum conselheiro dispendeu tempo superior ao estimado para este momento.

Já a enumeração dos critérios empregáveis em situações semelhantes, quais sejam, que demandassem a estratificação de vários problemas de saúde, com características distintas e competitivos entre si quanto aos recursos disponíveis, revelou-se de mais árdua resolução. Esta enumeração, realizada individualmente e sem consulta aos demais membros do Conselho presentes, foi apontada na avaliação final do instrumento e dos critérios apresentados como a de mais difícil elaboração. De se

esperar, já que aqui se inverte a lógica: não se questiona os resultados, mas os mecanismos explicativos aos mesmos.

Era solicitado aos conselheiros critérios atrelados aos mecanismos explicativos do processo saúde-doença que, na esfera do discurso,

“(a) tem raízes históricas nas tradições familiares e que, em lugar de se degradarem, tomam novas formas e são reinterpretadas no espaço urbano dos trabalhadores; (b) não se insere apenas nos interstícios deixados pelo discurso oficial, mas têm uma certa autonomia na busca de alternativa, configurando uma expressão cultural própria; (c) ultrapassa em termos ‘filosóficos’ os limites de um ‘pensamento de classe’ para se solidarizar com uma visão mais universal de outros grupos sociais, de outras sociedades, de outras culturas e de outros tempos. Isto é, suas idéias sobre saúde-doença fazem parte de esquemas de pensamento socialmente mais abrangentes sobre a dor, o sofrimento, a vida, a morte, o destino do ser humano, as relações dos homens entre si e com a natureza” (Minayo, 1988, p. 376).

Alguns conselheiros, inclusive, terminaram por retornar ao instrumento de coleta de dados, empregando-o como base à enumeração dos critérios. Posteriormente afirmaram que nunca haviam pensado em tal forma de estruturação do problema, sendo original a abordagem apresentada. Outros conselheiros verbalizaram, também posteriormente, que nunca haviam recebido uma situação de saúde estruturada desta forma. Ou seja, reconheciam que possivelmente todos os problemas de saúde seriam passíveis de sistematização, de forma semelhantes à situação-problema apresentada, mas também estavam visualizando como as discussões eram freqüentemente baseadas em facetas dos problemas.

Estes posicionamento dos conselheiros não significa a apropriação imediata dos critérios apresentados, mas o desvelar de que

“.. a observação do que acontece no dia-a-dia, na experiência do cuidado e do tratamento das doenças, a tradição familiar e grupal fornece às pessoas uma relação de causa-efeito que constitui seu estoque de conhecimentos entranhado e alimentado pela prática. ... [ao mesmo tempo em que] o sistema biomédico

que é o dominante em nossa sociedade penetra em todas as áreas e em todos os grupos sociais, configurando-se, para cada um deles de forma específica” (Minayo, 1988, p. 377).

Transpondo-se esta abordagem individual do processo saúde-doença ao contexto grupal dos Conselhos de Saúde, trata-se, então, de reconhecer

“... a significativa heterogeneidade dos conselhos nos seus diversos níveis e esferas, em decorrência da enorme extensão territorial e diversidade social do país ... [sem obscurecer] sua existência concreta como componentes gerais do arcabouço jurídico-institucional e político do setor saúde brasileiro” (Carvalho, 1995, p. 6).

Neste momento de aplicação do instrumento observou-se que “frequência” (42%), “transcendência” (36%) e “custo *per capita*” (32%) foram os três principais critérios espontaneamente referidos; chamando especial atenção os baixos patamares de referência dos critérios “interesse da comunidade” e “compromissos macro-regionais”, situação que conflitua com a proposta de controle social e de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, pilares do processo de estruturação do Sistema Único de Saúde.

Divisa-se, já neste momento do processo de coleta de dados, que ao nível da consciência sanitária dos conselheiros, existe informação consolidada compatível com os critérios técnicos, empregados ou referidos, presentes na literatura. Tais critérios não estão vinculados, ao menos aparentemente e neste momento de análise, ao processo de discussão de um sistema nacional de saúde.

De qualquer forma, a existência de saberes circulantes quanto ao emprego de critérios hierarquizadores de prioridades em saúde permite inferir que os Conselhos de Saúde analisados detêm um fórum qualificado de representantes, fato que redundaria (ao menos hipoteticamente) em decisões mais acuradas. Reforça-se, aqui, a questão da representação coletiva, quando os representantes indicados pelas instituições/entidades participantes da Plenária do Conselho de Saúde não se prendem mais ao senso comum das questões em saúde, incorporando elementos desveladores dos determinantes do

processo saúde-doença. Tal fato terminará por romper a questão do individual e do coletivo no campo da saúde pública, alavancando a discussão das prioridades de intervenção do nível local (geralmente no campo do atendimento curativo-reabilitador) para a visão de um sistema de saúde (incorporando a questão da integralidade do atendimento).

Em seu contraponto, a baixa referência aos critérios “capacidade administrativa” e “interesse da comunidade”, neste momento de análise, poderia levar a uma inferência de conflito quanto à proposta de estruturação de um sistema nacional de saúde, calcado em serviços de saúde regionalizados e hierarquizados, sob controle social, pressupostos centrais ao Sistema Único de Saúde.

A segunda aproximação, realizada após a enumeração espontânea dos critérios e sistematização dos mesmos (fase individual instrumentalizada), já viabilizando a estruturação de uma grade de resultados, apresentou três pontos de corte distintos:

- a) “compromissos macro-regionais” (média 6,4), perfazendo 12% do total de pontos;
- b) “custo per capita” (média 7,5), com o critério “vulnerabilidade” (média de 7,5) atuando como elo de ligação, perfazendo 28,5% do total de pontos;
- c) os quatro critérios restantes: “capacidade administrativa” (7,9), “interesse da comunidade” (8,0), “transcendência” (8,0) e “frequência” (8,1), totalizando 59,6% do total de pontos.

Retomou-se, aqui, a questão do menor peso atribuído ao critério “compromissos macro-regionais”, também verificado quando da fase de referência espontânea. Este até poderia ser explicável para os prestadores de serviço privados, e em menor monta, para os profissionais de saúde, tendo em vista o processo de descredenciamento dos primeiros do Sistema Único de Saúde verificado nos últimos anos. O que não justificaria o baixo interesse referido pelos usuários do sistema, costumeiramente enredados na teia de encaminhamentos necessários ao atendimento integral de uma dada situação de saúde (o repasse dos portadores de determinados agravos para outros municípios de maior capacidade tecnológica, a busca por leitos hospitalares, a demanda por exames diagnóstico-terapêuticos inexistentes em dadas regiões, a

‘ambulancioterapia’, etc.) e a não valorização dos procedimentos inerentes à organização do sistema de saúde em instâncias regionalizadas e hierarquizadas. A repercussão do processo de descredenciamento e da proletarização médica verificada nas últimas duas décadas (Bordin & Rosa, 1998) pode levar a uma ponte de comunicação entre as expectativas dos prestadores privados e dos profissionais de saúde, umbilicalmente vinculados em muitos municípios, notadamente entre os de pequeno e médio porte.

Contudo, o critério “interesse da comunidade” passou a apresentar a segunda maior média (a mesma de “transcendência”), revertendo as inferências anteriores ao posicionamento dos usuários e dos prestadores públicos de serviços quanto ao controle social do sistema de saúde.

Uma análise dos valores atribuídos aos critérios “compromissos macro-regionais” e “interesse da comunidade”, voltados à percepção da estrutura organizativa e do controle social sobre o Sistema Único de Saúde, respectivamente, pode significar o reconhecimento por parte dos conselheiros de que, ao analisarem a estrutura da rede de serviços de saúde,

“... eles não constituem de fato um *sistema* e, pior, sequer desenvolvem uma lógica de saúde. De fato, o que chamamos de Sistema Único de Saúde incorporou sob o comando de Estados e Municípios, numa única ordem jurídica e normativa, serviços de diferentes naturezas, origens e objetivos ... Cada um possui uma origem, clientela e servidores diferentes ... Os resultados são as freqüentes queixas dos pacientes que sentem que seus problemas de saúde não estão sendo atendidos, muitas vezes nem sequer equacionados; atendimentos, procedimentos e exames transformam-se em finalidade em si mesmos: livrar-se do paciente! A isto agregam-se as queixas no aspecto administrativo e organizacional: de uns a demora para ser atendido e de outros, simplesmente, a impossibilidade de conseguir atendimento nas Unidades de Saúde” (Rocha & Dal Fabbro, 1995, p. 24).

Por fim, saliente-se o fato dos prestadores privados e os usuários terem atribuído as maiores médias ao critério “frequência” do evento na população, contemplado com médias intermediárias pelos profissionais de saúde e prestadores públicos.

Ao final, compatibilizando as duas primeiras fases (referência espontânea e individual instrumentalizada), tem-se que :

- a) “frequência” e “transcendência” foram os critérios de maior referência espontânea, recebendo também as maiores médias pelo conjunto dos conselheiros;
- b) o critério “interesse da comunidade” passou de um patamar de referência espontânea de 10% para o critério que, no conjunto das categorias de representação, apresentou a segunda maior média (8,0);
- c) o critério “compromissos macro-regionais” persistiu sendo o critério com menor média (6,4), no geral e em todas as categorias de representação;

A terceira e última fase, resultante da discussão coletiva dos critérios e seus respectivos pesos, configurou-se uma nova escala, considerada como definitiva (acima descrita). Esta escala apresentava características diversas da primeira, entre elas:

- a) todos os critérios foram discriminados entre si, com diferença estatisticamente significativa entre cada um dos critérios enumerados;
- b) “compromissos macro-regionais” manteve-se como o critério de menor importância, tendo sua valoração reduzida (média de 6,4 para 3,8), assim como sua participação relativa entre os critérios (de 12% para 7,7%);
- c) os critérios epidemiológicos (frequência, transcendência e vulnerabilidade) tiveram seus pesos relativos aumentados, de 44,5% para 50,2%, enquanto os critérios político-administrativos tiveram sua participação reduzida, de 55,5% para 49,8%.

Bastante calorosa, a discussão gerada entre os participantes explicitava as diferentes abordagens existentes e, em última instância, a compreensão quanto aos determinantes do processo saúde-doença, o grau de importância atribuído aos critérios de hierarquização e as formas de intervenção sobre a problemática de saúde, incluindo o

papel que deveria ser desempenhado pelo Conselho e pelo executivo municipal neste processo. Simultaneamente, eram retomados elementos direcionados à forma de hierarquização da fase de referência espontânea do instrumento e agregados dados captados junto ao processo de instrumentalização, emergindo uma nova síntese.

Enquanto forma, a maioria dos conselheiros fez uso de exemplos para ilustrar seu posicionamento quanto a determinado valor ou mesmo justificando porque o valor atribuído a determinado critério deveria ficar acima ou abaixo de valores já consolidados para outros critérios.

Não poucas vezes, exemplos de eventos individuais ou ocorridos com pessoas próximas aos conselheiros eram citados, como embasamento aos valores atribuídos aos critérios. Quando um conselheiro de dado segmento de representação citava um exemplo, enquanto contestação de argumento, era confrontado a outro exemplo, procedente de outra categoria de representação. Ex.: número de ambulâncias e capacidade de deslocamento aos municípios vizinhos *versus* necessidade reconhecida e gerenciada pelo serviço local de saúde. Ou, existência de determinado usuário com uma doença rara, de mau prognóstico e cujo tratamento revela-se oneroso à família e ao executivo municipal, confrontado com outras doenças, mais frequentes, com capacidade de resolução e nem sempre demandando grande inversão de recursos humanos ou financeiros.

Desta forma, no calor da discussão, valores extremados foram postos em discussão por categorias distintas de representantes. Muitas vezes evoluindo para a denúncia de negativas ou mau atendimento, quando uma série de questões individuais, presumivelmente presentes quando da hierarquização individual, espontânea ou instrumentalizada, terminaram por manifestar-se mais intensamente, integrando o processo de convencimento dos demais conselheiros. Caso os membros dos conselhos tivessem ficado restritos apenas a este tipo de argumento, teríamos o que Ribeiro (1997, p. 81) denominou modelo de *conselho de saúde de vocalização política*, caracterizado pelo “predomínio das denúncias e por sobrecarga de demanda sobre a agenda política”.

Um exemplo de modelo de vocalização política pode ser encontrado na descrição abaixo, correspondendo ao momento inicial da discussão observada entre os conselheiros:

“Predominam, em termos numéricos ... denúncias ou queixas relacionadas ao funcionamento dos hospitais e das unidades sanitárias, em especial nos aspectos concernentes ao atendimento precário da população (especialmente em emergências), recursos humanos (falta de funcionários e greves por salários), infra-estrutura, falta de medicamentos e de materiais, vacinação, credenciamento, bem como especialmente irregularidades como cobranças indevidas ... e falta de recursos financeiros com atraso nos repasses” (Fachin & Cavedon, 1996, p. 259).

Entretanto, este tipo de discussão ocorreu apenas na fase inicial de convencimento dos demais conselheiros, com a discussão evoluindo progressivamente, até atingir o consenso, muito próximo do modelo de *conselhos de saúde de pactuação* proposto por Ribeiro (1997), quando ocorre um “predomínio dos acordos entre os grupos de interesse e a autolimitação na formulação de demandas”, redundando na decisão por consenso entre os conselheiros.

Com este pressuposto em mente, foram identificadas algumas características comuns a todos os Conselhos que participaram desta simulação, a seguir descritas:

O critério “frequência” recebeu o maior número de referências espontâneas e a maior média atribuída nos dois momentos individuais de resolução do instrumento, sendo o critério que mais rapidamente teve seu valor coletivo consolidado, praticamente sem nenhuma discussão entre os conselheiros (a migração dos prestadores públicos para valores superiores teve significância estatística *borderline*). Os valores consolidados dos municípios, independente de porte populacional, apresentaram grande homogeneidade (valores 8,0 e 9,0). Por conseqüência, passou a ser o valor referência aos demais critérios e, ao final, o de maior peso (8,6).

“Transcendência”, que havia sido alvo do maior número de solicitações de esclarecimentos, especialmente quanto à questão da transcendência social,

particularmente enfatizada na situação-problema (os problemas enumerados possuem baixo risco de evolução ao óbito), também não apresentou grande discussão quanto ao seu valor consolidado, resguardado o peso inferior a “frequência”, fato visualizado na inexistência de significância estatística entre os valores atribuídos na fase individual instrumentalizada e na de deliberação coletiva, seja pelo conjunto dos conselheiros, seja por categoria de representação ou porte populacional dos municípios.

A discussão quanto ao critério “interesse da comunidade” foi intensa, já que o mesmo traz implícito a questão da participação social e o controle social do Sistema de Saúde. Paradoxalmente, em algumas oportunidades, os prestadores públicos defenderam mais arduamente este critério do que os próprios usuários, que referiram dificuldades no cumprimento dos princípios constitucionais. Saliente-se que:

“A descentralização real das decisões políticas não é factível sem a autonomia dos níveis inferiores, aos quais corresponde decidir e implementar a política e ampliar a participação dos atores sociais envolvidos na mesma. ... [isto não quer dizer] que necessariamente a descentralização implique uma democratização da política. O que se quer demarcar é que, ainda que a descentralização não garantisse *per se* a ampliação da participação dos cidadãos na tomada de decisões, por haver uma efetivação político-administrativa do processo de descentralização contemplado pelo SUS, esta favoreceria indiscutivelmente a democratização da política de saúde, na medida em que criaria condições para viabilizar instâncias locais de participação geradas pela própria população e/ou suas entidades representativas” (Gerschman, 1995, p. 154).

Interessante observar que existe uma perspectiva tecnocrática, esperada entre as representações das categorias de prestadores de serviços públicos e os profissionais de saúde (seja pela identificação de proposta, por serem técnicos do setor público ou por serem representantes sindicais - mais afeitos aos segmentos anteriores que aos da corporação profissional), de sustentação da proposta de participação dos usuários.

Aires (1996), referindo-se à análise do processo de municipalização de quatro cidades mineiras, aponta que a grande maioria de seus entrevistados, sobretudo profissionais de saúde,

“... considera importante a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de implantação do sistema, na medida em que os membros desse conselho, em particular os representantes dos usuários, poderão contribuir de forma significativa para o controle social, especialmente junto ao setor privado prestador de serviços públicos de saúde, historicamente independente em suas ações. E ... tem papel importante na fase de elaboração e implantação do plano municipal de saúde, contribuindo com demandas que, embora não sejam inteiramente ignoradas pelos profissionais de saúde, revelam especificidades a que somente têm acesso os atores beneficiários, isto é, os usuários do sistema” (Aires, 1996, p. 33-4).

Em seu contraponto, Gerschman (1995) apontará outro elemento, identificado quando da análise da participação dos movimentos populares em casos selecionados de processos de municipalização, qual seja, de que a problemática em jogo

“...é a da passagem de uma postura de oposição para a de participante ativo, situação que o alinha às forças governamentais, e o coloca como co-responsável das decisões a serem implementadas. Mas para a continuidade da luta das forças populares, isto tem sido muito mais um fator de enfraquecimento e desunião que estímulo. Assim, a mobilização alcançada pelo movimento popular e associações comunitárias em torno dos Conselhos de Saúde, contrariamente ao esperado, tem deixado a desejar” (Gerschman, 1995, p. 183-4).

Não se trata aqui de resgatar os pressupostos e as particularidades vinculados ao controle social do Sistema Único de Saúde, que está fora do espectro deste estudo, mas sim de pontuar que os comportamentos acima referidos foram identificados durante a discussão do peso atribuído ao critério de “interesse da comunidade”.

Apesar do instrumento de coleta de dados enfatizar uma dada sensibilidade a determinado problema (até pelo componente estigmatizante inerente a todos), contaminado pelos meios de comunicação de massa, a maior parte da discussão prendeu-se à participação dos usuários na definição e controle das políticas municipais de saúde. Neste sentido, foram apontados todos os fatores sistematizados por Cortes (1998, p. 11) como determinantes à participação dos usuários: a questão das mudanças

na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde; a organização dos movimentos sociais urbanos; o relacionamento entre os profissionais de saúde e as lideranças populares e sindicais; o posicionamento do executivo (municipal, estadual e federal) quanto à participação; e a própria dinâmica de funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Ao final, este critério teve seu peso final diminuído significativamente, quando todas as categorias de representação reduziram seus valores médios, à exceção dos prestadores privados - que sempre referiram os menores valores a este critério. A obtenção do valor consolidado deste critério foi o que demandou maior unidade temporal, em que os valores atribuídos foram os mais dispersos (de zero a dez) e o em que os grupos de representação manifestaram mais fortemente sua identidade de representação, em todos os Conselhos de Saúde participantes deste estudo.

Enquanto consolidado municipal, São José dos Ausentes e Torres diferenciaram-se sobremaneira dos demais Conselhos, ao atribuírem pesos 10,0 e 9,0, respectivamente, a este critério, enquanto Nova Prata e São Marcos atribuíram peso 4,0. Os maiores pesos podem ser vinculados a processos distintos: São José dos Ausentes, até pelo seu isolamento geográfico, muito cedo teve de buscar alternativas de atenção à sua população, marcando presença na discussão quanto à implantação do SUS e, em legislaturas passadas, na estruturação e presidência do Conselho Regional de Saúde da Região da Serra; ao passo que Torres detinha o Conselho Municipal de Saúde com a menor unidade temporal de existência, se configurando em meta da administração, que então assumia a gestão municipal, dinamizá-lo.

Ou seja, nestes dois municípios havia um comprometimento do executivo municipal com a proposta de estruturação dos Conselhos de Saúde, notadamente da participação dos usuários nos mesmos, conformando um ambiente favorável ao controle social do sistema de saúde. Saliente-se que

“... a participação dos usuários do sistema ... somente é possível num cenário de democracia. Dessa maneira, a redemocratização das relações entre o Estado e a sociedade civil torna-se fundamental. Em segundo lugar, é preciso verificar a existência, no ambiente social, de condições para que essa participação aconteça. Ou seja, em que medida há comprometimento dos poderes Executivo

e Legislativo, dos atores comunitários e das associações profissionais da área da saúde em efetivar a prática participativa” (Aires et al., 1996, p. 10).

“Capacidade administrativa” manteve seu patamar de valor atribuído, apesar de haver decréscimo dos valores médios referidos pelos prestadores de serviço (em conjunto ou por categoria de representação). Critério atrelado à real possibilidade de resolução dos problemas de saúde em sua instância administrativa, volta-se à análise dos recursos diagnóstico-terapêuticos existentes e à cobertura alcançada pelo sistema de saúde. Seu complemento, caso se avalie que não existam condições para resolver todos os problemas de saúde existentes na área, é o critério “compromissos macro-regionais”, voltado à estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, dando organicidade ao Sistema Único de Saúde ao definir os vários níveis de atenção de uma dada necessidade em saúde.

Havia uma expectativa por parte do autor de que este critério teria um comportamento diferenciado, seguindo o porte populacional dos municípios. Ou seja, municípios de menor porte populacional, e geralmente com serviços diagnóstico-terapêuticos menos complexos, tenderiam a dar um maior valor a este critério e aos “compromissos macro-regionais”.

Tal fato terminou ocorrendo em parte. Os Conselhos de Saúde dos municípios de menor porte populacional (São José dos Ausentes, Bom Jesus e São Marcos) atribuíram os maiores valores a este critério, situação que também agregou Garibaldi, por serem os municípios com maior grau de isolamento geográfico a serviços de saúde de maior complexidade (maior tempo de deslocamento). Os demais municípios apresentam, ou serviços com porte diagnóstico-terapêutico elevado (caso de Caxias do Sul) ou proximidade imediata aos mesmos, por contiguidade geográfica (caso de Farroupilha - 17 km de Caxias do Sul).

Apesar disto, alguns comentários devem ser realizados quanto aos argumentos empregados pelos conselheiros neste critério: a maioria dos argumentos empregados quanto à necessidade do estabelecimento de uma rede de serviços e formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde saíram de um pressuposto prévio de ausência de

autonomia municipal frente aos demais municípios. Ou seja, a expectativa de agregar serviços de maior complexidade em sua área geográfica, em regime de parceria ou de referência/contra-referência de munícipes, não exclui a possibilidade de autonomia quanto a este aspecto, buscando alternativas intra-municipais, ainda que na prática privada. Explicitam, ainda que idealmente, um desejo de auto-suficiência no trato das necessidades de saúde municipais, nem que seja a longo prazo.

Cabe salientar que, mesmo em um sistema qualificado de atenção, a noção deste variará

“... com o interesse dos grupos diferentes - planejadores de saúde, administradores, prestadores de serviço, e os consumidores - que podem ter diferentes visões do que constitua a melhor qualidade ou, no mínimo, podem enfatizar diferentes aspectos da qualidade. Se por um lado os planejadores desejam enfatizar a equidade e a adequacidade, por outro o que mais interessa aos administradores é a eficiência. Os prestadores do serviço de saúde e os consumidores tem maior interesse na efetividade e na qualidade da alta tecnologia científica, mas a acessibilidade e aceitabilidade são muito mais importante para os consumidores do que para os prestadores” (Vuori, 1989).

De qualquer forma, a discussão quanto a este critério invariavelmente apontava a alternativas de resolução dentro da própria área municipal, pelo ato do aumento do número de profissionais e grau de especialização dos mesmos, expansão da cobertura do sistema e incremento de densidade tecnológica, ainda que a médio prazo. Aparentemente, retoma-se aqui algo já apontado em 1988:

“As municipalidades ressentem ainda de um melhor assessoramento, por parte dos órgãos federais e estaduais, no sentido de planejarem as ações de saúde que lhes compete por força de lei ou por pressões oriundas das camadas populares. Disto resultam ações descoordenadas, onerosas e de discutível eficácia, tais como a construção de serviços hospitalares mal dimensionados, compra de equipamentos dispendiosos e de rápida obsolescência e de difícil manutenção, investimento em programas de controle de doenças com ênfase em ações curativas, etc.” (Goulart & Rezende, 1988, p. 409).

Conseqüente à discussão das formas de estruturação da rede de serviços de saúde, emergiu o critério “vulnerabilidade”, que manteve seu patamar de valor atribuído, sendo que os usuários apresentaram um incremento significativo nos valores alocados ao mesmo. O patamar de aceitação deste critério permite a inferência de que as atividades de educação em saúde na esfera das ações de prevenção e controle de doenças, que apresentam como ponto de partida o perfil epidemiológico da população e sua configuração em demandas ao serviço de saúde, objetivando a compreensão da origem e desenvolvimento dos agravos à saúde e o autocuidado, primando por “socializar o saber sobre saúde cientificamente construído e por fornecer elementos que permitam aos indivíduos uma ação direta sobre suas situações de doença que os atingem ou possam vir a atingir” (Silva & Bordin, 1995, p. 61), nos coletivos de representação em foco, contribuíram para a elevação da consciência sanitária, neste campo específico - a prevenção.

A ênfase preventivista dos serviços de saúde prevaleceu e, à exemplo do ocorrido com o critério “frequência”, pouca discussão foi gerada para a delimitação de seu valor coletivo, recebendo a segunda maior média (8,2). A menor média a este critério foi atribuída pelos Conselhos de São José dos Ausentes e de Bom Jesus, municípios com baixa densidade populacional, grande área territorial e de difícil acesso (quando da coleta de dados).

Já o critério “custo *per capita*” apresentou uma redução significativa entre as médias atribuídas na fase de instrumentalização e de deliberação coletiva. Os municípios de São José dos Ausentes, Bom Jesus e São Marcos apresentaram comportamentos distintos dos demais municípios, atribuindo valores acima da média consolidada. Casualmente são os municípios que, por possuírem uma base de prestação de serviços ao nível ambulatorial de especialidades ou hospitalar geral, para casos sem grande complexidade diagnóstico-terapêutica, demandam deslocamentos diários de seus munícipes a outras regiões para atendimento especializado, particularmente onerosos pela logística envolvida nestes deslocamentos.

Por exemplo: para São José dos Ausentes, pelas condições de conservação das vias de acesso, é mais rápido e menos oneroso (custo de manutenção dos veículos,

combustível, permanência da ambulância fora do município, etc.) remeter seus pacientes a Porto Alegre, entrando no Estado de Santa Catarina e retornando pela autoestrada, do que ir a Caxias do Sul, município pólo da região. Saliente-se que o custo de deslocamento não se encerra no setor público, uma vez que este paciente também será onerado, da necessidade de alimentação à presença de um acompanhante (custo social agregado). Tal fato não foi verbalizado em nenhum dos Conselhos participantes deste estudo, neste momento da discussão, mas sim quando da discussão da transcendência social das doenças constantes da situação-problema.

É interessante observar que, apesar do conhecimento de parte da estruturação do sistema de financiamento do SUS e sua materialização cotidiana - nas Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCAs) e nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) -, esta redução deveu-se à retração de valores dos prestadores em seu conjunto e, entre estes, pela redução dos valores alocados pelos prestadores públicos - casualmente a categoria mais sensível aos mesmos, já que é, ao mesmo tempo, órgão “pagador” e executor das políticas de saúde municipais. Ficou evidente nos argumentos empregados para justificar um peso menor a este critério uma visão de externalidade ao sistema, uma desvinculação da alocação de recursos aos critérios anteriores.

Retoma-se aqui algo já apontado por Aires (1996), segundo a qual

“... a execução do orçamento deve ser analisada não apenas do ponto de vista de suas dotações (mensuração receita/despesa), mas também do ponto de vista político. Quer dizer, a alocação de recursos financeiros ... irá depender, em última instância, de conflitos na arena decisória. Mais precisamente, de conflitos de interesses no interior da burocracia estatal e da interação de interesses de atores governamentais e não-governamentais” (Aires, 1996, p. 23).

Por fim, examinemos o critério “compromissos macro-regionais”, que sofreu uma redução importante de peso, passando de uma média de 6,4 para 3,8, com uma redução média em todas as categorias de representação. Este fato deve ser relativizado ao ocorrido com o critério “capacidade administrativa”, seu complemento. Novamente percebe-se uma tendência autonomista dos municípios frente à estruturação de um

sistema regionalizado e hierarquizado de serviços de saúde, ao menos no nível macro (instâncias estadual e nacional).

Curiosamente, houve similaridade de pesos atribuídos a este critério pelos diversos Conselhos de Saúde, independente do porte populacional. Inicialmente o valor consolidado, o menor atribuído a todos os critérios (3,8), poderia ser atribuído à forma de redação da situação-problema, que acentua a necessidade de convênios ou adesão a programas de corte nacional, assumindo-se o pressuposto que na explicitação dos elementos que comporiam este critério pelo aplicador do instrumento, sua relação com a estruturação de uma rede de serviços não tivesse sido clara e, por um motivo ou outro, não incorporada pelos Conselheiros. O que não correspondeu aos argumentos empregados pelos Conselheiros, que retomaram uma série de críticas aos gestores estadual e nacional, notadamente quanto ao repasse de atribuições com a adesão ao convênio de gestão do sistema local de saúde, sem a devida contrapartida de repasse sistemático de recursos.

Partindo-se do pressuposto de que a descentralização político-administrativa prevista no Sistema Único de Saúde visa “ao aprimoramento das relações intergovernamentais, capacitar os governos subnacionais para as funções que lhe são atribuídas e possibilitar o controle social da população organizada sobre o poder público”, os argumentos dos conselheiros corroboram fato já apontado por outros autores, de que, no Brasil, existe

“... um predomínio de ações desconcentradoras sob a denominação de descentralizadoras. Não se trata apenas de uma questão de entendimento, mas uma vez em que embora se admita o caráter político da descentralização, seu processo de implementação é visto como um conjunto de procedimentos visando a sua racionalização e modernização, com mais ênfase na desconcentração prevalecendo uma situação de subordinação política, técnica e financeira de estados e municípios frente ao governo federal” (ENAP, 1993, p. 171-2).

Como resultado da aplicação das grades de resultado, se na fase de referência espontânea, alcoolismo foi escolhido como o problema de saúde a ser prioritariamente

enfocado, após a instrumentalização dos conselheiros quanto aos critérios selecionados passou a segundo lugar e, de forma confirmatória, na fase de deliberação coletiva, acabou sendo relegado à última das três prioridades. Ao passo que epilepsia passou de terceira prioridade na fase espontânea a prioritária nas duas fases seguintes.

Ao final, todos os Conselhos de Saúde apresentaram o problema “epilepsia” como prioritário, fato que também ocorreu com os especialistas convidados e com os técnicos da 5ª Delegacia Regional de Saúde, conjunto que, em tese, escolheu a melhor resposta possível à situação apresentada.

Enquanto processo integrante da elaboração desta grade de critérios, os objetivos secundários previstos também foram cumpridos, incluindo a transposição da grade de resultado obtida junto aos Conselhos Municipais de Saúde ao processo de definição de prioridades de saúde constante do Plano Estadual de Saúde (1997-2000), sendo empregada uma ação programática para comparar os resultados obtidos; e, a difusão de metodologia potencializadora do processo de hierarquização de prioridades em saúde, almejando a qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde neste momento do processo de planejamento em saúde (e que encontrou ressonância em outras áreas, no ensino de graduação e na formação sindical).

CONCLUSÕES

Este capítulo restringe-se a salientar os principais resultados obtidos, a contribuição esperada dos mesmos, seus limites e perspectivas.

Juridicamente falando, o Sistema Único de Saúde estabelece uma série de normas e diretrizes para sua consolidação, mas não enumera critérios para a hierarquização das prioridades em saúde, auxiliares ao processo de planejamento do sistema. Esta responsabilidade recairá sobre o gestor estadual e municipal, de comum acordo com os Conselhos de Saúde, que conformam a instância deliberativa máxima em sua esfera administrativa, sendo de sua competência a formulação de estratégias e o controle de execução da política de saúde, incluindo as questões econômico-financeiras.

Neste contexto emergem os Planos de Saúde, base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), se configurando no instrumento que materializa as políticas municipais de saúde em ações programáticas de intervenção sobre a realidade sanitária.

A enumeração das prioridades em saúde é parte integrante do Plano Municipal de Saúde, sendo base à delimitação das formas de intervenção e alocação dos recursos envolvidos. Contudo, inexistem ferramentas de apoio à decisão na área de planejamento dos recursos em saúde, muito menos voltadas ao processo decisório particular dos Conselhos Municipais de Saúde, que agrega representantes de grupos intraburocráticos de pressão, grupos externos à organização e grupos de usuários do sistema.

A essência deste estudo repousava, então, na busca pela explicitação dos critérios empregados pelos Conselhos Municipais de Saúde no processo de hierarquização das prioridades em saúde de sua região. Muito mais do que uma questão de foro íntimo (de interesse individual, poderiam algumas pessoas argumentar), estas prioridades passaram a ser a base do planejamento das ações de saúde municipais, devendo estar delimitadas por ordem de importância no Plano Municipal de Saúde, passo fundamental à liberação dos recursos existentes nos Fundos Estadual e Municipal de Saúde. Enquanto objetivo secundário, compatibilizar estes critérios aos comumente

empregados pelos setores de planejamento da área da saúde (como os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo) ou mesmo referidos na literatura, embora ainda não operacionalizados com a mesma intensidade, usualmente repousando na avaliação qualitativa do gestor (como o grau de interesse da coletividade, os interesses macro-regionais e a capacidade administrativa).

Permeada por todos os elementos descritos, e sintetizados no item 3.7, chegou-se a uma escala comum aos Conselhos deste estudo, composta por sete critérios e seus respectivos pesos, qual seja:

Critérios	Peso
Frequência	8,6
Vulnerabilidade	8,2
Transcendência	7,9
Capacidade Administrativa	7,3
Custo per capita	6,9
Interesse da Comunidade	6,5
Compromissos Macro-Regionais	3,8
Total	49,2

Esta grade de valores foi resultado de um processo cumulativo de aproximação, fragmentado em dois momentos distintos na sua elaboração. Uma primeira aproximação, realizada após a enumeração espontânea dos critérios, sistematização e discussão dos mesmos (na fase individual instrumentalizada); e uma segunda, resultante da discussão coletiva dos critérios e seus respectivos pesos, cujo produto foi a grade acima descrita. Posteriormente, esta grade de critérios foi aplicada a um programa estadual de saúde, alvo de processo de hierarquização por técnicos do setor de planejamento da SSMA/RS, segundo os critérios semelhantes (com diferenças conceituais e pesos distintos em alguns casos), quando mostrou apresentar um maior poder discriminante quanto aos problemas de saúde que integravam o referido programa.

Comparando-se as grades de critérios elaboradas pelos técnicos da SSMA/RS e pelos Conselhos Municipais de Saúde, algumas diferenças fundamentais afloraram:

- a) os critérios epidemiológicos (frequência, transcendência e vulnerabilidade) tiveram seus pesos relativos reduzidos, de 60% para 50,2%, enquanto os critérios político-administrativos tiveram sua participação aumentada, de 40% para 49,8%;
- b) na grade dos Conselhos, todos os critérios foram discriminados entre si, com diferença estatisticamente significativa entre si.

Mais do que as diferenças observadas entre os pesos atribuídos pelos técnicos ou pelos conselheiros, deve ser salientado que todos os critérios hierarquizadores de prioridades em saúde comumente empregados ou citados foram enumerados espontaneamente pelos conselheiros de saúde (incluindo “compromissos macro-regionais”, com uma referência). Além disso, constatou-se que os conselheiros possuíam capacidade de sistematização não restrita ao senso comum dos problemas de saúde, a importante verificação de que o planejamento ascendente inerente ao Sistema Único de Saúde encontraria nos Conselhos de Saúde um órgão qualificado para as discussões da área.

Levando-se em consideração todos os comentários realizados quanto aos fatores que gravitaram em torno dos valores atribuídos aos sete critérios integrantes da grade de valores, pode-se concluir que:

Do ponto de vista do emprego dos Sistemas de Informação em Saúde: ficou patente que os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos colegiados que trabalham com informações não estruturadas, a maioria das quais proveniente do gestor municipal ou estadual, sem o auxílio de meios potencializadores do processo decisório.

Assumindo-se que o acesso à informação é concebido como um instrumento para a gerência do Sistema Único de Saúde (SUS), este fato aponta para a necessidade da democratização da informação em saúde e a criação de instrumentos potencializadores de incremento na qualidade da decisão efetuada nas várias instâncias do sistema.

Todas as Secretarias Estaduais de Saúde, hoje, possuem alguma estrutura específica, vinculada ou não ao setor de planejamento, com graus diversos de complexidade tecnológica e potencial de análise de dados (assim como sua difusão), usualmente enfrentando uma série de problemas à produção de dados fidedignos à realidade sanitária de sua região, entre os quais: falta ou deficiência de infra-estrutura de informática; insuficiência de recursos humanos qualificados; falta de padronização e normatização dos procedimentos de coleta de dados; falta de hierarquização na produção e uso das informações nos diversos níveis da rede; insuficiente grau de utilização dos dados para a análise do sistema e dos serviços de saúde (MCT, 1988). Estes problemas, identificados ao nível estadual, multiplicam-se no âmbito municipal, acentuando-se a heterogeneidade entre a infra-estrutura dos municípios frente à das secretarias estaduais. Médici salientou que, apesar de muitos municípios estarem trabalhando com seus sistemas de informação, “como forma de subsidiar o planejamento e a programação de serviços [...] a maioria deles não sabe sequer como definir adequadamente suas necessidades” (Médici, 1991, p. 28).

Branco (1996) levantou uma série de cuidados para superar as dificuldades acima apontadas à estruturação de sistemas de informação no âmbito municipal, ressaltando que a “informação de má qualidade informa tanto quanto a ausência de informação”. Ao mesmo tempo, aponta ser fundamental

“... que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social, e promovam o intercâmbio de dados e experiências. A adoção de diretrizes e práticas que permitam a utilização das informações existentes nos três segmentos e o livre fornecimento de dados pode contribuir, significativamente, para a ampliação e aperfeiçoamento do relacionamento entre as estruturas que compõem o SUS” (Branco, 1996, p. 270).

Na esfera deste estudo, a tomada de consciência do desconhecimento por certos setores de representantes das várias facetas inerentes à análise dos problemas de saúde, visualizados na situação-problema constante do instrumento de coleta de dados. Reconhecimento este seguido por manifestações da necessidade de maior fluidez de

dados para análise por parte do gestor municipal e, mesmo, de retroalimentação pelos segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Ou seja, ainda que embrionariamente, os conselheiros reconheceram a carência de dados proveniente dos sistemas de informação existentes, ao mesmo tempo em que a simulação proporcionada pelo instrumento de coleta de dados abriu a discussão da necessidade de instrumentos auxiliares ao processo decisório em saúde. Levando-se em conta a heterogeneidade das situações de saúde existentes nos diversos municípios e dos diferentes graus de desenvolvimento de consciência sanitária presente entre os conselheiros, infere-se que os sistemas de informação resultantes do avanço desta discussão reflitam esta diversidade. Tal fato não invalidará a premissa do planejamento ascendente entre as instâncias governamentais do Sistema Único de Saúde, quando

“... competirá a cada esfera de atuação a responsabilidade pela definição, estruturação e execução do sistema de informação necessário ao desempenho das funções sob sua responsabilidade, observando, contudo, a compatibilização com as atribuições dos demais entes envolvidos e suas respectivas necessidades de organização e gerência dos serviços” (Branco, 1996, p. 269).

Em suma, a democratização da informação deve levar em conta

“... a estruturação de instrumentos operacionais como o SIS, descentralizados, integrados, voltados para o apoio a um processo de tomada de decisão compatível com uma nova ordem *constitucional* (saúde - direito de todos e dever do Estado), *institucional* (descentralização e unificação dos serviços de saúde) e *societária* (pacto democrático)” (Moraes et al., 1992, p. 41).

Neste contexto, a sistematização dos critérios hierarquizadores de prioridades em saúde, levados a cabo neste estudo, pode ser interpretado como uma das fontes orientadoras a um Sistema de Informação em Saúde adequado à gestão do Sistema Único de Saúde, ao demandar que os critérios enumerados sejam reorientados (caso da “transcendência”), operacionalizados (caso dos critérios de “capacidade administrativa”, “compromissos macro-regionais” e “interesse da coletividade”) ou

mais enfaticamente estudados, no sentido de fornecer informações quanto a um número maior de problemas de saúde (caso do “custo per capita” e de “vulnerabilidade”).

Do ponto de vista do processo de planejamento e gestão em saúde, o emprego do método epidemiológico como auxiliar ao processo decisório em saúde foi extremamente positivo. Mesmo com variantes nos pesos dos critérios hierarquizadores de prioridades em saúde, segundo as diversas realidades municipais, a grade proveniente da deliberação coletiva dos conselheiros e sua aplicação à situação-problema resultou na discriminação dos problemas de saúde em escala de importância igual à apontada pelos técnicos que compoariam o Colégio de Especialistas, em tese, a “melhor escolha possível”. Retome-se que a definição final do problema de saúde prioritário, em todos os Conselhos de Saúde, diferiu da manifestação individual espontânea dos conselheiros.

Ou seja, o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Lei 8080/90 como ascendente, do nível local ao federal, encontra ressonância no debate coletivo dos Conselhos estudados. O fato do Conselho de Saúde dever ser ouvido e a necessidade da política de saúde municipal ser compatibilizada à disponibilidade de recursos em planos de saúde inegavelmente gera um processo pedagógico importante na esfera da multiplicação dos atores sociais envolvidos com o setor saúde. Em última instância, aumentando a consciência sanitária local e potencializando a qualidade da discussão em saúde.

Tal fato, aliado às manifestações realizadas após a aplicação do instrumento de coleta de dados, permite afirmar que a alternativa metodológica vinculada à epidemiologia é compatível com a proposta de planejamento ascendente e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um instrumento a ser considerado nos processos de treinamento/capacitação dos conselheiros. Neste sentido, mostrou-se instrumento compatível com a superação das discussões técnico-operacionais vinculadas aos problemas de saúde, que poderiam conduzir a um rebaixamento político das atribuições dos Conselhos de Saúde, alavancando a discussão para patamares mais próximos ao planejamento estratégico do Sistema.

O emprego desta proposta metodológica, flexível o suficiente para sofrer alterações (como a inclusão, exclusão ou segmentação de critérios) segundo as diversidades loco-regionais, deixa claro que a proposta de reforma setorial embutida dentro da proposta de Reforma Sanitária é viável, política e tecnicamente.

Não se trata mais de reafirmar o fato de que, “em alguns casos e em algumas conjunturas, os Conselhos Municipais de Saúde têm sido uma arena dentro da qual os interesses dos setores populares são representados e na qual os representantes desses setores têm participado do processo de tomada de decisão política que lá ocorre” (Cortes, 1998, p. 7), mas sim de reconhecer que os Conselhos de Saúde, uma década após a sua instituição político-jurídica, deram um salto qualitativo e conformam-se atualmente como órgãos colegiados competentes à formulação de estratégias e o controle de execução da política de saúde, incluindo as questões econômico-financeiras.

Do ponto de vista dos atores sociais, pode-se afirmar que os Conselhos de Saúde encontram-se institucionalizados nos municípios estudados, conformando uma arena política na busca pela hegemonia de qual seria o Sistema Local de Saúde adequado a seus municípios, sendo a qualidade da discussão qualificada pela escolha dos intelectuais orgânicos das diversas categorias que compõem os quatro segmentos representados na plenária do Conselho.

Na atual fase de implantação do Sistema Único de Saúde, a reverência a experiências-piloto de Sistemas Locais de Saúde, como as levadas a cabo em Londrina, em regiões rurais de Minas Gerais (usualmente vinculadas ao Internato Rural da Universidade Federal de Minas Gerais) ou aos primórdios do Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, cuja atualização pode ser vislumbrada na forma de estruturação do Sistema de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição (ambos em Porto Alegre, RS), hoje estão transpostas para uma proposta de corte nacional, com seu perfil já sendo visualizável a médio prazo. Deve-se reconhecer, entretanto, que

“Todos os países, não importa em que estágio de desenvolvimento industrial possam estar, precisam fazer escolhas difíceis quanto ao uso de seus escassos recursos. A competição por recursos não existe apenas entre diferentes setores da economia, mas também dentro de cada setor. Devem-se destinar mais

recursos à educação ou à saúde ? E dentro do setor saúde: devem-se destinar mais recursos à atenção primária ou à medicina de alta tecnologia ? Dentro das opções de tratamento para uma dada condição clínica (por exemplo: hérnia inguinal), devem-se alocar recursos extras para expansão de opção de cirurgia de curta permanência ? (Drummond, 1988, p. 26).

Neste ponto, duas questões de suma importância: (a) que este processo de discussão, anteriormente circunscrito à política setorial em saúde, agora envolve também a área da assistência social, com estruturação de conselhos paritários em moldes semelhantes aos Conselhos de Saúde; e (b) que o debate quanto às diretrizes e políticas de saúde, envolvendo tanto os macro-determinantes (no campo da saúde coletiva) quanto as questões do atendimento individual (no campo da atenção clínica), em um processo de tese-antítese-síntese, está sendo cada vez mais efetivado ao nível municipal, processo que, em seu bojo, traz novamente implícita a multiplicação dos atores envolvidos.

Se, em anos anteriores a interferência política nos Conselhos era vista de uma forma até depreciativa, hoje percebe-se que

“A classe política permanece sendo a grande fonte de inovações na condução dos negócios públicos, em especial no âmbito das políticas sociais, devido ao capital político que carregam. A multiplicação de experiências bem sucedidas, nos planos nacional e internacional, por governos locais dirigidos por lideranças políticas emergentes, é emblemática desta potencialidade. O exemplo vem de baixo, ao contrário do provérbio popular, e começa a se espalhar pelo nível estadual, ainda que de forma isolada e pontual, delimitada por entornos regionais específicos” (Gaetani, 1997, p. 6).

Alguns autores, ao analisarem a relação entre os conselheiros e suas bases, as descreveram como uma representação débil, estando os conselheiros distanciados de seus representados (Pitta, 1994; Pinheiro, 1996; por exemplo). Este fato não foi observado neste estudo, ao menos não referida de forma tão intensa, sendo salientada a organicidade dos conselheiros aos seus grupos sociais. Desta forma, qualifica-se o debate envolvendo a complexidade do diálogo (poder técnico), a falta de informações

(poder administrativo) ou mesmo as dificuldades no processo de representação (poder político). O que não quer dizer que os resultados de tais discussões não se relacionem entre si ou se sobreponham, integrando a dinâmica contraditória de funcionamento desses conselhos (Pinheiro, 1996).

Coerente com esta afirmação, o potencial de realocação de valores aos diversos critérios encontrado entre os representantes dos prestadores públicos, vinculados ao gestor municipal e detentores dos sistemas de informação, ainda que reconhecidamente estes sistemas sejam incompletos ou desfocados da realidade sanitária local (o que nivela o poder administrativo deste segmento de representantes). Tal fato é semelhante a situação anteriormente identificada por Ribeiro (1997):

“A proliferação de órgãos colegiados de pactuação entre atores relevantes ao SUS expressa duas tendências evidentes: ... a definição pelo Estado das estruturas decisórias e a intermediação da política pela técnica. Isto produz uma expectativa de convergência dos grupos de interesse em torno de uma tecnoburocracia renovada e autônoma capaz de estruturar demandas, conflitos e projetos nas esferas do Estado e da sociedade civil” (Ribeiro, 1997, p. 86).

Resgate-se questões já apontadas na discussão dos resultados, quanto ao fato dos prestadores de serviços públicos e os profissionais de saúde atuarem como facilitadores nas reivindicações dos usuários, ainda que existam representantes destes que venham a ser funcionários públicos ou profissionais de saúde. Reafirma-se, desta forma, que o papel dos usuários de saúde na relação cotidiana com a rede de serviços e com os profissionais que nela atuam, “longe de significar a mera busca da assistência, inscreve-se numa prática pluridimensional, dentre as quais se pode destacar a dimensão política” (Bosi & Affonso, 1998, p. 356).

A forma de discussão quando da elaboração da grade de critérios que sistematizaria a situação-problema permitiu a caracterização dos Conselhos de Saúde na esfera da pactuação política, fato que não oculta uma série de conflitos na esfera da saúde (exemplo: descaso do governo com a saúde, falta de recursos para atendimento à população, denúncias diversas, etc.), mas aponta para um “compromisso mútuo de

institucionalização das soluções propostas e não como de superação de divergências” (Ribeiro, 1997, p. 87). Institucionalização aqui entendida como

“... predomínio de diagnósticos, soluções e ações estabelecidas no âmbito de organismos normativos oficiais e dentro de parâmetros técnicos e político-discricionários pertencentes à política setorial, pelo que implica a absorção dos grupos em esferas do estado e a aceitação pelos governantes da legitimidade dos representantes dos grupos sociais” (Ribeiro, 1997, p. 88).

*

Em síntese, e retomando os três itens conclusivos acima, parece existir um consenso de uma política substantiva centrada na descentralização e no poder municipal, acompanhada de canais de participação e controle social, associado à estruturação de um sistema de informação “que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular no sentido de gerar ações com capacidade de discriminação positiva é o caminho para superar as causas que fazem com que o SUS esteja em xeque” (Vecina Neto & Terra, 1998, p. 186).

Este estudo apresentou como produto final uma proposta metodológica, de múltiplo uso (difusão de metodologia e treinamento de conselheiros, identificação e sistematização de critérios hierarquizadores), baseada na simulação do processo de resolução de uma situação-problema hipotética (embora adaptável às diversas realidades sanitárias de cada município). Desta forma, ao mesmo tempo em que sistematiza os critérios empregados, aplica a grade resultante em uma situação-problema, dando transparência à mesma, auxiliando ao processo decisório. De posse dos critérios, muitos elementos necessários à tomada de decisão por parte dos Conselhos de Saúde emergem, redirecionando as solicitações de dados ao gestor em saúde e, mesmo, definindo elementos constituintes do que potencialmente virá a se conformar em um Sistema de Informação em Saúde voltado simultaneamente à consolidação e gestão do Sistema Local de Saúde, base organizativa do Sistema Único de Saúde.

O fato de centrar-se majoritariamente em uma região homogênea do Estado do Rio Grande do Sul, a Serra do Nordeste (zona de imigração italiana), constitui-se em um restritor à capacidade de generalização dos resultados obtidos, mesmo que tenham sido incorporados, entre os Conselhos integrantes do processo de coleta de dados, municípios com grande heterogeneidade quanto ao porte populacional, complexidade de serviços de saúde existentes, nível de organização e tempo de funcionamento dos Conselhos. Pela plasticidade da proposta metodológica, é de se supor que resultados semelhantes aos observados sejam obtidos junto aos demais Conselhos de Saúde do Estado, o que falaria a favor de um patamar mínimo de consciência sanitária locoregional já estabelecido.

Tal questão levanta, de imediato, o desdobramento futuro do estudo ora iniciado: a sua replicação junto a outros Conselhos de Saúde, em outras regiões do Estado do Rio Grande do Sul (que já está ocorrendo), ou mesmo externos a suas fronteiras. Tal fato aumentará, não apenas o grau de difusão da metodologia proposta, mas a confiabilidade quanto aos critérios identificados (ou mesmo seu aperfeiçoamento).

Com o aumento do número de atores sociais participando da discussão, espera-se que a questão proposta pela situação-problema venha a inserir-se nos múltiplos esforços, hoje levados a cabo, por instituições governamentais ou não, no sentido de ampliar a participação social na determinação das políticas de saúde, já que deve ser levado em conta que a

“... objetivação de prioridades é um desenvolvimento de uma agenda enxuta, densa e estratégica. Os recursos são, por definição, escassos. É preciso buscar concentrá-los sob pena de ceder à lógica (profundamente conservadora) da pulverização, impotente para produzir mudanças, alavancagens e rupturas. Dos recursos financeiros ao tempo, passando por equipamentos, pessoal e tecnologias, a escassez é estrutural e os custos de oportunidade de constrangedora mensuração. O cálculo político tradicional induz à diluição. Mas se o objetivo é transformar, estabelecer e perseguir prioridades é fundamental” (Gaetani, 1997, p. 14).

Definir prioridades não deve ser visto como um objetivo em si mesmo, por ser uma tarefa mais política do que científica traduzir em prática cotidiana as prioridades definidas através de investigações que atestam a efetividade de procedimentos e serviços (Akerman, 1995, p. 133). Será esse processo, atrelado à consolidação das bases do Sistema Único de Saúde, com seus avanços e recuos, com a delimitação clara dos pressupostos e diretrizes a serem seguidas pelas instâncias governamentais que, em última instância, serão resgatadas “as práticas em saúde, epidemiológicas e de serviços, como as instâncias legítimas de geração e fundamentação do saber em saúde coletiva” (Rocha & Dal Fabbro, 1995, p. 27).

Será apenas a construção da praxis coletiva na saúde que permitirá a produção e desenvolvimento científico e tecnológico adequado à realidade nacional, respeitadas todas as diversidades sanitárias loco-regionais e centrada no planejamento ascendente, que retroalimentará de forma imediata a construção do Sistema Único de Saúde. Um Sistema de Saúde que, assim espera a maioria da população, seja baseado nos princípios distributivos aristotélicos (Giovanella et al., 1995, p. 21) de equidade horizontal (tratamento igual aos que são iguais em seus aspectos relevantes) e de equidade vertical (tratamento desigual aos que são desiguais em seus aspectos relevantes), quando as necessidades de saúde de cada indivíduo, em sua igualdade ou desigualdade, serão considerados aspectos relevantes na estruturação das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 33, p. 50-53, 1989.
- AHUMADA, J. et al. *Problemas conceptuales y metodologicos de la programación de la salud*. Washington: OPAS, 1965 (Publicación Científica, 111).
- ALAVI, M.; JOACHMSTHALER, E.A. Revisiting implementation research: a meta-analysis of the literature and suggestions for researches. *MIS Quarterly*, p. 95-113, 1992.
- AIRES, I.C. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde: perspectiva dos atores da SES/MG. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 6, p. 21-36, 1996.
- AIRES, I.C.; VENUTO, A. O Sistema Único de Saúde (SUS): discussão sobre sua implantação e especificidades em municípios do Estado de Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, v. 29, n. 4, p. 93-119, 1995.
- AIRES, I.C.; VENUTO, A.; BATISTA, C.C.V. O programa de implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: modalidade de atenção, participação dos usuários, acesso aos serviços e grau de satisfação. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 3, p. 5-18, 1996.
- ALDELSON, M.R. Evaluation of health information systems. *British Medical Bulletin*, v. 30, n. 3, p. 203-8, 1974.
- ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- ALVIM, E.F. *Técnica de programação integrada de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1973.
- ALVIM, E.F.; COSTA, L.T. *Técnica de planejamento como instrumento de diagnóstico de saúde*. Belo Horizonte: Fundação Serviço de Saúde Pública, 1970.
- AKERMAN, M. Brazil, where is your social development ? *The health exchange*, v. 1, p. 8, 1994.

- AKERMAN, M. Determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde: um desafio contemporâneo para o setor saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 29, n. 2, p. 126-36, 1995.
- AMONOO-LARSTON, R.; EBRAHIM, G.J; LOVEL H.J., RANKEN J.P. *District health care: challenges for planning, organisation and evaluation in developing countries*. London: ELBS/Macmillan, 1992.
- ANTHONY, R.N. *Planning and control systems: a framework for analysis*. Boston: Harvard Business School Press, 1965.
- ANTHONY, R.N. *The management control function*. Boston: Harvard Business School Press, 1988.
- ARANTES, G.R. Planejamento de atividades anti-tuberculose pelo método CENDES/OPS. *Revista de Saúde Pública*, v.10, n. 1, p. 17-29, 1976.
- ARAÚJO, J.D. O custo da doença: repercussão econômica no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 9, p.155-68, 1975.
- ARBOLEDA, O.D.C.; PRIETO, J.P.S. *Análisis de vulnerabilidad y evaluación del riesgo para la salud de una población expuesta a desastres*. Bogotá: Cruz Roja Colombiana, 1990.
- ARIAS, J.A.M. et al. *Análisis de vulnerabilidad y planes hospitalarios de emergencia: Memorias seminarios Taller*. Santafé (Bogotá): Colombia, Ministério de Salud, 1992.
- ARREDONDO, A.; LOCKETT, L.Y.; ICAZA, E. Cost of diseases in Brazil: breast cancer, enteritis, cardiac valve disease and bronchopneumonia. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 349-54, 1995.
- BACHRACH, P.; BACHRACH, M. Poder e decisão. In: CARDOSO, F.H.; MARTINS, C.E. *Política e sociedade*. 2ª ed., São Paulo: Nacional, 1983, v. 2.
- BARKER, D.P.; BENNETT, F.J. *Practical epidemiology*. 2ª ed., London: Churchill Livingstone, 1976.
- BARLEY, S. Images of imaging: notes on doing longitudinal field work. *Organization Science*, v. 1, n. 3, p. 220-42, 1990.
- BELDA, W. A prioridade nas soluções dos problemas de saúde. In: Marlet JM et al.. *Saúde da Comunidade*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

- BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1988.
- BOISCHIO, A.A.P.; BARBOSA, A. Exposição ao mercúrio orgânico em populações ribeirinhas do Alto Madeira, Rondônia, 1991: resultados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 2, p. 155-60, 1993.
- BORDIN, R.; ROSA R.S. Médicos: quem somos ? In: AgostoGOSTO, F.M.; PEIXOTO, R.; BORDIN, R. (Orgs.). *Riscos da Prática Médica*. Porto Alegre: Dacasa, 1998.
- BORDIN, R.; SILVA, J.O. Diagnóstico populacional e planejamento em saúde. *Revista Brasileira de Administração Contemporânea*, v. 1, n. 8, p. 223-34, 1995 (Anais do 19º ENANPAD).
- BOSI, M.L.G.; AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 2, p. 355-65, 1998.
- BOSS, R.W. Decision-making in the budgetary process. In: GOLEMBIEWSKI, R. et al. *Public administration*. 2ª ed., Chicago: Rand McNally Publishing Company, 1972.
- BOTERO, L.A.L. Analisis preliminar de riesgos y vulnerabilidad del Valle de Aburra para desastres. *Invest Educ Enferm*, v. 6, n. 1, p. 97-109, 1988.
- BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. *Saúde e Previdência: estudos de políticas sociais*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 2, p. 267-70, 1996.
- BRASIL. *Relatório Nacional Brasileiro para a Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social*. Brasília: República Federativa do Brasil, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. O aumento da vulnerabilidade em áreas sob vigilância de malária. *SUCAM, Informações Epidemiológicas*, v. 3, n. 27, p. 1-2, 1985.
- BRASIL, H.G. Processo decisório e a questão orçamentária: uma analogia. *Revista de Administração Pública*, s.n.t.

- BROTHERSON, J.H.F. et al. Planning of health services and the health team. In: HOBSON, W. *The theory and practice of public health*. London: Oxford University Press, 1979 (citado em Dever, 1988).
- BUTLER, R. Decision-making research: its uses and misuses. A comment on Mintzberg and Waters: 'Does decisions gets in the way?'. *Organization Studies*, v. 11, n. 1, p. 11-5, 1990.
- CALLAHAN, D. Rationing medical progress: the way to affordable health care. *New England Journal of Medicine*, v. 322, p. 1810-3, 1990.
- CAMPOS, G.W.S. A Reforma Sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec/Cebes, 1988.
- CAMPOS, J.Q.; TINOCO, A.F. *Política e planejamento de saúde*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1984, p 137-53.
- CARVALHO, A.I. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, 1995 (Série Estudos, 3 - Política, Planejamento e Gestão em Saúde).
- CARVALHO, A.I. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 23-5, 1998.
- CARVALHO, D.M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 6, n. 4, p. 7-46, 1997.
- CARVALHO, G. A implantação do Sistema Único de Saúde: nós críticos a nível estadual. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 4-8, 1994.
- CARVALHO, M.A.P.. A propósito do diagnóstico participativo como instrumento para o controle social dos serviços. In: Valla VV & Stotz EN (orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- CASARIN, A; BUENO, I. Estudo da magnitude, transcendência e vulnerabilidade das doenças a partir da mortalidade no Rio Grande do Sul. *Rev Fac Odontologia*, v. 21-24, p. 21-32, 1979-82.

- CASARIN, A.; QUADROS, S.N.M. *Ordenação de doenças conforme critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade do dano: estudo a partir da mortalidade no Rio Grande do Sul, 1979-81*. Porto Alegre: SSMA/RS, 1983.
- CASTIEL, L.D. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 2, p. 184-90, 1986.
- CAVE, D.G. Can prescription drug card programs really save money ? *Compensation & Benefits Management*, v. 10, n. 3, p. 50-2, 1994 (ABI/INFORM 00866873).
- CHANLAT, J-F. (org.). *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas, 1994.
- CHAVES, M. *Teoria da odontologia sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1960.
- COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 38, p. 90-3, 1993.
- CORDEIRO, H.A. *As empresas médicas - as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORTES, S.M.V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 5-17, 1998.
- CRISTINE, B.. The future of the health care technologies. *Risk Management*, v. 39, n. 11, p. 14,16, 1992 (ABI/INFORM 00647143).
- CROZIER, M. *A sociedade bloqueada*. Brasília: UnB, 1983.
- DAHL, R.A. The concept of power. *Behavioral Science*, july, 1957.
- DAL POZ, M.R.; PINHEIRO, R.. A participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus determinantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 28-30, 1998.
- DALLARI, S.G. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- DALLARI, S.G.; ADORNO, R.C.F.; FARIA, M.M.; SHUQAIR, N.S.M.S.A.Q.; TREWIKOWSKI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 4, p. 531-40, 1996.

- DAVIS, F.D. Perceived usefulness, perceived ease to use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, p. 319-39, sep1989.
- DAVIS, G.B.; OLSON, M.H. *Sistemas de información gerencial*. Bogotá: McGraw-Hill, 1987.
- DeBOW, Y. The technology of reform. *Insurance & Technology*, n. apr, p. 19-22, 1994 (ABI/INFORM 00856329).
- DeSANCTIS, G.; GALLUPE, R.B. A foundation for the study of group decision support systems. *Management Science*, v. 33, n. 5, p. 589-609, 1987.
- DEVER, G.E.A. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.
- DICKINSON, F.G.; WELKER, E.L. *What is the leading causae of death ? Two new measures*. Chicago: American Medical Association, 1948 (Bulletin 64).
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
- DRIVER, M.J.; BROUSSEAU, K.R.; HUNSAKER, P.L. *The dynamic decison-maker: five decision styles for executive and business sucess*. New York: Harper & Row, 1990.
- DRUMMOND, M.F. Como avaliar uma política de saúde ? In: Escola Nacional de Saúde Pública. *Seminário de Avaliação de Serviços de Saúde - aspectos metodológicos*. Rio de Janeiro: ENSP/OPAS, 1988, p. 26-41.
- D´SOUSA, S. The assessment of prevalence and child deaths in developing countries: some applications of a new index. *World Health Statistics Quarterly*, n. 42, p. 16-25, 1989.
- DURAN, L.I.; BECERRA, J.A. Desarrollo de una metodología para establecer prioridades de atención en el sector saúde. *Salud Pública México*, p. 389-403, 1984.
- ENAP - Escola Nacional de Administração Pública. *Estrutura e organização do poder executivo*. Brasília: CEDOC Graciliano Ramos, 1993, 2 vol.
- ESCOREL, S. Exclusão social e saúde. *Saúde em Debate*, n. 43, p.38-43, 1994.

- FACHIN R.C.; CAVEDON, N.R. Participação no governo local: estudos no setor saúde. *Anais do VI Colóquio sobre Poder Popular*. Salvador, 13 a 15/12/94: Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, 1996, p. 251-267.
- FACHIN, R.C. et al. *Os governos municipais exercem papel fundamental no desenvolvimento de sistemas de saúde*. Porto Alegre: PPGA/UFRGS, 1996, 18 p .
- FALEIROS, V.P. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. *Bioética*, v. 5, n. 1, p. 35-40, 1997.
- FERNANDES, V. et al. Factores biomecánicos durante la neurogenesis y la neuro-regeneración y sus implicancias sobre la vulnerabilidad y evolución del sistema nervioso. *Rev Chil Neuropsiquiatr*, v. 21, n. 1, p. 65-71, 1983.
- FERREIRA, J. Vigilância epidemiológica em hanseníase. In: LOMBARDI, C et al. *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1990, p 33-61.
- FERREIRA, S.M.G.; SANTOS, A.F.; ACCIOLY, M.C. Construção de um sistema de informação em saúde para a gestão do SUS - a experiência de Belo Horizonte. in.: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Uso e disseminação de informações em saúde - subsídios para a elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, ABRASCO, 1994.
- FESTINGER, L. *A theory of cognitive dissonance*. New York: Harper and Row, 1957.
- FDI - Federación Dental Internacional. Vulnerabilidad de los niños pobres a la caries dental. *FDI Boletín*, n. 177, p. 3, 1991.
- FISCHER, G.N. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, J-F. (org.). *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. *Epidemiologia clínica: bases científicas da conduta médica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FLEURY, S. Gestão de políticas sociais: o nó da reforma do Estado. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 4, p. 175-80, 1996.
- FLEURY, S. Saúde e qualidade de vida: combater a desigualdade e a exclusão. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 5, p. 165-76, 1996a.

- FORGIONNE, G.A. Using decision support systems to market prepaid medical plans. *Journal of Health Care Marketing*, v. 11, n. 4, p. 23-38, 1993.
- FREITAS, H.M.R.. *A informação como ferramenta gerencial*. Porto Alegre: Ortiz, 1993.
- FREITAS, H.M.R.; BALLAZ, B.; TRAHAND, J. Sistema de informações em marketing e apoio à decisão. *Revista de Administração*, v. 28, n. 2, p. 33-49, 1993.
- FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Ofic Sanit Panam*, p. 485-96, 1991
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. *Diretório de bases de dados de interesse da saúde*. Brasília: FUNASA, 1993.
- GAETANI, F. *Gestão e avaliação de políticas e programas sociais: subsídios para discussão*. Brasília: MARE/ENAP, 1997 (textos para discussão, 14).
- GALLO, E. et al. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 414-9, 1988.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GIOVANELLA L. et al. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, n. 49-50, p. 13-22, 1995-96.
- GIRALDES, M.R.. *Equidade e despesa em saúde*. Lisboa: Editorial Estampa, 1990.
- GLÓRIA, M.B.A. N-nitrosamines in baby bottle nipples and pacifiers. *Ciência e Cultura*, v. 43, n. 1, p. 44-7, 1991.
- GOPAL, A.; BOSTROM, R.P.; CHIN, W.W. Applying Adaptative Structuration Theory to investigate the process of group support systems use. *Journal of Management Information Systems*, v. 9, n. 3, p. 45-69, winter 1992-93.
- GORRY, G.A. The development of managerial models. *Sloan Management Review*, v. 12, n. 2, p. 1-16, 1971.
- GOULART, F.A.A.; REZENDE, Z. A saúde e o município. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 407-13, 1988.

- GRIFFITHS, D.A.T. Economic evaluation of health services. *Rev. Epidém. Et Santé Publ.*, n. 29, p. 85-101, 1981.
- GROTJAHN, A. *Soziale Pathologie*. Berlín: Verlag, 1915 (citado em HANLON, J.J. *Principios de Administración Sanitaria*. 3ª ed., México: La Prensa Medica Mexicana, 1973).
- GUERREIRO RAMOS, A. *Administração e contexto brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 1983.
- HABERMAS, J. *The structural transformation of the public sphere: an inquiry into a category of Bourgeois Society*. London: Polity Press, 1990.
- HADORN, D.C. Setting health care priorities in Oregon: cost-effectiveness meets the rule of rescue. *Journal of the American Medical Association*, v. 265, n. 17, p. 2218-25, 1991.
- HADORN, D.C. The problem of discrimination in health care priority setting. *Journal of the American Medical Association*, v. 268, n. 11, p. 1454-9, 1992.
- HAM, C. Priority setting in the NHS: reports from six districts. *British Medical Journal*, v. 307, p. 435-8, 1993.
- HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HENKE, K.D.; BEHRENS, C.S. The economic cost of illness in the Federal Republic of Germany in the year 1980. *Health Policy*, n. 6, p. 119-43, 1986.
- HOLANDA, N. *Elaboração e avaliação de projetos*. Rio de Janeiro: APEC, 1969.
- HORTALE, V.A. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública*, v. 31, n. 3, p. 23-35, 1997.
- JACOBI, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos - apontamentos para o debate. *Lua Nova*, n. 20, 1990.
- JESSUP, L.M.; Valacich, J.S. *Group Support Systems: new perspectives*. New York: Macmillan Publishing Company, 1992.

- JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S (Orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- JULIANO, Y. et al. Coeficiente padronizado de anos de vida perdidos de Haenszel. Comparação com o coeficiente padronizado de mortalidade geral, quanto à utilização como indicador de nível de saúde de populações. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 108-22, 1987.
- JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R.M. O processo de municipalização na política de saúde de São Paulo. *Revista de Administração Pública*, 31(5); 130-52, 1997.
- KEEN, G.W.; MORTON, M.S.S. *Decision Support Systems: as organizational perspective*. London: Addison-Wesley, 1978.
- KEINERT, T.M.Z. Os paradigmas da administração pública no Brasil (1900-92). *Revista de Administração de Empresas*, v. 34, n. 3, p. 41-8, 1994.
- KENDALL, K.E.; KENDALL, J.E. *Análisis y diseño de sistemas*. México: Prentice-Hall, 1991.
- KITZHABER, J.A. Prioritising health services in a era of limits: the Oregon experience. *British Medical Journal*, v. 307, p. 373-7, 1993.
- KLADIS, C.M. *Concepção e desenvolvimento de um Sistema de Apoio à Decisão (SAD) e verificação de seu impacto na redução das dificuldades do decisor: um delineamento experimental de laboratório*. Porto Alegre: UFRGS, 1994. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.
- KLIKSBERG, B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social - algumas questões-chave. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 1, p. 78-90, 1996.
- LAFROMBOISE, H.L. Health policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, v. 108, p. 388-93, 1973.
- LANDEFELD, J.S.; SESKIN, E.P. The economic value of life: linking theory to practice. *American Journal of Public Health*, v. 72, n. 6, p. 555-66, 1982.
- LAURENTY, R. Indicadores de Saúde. In: SOUZA, C.A.M.; TADDEI, J.A.A.C. (Orgs.). *Textos em Epidemiologia*. Brasília: SEPLAN/CNPq, 1984.

- LAWTON, G. FCC awards open honours. *Software Magazine*, v. 13, n. 3, p. 22, 1993 (ABI/INFORM 00691632).
- Le GRAND, J. *The strategy of equality - redistribution and the social services*. London: George Allen & Unwin, 1982.
- LEITÃO, S.P. Repensando a questão da decisão organizacional e seu paradigma. *Revista de Administração Pública*, v. 29, n. 2, p. 110-25, 1995.
- LEITÃO, S.P. O poder na decisão organizacional. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 2, p. 137-51, 1996.
- LIMA, S.M.L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 5, p. 101-38, 1996.
- LINDBLOM, C. The science of muddling through. In: GOLEMBIEWSKI, R. et al. *Public administration*. 2ª ed., Chicago: Rand McNally Publishing Company, 1972.
- LUKES, S. *O poder: uma visão radical*. Brasília: UnB, 1980.
- LORSCH, BAUGHMAN, REECE, MINTZBERG, H. *Understanding management*. New York: Harper & Row, 1978.
- LUZ, M.D. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MACHADO, J.P. Quantificação de critérios para hierarquização dos problemas de saúde de Belo Horizonte. *Rev. Associação Médica de Minas Gerais*, v. 19, n. 3, p. 221-7, 1968.
- MAÇADA, A.C.G. *Sistema de planejamento de recursos da saúde*. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1992 [proposta de dissertação de mestrado].
- MAÇADA, A.C.G. *Sistema de planejamento de recursos da saúde - SPRS*. Porto Alegre: UFRGS, 1994. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.
- MARCH, J. Racionalidade restrita e engenharia de escolha. In: *Edições Múltiplas*, v. 2, n. 5, 1982.

- MARCH, J.; SIMON, H.A. *Teoria das organizações*. Rio de Janeiro: FGV, 1972.
- MARTINS, L.A.N. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Bol Psiquiatr*, v. 22/23, p. 11-15, 1989/1990.
- MARTINS, I.S. et al. As determinações biológica e social da doença: um estudo de anemia ferropriva. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 73-89, 1987.
- MASON, R.O; MITROFF, I.I. A program for research on management information systems. *Management Science*, v. 19, n. 5, p. 475-87, 1973.
- MASSOLO, A. Em direção às bases; descentralização e município. *Espaço e Debates*, v. 24, p. 40-54, 1988.
- MATTAR, F.N. *Pesquisa em Marketing - metodologia, planejamento*. 4ª ed., São Paulo: Atlas, 1997 (vol. 1).
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera FJU (org). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1992 (Pensamento Social e Saúde, 2).
- McCARTHY, R. Managing health benefits: a graphic advantage. *Best's Review (Life/Health)*, v. 93, n. 7, p. 60-3, 1992 (ABI/INFORM 00655338).
- MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia. *Proposta de plano setorial de informática em saúde*. Relatório da Comissão Especial de Informática em Saúde. Brasília: Secretaria Especial de Informática, 1988.
- MÉDICI, A.C. Descentralização e informação em saúde. *Planejamento e políticas públicas*, v. 5:5-29, 1991.
- MENA, L.R. Introducción al estudio del presupuesto por programas. Caracas: s.e., 1972. (citado em BRASIL, s.n.t.).
- MENDES, E.V. *Organização de sistemas de saúde: desafios e perspectivas*. Conferência pronunciada no III Congresso Médico de Brasília, 7/04/93 [mimeo.].
- MILLER, D.W. *Estrutura das decisões humanas*. Rio de Janeiro: FGV, 1970.
- MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular de etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 363-81, 1988.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Uso e disseminação de informações em saúde - subsídios para a elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, ABRASCO, 1994.
- MINTZBERG, J.; RAISINGHANI, O; THÉORÊT, A. The structure of unstructured decision process. *Administrative Science Quarterly*, v. 21, n. 2, 1976.
- MS - Ministério da Saúde. *Conselhos de Saúde - guia de referência para a sua criação e organização*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.
- MIRADOR INTERNACIONAL. *Dicionário brasileiro da língua portuguesa*. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1979.
- MOONEY, G.H. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, v. 1, n. 4, p. 179-184, 1983.
- MORAES, I.H.S. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Abrasco/Hucitec, 1994 (Saúde em Debate, 65).
- MORAES, I.H.S.; EDUARDO, M.B.P.; SOBOLI, M.L.M.S. Informação em saúde e gestão democrática. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde*, v. 2, p. 35-42, 1992.
- MORROW, R.H.; BRYANT, J.H. Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. *American Journal of Public Health*, v. 85, n. 10, p. 1356-60, 1995.
- MOSCOVIVI, S. Introdução. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MOTTA, P.R. *Gestão contemporânea e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- NETO, E.R. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. *Revista Saúde em Debate*, v. 17, p. 12-17, 1986.
- O'DWYER, G.C.; MOYSÉS, N.M.N. Conselhos Municipais de Saúde: o direito de participação da sociedade civil ? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 26-7, 1998.
- OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.F. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.

- OLIVEIRA, J.A.A. Para uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais. *Saúde em Debate*, v. 20, p. 85-93, 1988.
- OPIT, L.J. Como se debe generar y utilizar la información sobre asistencia sanitaria? *Foro Mundial de la Salud*, v. 8, p. 447-56, 1987.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Planificación sanitaria nacional en los países en desarrollo*. Genebra: OMS, 1967 (Série Informe Técnico, 350).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Preparación para vigilar los progresos realizados en logros de salud para todos en el año 2000*. Genebra: OMS, 1981 (Série Salud para Todos, 4).
- PAGÈS, et al. *O poder nas organizações*. Rio de Janeiro: Atlas, 1990.
- PEDONE, L. *Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas*. Brasília: Funcep, 1986.
- PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- PINHEIRO, R.; DAL POZ, M.R. *Democratização e controle social na saúde: análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: URSJ/IMS, 1995 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 109).
- PINHEIRO, R. A dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso (Anmgra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana). *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 5, p. 64-100, 1996.
- PINSONNEAULT, A.; KRAEMER, K.L. The impact of technological support on groups: an assessment of the empirical research. *Decision Support Systems*, v. 5, p. 197-216, 1989.
- PITTA, A.R. *A comunicação serviços de saúde/população: modelos explicativos e desafios a partir de discussões recentes*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1994.
- POLLACK, R. On the health care horizon. *Foundation News & Commentary*, v. 35, n. 2, p. 26-8, 1994 (ABI/INFORM 00844498).
- POZZEBON, M.; FREITAS, H.M.R. Pela aplicabilidade - com um maior rigor científico - dos estudos em caso em sistemas de informação. *Revista de Administração Contem-porânea*, v. 2, n. 2, p. 143-170, 1998.

- PUTNAM, R.D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996 (citado em CARVALHO, 1998).
- RABELLO-GRAY, M.N.; RODRIGUES, M.A.R.; MONTELEONE NETO, R. Mutagênese, carcinogênese e teratogênese: métodos e critérios de avaliação. *Revista Brasileira de Genética*, 1991.
- RAMOS, R. *Técnica de programação do setor público*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1974.
- REICHERTZ, P.L. Future developments of data processing in health care. *Methods of Information in Medicine*, v. 21, p. 5558, 1982.
- RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.
- RIVERA, F.J.U. (Org). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1992 (Pensamento social e saúde, 2).
- ROBINSON, J.C. Philosophical origins of the economic valuation of life. *Milbank Quarterly*, v. 64, n. 1, p. 133-55, 1986.
- ROCHA, J.S.Y.; DAL FABRO, A.L. Pelo reordenamento das práticas da saúde coletiva acerca da informatização da saúde. *Saúde em Debate*, v. 47, p. 23-7, 1995.
- RODRIGUES, I.P.F. *Cultura e poder nas organizações: comparando o processo decisório em organizações brasileiras e britânicas*. Belo Horizonte, CMA, 1984 (mimeo.).
- RODRIGUES, R.J.; GOIHMAN, S. Sistemas de Informação para a gestão dos sistemas locais de saúde. *Bol Ofic Sanit Panam*, v. 109, n. 5-6, p. 488-501, 1990.
- RODRIGUES, S.B. *Processo decisório em universidades: teoria III*. Belo Horizonte: CMA, 1984 (mimeo.).
- RODRIGUES, S.B.; BOTERO, C.O. *Processo de decisão estratégica: um estudo das empresas mineiras e paulistas*. Belo Horizonte: CMA, 1986 (mimeo.).
- ROSA, R.S.; FREITAS, H.M.R. *Informações em saúde nos níveis operacional e tático/estratégico*. Porto Alegre: PPGA/UFRGS, 1994 (Série Documentos para Estudo, 08/94) (mimeo.).

- ROSENBERG, H. El índice de desarrollo humano. *Bol Ofic Sanit Panam*, v. 117, n. 2, p. 175-81, 1994.
- ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*. 3ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
- SAGE, A.P. Behavioral and organizational considerations in the design of information systems and processes for planning and decision support. *SMC*, v. 11, n. 9, p. 640-78, 1980.
- SAYEG, M. *Técnicas de articulação intersetorial: estudo do valor agregado do setor*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1973.
- SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. O método epidemiológico na conduta e na pesquisa clínica. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*. 4ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.
- SCOTT, J.S. Reform models require strong information access. *Health Management Technology*, v. 15, n. 1, p. 22-6, 1994 (ABI/INFORM 00834913).
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.
- SEHIG. Prefeitura Municipal de Santos. Sistemas de informações em saúde no município de Santos. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Uso e disseminação de informações em saúde - subsídios para a elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, ABRASCO, 1994.
- SELZNICK, P. *A liderança na administração: uma interpretação sociológica*. Rio de Janeiro: FGV, 1972.
- SFEZ, L. *Crítica da razão*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990.
- SHARKANSKY, I. *Administração pública*. Rio de Janeiro: FGV, 1974.
- SHARKEY, P.D. et al. Assessing the severity of patients' illness to better manage health care resources. *Interfaces*, v. 23, n. 4, p. 12-20, 1994 (ABI/INFORM 00758018).
- SICOTE, C.; TILQUIN, C.; VALOIS, M. The Quebec Experience. In: OGILVIE, M.; SAWYER, E. (ed). *Managing information in Canadian Health Care Facilities*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, s.d.

- SILVA, A.M. *Malária no Estado de Santa Catarina, no período de janeiro/70 a julho/87: aspectos epidemiológicos*. São Paulo: USP/ Faculdade de Saúde Pública, 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1987.
- SILVA, J.O; BORDIN, R. Educação em saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLINI, E.R.J. *Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2ª ed., Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1995.
- SILVA, M.G.C. Prioridades de saúde em Fortaleza: análise através da magnitude, transcendência e vulnerabilidade das principais causas de óbitos em 1978-80. *Revista Fundação SESP*, v. 30, p. 53-62, 1985.
- SILVA, M.G.C. *Técnicas para definir prioridades em saúde: análise através da mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza, 1981-83*. Fortaleza: Edição do Autor, 1991.
- SILVA, P.R.G.; d'ARC, H.R. Participação social: instrumento de gestão pública ? Elementos para um debate sobre a gestão de cidades brasileiras. Quais as perspectivas nos anos 90 ? *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 2, p. 44-70, 1996.
- SILVER, M.S. *Systems that support decision makers - description and analysis*. Chichester: John Wiley & Sons, 1991.
- SIMBORG, D.W.; WITING-O-KEEFE, Q.E. Evaluation methodology for ambulatory care information system. *Medical Care*, v. 20, n. 3, p. 197-217, 1982.
- SIMON, H.A. *Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas*. Rio de Janeiro: Aliança para o Progresso, 1965.
- SIMON, H.A. et al. Decision making and problem solving. *Interfaces*, v. 17, n. 5, p. 11-31, 1987.
- SIQUEIRA, M.M.; VENTOLA, A.; LEITE, A.P.A. Epidemiologia nos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 37, p. 56-65, 1992.
- SIWICHI, B. Integrated system moves hospital out of 'Jurassic Park'. *Healthcare Financial Management*, v. 47, n. 9, p. 72-3, 1993 (ABI/INFORM 00759358).

- SOETERS, R.; BANNENBERG, W. Computerized calculations of essential drug requirements. *Social Science & Medicine*, v. 27, n. 9, p. 955-70, 1988.
- SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SPITZER, Q.; TREGOE, B. Thinking and managing beyond the boundaries. *Business Horizons*, jan/feb 1993. (citado em LEITÃO, 1995).
- SSMA/RS. Assessoria de planejamento. *Orientações para elaboração de planos municipais de saúde*. Porto Alegre: SSMA/RS, 1991.
- SSMA/RS. *Identificação de doenças/agravos para ações programáticas*. Documento de circulação interna. Porto Alegre: SSMA/RS, 1996.
- SSMA/RS. *Plano de Saúde e Meio Ambiente, 1997-2000*. Porto Alegre: SSMA/RS, 1997 - volume 1.
- STEVENSON, R. The Oregon formula: health economists' dream or Stalinist nightmare? *Archives of Disease in Childhood*, v. 66, p. 990-3, 1991.
- STROZZI, J.B.; STROZZI, G.M.; PEIXOTO, H.G. Ordenação das causas básicas de morte conforme critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade em Santa Catarina, 1979-81. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 14, n. 3, p. 171-6, 1985.
- TAVARES, C.; OLIVEIRA, D.M.C.; COSTA, R.P. Dengue em Maceió, comentários preliminares sobre uma investigação epidemiológica. *CCS*, v. 9, n. 4, p. 33-44, 1987.
- TEIXEIRA, S.M.F. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1988
- TESTA, M. Tendencias en planificación. *Pensar en Salud*. Caracas, 1983 (mimeo.).
- TINOCO, A.F. *Manual de planejamento do setor saúde*. Diagnóstico e programação de saúde em áreas locais e regionais. São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública, 1977, volume 1.
- TINOCO, A.F. Prioridades. In.: CAMPOS, J.Q.; TINOCO, A.F. *Política e planejamento de saúde*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1984, p 137-53.

- TIRONI, L.F.; SILVA, L.C.E.; VIANNA, S.M.; MÉDICI, A.C. *Crêterios para gera o de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público*. Rio de Janeiro: IPEA, 1992 (Texto para discussão, 238).
- TODD, P.; BENBASAT, I. The use of information in decision making: an experimental investigation of the impact of computer-based decision aids. *MIS Quarterly*, v. 16, n. 3, p. 373-393, 1992.
- TRIVI OS, A.N.S. *Introdu o   pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.
- TUROFF, M. et al. Distributed group support systems. *MIS Quarterly*, v. 17, n. 4, p. 399-417, 1993.
- UNICEF. *Una propuesta de clasificación de las comunas del país: según criterios de riesgo biomédico y socio-econ mico para medir la vulnerabilidad infantil*. Santiago (Chile): Unicef, 1990.
- VALLA, V.V. Educa o popular e conhecimento: a monitora o civil dos serviços de saúde e educa o nas metrópoles brasileiras. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Orgs). *Participa o popular, educa o e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumar , 1993.
- VALDERRAMA, B.G.A.; YARRIN, H.A. *Estudio de vulnerabilidad y plan para enfrentamiento a desastres en el hospital de apoyo Belén de Trujillo 1988*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, 1988 [mimeo].
- VALDÉS OLMEDO, C. Planeaci n y salud pública. Un enfoque centrado en problemas de salud. *Salud Pública México*, v. 29, n. 3, p. 233-48, 1987.
- VECINA NETO, G.; TERRA, V. A universidade e a forma o de recursos humanos na gestão da saúde. *Revista de Administra o Pública*, v. 32, n. 2, p. 185-94, 1998.
- VIANA, A.L. *Modelos de interven o do Estado na área da saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 118).
- VIANA, A.L.; QUEIROZ, M.S.; IBANEZ, N. Implementa o do Sistema  nico de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado do Brasil. *Revista de Administra o Pública*, v. 29, n. 3, p. 17-32, 1995.
- VUORI, H. Strategies for improving the quality of health care. Seminário sobre metodologia de avalia o de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde,

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1988 [mimeo]. Citado em ACURCIO et al., 1989.

XAVIER Fº, E.F. *O homem e a cura*. Porto Alegre: Riegel, 1993.

WARTBURG, W.P. A right to health ? In: *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme*. La Haye: Académie de Droit Internacional, 1978.

WHITE, P.L. Information for health care: an epidemiological perspective. *Inquiry*, v. 17, p. 296-312, 1980.

WHO - World Health Organization. *Measurement of levels of health* - report of a study group. Geneva: WHO, 1957 (Technical Report Series, 137).

WILDANSKY, A. *The politics of the budgetary process*. Boston: Little, Brown and Co., 1964.

WONCA. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 Revision)*. Oxford: Oxford University Press, 1979.

ANEXO 1

SITUAÇÃO PROBLEMA APRESENTADA AOS MEMBROS DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE

Senhor Conselheiro,

- Leia atentamente o exercício abaixo e responda as questões a seguir.
- Após o término do exercício, as folhas com respostas deverão ser devolvidas, sendo garantido o anonimato dos respondentes.

O problema:

O município de EUDES MAYO é composto por três distritos: o distrito-sede, com o mesmo nome do município; o distrito de CASCATA TÔNICA, onde se localiza importante instância hidromineral, e o distrito de PÓ REMÉDIO, famoso por sua areia radioativa, considerada como tendo propriedades medicinais.

Graças ao intenso turismo, o nível sócio-econômico da população do município é alto. Praticamente 100% dos habitantes estão vinculados ao seguro-saúde das empresas hoteleiras locais, o qual, entretanto, não dá cobertura para tratamentos psiquiátricos e para tratamento de distúrbios neurológicos crônicos.

Uma Organização Não Governamental pôs à disposição do município uma verba anual de 100.000 reais, específica para o controle de doenças mentais e neurológicas; segundo os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, esse montante permitiria implementar apenas um programa de controle, contra um único agravo, razão pela qual consultou-se a Comissão Municipal de Saúde, órgão que tem representação paritária dos três distritos. A representação EUDES MAYO sugeriu a implementação de um programa contra a epilepsia; o distrito de CASCATA TÔNICA apresentou um projeto de combate às psicoses crônicas, enquanto os representantes de PÓ REMÉDIO propuseram que fossem realizadas ações contra o combate ao alcoolismo. Não tendo havido consenso, decidiu-se realizar uma análise técnica mais aprofundada, visando escolher um desses três agravos como prioritário.

Há dois anos, quando da elaboração do Plano Municipal de Saúde, foi realizado um estudo amostral sobre doenças prevalentes na comunidade. Segundo este estudo, o alcoolismo acomete 3,5% da população, as psicoses crônicas acometem 2,2% e a epilepsia 0,9%. O mesmo estudo revelou que os gastos com internações hospitalares, licenças-saúde e aposentadorias precoces atingem anualmente, para cada caso existente no município, os seguintes valores médios: alcoolismo - R\$ 3.900,00; psicoses crônicas - R\$ 7.600,00; epilepsia - R\$ 3.900,00. Não há dados de mortalidade disponíveis para esses três agravos.

Um município vizinho, de porte semelhante a EUDES MAYO, vem desenvolvendo há mais de dez anos um programa de controle das doenças mentais e neurológicas. Em relação aos três agravos em questão, o referido município obteve os seguintes índices de controle (considerando como controlados os casos que, por cinco anos consecutivos, não apresentaram crise epiléptica, internação ou perda de emprego por alcoolismo, ou internação ou perda de emprego por crise psicótica);

Epilepsia: 99% de controle, exclusivamente com medicação anticonvulsivante;

Alcoolismo: 22% de controle, mediante acompanhamento psiquiátrico ou psicológico e medicação com drogas, quando necessário;

Psicoses: 65% de controle, mediante tratamento psiquiátrico e medicação antipsicótica.

Neste mesmo programa, o custo médio anual aproximado para o controle de cada caso foi o seguinte: epilepsia - R\$ 188,00; alcoolismo - R\$ 721,00; psicoses - R\$ 1.094,00.

A Prefeitura Municipal de EUDES MAYO possui um hospital e vários postos de saúde com pessoa treinado para dispensar medicamentos para o tratamento de qualquer um dos três agravos. Não possui em seus quadros, entretanto, psiquiatras ou psicólogos. Há um grupo de alcoólicos anônimos que se dispõe a trabalhar em coordenação com a Secretaria Municipal de Saúde na recuperação de alcoolistas, porém esse grupo limita sua atuação do distrito de PÓ REMÉDIO.

O já referido estudo amostral, realizado há dois anos, revelou que a população do município coloca as psicoses entre os cinco problemas de saúde pública mais preocupante, enquanto que o alcoolismo não é considerado doença pela grande maioria dos habitantes. Por razões culturais, as pessoas tendem a esconder ou finge ignorar os casos de alcoolismo que existem em sua família. A atitude é outra para com as doenças mentais: há uma associação de familiares doentes que pressiona o município pela melhoria das condições de atendimento. Por outro lado, um episódio recente causou grande comoção na comunidade: diante de seis mil pessoas que lotavam o Estádio Municipal, CAPISTRANO, capitão e goleiro da equipe local de futebol Clube Água Santa, que disputava a partida final do campeonato estadual da segunda divisão, perdeu a consciência em função de uma crise epiléptica, no instante em que era cobrado um escanteio, no último minuto de jogo. Como consequência, o Clube Água Santa, que necessitava apenas de um empate para se sagrar campeão, sofreu um gol, perdendo a partida e o campeonato. Está sendo muito comentado o fato de que o seguro-saúde não cobria o tratamento de CAPISTRANO.

Por ocasião da municipalização da saúde, o Prefeito assinou um termo de adesão a diversos programas do Ministério da Saúde, entre os quais o programa de controle do alcoolismo, Há quatro meses realizou-se no Hotel Termas de CASCATA TÔNICA a reunião dos Municípios-Sede de Estâncias Hidrominerais; durante esse evento os participantes firmaram um acordo em que há uma cláusula pela qual as prefeituras garantem o tratamento de manutenção de algumas doenças neurológicas crônicas, como o Mal de Parkinson e Epilepsia para os visitantes de suas estações termais.

FOLHA PREENCHIDA DURANTE A FASE DE REFERÊNCIA ESPONTÂNEA

1. Identificação: qual sua categoria de representação no Conselho Municipal de Saúde ?
 - () Representante dos usuários
 - () Representante dos prestadores de serviço públicos
 - () Representante dos prestadores de serviço privados
 - () Representante dos profissionais de saúde

2. Enumere, por ordem de importância os agravos acima apresentados (1 = mais importante):
 - () Alcoolismo
 - () Epilepsia
 - () Psicoses

3. Liste os critérios que você emprega comumente para hierarquizar prioridades em saúde.
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____

FOLHA PREENCHIDA DURANTE A FASE INDIVIDUAL INSTRUMENTALIZADA

Usando a grade abaixo e critérios de pontuação proposto, escolha um dos três agravos como o prioritário do município de EUDES MAYO.

Baseie-se exclusivamente nas informações do relato fornecido.

Lembre-se que, ao pontuar dois ou mais critérios com o mesmo valor (nota), você estará assumindo que estes critérios apresentam o mesmo peso no momento da decisão das prioridades.

Critérios	Alcoolismo	Epilepsia	Psicose	Observações
Magnitude				0= nenhuma magnitude 10= magnitude máxima
Transcendência				0= nenhuma transcendênc. 10= transcendência máxima
Vulnerabilidade				0= nenhuma vulnerabilidade 10= vulnerabilidade total
Custo per capita				0= máximo de custo 10= mínimo de custo
Capacidade administrativa				0=nenhuma capacidade 10= capacidade máxima
Interesse da comunidade				0= nenhum interesse 10= interesse máximo
Compromissos macro-regionais				0= nenhum compromisso 10= compromisso total
TOTAL				

Agravo prioritário: _____

Obs.: esta grade era complementada com a projeção de uma escala na parede da sala do local de aplicação do instrumento, variando dos valores zero (absolutamente nenhuma importância) a dez (máxima importância possível).

ANEXO 2

**ESTRUTURA BÁSICA DA SECRETARIA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - SSMA/RS**

ANEXO 3

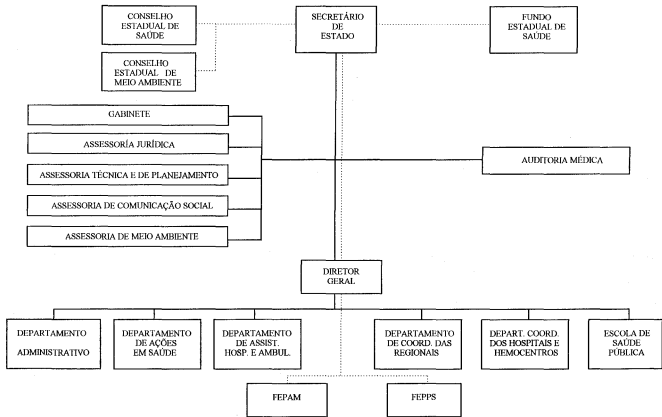
**LOCALIZAÇÃO DAS DELEGACIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL**

ANEXO 4

**PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA AO
PROGRAMA DE CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS
DAS - SSMA/RS**

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

ESTRUTURA BÁSICA





Sedes das Delegacias Regionais de Saúde - RS

1ª DRS - Porto Alegre	7ª DRS - Bagé	13ª DRS - Santa Cruz do Sul
2ª DRS - Porto Alegre	8ª DRS - Cachoeira do Sul	14ª DRS - Santa Rosa
3ª DRS - Pelotas	9ª DRS - Cruz Alta	15ª DRS - Palmeira das Missões
4ª DRS - Santa Maria	10ª DRS - Alegrete	16ª DRS Lajeado
5ª DRS - Caxias do Sul	11ª DRS - Erechim	17ª DRS - Ijuí
6ª DRS - Passo Fundo	12ª DRS - Santo Ângelo	18ª DRS - Osório