



Inúmeros números do planejamento de saúde

Countless numbers in healthcare planning

RESUMO

A complexidade do SUS, sua dimensão, abrangência e as conseqüências para o planejamento de saúde são apresentadas objetivamente a partir da quantidade de variáveis, instâncias, normas e personagens com as quais o planejador se depara. Os inúmeros números da saúde se compõem na diversidade de fatores que devem ser observados – condições socioeconômicas, demografia/geografia, demanda, dado/informação/conhecimento, tecnologia da informação, instituições nacionais e internacionais, recursos humanos e financiamento, sujeitos à interferência da cultura da população e das próprias instituições. Para a racionalização dos processos e melhoria da qualidade, as funções da administração devem estar presentes no desenvolvimento dos gestores, simplificando a condução dos processos, inibindo o infundável número de reuniões, relatórios e outros meios que, usados sem métodos, não atingem os objetivos, mas têm custos que poderiam ser melhor utilizados.

ABSTRACT

The complexity of the SUS, its dimension, reach, and the consequences for healthcare planning are objectively presented accounting for the numerous variables, instances, norms, and people that confront the planner. The countless numbers of healthcare show the diversity of factors to be accounted for: socioeconomic conditions, demographics / geography, demand, data/information/knowledge, information technology, domestic and international institutions, human resources, financing, all of which are subject to interference of community culture and institution culture. To rationalize processes and to improve the quality of healthcare, management functions should be addressed in manager training, in order to simplify process management and decrease the countless meetings, reports, and other means that, if not used with method and rationality, will not attain the objectives, and whose funding could be better used.

INTRODUÇÃO

"A complexidade do Sistema de Saúde"⁽¹⁾, escrito em 1993, não revelava a dimensão que este iria adquirir nos anos seguintes até atingir o que é hoje, dificultando o seu completo conhecimento e conseqüentemente a sua boa gestão. Não só as influências demográficas, so-

ciais e econômicas se ampliaram, como o Sistema Único de Saúde (SUS) evoluiu, tornando-se um gigante em produção.

Administrar o sistema não é uma tarefa fácil, principalmente quando atividades técnicas e administrativas, com interferências culturais, são colocadas e admi-

nistradores necessitam compreendê-las e integrá-las para que a efetividade das ações seja concretizada. Compreende funções de planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/control, que devem ser traduzidas para a área da saúde⁽²⁾. O detalhamento da fun-

Olimpio J. Nogueira V. Bittar¹

Palavras-chave

Planejamento de saúde. Política de saúde. Sistema de saúde.

Keywords

Healthcare planning. Healthcare politics. Healthcare system.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 13/10/2005.
Data da aprovação: 26/11/2005.

1. Médico especialista em Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde; Professor Doutor com Livre-Docência em Saúde Pública pela FSP/USP. Coordenador de Planejamento de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Correio eletrônico: bittar@usp.br

ção planejamento, do ponto de vista essencialmente prático na Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), visa apontar a complexidade SUS e facilitar as atividades da equipe responsável. Na realidade, não existe uma ordem fixa para o exercício das funções da administração; elas atuam sinergicamente, sendo interdependentes, porém há necessidade constante de boas informações para o correto planejamento das ações.

Segundo Mintzberg⁽³⁾, o planejamento teve ao longo do tempo várias escolas: *design*, planejamento, posicionamento, empreendedora, cognitiva, aprendizado, poder, cultural, ambiental e de configuração. Interpretá-las pode ser um caminho para facilitar o entendimento dessa função, mas sem o conhecimento da intrincada teia que se apresenta num organismo responsável por estas atividades é quase impossível chegar ao fim.

Com a quantidade de variáveis, instâncias, normas, personagens com as quais o planejador se depara no dia-a-dia, sua tarefa não se restringe apenas ao aspecto numérico de simplesmente contar. Aliás, neste quesito numérico, vale a pena reportar-se ao criador da estatística, o vendedor de botões, Francis Galton⁽⁴⁾, que dizia, "sempre que puder, conte", tendo como *hobby* ou obsessão estabelecer medições, e completar com a máxima de Luc Godart: "de fato, em termos humanos, não há adição simples que não envolva ao mesmo tempo uma dimensão qualitativa".

O planejamento prevê o desenvolvimento socioeconômico, que é composto de muitos fatores que se relacionam com educação, investimento, capital, mão-de-obra e tecnologia, mas, intimamente relacionado ao ambiente interno criado pelas instituições. Ressalte-se que a formalidade e informalidade as constroem.

O planejamento de saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo é

realizado pela CPS, pelas Coordenadorias, Diretorias Regionais da estrutura e por todos aqueles que tomam decisões e gerenciam as ações executadas.

A observação e a execução de tarefas relativas ao planejamento da CPS durante o período de fevereiro de 2004 até setembro de 2005 favoreceram o conhecimento, o contato com as necessidades estabelecidas pelos órgãos da Secretaria, bem como as demandas surgidas na Comissão Intergestores Bipartite. Inúmeros documentos foram utilizados para o desenvolvimento do trabalho, servindo para compor o conjunto de informações necessárias ao cumprimento dos objetivos.

Os resultados serão sempre apresentados comparando-se as regiões administrativas do Estado e o Brasil como um todo, visando neste caso mostrar o alto percentual de participação do Estado dentro do País. Nem todos os itens estão colocados em uma seqüência lógica de ocorrência de eventos ou maior ou menor influência sobre o processo de planejamento. As considerações sobre cada item iniciam-se com um quadro que busca mostrar principalmente a grande quantidade de variáveis envolvidas no assunto em questão.

Necessidade e demanda dão início ao planejamento propriamente dito. Fatores como a condição de saúde, políticas, cultura, ética, legitimação de atos e ações fazem com que a execução do planejamento chegue ao sucesso ou insucesso, ensejando que os mesmos tenham lugar de destaque na proposição de valores e ações.

Nas atividades de planejamento de saúde, o conhecimento da demografia e da distribuição da população em um determinado território geográfico é o ponto de partida.

DEMOGRAFIA/GEOGRAFIA

O Estado de São Paulo possui a maior população do País, representando

21,95% do total de 184.184.264 habitantes. São 40.442.820 habitantes distribuídos em 24 Regiões de Saúde, que comportam 645 municípios, demonstrados na tabela 1. Destes, 167 municípios encontram-se em gestão plena (gerenciando todos os serviços de saúde executados em seu território) e 478 em gestão básica do sistema (gerenciando apenas a atenção primária oferecida a sua população).

A distribuição dos municípios e habitantes é muito diversificada, variando de 1 (na Direção Regional da capital) a 101 por regional de saúde. Cinquenta e oito e meio por cento da população encontra-se concentrada em três regiões metropolitanas, a da Grande São Paulo, a de Campinas e a de Santos. Esta concentração de gente faz com que necessidades e demandas sejam específicas em relação às demais regiões do Estado, exigindo um tratamento diferente no planejamento de programas e serviços de saúde.

Estudos de etnia, cor, sexo, faixa etária, traduzem outras necessidades, exigindo técnicas de planejamento mais sofisticadas.

Curiosamente o maior e menor município do País encontra-se no Estado: São Paulo possuindo 10.927.985 habitantes, e Borá apenas 823.

A assistência é provida também para os pacientes de outros Estados, principalmente vizinhos.

Dos 168 municípios com mais de 100.000 habitantes do País, 71 encontram-se no Estado. Ainda, pode ser lembrado que 44% dos municípios possuem menos de 10.000 habitantes, levando à carência na prestação da assistência e menor capacidade de gerenciamento.

As condições de oferta de serviços de saúde nos municípios com população acima de 50.000 habitantes certamente são maiores e mais completas, inclusive ofertando programas e serviços em todos os níveis de atenção.

TABELA 1
População total, número total de municípios e por faixa de habitantes segundo
Direção Regional de Saúde e percentual relativo ao número de municípios por faixa.
Estado de São Paulo, 2005

Direção Regional de Saúde	População	Total de Mun.	Até 10.000 hab	Até 50.000 hab	Até 100.000 hab	Acima de 100.000 hab
S. Paulo	10.927.985	1	0	0	0	1
Santo André	2.546.468	7	0	1	0	6
Mogi das Cruzes	2.699.145	11	0	4	1	6
Franco da Rocha	512.790	5	0	0	3	2
Osasco	2.717.098	15	0	4	2	9
Araçatuba	693.491	40	28	8	2	2
Araraquara	928.687	25	9	10	4	2
Assis	457.316	25	14	9	1	1
Barretos	411.091	19	11	6	1	1
Bauru	1.055.089	38	16	18	2	2
Botucatu	563.692	31	16	13	1	1
Campinas	3.810.007	42	6	20	6	10
Franca	646.978	22	10	11	0	1
Marília	612.852	37	25	10	1	1
Piracicaba	1.382.073	26	9	11	2	4
Presidente Prudente	717.133	45	26	18	0	1
Registro	294.918	15	3	11	1	0
Ribeirão Preto	1.214.712	25	7	14	2	2
Santos	1.637.565	9	0	2	2	5
S. João da Boa Vista	787.162	20	3	11	5	1
S. José dos Campos	1.214.608	12	3	3	4	2
S. José do Rio Preto	1.437.671	101	76	20	3	2
Sorocaba	2.183.467	47	14	22	5	6
Taubaté	990.822	27	11	11	2	3
Total	40.442.820	645	287	237	50	71
%		100	44	37	8	11

Fonte: IBGE - 2005

TABELA 2
Número de municípios, população absoluta e relativa das Regiões
Metropolitanas e dos Municípios Consorciados do Estado de São Paulo em 2005

Regiões do Estado de São Paulo	Municípios	População	% Estado
Estado de São Paulo	645	40.442.820	100,00
Região Metropolitana de São Paulo	39	19.403.486	47,97
Região Metropolitana de Campinas	19	2.633.939	6,51
Região Metropolitana de Santos	9	1.637.565	4,04
Municípios consorciados(*)	146	4.851.713	12,00
Regiões Metropolitanas	67	23.674.990	58,53
Regiões Metropolitanas e Consórcios(**)	204	25.980.235	64,23

Fonte: População IBGE/2005

(*) os municípios que pertencem a mais de um consórcio foram computados uma única vez;

(**) os municípios do consórcio do ABC foram computados na região metropolitana de São Paulo.

Além das 24 regionais de saúde, o Estado é organizado em macrorregiões (10), microrregiões (65), módulos assistenciais (345), pólos assistenciais (125), pólos de capacitação (8) e 15 consórcios intermunicipais de saúde.

A prática da associação em consórcios intermunicipais de saúde é realidade para 146 municípios, sendo que em termos populacionais isto representa 12% do Estado. Quando se analisa o escopo destes consórcios, verifica-se que o motivo de sua composição se dá pelas mais diferentes necessidades, desde a utilização compartilhada de leitos até o transporte de pacientes.

A tabela 2 apresenta as regiões metropolitanas e consórcios, com o número de municípios e população.

Ainda, dentro do planejamento de ações não devem ser esquecidas as populações confinadas, isoladas ou especiais, que apresentam estrutura epidemiológica e problemas de saúde diferenciados, tanto no que diz respeito a doenças infecto-contagiosas e doenças mentais, entre outras, como é o caso dos:

- presidiários, com uma população carcerária de aproximadamente 137.500 presidiários, distribuídas em 135 unidades penais;

- menores da Fundação para o Bem-Estar do Menor – FEBEM, representando 77 unidades de internação e semi-internação com 6.969 internos;

- população indígena com aproximadamente 4.063 índios vivendo em aldeias, em 18 municípios localizados em 6 regionais de saúde, também é diferenciada no planejamento dada a sua cultura, embora se estime que no Estado como um todo existam 63.789 índios;

- Comunidades Quilombolas, em número de 55, situadas em 15 regionais de saúde, com 10.735 famílias;

- grupos como os "moradores de rua" que segundo dados da Prefeitura de São Paulo são 10.000 pessoas, 0,1% da população paulistana (85% são homens,

40% vivem de caridade, 8,5% são analfabetos, 3% têm menos de 18 anos e 37 anos é sua idade média);

- pessoas em programa de proteção à testemunha;

- classes de profissionais, como os funcionários públicos (municipais, estaduais, federais, incluindo militares), embora se utilizem dos serviços do SUS, têm atendimento diferenciado nos ambulatórios e hospitais próprios, não estando as ações dirigidas a eles computadas no planejamento global do Estado, e

- idosos, cujo percentual acima dos 60 anos, no País, é de 8,9% (16.286.716), devendo chegar a 9,8% em 2010 e 17,1% em 2030, merece a preocupação dos planejadores.

A Assistência à Saúde Supletiva em alguns municípios chega a 60% de cobertura, distorcendo os parâmetros estabelecidos pelo poder público, para cálculos de planejamento, embora este mesmo público utilize, muitas vezes os serviços de alta complexidade dos grandes hospitais públicos integrantes do SUS.

NECESSIDADES (E DESEJOS)

A epidemiologia, os agravos que afligem a população, bem como seus desejos em relação à utilização do Sistema de Saúde são imperiosos para o planejamento. Isto permite não só o gerenciamento de cuidados com as doenças, bem como a atuação sobre co-morbidades, o que é prioritário e de alto custo. Várias formas para chegar a este conhecimento podem ser usadas; pesquisas de campo, inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis são formas de conhecer as condições de saúde e de doença das populações, acrescentando-se o levantamento dos prontuários em unidades de saúde.

Com base na Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID 10) verifica-se a possibilidade de até 2.700

diagnósticos diferentes, obtidos a partir de uma simples consulta com uma boa anamnese e exame físico ou através de procedimentos mais sofisticados e de alto custo, em um sem número de variedades que serão citados mais à frente, neste documento.

Doenças crônicas, doenças de notificação compulsória, doenças emergentes e re-emergentes, doenças de transmissão hídrica e alimentar, doenças infecto-contagiosas, doenças raras, como as metabólicas e hereditárias que atingem poucos indivíduos, merecem diferentes tratamentos e formas de monitoramento. Obesidade também é problema, afetando 15% da população, além dos 25% que apresentam sobrepeso. Por outro lado, somente 4% da população é desnutrida. O número de acidentes de trabalho em São Paulo é a metade do que ocorre no Brasil, e as conseqüências da violência são altamente incidentes neste Estado. Diabéticos, fumantes, deficientes físicos e mentais, adolescentes grávidas, são condições que merecem estratégias específicas.

Preparo para conviver com endemias e atacar as epidemias e pandemias faz parte do processo de planejamento. Ao mesmo tempo em que estuda doenças e agravos mais comuns, deve também estar preparado para aquelas novas e/ou raras, como por exemplo, à época deste escrito, a gripe aviária.

A utilização de dados e informações dá o conhecimento necessário para a elaboração de indicadores de saúde e de doença. Seguidos ao longo do tempo, as séries históricas compõem parâmetros pelos quais são comparados continuamente (monitoramento), periodicamente ou ocasionalmente.

Cálculos sobre mortes evitáveis e anos potenciais de vida perdidos ajudam na tomada de decisão, mas chegam quase sempre um pouco atrasados.

A medição de tudo isto se dá pela utilização de dados e informações, que com-

parados entre si identificam o tamanho do problema ou da normalidade. O cruzamento dos dados de saúde com os socioeconômicos e os de produção permite conclusões importantes para a solução de problemas.

DADOS, INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO

Parâmetros, Indicadores (saúde da comunidade, atenção básica, hospitalares, econômicos, contábeis, câmbio, juros, preços, qualidade de vida), Sistema de Informação Hospitalar – SIH, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, Registros de Base Populacional, Registros Hospitalares, Portaria CONASP 3.046/82 do Ministério da Previdência e Assistência Social (revogada), Parâmetros Assistenciais do SUS – Portarias MS 1.101/02, Registros de Câncer, Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, Conceitos de Cobertura, Informações Epidemiológicas, Sinistralidade.

O gerenciamento das informações em saúde é dificultado pela falta de tradição em coletar dados, transformar em informações e gerar conhecimento. Muitas vezes a informação é insuficiente para o planejamento, em outras a fidedignidade é duvidosa, mas a experiência ensina que somente seu uso regular a fará melhor.

O Estado evoluiu para melhor em alguns indicadores, como é o caso da mortalidade infantil, atingindo 14,2 nascidos vivos por mil, índice melhor do que os 28,7 por mil conseguidos pelo País, melhor ainda do que a meta de 16,5 pretendida. Reversão nos indicadores é encontrada também na mortalidade materna, HIV/AIDS, malária e tuberculose.

A familiaridade com indicadores econômicos, de reajustes salariais, de utilidade pública, câmbio, inflação, multas, taxas e tributos permitem um melhor ajuste nas decisões sobre gastos e nas avaliações.

A quantidade de indicadores é imensa, sendo que a CPS optou por trabalhar

com um grupo menor de indicadores, para maior aprofundamento dos seus estudos, mesmo assim, a utilização de tecnologia é importante, devendo-se também com ela estabelecer uma racionalização.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Sistemas, Equipamentos, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações Sobre Agravos Notificáveis – SINAN, Sistema de Informações em Saúde – SIS, Sistema de Faturamento SUS, Sistema de Medicamentos Excepcionais – MEDEX, Sistema de Informação de Farmácia Básica – SIAFAB, Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação do Câncer da Mulher – SISCAM, Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, Sistema de Informações sobre Malária – SIS-MAL, Sistema de Seleção de Causa Básica de Morte – SCB, Sistema para acompanhamento de gestantes – SISPRENATAL, Sistema para Hospitais Públicos – HOSPUB, Sistema Integrado de Gestão Administrativa em Saúde – SIGASAUDE, Sistema de Gestão de Planejamento – SIGPLAN, Sistema de Regulação do SUS – SISREG, TABWIN, TABNET, Acesso a Internet, Data Warehouse, Geoprocessamento de Dados.

O SUS possui em torno de 60 sistemas de informações, sendo que possivelmente apenas 20 são utilizados. Apesar da enorme quantidade de dados a informatização é precária devido a diversos fatores: ausência de uma política consistente de informações, falta de pessoal qualificado, inexistência de padrões, tecnologias inadequadas e equipamentos insuficientes. Isto culmina negativamente na geração de conhecimento. Formar profissionais para interpretar informações é uma outra necessidade, dado que a equipe não é homogênea, em termos de conhecimento teórico e das atividades do SUS.

Falta de método no levantamento, tratamento, armazenamento e distribuição

de dados e informações afetam a qualidade do conhecimento, prejudicando o planejamento, execução e monitoramento de ações. Não se admite hoje que toneladas de papel sejam torradas quando a Internet pode apresentar os assuntos *on line* e em tempo real. Isto deve vir acompanhado da simplificação de processos administrativos com racionalização de técnicas.

Condições de saúde, gerenciamento de risco, redução de danos, gestão de demanda, gestão do paciente, controle de oferta, avaliação de impacto, mortalidade evitável, probabilidade de falhas, estudos atuariais, gestão ambiental, são todas as ferramentas que seriam facilitadas com uma boa informatização.

Na fase seguinte do planejamento começa a delimitação de programas e serviços e respectivos volumes de produção, o que passa, primeiramente, pelo conhecimento de instâncias políticas, executivas, legislativas, jurídicas e pela organização da sociedade civil.

INSTÂNCIAS POLÍTICAS, EXECUTIVAS, LEGISLATIVAS E JURÍDICAS

Governo do Estado e Secretarias, Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadorias, Diretorias Regionais e outras instâncias, Ministério da Saúde, Ministérios (Educação e Cultura, Ciência e Tecnologia, Fazenda, Planejamento, Casa Civil), Secretarias Municipais de Saúde, Senado, Câmara dos Deputados, Assembléia Legislativa, Câmaras Municipais, Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual, Municipal), Comissões Intergestores (Tripartite, Bipartite, Inter-regional), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Conselhos de Classe, Conselho de Saúde Suplementar, Conselho Nacional de Bioética (em fase de discussão), Associações Médicas, Sociedades Científicas, Frente Parlamentar de Saúde, Comissão de Seguridade Social e Família, Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Estado, Corregedoria Geral da União – CGU, Ministério Público Federal e Estadual (Curado-

ria de Fundações), Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN, Procuradoria Geral do Estado, Instituto Nacional do Câncer – INCA, Instituto Nacional de Ortopedia – INTO, Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Fundação Nacional do Índio – FUNAI, Organização Nacional de Acreditação – ONA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Agência Nacional de Saúde Supletiva – ANS, Procuradoria de Assistência Judiciária – PAJ, Sistema Nacional de Auditoria – SNA, Instituto de Pesquisas Tecnológicas – IPT, Universidades Públicas e Privadas, Sindicatos, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Equipes, Núcleos, Comissões, Comitês, Força Tarefa, Grupo de Trabalho, Centros de Estudos, Colegiados, Consórcios, Regionalização Solidária e Cooperativa.

Na impossibilidade de listar todas as instâncias que interferem direta ou indiretamente no planejamento de saúde, serão apresentadas aquelas que mais intensamente atuam sobre as unidades e ações de saúde e são mais essenciais para elaboração de programas e serviços, sendo mais utilizadas na operação do dia-a-dia.

Outros segmentos, embora não ligados diretamente às ações, interferem no financiamento, no controle, na cultura, regulando recursos ou restringindo avanços. Isto sem contar as demandas de políticos e seus partidos, que mesmo, por vezes, não tendo coerência nas suas solicitações, necessitam de atenção e até de tempo para sua adequada compreensão dos problemas de saúde.

Com tantas entidades aparecem problemas de duplicação de ações, pois suas estruturas tendem a influenciar ora a provisão de serviços, ora o financiamento, quando não, ambos.

INSTITUIÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, Fundação do Desenvolvi-

to Administrativo – FUNDAP, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, Universidades Públicas e Privadas, Institutos de Pesquisa, Mídia, Editoras de Livros e Revistas Especializadas, Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, Associação Brasileira de Escolas Médicas – ABEM.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, Departamento Inter-sindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE, Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa – IBOPE, Departamento de Processamento de Dados do SUS – DATASUS.

Organizações Não Governamentais – ONGs, Associações dos portadores de uma determinada doença ou defesa de causa (Diabetes juvenil e mais uma centena delas), Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde – ADUSEPS, Associação das Clínicas e Consultórios do Estado de São Paulo – ACOESP, Coordenadoria Proteção de Defesa do Consumidor – PROCON, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, Associação de Defesa da Cidadania e do Consumidor – ADECON, Observatório de Saúde.

Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE, Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, Cooperativa Médica – UNIMED (singulares, federações, confederações), União Nacional de Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP, Federação Brasileira de Hospitais – FBH, Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo – AHESP, Federação das Santas Casas de Misericórdia e Entidades Filantrópicas do Estado de São Paulo – FESEHF, outras Federações e Confederações ligadas à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, Associação Paulista de Saúde Pública – APSP, Instituto de Estudos Sócio-econômicos – INESC.

Associação dos Fabricantes de Produtos Médicos e Odontológicos – ABIMO, Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo – SINAEMO, Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE, Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica – FEBRAFARMA, Instituto Nacional de Propriedade Industrial – INPI, Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos.

Organização Mundial de Saúde – OMS, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Banco Mundial – BIRD, International Hospital Federation – IHF, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCHCO, American Hospital Association – AHA, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO, Fundo Monetário Internacional – FMI.

Não deve ser subestimado o poder de pressão das indústrias (equipamentos, instrumentais, insumos, medicamentos, órteses e próteses) sobre as instituições que na sua maioria sem políticas de padronização submetem-se a gastos extras e desperdícios quando da aquisição e estoque desordenados de seus produtos. Observa-se que tanto as instituições nacionais como as internacionais atuam com extrema agressividade sobre os profissionais do setor.

INSTITUIÇÕES E SUAS FORMAS JURÍDICAS

Administração Direta, Administração Indireta, Autarquias, Sociedade de Economia Mista, Empresa Pública, Fundações (Privadas, Públicas, de Apoio), Cooperativas, Empresas Médicas, Seguro Saúde, Auto-gestão, Privadas Não Lucrativas (filantrópicas e beneficentes), Privadas Lucrativas, Sociedade Anônima, Sociedade Limitada, Parcerias Público-Privadas, Associações Cívicas, Concessão, Permissão de Uso, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS, Organizações Sociais de Saúde – OSS.

O arcabouço jurídico e administrativo das instituições públicas foi proposto no início da segunda metade do século passado, necessitando de atualização urgente. Mecanismos de controle e ferramentas gerenciais modernas necessitam conviver com estruturas jurídicas e administrativas.

O debate ideológico dificulta o aperfeiçoamento de novas formas de organização do serviço que tragam agilidade para o atendimento das necessidades da

população e um maior controle, permitindo que a parcela de recursos destinada à saúde chegue à ponta do atendimento.

O Estado deve munir-se de formas mais inteligentes de controle das ações desempenhadas por seus organismos, do que simplesmente uma legislação coercitiva de poucos resultados.

Diferentes alternativas de parcerias, co-gestão e organizações sociais estão apontando novos caminhos que merecem institucionalização.

Com as Organizações Sociais de Saúde inicia-se a parceria público-privada na área da Saúde, com vários estudos indicando ser uma saída para contrapor-se à administração direta.

POLÍTICAS E NÍVEIS DE GESTÃO

Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem, Política Nacional de Saúde do Idoso, Políticas de Alta Complexidade, Política de Atenção às Urgências, Política de Atenção Oncológica.

Os três níveis de gestão, Federal, Estadual e Municipal, responsabilizam-se por Políticas de Saúde, bem como pelo seu financiamento, cabendo aos dois últimos os percentuais de 12% e 15% da arrecadação, respectivamente. É fato que poucos são os municípios em condições de estabelecer estas políticas, até pelo demonstrado na tabela 1, em que a grande maioria detem uma população pequena e dificilmente conta com equipes capacitadas para a difícil tarefa de planejar.

Ministérios e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Ciência e Tecnologia, Educação, Planejamento, Fazenda, e muitos outros, influenciam na definição, elaboração e execução de políticas que interferem na Saúde.

Os aspectos de universalidade, equidade, integralidade, garantia de acesso

e outros conceitos devem fazer parte destas políticas e evitar a duplicação ou triplicação de programas e serviços.

Clarear o papel de cada esfera de governo, a extensão do poder que cada um deve imprimir no seu dia-a-dia, definição clara de responsabilidades e execução das ações deve ser uma constante no planejamento, diminuindo as competências concorrentes, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária no SUS.

As Conferências Nacional, Estadual e Municipal de Saúde têm papel importante nas decisões sobre os caminhos das políticas de saúde.

A definição das Parcerias Público-Privadas e o que será possível fazer na saúde trará ganhos na gestão de recursos.

A qualidade do processo da geração de políticas públicas está centrada em mapear tendências, construir cenários preditivos, detectar ameaças e identificar oportunidades de ação, além de coibir o desperdício e entraves burocráticos.

É preciso trabalhar para que toda política de saúde seja implantada sem vieses ideológicos.

LEIS E ATOS QUE INFLUENCIAM O PLANEJAMENTO

Constituições Federal e Estadual, Código Civil, Estatuto do Idoso, Estatuto da Criança e do Adolescente, Códigos de Ética, Manual de Direitos do Paciente, Declaração de Direitos do Usuário SUS, Código de Defesa do Consumidor, Declaração dos Direitos Humanos, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, Lei Orgânica da Saúde, Código de Saúde do Estado de São Paulo, Leis, Decretos, Decretos-lei, Resoluções, Portarias.

Emendas constitucionais, Plano Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, Programação Anual, Relatório de Gestão, Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde, Programação Pactuada Integrada – PPI (assistência, vigilância em saúde e vigilância sanitária – média e alta complexidade), Plano Diretor de Regionalização – PDR, Plano Diretor de Investimentos – PDI, Quadro de Metas, Plano Plurianual – PPA, Plano Operativo Anual – POA, Plano de Assistência Farmacêutica – PAF, Bole-

tim de Produção Ambulatorial – BPA, Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC, Autorização de Internação Hospitalar – AIH, Contratos, Contratos de Gestão (Organizações Sociais de Saúde, Hospitais Universitários, Hospitais de Pequeno Porte, Hospitais Filantrópicos), Convênios, Manuais, Normas, Rotinas, Protocolos Clínicos e Cirúrgicos, Diretrizes Terapêuticas, Procedimentos Operacionais Padrão, Plano de Trabalho, Projetos, Pactos, Agenda, Plano de Ajustes e Metas, Plano Operativo, Relatórios de Acompanhamento, Sistema de Informações Hospitalares, Estatuto, Regulamento, Regimentos, Laudo, Homologação, Credenciamento, Habilitação, Modelos Operacionais, Consulta Pública, Classificações Nacionais e Internacionais, Tabelas, Exposição de Motivos, Compromissos, Termo de Responsabilidade, Pactuação, Propostas, Acordo, Acórdão, Processo de Adesão, Deliberações, CaderNET de Saúde da Criança, Projeto Piloto de Investimento – PPI, Atestado de Regularidade Fundacional, Solicitação de Medicamento Excepcional – SME, Resolução de Diretoria Colegiada – RDC, Instrumentos de Coleta de Dados, Questionários, Formulários, Fundamentos.

A quantidade de documentos, resultantes de processos administrativos e técnicos, é enorme, sem contar as planilhas, memorandos, notas técnicas, publicações como o Diário Oficial da União, do Estado e de alguns municípios, que devem ser acompanhados para não se perder mudanças, ou implantação de programas, serviços, ações, e atos relativos a recursos humanos e materiais.

Pactos em defesa do SUS, pela vida, de gestão, de indicadores de atenção básica, choques de descentralização e outras idéias geram mais documentos.

É incrível como os profissionais não fazem cálculos do custo de insumos e do tempo gasto para preenchimento de folhas de papel. Urge uma revisão que tenha objetivos de racionalização, desburocratização e redução de desperdício, além do que, a boa utilização da internet e intranet possibilita comunicação em tempo real. Se não bastasse a grande quantidade de documentos, ainda existe um enorme contingente de conceitos do

setor saúde e de mercado, por vezes utilizados de forma equivocada, que tornam a comunicação confusa.

Um exemplo disto é o que a CPS, via Central de Transplantes e Grupo de Informações de Saúde, está fazendo junto com o Instituto de Pesquisas Tecnológicas da Universidade de São Paulo, transferindo para a Internet todo o seu relacionamento com laboratórios, hospitais, equipes, pacientes, inclusive com certificação eletrônica, visando justamente segurança, agilidade, transparência e contenção do desperdício. A passagem das informações e do gerenciamento do transplante para a Internet abrirá portas para regulação de outros procedimentos e contribuirá para melhoria da eficiência da gestão do sistema.

PROGRAMAS

Promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Adolescente e Jovem, Saúde do Idoso, do Negro, Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Saúde do Trabalhador – RENAST, Saúde Nutricional, Saúde Bucal, Saúde Ambiental, Programa Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas, Medicamentos Excepcionais, Medicamentos DST/AIDS, Banco de Preços em Saúde – Aids, Remédio em Casa, Dose Certa, Dose Certa Saúde Mental, Hipertensão Arterial, Diabetes, Epilepsia, Tuberculose, Hanseníase, Agravos Nutricionais, Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, De Volta Para Casa, Transplantes, Programa de Saúde da Família – PSF (PSF – QUALIS), Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, Programas de Qualidade Institucional, Qualidade de Vida, HumanizaSUS, Mãe Canguru, Mãe Participante, Mãe Paulistana, Alojamento Conjunto, Aleitamento Materno, Humanização do Pré-natal e Nascimento, Jovem Acolhedor, Conte-Comigo, Disk-Saúde, Hospital Amigo da Criança, Hospital Amigo do Índio, Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, Programa de Vigilância do SUS – VIGSUS, Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS, QualiSUS, Doe Vida – Doe Órgãos, Projeto Expande, Pro-

grama Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Bancos de Leite Humano, Bolsa Alimentação, Brasil Sorridente, Coagulopatias, Agita São Paulo, Hospital Sentinela, Pratique Saúde, Agita São Paulo, Vigilância Sanitária, Vigilância e Controle de Doenças (meningite, malária, dengue, hepatites virais, hanseníase, tubérculos, DST/AIDS, outras), Programas de Contratualização de Hospitais (Pequeno Porte, Filantrópicos e Universitários), Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Programa de Centros de Convivência e Cultura na Rede de Atenção em Saúde Mental do SUS, Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, Programa Estadual de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Estado de São Paulo – PROAGUA, Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS – PROGESTORES, Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, Programa de Erradicação do Aedes, Programa de Gerenciamento de Resíduos, Mutualismo.

A atuação do setor saúde abrange desde a assistência propriamente dita às ações de estabelecimento de normas sanitárias, participação no processo de concessão de patentes para novas tecnologias, ensino e pesquisa. Ensino e pesquisa possuem regras também elaboradas pelos Ministérios da Educação e Ciência e Tecnologia.

A verticalização de programas, o planejamento centralizado, sem a participação do executor, que realmente implementa as ações, tem conseqüências indesejadas para o desenvolvimento dos processos, interferindo negativamente nos resultados. A experiência dos executores tem importância no bom sucesso.

Custos, custo-benefício dos programas, custo-oportunidade, qualidade, eficiência, equidade, produtividade, epidemiologia, impacto de ações nem sempre são medidas quando da criação, implantação e evolução desses programas.

A participação dos prestadores de serviços privados em Programas de Saúde

não é freqüente, excetuando-se quando da ocorrência de mutirões, sendo que, nos Serviços, basicamente acontecem em procedimentos isolados.

É surpreendente que com tantos Programas, Serviços, Ações, Procedimentos, enfim, um volume de produtos enorme, não se tenha no seu planejamento estratégias de logística que contemplem áreas de infra-estrutura, ambulatório/emergência, complementar de diagnóstico e terapêutica, internação clínico-cirúrgica e assistência extra-hospitalar.

SERVIÇOS (AMBULATORIAIS E INTERNAÇÃO) E AÇÕES DE SAÚDE

Ambulatoriais (pronto atendimento, unidade básica, unidade de saúde da família, Pronto-Socorro, Média e Alta complexidade, cirurgias e outros procedimentos complexos, Saúde Mental, UBS com equipe mínima de saúde mental), Policlínica, Ambulatório de Especialidades, Complementares de Diagnóstico e Terapia, Intra-hospitalar (internação clínico-cirúrgica, centro cirúrgico, centro obstétrico), Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Intermediários, Gestação de Risco, Mutirões, Centro de Atenção Psicossocial (I, II, III, CAPSad, CAPSi), Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD, Centro de Atenção ao Portador de Deficiência Mental ou com Autismo (Nível I e II), Serviço de Residência Terapêutica –SRTs, Assistência Domiciliar (incluindo internação domiciliar), Centro de Ação Integrada à Saúde – CAIS, Farmácias de Alto Custo, Farmácia Popular, Resgate, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência – SIATE, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Centro Especializado em Odontologia – CEO, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, Terapia Renal Substitutiva – TRS, Campanhas de Vacinação, Centros de Referência, Unidade de Cuidados Prolongados, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, Pólos de Capacitação, Pólos de Vigilância Sanitária, Redes Funcionais de Serviços de Alta Complexidade (Doença Renal, Saúde Auditiva, Doença Neurológica, Cardiologia, Traumatologia-ortopedia, Oncologia, Terapia Nutricional), Consórcios In-

ter-regionais de Saúde, Sistemas Locais de Saúde, Centro de Referência para Idosos – CRI, Centro de Referência em Emergência e Internação – CREI, Centro de Referência em Abordagem e Tratamento ao Fumante, CIOPS, Tratamento Fora do Domicílio – TFD, Tratamento no Exterior, Fomento à Pesquisa – SCTIE, Ouidorias, Hemocentros, Centros de Especialidades, Centros de Reabilitação Física e Social, Assistência Médico Ambulatorial – AMA, Núcleo de Gestão Assistencial – NGA, Núcleo de Gestão Assistência de Especialidades – NGAE, Ambulatório Geral de Especialidades – AGD, Bancos (tecido músculo-esquelético, tecido ocular, pele, vaso), Centro de Atendimento Toxicológico, Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, Unidades Móveis, Unidades de Controle de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial, Unidades Básicas de Saúde, Posto de Atendimento Rural, Serviços Supletivos de Saúde, Perícia Médica, Centro de Simulação Médica, Unidade de Cuidados Diários – UCD, Serviço de Verificação de Óbitos – SVO.

Programa Nacional de Recursos Humanos, Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, juntam-se a outros do governo, como os de Transferência de Renda, o Bolsa Família, Bolsa Escola, Auxílio Gás, Cartão Alimentação, Bolsa Alimentação, sem citar os de saneamento ambiental, Fluoretação da Água, Habitação, disputando os mesmos recursos escassos.

Salas de leitura, voluntariado, marketing, vão sendo anexados às unidades, havendo necessidade de agregá-los ao planejamento.

Cada programa, serviço, ação, exige a montagem de estruturas próprias, processos e outros elementos formais, além dos informais que são criados, interferindo no dia-a-dia das unidades, com custos, atuando com vantagens e desvantagens que merecem correções ao longo do tempo.

A distribuição destas Unidades de Saúde encontra-se na tabela 3.

Nas últimas décadas a substituição do hospital por outros equipamentos de saúde de menor custo vem ocorrendo, agregando valor para a comunidade. O pla-

nejamento de saúde se defronta com inúmeras formas de provisão de cuidados aos pacientes, o que, se por um lado exige maior sofisticação na sua efetivação, por outro leva a uma maior humanização e menor custo.

Boa parte das Unidades Ambulatoriais poderiam realizar cirurgias e procedimentos de alta complexidade. Estima-se que ao redor de 60% dos procedimentos eletivos possam acontecer sem internação, porém, pesquisas relatam que apenas 20% dos 60% são realizados.

Deve se considerar a ampliação do atendimento extra-hospitalar (assistência e internação domiciliar).

A infra-estrutura necessária para o desenvolvimento de todos estes Programas, Serviços e Ações é complexa, desempenhada por órgãos, de recursos humanos, materiais, financeiros, de informação, jurídicos, que nem sempre é valorizada ou cuidada com o devido profissionalismo, incorrendo em problemas e falta de qualidade na assistência prestada.

O número de procedimentos relativos à atenção básica, alta e média complexidade, constantes da tabela do SUS (5.497 hospitalares e 3.431 ambulatoriais), ou os da tabela Associação Médica Brasileira (AMB com 3.877 procedimentos, dentre eles aproximadamente uma centena de exames realizados rotineiramente em laboratórios clínicos, que podem superar a casa dos 2.000 tipos de exames), considerando ainda os de infra-estrutura e de enfermagem, que são mais de mil, demonstra a dificuldade que é planejar no setor saúde e rastreamento de não conformidades (eventos e reações adversas, eventos sentinela).

Os procedimentos são regulados, controlados, rejeitados, detalhados, em milhares de portarias, resoluções e documentos legais, estimados por um valor financeiro e limitados ao teto de cada prestador e gestor estadual ou municipal. É difícil para os profissionais do Sis-

tema se atualizarem com as edições de normas referentes a estes procedimentos, tornando-se caro para os prestadores, a familiaridade com a legislação ou acesso aos diários oficiais.

Acresce-se a estes procedimentos outros, das terapias alternativas, que pouco a pouco estão sendo adotados pelos serviços de saúde.

Uma das grandes críticas ao sistema é a ausência de indicadores de custo de Programas, Serviços e Procedimentos, dificultando a orçamentação e o conhecimento da relação custo/preço.

SERVIÇOS HOSPITALARES (OU OUTROS EM REGIME DE INTERNAÇÃO)

Universitários, Pequeno Porte, Médio Porte, Grande Porte, Porte Especial, Especializado, Públicos, Privados Lucrativos e Sem Fins Lucrativos (Filantrópicos, Beneficentes), Rede Privada Contratada e Conveniada, Unidades Mistas de Saúde, Leitos de Retaguarda, Leitos Virtuais, Hospital Estratégico, Hospital-Dia, Casas de Parto, Instituição de Longa Permanência Para Idosos – ILPIs, Casas de Apoio.

A distribuição dos hospitais (tabela 4) e leitos é o grande problema para o Es-

TABELA 3
Número de unidades ambulatoriais(*) por tipo segundo
Direção Regional de Saúde. Estado de São Paulo, 2005

Direção Regional de Saúde	Centro de Saúde / UBS / Posto de Saúde	Unidade Mista	Clínica Especializada / Policlínica	Pronto-Socorro	Total
São Paulo	389	-	166	13	568
2 Santo André	119	4	53	13	189
3 Mogi das Cruzes	164	-	27	9	200
4 Franco da Rocha	38	2	13	2	55
5 Osasco	156	4	38	16	214
6 Araçatuba	92	2	14	3	111
7 Araraquara	125	1	39	10	175
8 Assis	101	-	23	1	125
9 Barretos	76	5	20	5	106
10 Bauru	141	-	41	8	190
11 Botucatu	108	1	12	1	122
12 Campinas	353	2	131	12	498
13 Franca	88	1	22	5	116
14 Marília	131	-	16	2	149
15 Piracicaba	161	2	47	11	221
16 Presidente Prudente	147	-	14	6	167
17 Registro	65	4	2	3	74
18 Ribeirão Preto	131	2	53	3	189
19 Santos	120	2	66	14	202
20 S. João da Boa Vista	97	-	44	8	149
21 S. José dos Campos	131	5	48	7	191
22 S. José do Rio Preto	248	1	55	2	306
23 Sorocaba	299	1	66	6	372
24 Taubaté	167	4	33	5	209
Total	3.647	43	1.043	165	4.898

Fonte: Cadastro hospitalar Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

(*) unidades com produção no primeiro semestre/2005.

Notas: 1. No grupo de **Centros de Saúde/Unidades Básicas** estão incluídas as unidades de PSF;

2. No grupo de **Clínicas Especializadas/Policlínicas** estão incluídas as clínicas de nefrologia, CAPS e hemocentros.

tado, bastando dizer que existem 268 municípios sem leitos contratados ou conveniados e mesmo no município da capital, há distritos populosos, sem um único leito.

Os hospitais de pequeno porte são 137 no Estado, apresentando baixa taxa de ocupação, alta taxa de cesárea, média de permanência longa, internações desnecessárias, necessitando de auxílio administrativo e técnico, para correção destes indicadores negativos.

Dos 24 hospitais universitários, 21 (posição até setembro de 2005) já assinaram um contrato de gestão com o Ministério da Saúde, em que os procedimentos de média complexidade são pagos globalmente. Estes hospitais são importantes como parceiros na avaliação da incorporação tecnológica. Alguns deles encontram-se ligados à Secretaria de Ciência e Tecnologia.

Os hospitais especializados são: cardiologia, pediatria, traumatologia-ortopedia, cirurgia plástica, oftalmologia, psiquiatria, oncologia e em menor número aqueles reservados ao atendimento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, tuberculose e hanseníase.

Ao longo das últimas décadas, ocorreu um processo de "desospitalização" de determinadas doenças, como as dos portadores de tuberculose, hanseníase e transtornos mentais. As unidades hospitalares contam com 65.906 leitos contratados e conveniados com o SUS, representando 1,63 leitos/1.000 habitantes, constantes da tabela 5. O processo de desativação de leitos, acrescido de um descontentamento quanto ao valor do pagamento da tabela SUS, que no mínimo não acompanha a evolução de indicadores econômicos, colaborou para esta redução.

De acordo com Barradas⁽⁵⁾ a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estima que para o adequado atendimento médico hospitalar da população de pequenas e médias cidades do interior o parâmetro que deve ser utilizado é de 1

TABELA 4
Número de hospitais(*) contratados e conveniados SUS por Natureza segundo Direções Regionais de Saúde. Estado de São Paulo, 2005

DIR	Contratado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	Total
São Paulo	2	1	31	14	28	76
2 Santo André	3	-	2	10	3	18
3 Mogi das Cruzes	-	-	6	5	8	19
4 Franco da Rocha	2	-	3	3	2	10
5 Osasco	2	-	5	11	1	19
6 Araçatuba	-	-	1	3	20	24
7 Araraquara	-	-	2	2	18	22
8 Assis	-	-	1	-	12	13
9 Barretos	1	-	-	5	10	16
10 Bauru	2	-	5	1	25	33
11 Botucatu	-	-	2	2	15	19
12 Campinas	2	-	2	19	31	54
13 Franca	-	-	-	-	14	14
14 Marília	3	-	-	-	28	31
15 Piracicaba	-	-	-	1	16	17
16 Presidente Prudente	3	-	1	2	16	22
17 Registro	-	-	-	9	1	10
18 Ribeirão Preto	1	-	2	2	19	24
19 Santos	-	-	1	11	5	17
20 S. João da Boa Vista	2	-	1	2	19	24
21 S. José dos Campos	-	-	-	8	15	23
22 S. José do Rio Preto	7	-	-	1	40	48
23 Sorocaba	8	-	3	6	24	41
24 Taubaté	-	-	1	5	17	23
Total	38	1	69	122	388	617

Fonte: Cadastro hospitalar Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

(*) hospitais com produção no primeiro semestre/2005.

TABELA 5
Número de hospitais, leitos contratados SUS e existentes. Estado de São Paulo, jan/1995 e jul/2005

Período	Hospitais Existentes	Hospitais SUS**	Leitos SUS**	Leitos Existentes***
Janeiro/95	...	668	80.629	100.948
Julho/05	803*	617	65.906	79.311
Diferença	-	51	14.723	21.637
%	-	(7,6)	(18,3)	(21,4)

Fontes: DATASUS/MS (hospitais com produção no primeiro semestre/2005) e *CNES (acima 20 leitos).

Obs. **Contratados/Conveniados ***Nos Hospitais contratados/conveniados

(um) leito para cada mil habitantes, existindo, portanto, espaço para diminuição.

Para demonstrar o tamanho da produção paulista, a tabela 6, apresenta núme-

ros que atingem de um quarto a próximo da metade do que é produzido no País.

Os dados mais significativos do tamanho do SUS em São Paulo, em relação

TABELA 6
Quantidade de procedimentos realizados (transplantes e atendimentos ambulatoriais) e respectivos valores pagos segundo tipo. Estado de São Paulo e Brasil, 2004

Procedimento	Estado de S. Paulo	Brasil	% SP
Transplantes (internação)	16.406	36.002	45,57
Transplantes (ambulatorial)	205.060	493.294	41,57
Atendimentos Ambulatoriais	503.510.358	1.981.605.844	25,41
AIHs pagas	2.400.029	11.953.858	20,08
Valores (R\$)			
Transplantes (internação)	83.885.113,12	191.807.561,56	43,73
Transplantes (ambulatorio)	27.975.365,19	70.259.493,66	39,82
Atendimentos Ambulatoriais	2.434.472.786,11	7.734.860.762,46	31,47
AIHs pagas	1.619.046.444,29	6.581.213.333,54	24,60

Fonte: SIASUS e SIHSUS – DATASUS/MS – 2004.

ao País, são os seguintes: 27 % de cirurgias oncológicas, 29 % de quimioterapia, 30 % de radioterapia, 27 % da terapia renal substitutiva, 35 % de ressonância magnética, 37 % de tomografia computadorizada, 42 % de medicamentos excepcionais e 34% procedimentos especializados ambulatoriais, além de possuir 31 % dos leitos de UTI.

No SUS, como um todo, existe o problema da não efetividade das consultas levando ao excesso de retornos, exames e encaminhamentos, congestionando os pronto-socorros dos hospitais, criando-se filas, listas de espera, demora no atendimento, problema este ligado, entre outros fatores, à formação profissional, devendo ser motivo de um replanejamento.

ESPECIALIDADES

Medicina – 52 especialidades mais áreas de atuação, Enfermagem – 42 especialidades, Odontologia – 19 especialidades⁽⁶⁻⁸⁾.

As categorias profissionais mais prevalentes são responsáveis por inúmeras subdivisões no setor saúde, o que de certa forma aumenta o custo, o número de vezes que o cliente ou paciente tem de se dirigir em busca da atenção, e outros inconvenientes, como a dificuldade

de considerar o paciente como um todo. Isto, sem contar especialidades informalmente criadas pelos profissionais.

É constatado que as especialidades básicas (clínica médica, cirúrgica, pediatria, ginecologia-obstetrícia), incluindo-se também a traumatologia-ortopedia e a psiquiatria, seriam suficientes em mais de 80% das necessidades de uma população.

Tudo é motivo para superespecialização, sexo, faixa etária, doença, equipamento, procedimento ou até mesmo a classificação da doença. Esta subespecialização continua com outras categorias profissionais, como é o caso dos biólogos e bioquímicos que, nas atividades laboratoriais, dirigem-se a subáreas específicas, como hematologia, bioquímica, parasitológico, atingindo também as subáreas de infra-estrutura.

Existem, no Estado, 26 escolas de medicina do total de 146 no País, 101 de enfermagem e 50 de odontologia. O mercado para algumas profissões está saturado. A oferta é grande o que gera o subemprego ou o trabalho em regime de plantões, diminuindo a qualidade do atendimento, a continuidade do tratamento e o segmento do paciente pelo mesmo pro-

fissional. Mesmo assim, algumas especialidades não são facilmente encontradas no mercado ou não têm intenção de trabalhar para o setor público, caso típico dos anestesiológicos.

Apesar do País produzir anualmente cerca de 10.000 médicos e São Paulo, em 2005, 2.197, existem 144 municípios no Estado sem médicos residentes⁽⁹⁾. Logicamente, as condições socioeconômicas são fatores inibidores para fixação de médicos nestes locais.

Finalmente, o Estado é responsável pela formação anual de 4.550 médicos residentes e 1.700 aprimorandos em enfermagem, análise clínica, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, fonoaudiologia, engenharia clínica, atendendo sua demanda e a de outros Estados, o que é mais uma contribuição de São Paulo para o País, na descentralização do atendimento.

INSUMOS

Sangue e Hemoderivados, Coagulopatias (Fator VIII e XIX), Kit para monitorização da Glicemia Capilar, Seringa de Insulina, Órtese & Prótese, Contraceptivos (anéis medidores de diafragma, diafragma, dispositivo intra-uterino, preservativo masculino), aparelhos auditivos, cadeiras de roda, membros artificiais, adesivos transdérmicos de nicotina, goma de mascar com nicotina, implantes, próteses dentárias, protetor solar.

Estes insumos, alguns de custo elevado, são distribuídos aos clientes, pacientes e portadores de deficiência.

Passo importante começa a ser dado na gestão e no controle de sangue e hemoderivados, com a instituição do cartão SUS para o cadastramento de pacientes portadores de hemofilia, talassemia, anemia falciforme e doença renal.

FÁBRICAS DE PRODUTOS DE SAÚDE

a) Fundação para o Remédio Popular – FURP, b) Instituto Butantã, c) Instituto Lauro de Souza Lima, d) Fundação Oncocentro de São

Paulo – FOSP, e) Hospital das Clínicas de São Paulo, f) Centro de Saúde de Pinheiros, g) Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, h) Instituto do Coração do Hospital das Clínicas.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo possui fábricas⁽¹⁰⁾ que desenvolvem tecnologias e produzem vários insumos, respectivamente as instituições listadas acima, como: a) 79 tipos de medicamentos, b) vacinas e soros, c) calçados ortopédicos para pacientes portadores de hanseníase, d) próteses oculares e faciais, e) solução hipertônica, f) 89 tipos de produtos homeopáticos, g/h) equipamentos (desfibriladores, eletrocardiógrafos) e instrumentais.

CADASTROS (CODIFICAÇÕES E REGISTROS)

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – FCES, Cadastro de Internação Hospitalar – CIH, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, Código de Endereço Postal – CEP, Programa de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - Hiperdia, Cartão Nacional de Saúde – CNS, Sistema de Cadastro e Prestação de Contas – SICAP, Certificado de Utilidade Pública, Certificado de Entidade Beneficente Social, Cadastro Nacional de Assistência Social, Tabela de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira, Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde, Classificação Internacional de Doenças – CID, Classificação Internacional de Procedimentos em Medicina – OMS, Registro de Doadores de Medula – REDOME, Registro de Receptores de Medula – REREME, Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM (em fase de implantação), Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS (em consulta pública).

Os cadastros são imprescindíveis ao Sistema, permitindo recuperar informações de quantidade, qualidade e localização de unidades, pacientes, procedimentos e produtos.

A dinâmica inerente aos cadastros apresenta certa dificuldade em relação a sua produção e atualização como no número de leitos, vagas para internação e outras informações. Buscam-se novos modelos que permitam utilização na internet, para tentar resolver os problemas atuais.

REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

Regulação de Urgência e Transferência de Pacientes Graves, Regulação de Consultas, Exames e Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade, Regulação de Internação Hospitalar, Câmara Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, CALL CENTER, Plantão Controlador, Referência e Contra-referência, Disk Diálise, Monitoramento de Doenças Crônicas e Infecto-contagiosas, Regionalização, Urgência/emergência, Plantão Metropolitano, Regulação via Internet, Governança Corporativa, Velamento, Fiscalização, Intervenção (administrativa e judicial), SISAUD/SUS, AUDITA/SUS, Legisla/SUS, Consulta Auditoria, Consulta AIH, Banco de Talentos, Audita Cartas e Índice do Passivo – IDP, Invasão/Evasão, Executor Solicitante, Cotas.

Um primeiro ponto em relação a regulação é o de não confundir regulação com agenda ou marcação de consulta. A regulação se faz à medida que se conhecem as necessidades de determinados produtos e serviços para uma determinada população. A regulação pode ser utilizada em várias situações, mas, uma mais recente foi a Câmara Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), criada inicialmente para atender pacientes dos Estados nos quais não ocorre provisão de determinados serviços, como cardiovascular, oncologia, ortopedia, neurologia e epilepsia, sendo que posteriormente foi estendido para todos os pacientes que procuravam estas especialidades, na tentativa de busca da equidade entre Estados.

Regulação, controle, avaliação só serão aprimorados com a formação dos profissionais, a introdução de protocolos, com o acerto de acesso (geográfico, educacional, cultural) e referência e contra-referência.

A regulação deve acompanhar as tendências do mercado, visando criar mecanismos de atuação preventiva e corretiva da pressão de grupos, os impactos jurídico-sociais, bem como estabelecendo formas de participações dos setores público e privado.

Para a regulação das urgências/emergências foram estipuladas 11 macrorregiões (tabela 7), para atendimento 24 horas. As demais atenderão as rotinas, no período diurno.

Um dos aspectos a ser trabalhado pelo gestor é o da qualidade. As avaliações vem ao encontro disto, na medida em que demonstram a efetividade, a eficácia, a eficiência, a produtividade e os custos da provisão de programas, serviços, ações e unidades de saúde.

AVALIAÇÕES

Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, Funções Essenciais da Saúde Pública – FESP, Imagem Institucional, Qualidade de Serviços e Produtos, Auditorias de Gestão, Auditoria Interna, Auditoria Externa, Auditoria Independente, Auditorias de Denúncias, Carta Usuário SUS, Auditoria de Faturamento SUS, Auditoria de Prontuário, Ouvidoria, Avaliação da Atenção Básica, Acreditação, Certificação, Pesquisas de Satisfação.

Avaliação e planejamento caminham juntos na medida em que ajustes são imprescindíveis no processo de provisão de cuidados.

Os Manuais de Avaliação (TRS, laboratório clínico, hospital, banco de sangue, CQH, ISO) existem para efetivação do processo, e instituições públicas e privadas encontram-se no mercado para executar estas avaliações.

TABELA 7
Distribuição das Centrais de Regulação Médica de Urgências da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por Macrorregiões. Outubro/2005

Macrorregião	Direção Regional de Saúde/Central de Regulação
1. SÃO PAULO	01 São Paulo, 02 Santo André, 03 Mogi das Cruzes, 04 Franco da Rocha, 05 Osasco
2. BOTUCATU	10 Bauru e 11 Botucatu
3. MARÍLIA	14 Marília, 08 Assis e 16 Presidente Prudente
4. CAMPINAS	12 Campinas
5. PIRACICABA	15 Piracicaba
6. RIBEIRÃO PRETO	18 Ribeirão Preto, 07 Araraquara, 13 Franca e 20 S. João da Boa Vista
7. SANTOS	19 Santos
8. REGISTRO	17 Registro
9. SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	22 S. José do Rio Preto, 06 Araçatuba e 09 Barretos
10. SOROCABA	23 Sorocaba
11. TAUBATÉ	24 Taubaté e 21 São José dos Campos

Fonte: Coordenação de Regiões de Saúde – SES/SP.

A cultura vigente entre os administradores de hospitais e unidades ambulatoriais de saúde não é a de realizar medições de qualidade e quantidade das estruturas, processos e resultados. Mesmo a auditoria interna, quando realizada, se presta, em boa parte das vezes, unicamente à verificação de contas hospitalares com finalidade de conferência do faturamento. Basta saber que de 6.532 hospitais brasileiros, somente 38 obtiveram a Acreditação pelas Instituições Acreditadoras credenciadas pela ONA e, destas, 4 são Organizações Sociais parceiras da SES.

O mesmo ocorre com a implantação de Programas de Qualidade, utilizando-se de ferramentas como o 5s, o PDCA e o 6 SIGMA, disponíveis no mercado para preparar as unidades para avaliação.

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

Genômica, Proteômica, Química Verde, Imunologia, Inseminação Artificial, Nanotecnologia, Biossegurança, Biodiversidade, Biomassa, Bioinformática, Bioengenharia, Física Médica, Pesquisa clínica "duplo standard", Inteligência Artificial, Sistemas de Comunicação em Tempo Real, Telemedicina, Telessaúde, Convergência Digital, Sistemas Digitais Móveis, Internet, Intranet, Ensino a Distância, Drogas, Técnicas, Equipamentos e Artigos Hospitalares, Pesquisa, Desenvolvimento & Inovação.

TABELA 8
Quantidade de medicamentos distribuídos e respectiva esfera responsável pelo financiamento segundo Programas. SUS/SP, 2005

Programa	Quantidade de itens	Financiamento
Dose Certa	40	MS+SES
Dose Certa (contrapartida municipal)	38	Município
Dose Certa/Saúde Mental	25	SES
Dermatologia Sanitária/Hanseníase	13	MS
Pneumologia Sanitária/Tuberculose	10	MS
Esquistossomose	3	MS
Leishmaniose	4	MS
Meningite	2	MS
Tracoma	4	MS
DST/AIDS	35	MS
DST/AIDS (deliberação CIB 49/99)	11	SES
Diabetes	1	MS
Cólera	1	MS
Lúpus Eritematoso	3	MS
Alto Custo	108*	MS+SES
Total	298	

Fonte: Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

* 215 apresentações

Estar atento às inovações e atualizações tecnológicas é uma obrigação para os planejadores. A reflexão sobre quais tecnologias e quais profissionais deverão ser incorporados às equipes, redefinindo os métodos de gestão, avaliação, remuneração e parcerias entre os setores privados e públicos será fundamen-

tal para a provisão de saúde nas próximas décadas, reforçando inclusive a integração universidade-empresa-governo.

A incorporação de Sistemas de Comunicação em Tempo Real, internamente a toda Secretaria e externamente com outras instituições tornará o relacionamento ágil e eficiente.

No Brasil são 85 Centros de tecnologia e em São Paulo 5 parques de tecnologia (São Paulo, São José dos Campos, Campinas, São Carlos e Ribeirão Preto).

No momento a área da saúde está contemplada em três deles.

Estudos demonstram que educação, ciência e tecnologia necessitam de capital humano (64%), capital financeiro (20%) e recursos naturais (16%), compensando o esforço na integração da assistência, ensino e pesquisa em saúde.

MEDICAMENTOS

Dose Certa, Dose Certa Saúde Mental, Alto Custo Saúde Mental, Medicamento Excepcional, Medicamento Estratégico, Medicamento DST/AIDS, Soros, Vacinas (Imunobiológicos), Medicamento pela Denominação Comum Brasileira – DCB, Medicamento pela Denominação Internacional – DCI.

Programas de distribuição de medicamentos à população, requerem estratégia de logística para ocorrer de maneira efetiva e com baixo custo. A informatização do processo tem gerado bons resultados.

Na tabela 8 constata-se a grande quantidade de medicamentos distribuídos.

Somente em ações judiciais, de acordo com Barradas⁽¹¹⁾, foram gastos, no primeiro semestre de 2005, R\$ 86 milhões, necessitando um debate com autoridades jurídicas evitando-se que gastos desnecessários aconteçam.

RECURSOS MATERIAIS

Editais, Bolsa Eletrônica de Compras – BEC, Pregão eletrônico, Pregão Presencial, Ata de Registro de Preços, Logística, Adiantamento, Licitação e suas modalidades (concorrência pública, convite), Investimento, Custeio, Cadastro de fornecedores – CADFOR, Convocação Pública, Insumos, Catálogo de Materiais e RENAME, Credenciamento em Produtos, Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, Lei 8666/93.

Na gestão de recursos materiais obteve-se grande avanço na última década, embora ainda os objetivos sejam alcançados com certa morosidade, já que muito do progresso verificado ainda depende de capacitação de pessoal.

Um maior diálogo entre a área de administração e a jurídica, investimento na capacitação de profissionais para especificação de bens e serviços, elaboração de editais e contratos com maior detalhamento trarão melhores resultados financeiros, qualidade nos processos e maior produtividade.

Os aspectos relativos à logística deveriam ter uma atenção maior por parte dos gestores. A definição de ser logística parte do escopo direto ou indireto do Estado é uma importante discussão, já que armazenamento e distribuição de insumos e bens de consumo podem ser terceirizados com transparência e efetividade.

A esta altura do artigo já é evidenciada a variedade de itens, a complexidade e até os custos que representam, sendo importante o investimento neste quesito, incluindo-se ferramentas de informatização.

RECURSOS HUMANOS

Estatuto do Funcionário Público, Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, Editais, Plano de Cargos, Salários, Benefícios e Carreira, Padrão de Lotação, Terceirizações, Parcerias, Capacitação, Comunicação, Categorias Profissionais e Especialidades (médicos + odontologia + enfermagem + biomédico), Residência e Aprimoramento, terceirização, RPA, Regimes jurídicos (estatutário, CLT, CLF, 733, lei 500), Pessoal Inativo, Cargo, Função Atividade, Hora-Aula, Reajustes Salariais, Dissídios, Plantões, Absenteísmo, Rotatividade, Funcionários Municipalizados, Dificuldade de Administração de Pessoal, Prêmio Incentivo, Cargos na Estrutura, Sistema de Administração de Pessoal – SIAP, Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, Programa de Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, Pólos de Capacitação, Rela-

ção Anual de Informações Sociais – RAIS, Competências, Atribuições, Carga Horária, Jornada de Trabalho, Creche, Centro de Convivência Infantil, Política de Recomposição de Honorários, Observatório.

A prestação de serviços de saúde é centrada na quantidade e qualidade das pessoas que operam equipamentos e insumos de alto custo, em um ambiente dinâmico e complexo de tomada de decisão. Aqui reside um dos maiores problemas da prestação de serviços públicos no País. Não houve uma boa evolução nas últimas décadas que trouxesse avanços permitindo a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a contenção de custos do sistema.

A deterioração dos serviços públicos no País ocorreu pela forma arcaica de administração dos recursos humanos pelo Estado; aspectos como recrutamento, seleção, admissão, capacitação, demissão são geridos de forma amadora, contribuindo para o inchaço da máquina, que se dá à medida que funcionários se acomodam, deixando de executar ou executando de maneira inadequada as suas tarefas.

Os profissionais da infra-estrutura, com metade da força de trabalho da unidade, são esquecidos. Mesmo com a linha de frente preparada, tarefas serão realizadas de maneira imprópria, ou com falhas e omissões, prejudicando a qualidade e quantidade dos serviços.

Métodos inteligentes de avaliação da instituição, uso correto da burocracia podem superar dificuldades, redimensionar o número de funcionários, praticar uma boa saúde pública, restituindo à sociedade, em forma de uma melhor relação custo-benefício, o valor que paga em impostos e taxas.

Conhecimento teórico sobre políticas e administração de serviços de saúde, epidemiologia, estatística, domínio de informática, investimento em inovação, gestão de competências (liderança, mo-

tivação, negociação), cursos de atualização, extensão, capacitação, especialização, pós-graduação, palestras e principalmente aumento do comprometimento dos profissionais é a saída para o êxito do planejamento. Utilização de tecnologias atuais como videoconferência, cursos *on-line* pela internet, são formas de atender demandas de grande porte (a SES conta com 72.000 funcionários).

A gestão de recursos humanos passa a ser a dificuldade ou impossibilidade de incluir ou excluir profissionais em determinados projetos, recompensar por desempenho ou bons resultados.

A discussão pelos poderes executivo, judiciário, legislativo e sociedade civil, como já foi afirmado⁽¹²⁾, pode ser a saída para a solução dos problemas dos recursos humanos e a decisão sobre que serviço de saúde público ou privado se deseja.

Uma das contribuições da Secretaria com o ensino são as seis Escolas Técnicas de Saúde, vinculadas a ela.

ÁREA FÍSICA

Código Sanitário do Estado e Municípios, Código de Obras e Edificações, Instruções Técnicas do Corpo de Bombeiros, Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde – Portaria 400/77 (revogada), Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Portaria 1884/GM 1994 (revogada), Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde – RDC 307, Normas Técnicas ABNT, Normas Técnicas Internacionais (National Fire Protection Association – NFPA, International Organization for Standardization – ISO, Deutsche Industries Normen – DIN, British Standards Institution – BSI), Alvarás (construção, funcionamento, vigilância sanitária), Cadastro de Contribuintes Mobiliários, Licença Ambiental, Certidão do Habite-se.

Conforme Duarte⁽¹³⁾, o Código Sanitário do Estado de São Paulo de 1894, já estabelecia normas e padrões tais como zoneamento, recuos em relação à via

pública, dimensões mínimas, entre outros, para a construção e instalação de hospitais, maternidades e prontos-socorros. Neste mesmo ano foi decretado o Regulamento dos Hospitais de Isolamento do Estado, estabelecendo as normas e padrões para esse tipo de hospital. Somente em 1977 com a Portaria 400⁽¹⁴⁾ do Ministério da Saúde que se inicia o detalhamento de normas para construções, reformas e ampliações de unidades de saúde. Certamente, isto se deve por não dispensarmos muito tempo às atividades que precedem estabelecer fluxos, tamanho e formas das construções. Muitas vezes construía-se a unidade e depois era pensado o que colocar dentro. Com a possibilidade de “virtualização” de serviços (governo eletrônico) e mudanças das tecnologias médicas, a necessidade de área física, bem como a melhor forma de utilizá-la, precisa de estudos balizados em Planejamento.

Chega-se neste ponto a uma das atividades finais do planejamento, que é o financiamento e sua complexidade, que não é ensinada nas escolas formadoras, somente é percebida com tempo e disposição para o aprendizado.

O financiamento é repleto de normas, documentos e conceitos que requerem domínio para os que lidam com políticas, programas, serviços e ações de saúde⁽¹⁵⁾. Possivelmente, numa tentativa de controle do sistema, existe o exagero de uma má burocracia que cria barreiras, aumenta o tempo de execução e os custos da operacionalização da máquina.

Todo ele trabalha sem contabilidade de custos, ou seja, elaboram-se orçamentos sem o conhecimento dos custos unitários ou dos procedimentos.

Boa parte do financiamento do ensino e pesquisa tem saído dos recursos da própria assistência, em parte pela cultura dos profissionais, pela má burocracia instalada dificultando a elaboração e aprovação de projetos submetidos a en-

tidades de fomento, embora existam linhas próprias de financiamento.

A impossibilidade de transferência de recursos entre os elementos orçamentários, a dificuldade na utilização das rubricas, faz com que recursos fiquem parados nos Fundos de Saúde.

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA, INCENTIVOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Ações Assistenciais (atenção básica [per capita: PAB ampliado e PAB fixo], média e alta complexidade [extra teto], Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, Incentivo de Assistência a População Indígena – IAPI, Programa de Incentivo de Integração ao SUS – INTEGRASUS, Fundo de Incentivo ao Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS, Fundos de Saúde (nacional, estadual, municipal), Recurso Fundo-a-Fundo, Unidade Orçamentária, Unidade de Despesa, Teto Financeiro, Lei Orçamentária – LO, Plano Plurianual – PPA, Planos Regionais e Setoriais, Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO, Proposta de Lei Orçamentária Anual – PLOA, Lei Orçamentária Anual – LOA, Execução Orçamentária (investimento e custeio), Repasses (critérios de transferência de recurso, rubricas – 103), Classificações, Co-financiamento, Termos Aditivos, Ficha de Programação Orçamentária – FPO, Sistema de Gerenciamento do Orçamento – SIGEO, Prestação de Contas, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, Ressarcimento, Reembolso, Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Sistema Integrado de Administração Financeira de Estados e Municípios – SIAFEM, Sistema Integrado de Informações Físico Financeiras – SIAFISICO, Lei de Responsabilidade Fiscal, Atividades, Itens, Elementos, Termos Aditivos, Plano de Trabalho, Prestação de Contas, Contrapartida, Subvenção, Auxílio, – SIMPA, Sistema Financeiro Fundes – GIS, Emenda Parlamentar, Emenda Complementar, Sistema de Acompanhamento Financeiro – SIAFI, Dotações Orçamentárias, Per Capita, Receitas, Despesas, Restos a Pagar, Valor Médio da AIH, Custo por Procedimento, Custo por Unidade, Balanço, Balanete, Encontro de Contas, Caução, Homologação, Empenho, Realização, Pagamento por Adiantamento, Reserva para Manutenção, Custos, Suplementação, Contrapartida, Gastos (públi-

co, privado), Isenções (CPMF, Importação, IRPJ), Desvinculação das Receitas da União – DRU, Renúncia Fiscal, Fomento, incentivo, AIH Média, Pagamento por Pacote, Orçamento Global, Pré-Pagamento e Pós-Pagamento, Co-pagamento, Diárias Globais, Reservas, Precificação, Tributos, Impostos, Produto Interno Bruto – PIB, Endividamento Público, Excedente Financeiro, Doação, Alienação, Fluxo de Caixa, Período de Competência, Pesquisa Salarial de Mercado, Renda Própria, Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT, Gasto Saúde Supletiva, Pré-pagamento, Planos de Livre-Escolha, Planos Auto-geridos ou Administrados.

Os gastos são definidos constitucionalmente na Saúde e Educação; mesmo assim, não impede o déficit de 14 milhões mensais para o financiamento das ações de saúde no Estado de São Paulo.

Poucos projetos de sustentabilidade econômico-financeira são elaborados para o planejamento de Programas, Serviços e Ações de Saúde.

CRONOGRAMA, METAS, MÉTODOS, RELATÓRIOS

Respondidas questões como: o que fazer, por que fazer, com o que fazer, para quem fazer, quem fará, quanto custará, é hora de definir o quando será feito, em quantas etapas, com medições periódicas, até a ocorrência da entrega do produto ou unidade, onde se verificará se as diretrizes tomadas foram suficientes para atingir os objetivos e os valores e prazos foram corretos. Um cronograma responde bem a estas necessidades.

A dificuldade cultural em cumprir prazos faz com que cronogramas sejam peças de ficção, pouco utilizadas e valorizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os inúmeros fatores que envolvem o planejamento de Saúde fizeram do SUS um sistema extremamente fragmentado, fato este que se justifica em parte pela complexidade inerente à abrangência pretendida. Assim, prover assistência com

eficiência, efetividade e eficácia é um desafio ainda a ser superado.

Na ocasião da criação do SUS não foram consideradas todas as instâncias e variáveis que teriam participação na sua consolidação. Com a implantação, o sistema se mostrou dinâmico, sempre em evolução, com características próprias e necessidade de controles e normas favorecendo o ambiente para a má burocracia de um lado e, de outro, para a informalidade no desempenho.

Com a velocidade com que a legislação sofre alterações, o fluxo esbarra em mecanismos de controle ultrapassados operados por equipes sem a atualização contínua necessária para o exercício do planejamento.

As funções da administração devem estar presentes no desenvolvimento dos gestores, simplificando a condução dos processos, inibindo o infindável número de reuniões, relatórios e outros meios que, usados sem métodos, não atingem os objetivos, mas têm custos que poderiam ser mais bem utilizados.

A necessidade de reestruturação do Setor Saúde, em todos os níveis, é premente para o realinhamento das políticas de saúde.

A condução de estudos para a racionalização do sistema compreende formação, treinamento e integração de todos os agentes, na aplicação de técnicas e entendimento da história e da cultura da Saúde no Brasil e suas regiões, é importante identificar parceiros públicos e privados, gerando e difundindo práticas, congregando os setores de Educação, Ciência e Tecnologia, visando a sustentabilidade.

Considerando o volume de dados utilizados pelo Setor Saúde a informatização deve ocorrer em todos os níveis, necessária à criação de interfaces que permitam a migração dos dados possibilitando a comunicação entre os sistemas. Há a necessidade de se equipar a Saúde

com mecanismos robustos para gestão de conhecimento.

A montagem de cenários preditivos depende da qualidade das informações disponíveis. Quanto maior a exatidão do cenário menor o desperdício, tanto humano, material, como de tempo e repetição de processos.

REFERÊNCIAS

1. Bittar OJNV. A complexidade do Sistema de Saúde, Hospital – administração e saúde, vol. 17, n. 3, maio/junho 1993, pág. 135-8.
2. Bittar OJNV. Hospital: qualidade & produtividade; São Paulo: Sarvier, 1997.
3. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel, J. Safári de Estratégia, um roteiro pela selva do planejamento estratégico; Porto Alegre: Bookman, 2000.
4. Bernstein, P L. Desafio aos deuses, a fascinante história do risco, Campus, 1997.
5. Barradas LRB. Os hospitais filantrópicos do século XXI e o SUS. Texto preparado originalmente para o XIV Congresso de Provedores, Diretores e Administradores Hospitalares de Santas Casas e Entidades Filantrópicas do Estado de São Paulo – Abril de 2005.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CFM 1.666/2003. site: www.cremesp.org.br
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 290/2004, site: www.cofen.com.br
8. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 22/2001. Site: www.cfo.org.br
9. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Alta concentração de médico sem São Paulo. Jornal do CREMESP. Edição 216 - 8/2005.
10. Secretaria da Saúde – Governo do Estado de São Paulo. São Paulo Saúde, ano 2, n. 23, agosto de 2005.
11. Barradas LRB. Remédios na dose certa, Jornal do Brasil, 12/9/2005.
12. Bittar O J N V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. Revista de Administração em Saúde 2002; 5(17):9-18.
13. Duarte IG. Do Serviço Sanitário do Estado ao Centro de Vigilância Sanitária: Contribuição para o estudo da Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo, Dissertação apresentada à EAESP-FGVSP para obtenção do Grau de Mestre em Administração de empresas, 1990. 125 p.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde: conceitos e definições. Hospital geral de pequeno e médio portes, unidades sanitárias. Brasília. 1978.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico/Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. - 3ª ed. rev. e ampliada - Brasília, 2003.