

A descentralização da saúde, atenção oncológica e estratégias de inclusão

Health decentralization, oncological attention and inclusion strategies

R esumo

Este texto articula a descentralização em saúde com a atenção oncológica e as possibilidades de inclusão dos pacientes portadores de câncer. Inclui os pressupostos dos processos de descentralização, decorrentes das orientações das agências de financiamento, das reformas em saúde e da reforma do Estado brasileiro; as regulações atuais sobre a assistência à saúde e assistência oncológica indicando, também, as necessidades regionais em saúde articuladas ao Plano Plurianual aprovado para 2000/2003. Contém, ainda, indicações que possam contribuir para a construção de estratégias inclusivas, garantindo e ampliando o atendimento oncológico em face dos processos recentes de descentralização.

Palavras-chave: descentralização em saúde, regulação da atenção oncológica, estratégias de inclusão.

A bstract

This article articulates health decentralization with oncological attention and the possibilities of inclusion of cancer patients. It discusses the assumptions underlying decentralization processes deriving from the guidelines of financing agencies, health reforms and the Brazilian State Reform; it includes the present regulations governing health assistance and oncological assistance and it also indicates regional needs in health care integrated into the Pluriannual Plan approved of for 2000/2003. Finally, the article provides information for the construction of inclusive strategies so as to guarantee and expand oncological care in face of the recent decentralization processes.

Key words: health decentralization, regulation of oncological attention, inclusion strategies.

**Vera Maria Ribeiro
Nogueira**

Doutora em Enfermagem pela UFSC.

Professora do Departamento de Serviço Social e Tutora do PET – UFSC.

A descentralização em saúde é um dos temas que vem ocupando a agenda dos sujeitos políticos e dos profissionais ligados ao setor desde os momentos iniciais do movimento sanitário. Uma das medidas iniciais nessa direção, ainda no Governo José Sarney, foi a implementação das Ações Integradas de Saúde. Estas serviram para evidenciar a competência municipal na articulação e na organização local dos serviços de saúde e, especialmente, antecipar as possibilidades de municipalização que, posteriormente, foram adotadas. A Constituição de 1988 (BRASIL, 1999), ao aprovar a instituição de um sistema de saúde para o país incluiu, em suas diretrizes, a descentralização como uma das estratégias de inclusão da população nas ações e serviços sanitários. Posteriormente, a lei 8080 (BRASIL, 1990) reconfirma o pressuposto descentralizador e estabelece, entre outras normatizações, os critérios de transferência de recursos financeiros para os municípios.

As experiências da descentralização se estenderam da atenção primária para as de média e alta complexidade. No que diz respeito à atenção oncológica, nos últimos anos, vêm sendo desencadeados programas de interiorização de serviços, de recursos financeiros e equipamentos. Identificase, igualmente, maior regulação do setor, especialmente a partir de 1998, através de Portarias Ministeriais, entre as quais se inclui a Norma de Assistência à Saúde – NOAS/01/2002 (BRASIL, 2002). Esta Norma Operacional foi editada inicialmente em 2001 e republicada em fevereiro de 2002, como consequência dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 22 de novembro de 2001. Na ocasião foi firmado, entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, um acordo contemplando as propostas referentes ao co-

mando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos financeiros federais referentes ao atendimento da população referenciada (CONASS, 2002).

Para além dos aspectos administrativos e financeiros em si, a regulação da descentralização das ações de média e alta complexidade vem impondo uma revisão nas práticas dos profissionais de saúde, especialmente dos assistentes sociais, na medida em que estes atuam no agendamento e encaminhamento dos pacientes oncológicos, desempenhando, inúmeras vezes, um papel mediador entre as instâncias municipais e estaduais para os pacientes referenciados.

A intenção com este texto, ao articular a atenção oncológica com os processos descentralizadores e as possibilidades de inclusão dos pacientes, é levantar algumas questões para refletir a descentralização enquanto um mecanismo ou uma estratégia que pode ser usada para fomentar processos inclusivos ou, contrariamente, mascarar processos de exclusão sob uma capa de equidade social. Tal posição decorre do reconhecimento que a descentralização é um processo que envolve relações entre o Estado e a sociedade, sempre mediado por vetores econômicos, sociais e políticos que obedecem a determinações estruturais e conjunturais. Nesse sentido, a reflexão se encadeia em torno de três determinações: os pressupostos que vêm informando os processos de descentralização, decorrentes das orientações normativas das agências de fomento e financiamento internacionais, das reformas incrementais em saúde e da reforma do Estado brasileiro; as regulações que incidem sobre a assistência à saúde e, especialmente sobre a atenção oncológica e, finalmente, as necessidades regionais em saúde e o Plano

Plurianual – PPA, aprovado pelo Congresso Nacional para 2000/2003. Concluindo, são indicadas algumas sugestões para que se possa pensar o que vem ocorrendo no espaço ocupacional dos assistentes sociais ligados ao setor saúde e, talvez, construir estratégias inclusivas ampliando e garantindo a assistência oncológica dentro dos padrões atuais de descentralização.

Ângulos e expressões da descentralização

A Norma Operacional Básica, publicada em 1996 (BRASIL, 2002c), deu um forte impulso aos processos de descentralização, ocasionando, também, um acentuado movimento crítico sobre alguns encaminhamentos contidos na mesma, relacionando-a com os ajustes estruturais na economia nacional, com a reforma do Estado e as novas funções do poder público, marcando um novo papel para os governos centrais e subnacionais.

A descentralização, a partir de 1996, vem sendo analisada em distintos ângulos e expressões, sendo que dois aspectos são essenciais ao se pensar em estratégias inclusivas, visto que estão no cerne dos processos descentralizadores. São os que dizem respeito aos aspectos legais e os relativos à alocação de recursos financeiros, fundamentais quando se trata de um setor específico da atenção à saúde, que são os serviços de oncologia. Essa afirmativa traduz uma questão em aberto, ou seja, a possibilidade de se conciliar planos diversos da descentralização: a política, perfeita em termos de autonomia local mas que alguns serviços sejam menos descentralizados, devido à sua complexidade técnica, seu grau de demanda e as exigências financeiras para sua sustentação. As expressões concretas desse processo estão explicitadas em algumas portarias ministeriais relacionadas à descentralização e regulação da assistência oncológica e,

em tempos mais recentes, na Norma de Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2002a).

Uma reflexão inicial que se poderia fazer é sobre a própria concepção de descentralização. Na saúde ou em outros setores, esta não é vista como um fim em si mesma, ou como um valor independente de outros fatores. É sempre uma condição ou uma estratégia para alcançar determinadas finalidades ou valores, os quais norteiam e conformam sua implementação. Pode-se falar, ainda, na descentralização do poder decisório ou poder político, dos recursos financeiros, da prestação de serviços e da gestão do sistema de saúde.

O Congresso Nacional Constituinte, em 1988, quando colocou como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS a descentralização, pautou-se em diagnósticos sobre o sistema de saúde que, à época, apontavam a forte centralização estrutural que, historicamente, norteou a política de saúde nacional. Tal situação impedia qualquer inovação e controle mais efetivo sobre a relação entre demandas em saúde e serviços prestados. Pensou, também, nas dimensões continentais do país e, acatando as sugestões do movimento sanitário, encaminhou uma descentralização pela base municipal. Tal supunha não unicamente os serviços, mas o poder decisório e a redistribuição financeira, favorecendo os pólos intermediários de poder. Tais definições foram facilitadas e viabilizadas pelo movimento democratizador que prevalecia no país na ocasião.

Atualmente, com um quadro estrutural modificado, assiste-se a uma conjugação distinta sobre o tema, que pode servir para outros propósitos que não os previstos no plano constitucional. As novas tendências entre o local e o global implicam em rever para quem serve a descentralização e, conseqüentemente, o papel que os profissionais desempenham nessa

empreitada ou contribuem para uma ou outra finalidade.

Tendo em vista a incidência dos pressupostos mencionados na descentralização na assistência à saúde, torna-se necessário particularizar cada um deles para se apreender os nexos que presidem a questão no Brasil. Em um primeiro momento deve-se resgatar as orientações normativas do Banco Mundial (2002), que não são dissonantes das sugestões da Organização Mundial da Saúde. Entre as orientações se destacam: investimentos em programas mais eficazes na relação custo/benefício; incentivo aos programas de saúde pública e serviços essenciais, de alcance mais coletivo; redução dos gastos públicos com atendimento terciário, com a capacitação de especialistas e com as intervenções de baixo retorno econômico; financiamento e implementação de ações de saúde pública de grandes externalidades, separação entre provimento e financiamento dos serviços de saúde, autonomia orçamentária; descentralização das ações e serviços e redução do papel do Estado nacional na atenção à saúde e incremento às ações de controle e coordenação.

O segundo pressuposto para se analisar os processos descentralizadores reside no novo paradigma das práticas sanitárias, que tem sua construção iniciada nos anos 1980, contendo o ideário que o mercado é o distribuidor por excelência dos bens e serviços de saúde, com a ênfase no cidadão consumidor, que seria o melhor juiz e o avaliador dos serviços prestados. Esta nova racionalidade sanitária, paulatinamente, vem construindo novos consensos em relação à eficácia e eficiência, imperando a racionalidade econômica. A alteração do paradigma de atenção à saúde do pólo da equidade em saúde para equidade social, difundido pelas principais agências de fomento e financiamento internacionais, é a base sobre a qual se assentam as novas ideologias. As principais características desse paradigma foram sintetizadas por Iriart, Merhy e Waitzkin (2000) e pressupõem que:

- a crise na saúde tem origem no financiamento reduzido;
- há maior eficiência alocativa com a separação entre o financiamento e prestação dos serviços;
- as decisões clínicas devem subordinar-se à eficiência econômica para redução dos custos;
- o mercado é o melhor regulador da qualidade e dos custos;
- o cidadão consumidor garante mais seus direitos do que o usuário/cliente, e que
- a garantia da qualidade está na satisfação do cliente.

Complementando as indicações anteriores, o terceiro pressuposto que incide sobre os processos de descentralização é o decorrente da reforma do Estado brasileiro. Se, até início de 1990, a palavra de ordem era a redução do seu papel, a partir de meados da década de 90, altera-se a orientação, verificando-se a ênfase sua dimensão regulatória. O governo brasileiro atende às sugestões do Banco Mundial (1997), estabelecidas no documento *O Estado em um mundo em transformação*, de 1997, que prevê:

- a estruturação de novas relações entre o setor público e privado;
- a forte expansão do papel de controle exercido pelo Estado;
- a saúde ser concebida como um bem privado na atenção individual.

Na atenção à saúde, uma decorrência da reforma estatal é o reenquadramento da sociedade civil e a refamiliarização da atenção à saúde, que vêm, exatamente, na esteira de complementar a progressiva alteração das funções públicas no setor, com incidência nas questões relacionadas às formas de descentralização (NOGUEIRA, 2002). A sociedade civil passa a desempenhar o papel de parceira e *locus* de prestação de serviços, reduzindo-se o papel de sujeito político efetivo. No plano da família, esta vem assumindo uma dupla fun-

ção: a de prestação de cuidados sanitários e arcando com os custos dos pagamentos dos seguros e planos privados de saúde.

Os pressupostos anteriormente mencionados conduzem as reformas incrementais ou graduais¹ em saúde, onde se destacam:

- a competição entre o setor público e privado;
- a adoção, no setor, de regras competitivas próprias do mercado;
- a separação das funções de financiamento e provisão de serviços de saúde;
- a descentralização da atenção básica;
- introdução de mecanismos regulatórios eficientes e centrados na racionalidade mercantil.

Não se deve perder de vista o panorama cultural e axiológico dentro do qual se inscrevem as transformações em curso, que é o da cultura da mercantilização.

Como lembram Braga e Silva (2001, p.33),

*diz-se, indevidamente, do im-
perativo macroeconômico de
controle das despesas naci-
onais com a função da saú-
de como se fosse uma 'natu-
ralidade' imposta pelas 'leis
econômicas'. Se há uma cer-
ta 'crise do modelo adminis-
trativo burocrático', e isso
parece que sim, como
entendê-la sem cair naquilo
que é o senso comum – a*

*congenita ineficiência esta-
tal? [...] Cabe lembrar que a
cultura que se fala é a cultu-
ra da mercantilização.*

Da mesma forma não se pode esquecer que, como indica o professor Carvalheiro (2000), qualquer análise sobre a situação das políticas sociais, e em especial da saúde, não pode descuidar o fato de que o setor que mais favorece a acumulação, nos dias atuais, é o setor terciário da economia, sendo a saúde a área de maior dinamismo nesse processo. Tais aspectos condicionam uma outra racionalidade à descentralização, que vem sendo mais tratada como transferência de responsabilidades, sem o devido acompanhamento e assessoria do governo central. Essa afirmativa pode ser reconhecida quando se analisam as portarias ministeriais sobre atenção oncológica, onde as regulações incidem fortemente nos aspectos de custo-benefício.

Mecanismos regulatórios incidentes sobre o setor oncológico

Inicialmente, deve-se ter em conta o papel que as Normas Operacionais desempenharam e persistem desempenhando na descentralização induzida na década de 1990. Estas Normas Operacionais, concluídas e aprovadas pelos gestores através de suas representações nacionais, regulam aspectos da divisão orçamentária entre os níveis de governo, a atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo sanitário (COSTA, RIBEIRO, SILVA, 2001). Instituíram-se como mecanismos administrativos indutores do maior comprometimento dos gestores locais na atenção à saúde. Estabeleceram novos parâmetros para o maior controle de eficiência e eficácia das ações sanitárias e, essencialmente a NOB 96, foi a que viabilizou, efetivamente, a alteração do modelo

assistencial. Apesar das críticas quanto ao desvirtuamento dos princípios da igualdade e da diretriz do comando único, a NOB 96 inclui algumas vantagens inequívocas, como o privilégio da atenção básica.

Após as iniciativas de descentralização, promovidas pelas NOB 93 e 96, a experiência acumulada evidenciou um conjunto de obstáculos. Tais obstáculos derivam da peculiar estrutura político-administrativa do Brasil, com a autonomia das três esferas de governo; a heterogeneidade dos municípios em termos de recursos, capacidade gerencial e técnica; a dificuldade de administrar o acesso aos serviços de média e alta complexidade, concentrados nos grandes centros urbanos e a progressiva redução de financiamento para o setor saúde.

Na busca de superar esses obstáculos o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001, chamada de Norma de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002a) que, partindo da macroestratégia da regionalização, incorpora três grupos de estratégias para acelerar a descentralização, ampliando as responsabilidades do município na atenção básica:

1. define o processo de regionalização da assistência com vistas a maior resolutividade do sistema;
2. cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema através da ampliação e competência nas funções de planejamento, programação, controle e avaliação, além de instrumentos formais de compromisso entre os gestores,
3. procede à atualização dos critérios para a habilitação de estados e municípios, tornando-os coerentes com as novas medidas propostas.

Posteriormente, foi reeditada como NOAS 01/2002 – portaria MS/GM n. 373 de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b), contendo alterações que, se não desfiguraram as linhas gerais do

primeiro documento, acentuam a finalidade central que foi, e é, a de acelerar a descentralização e regulação da assistência à saúde.

Cabe lembrar que a regulação na assistência à saúde é definida, no âmbito do Ministério, como o *complexo de regulação*, devido a sua abrangência. Ela representa o conjunto de ações e estratégias destinado a oferecer assistência integral e adequada aos indivíduos, determinado pelos gestores públicos responsáveis pela política de saúde (BRASIL, 2002g).

A NOAS (BRASIL, 2002b) explicita e detalha o conceito de **regionalização**, como estratégia de hierarquização planejada dos serviços de saúde, enfocando: a elaboração do plano diretor de regionalização; a ampliação do acesso na atenção básica; a qualificação das microrregiões na assistência à saúde; a organização dos serviços de média complexidade; a política de atenção de alta complexidade e seus custos no SUS.

Igualmente, o novo instrumento regulatório intensifica o **fortalecimento da capacidade de gestão** do Sistema de Saúde, detalhando o processo de programação da assistência à saúde; a definição das responsabilidades em cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada e o processo de controle, avaliação e regulação da assistência.

Atualiza, ainda, os **critérios de habilitação e desabilitação de estados e municípios**, destacando o compromisso e a responsabilidade por parte do gestor face aos outros gestores e à população.

Detalhando-se alguns itens da NOAS (BRASIL, 2002b), cabe acenar que, além da expansão das competências municipais na atenção básica em saúde, a atual Norma Operacional enfatiza a regionalização e a organização funcional do sistema como estratégias centrais para o aprimoramento do SUS, na visão ministerial.

Através da NOAS (BRASIL, 2002b) é instituído, como instrumento normativo, o Plano Diretor de Regionalização do Estado, que deve integrar o Plano Estadual de Saúde. Cabe observar que é atribuída, ao município, a responsabilidade por um conjunto de ações mínimas de saúde: assistência pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, imunizações, promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento de afecções agudas de maior incidência, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência, pequenas cirurgias ambulatoriais, distúrbio mentais e psicossociais mais frequentes, controle de doenças bucais mais comuns, fornecimento de medicamentos da farmácia básica.

A NOAS (BRASIL, 2002b) amplia, assim, o conceito de Gestão Plena da Atenção Básica, definindo áreas estratégicas mínimas, como o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes melitus, a saúde da criança, da mulher e a saúde bucal. Tais ações devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros.

Em relação aos serviços de média complexidade, atribui ao agente gestor estadual a responsabilidade da adoção de critérios para a organização dos serviços, sendo que a Programação Pactuada Integrada representa o principal instrumento para orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para os municípios, buscando garantir o acesso da população aos mesmos.

Em termos de financiamento, pressupõe um aumento do gasto *per capita* com a inclusão de procedimentos de média complexidade na modalidade de transferência de fundo a fundo.

Esse aspecto é importante pois sinaliza para a superação da lógica anterior de fi-

nanciamento, orientada pela oferta pré-existente de serviços, a partir da expansão dos mecanismos de pré-pagamento que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com a população e necessidades identificadas (BRASIL, 2002b).

Os termos de compromisso assinados entre as instâncias gestoras incluem a responsabilidade pelo acesso e são vinculados à capacidade executora das ações e serviços pactuados.

Quanto aos serviços de alta complexidade, a garantia de acesso é uma responsabilidade compartilhada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais.

Cabe, ao Ministério da Saúde:

1. a definição das normas nacionais;
2. o controle do cadastro nacional dos prestadores de serviço;
3. a definição da incorporação dos procedimentos a serem oferecidos pelo SUS, a própria definição do elenco dos procedimentos de alta complexidade;
4. o estabelecimento de estratégias de acesso reduzindo as diferenças regionais;
5. a definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais e o financiamento das ações (BRASIL, 2002b).

Reconhece-se, portanto, a expansão da capacidade de controle do nível central do sistema, de acordo com as determinações dos organismos internacionais. Como evidência pode-se indicar a separação entre prestação de serviços e financiamento dos mesmos, com a inclusão de mecanismos de controle, principalmente relacionados à eficiência econômica.

O gestor estadual é o responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, tendo como função específica:

1. a definição da alocação dos recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência do Estado para a alta complexidade;
2. a definição de prioridades de investimentos;
3. a delimitação da área de abrangência dos serviços;
4. a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;
5. a regulação da referência intermunicipal e acertos intermunicipais;
6. a vistoria para inclusão de novos serviços;
7. controle e a avaliação do sistema quanto à sua resolutividade e acessibilidade;
8. a otimização da oferta de serviços, tendo em vista o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis;
9. a garantia da economia de escala e melhor qualidade (BRASIL, 2002b).

A partir da definição de competências ocorre uma retomada da dimensão regulatória do nível estadual, subordinada, entretanto, às exigências do governo federal. A alocação de recursos passa a ser parametrada pelo desempenho, ocasionando novas exigências aos profissionais.

A avaliação de resultados, derivada do fortalecimento das funções de

controle e avaliação do SUS, incide especialmente na avaliação da organização do sistema, na relação com os prestadores de serviços, na qualidade da assistência e satisfação dos usuários e nas conseqüências e impacto sobre a saúde da população.

A NOAS especifica detalhadamente os critérios para as avaliações previstas, indicando, ainda, que são levados em conta, na compra dos serviços da rede privada, o interesse público e a necessidade assistencial da população (BRASIL, 2002b).

Os procedimentos técnico-administrativos exigidos para a realização dos serviços e a ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e do faturamento dos serviços.

A divulgação dos procedimentos e a participação dos usuários são aconselhadas como possibilidades de controle e acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, dando visibilidade e possibilitando a análise e avaliação da coerência entre a programação, a produção e o faturamento dos serviços.

Especificamente na área oncológica, a política adotada pelo Ministério da Saúde, a partir de 1998, pretender a integralidade da assistência prestada; ampliar a cobertura assistencial e o acesso dos pacientes aos serviços; estimular e criar condições para as ações de prevenção; estimular a detecção tratamento precoce e, finalmente, incrementar os cuidados dos serviços paliativos. O Ministério reconhece que a particularidade do câncer exige uma atuação interdisciplinar integrada, devido as distintas modalidades de terapia e a diversidade das ações assistenciais, levando em conta, ainda, as conseqüências sociais que provoca.

No setor de Oncologia, cabe ressaltar que, antes da NOAS, já havia um mecanismo regulatório, a Portaria do Gabinete do Ministro, nº 3535, de 02 de setembro de 1998 (BRASIL, 2002d), que estabelece critérios para o cadastramento dos Centros de Atendimento em Oncologia – CACON, visando garantir

- atendimento integral aos pacientes;
- estabelecimento de uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes e
- atualização dos critérios mínimos para cadastramento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

Define ainda parâmetros de casos novos atuais e a necessidade de serviços para instrumentalizar o atendimento planejamento da cobertura assistencial (BRASIL, 2002d).

Já expressando a preocupação com a função necessária de controle, a Portaria atribui às Secretarias Estaduais de Saúde a tarefa de avaliação contínua do desempenho e do padrão de funcionamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, estabelecendo alguns indicadores de avaliação: tempo médio entre a data do diagnóstico e a do início do tratamento; a percentual de pacientes tratados e em seguimento; o tempo médio que os pacientes ficam sob tratamento; o tempo médio de sobrevida global dos pacientes tratados, por localização primária e a extensão do tumor e a taxa de abandono de tratamento.

Além desse novo mecanismo regulatório, que vem tentando organizar a rede de assistência oncológica, a política nacional para a área introduziu o Projeto Expande, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer, com a finalidade de ampliar o atendimento com a implantação de novas unidades e a aquisição de equipamentos e capacitação de pessoal especializado. Complementando, incluiu novos procedimentos oncológicos na tabela do SUS e o Programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino.

Cabe lembrar que alguns procedimentos ligados ao setor de oncologia passaram a ser financiados e coordenados diretamente pelo Ministério da Saúde, dentro da rubrica da Fração de Atendimento Especializado e Compensação, junto à proposta de Ações Estratégicas, além do financiamento usual de Alta Complexidade.

No aspecto da regulação da assistência ao paciente oncológico, em 1999, foi emitida pelo então Ministro José Serra, a Portaria nº 1478, que criou as *Centrais de Regulação da Assistência Oncológica* em todos os estados nacionais, coordenadas e sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema (BRASIL, 2002e).

As Centrais têm por objetivo nortear a assistência a ser prestada, orientar os pacientes, controlar a prestação de serviços, realizar a estimativa de casos novos anuais de câncer e de necessidade de serviços, organizar o sistema de assistência oncológica, hierarquizando os serviços de acordo com seu nível de complexidade, estabelecendo, claramente, as portas de entrada do sistema. Estão contidos nessas metas a indicação dos mecanismos de encaminhamento de pacientes e o fluxo assistencial deste sistema, incluindo os casos diagnosticados pelos programas de prevenção e detecção precoce do câncer. Além disso autoriza o encaminhamento de pacientes a outros estados, para fins de realização de procedimentos oncológicos, incluídos na Câmara Nacional de Compensação. Têm ainda a função de avaliar tecnicamente as unidades prestadoras de serviços oncológicos, além de divulgar o potencial dos serviços habilitados pelo SUS e disponibilizar informações à população.

A inclusão do AMPAC – Autorização para Procedimento de Alta Complexidade– Onco, no Sistema de Informações Ambulatoriais, em 1998, teoricamente, vem permitindo o acompanhamento do atendimento realizado.

Ainda em relação à regulação da Assistência de Alta Complexidade, a Portaria Ministerial de 2309, de Dezembro de 2001, instituiu a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitam de atendimento hospitalar de alta complexidade (BRASIL, 2002f).

Estes instrumentos regulatórios, ao lado da NOAS, vêm sendo os indutores da Política Nacional de Atenção Oncológica, na perspectiva da descentralização, mantendo o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, a função reitora no fomento à descentralização.

Financiamento e demandas macrorregionais

Um rápido olhar sobre as demandas e financiamentos previstos para a atenção oncológica permite identificar as necessidades nacionais, evidenciando que, malgrado as iniciativas descentralizadoras, persiste uma desigual distribuição dos recursos financeiros no setor face às exigências regionais. Cumpre observar que, conforme indicação da Coordenação

Central do Projeto Expande, apresentada no último Congresso da Sociedade Brasileira dos Assistentes Sociais em Oncologia, realizado em Novembro de 2002, nem sempre as metas de descentralização, objetivadas na construção e funcionamento dos Centros de Atenção Oncológica, são possíveis. Tal se deve a dois fatores que ocorrem com certa frequência no país: a falta de compromisso dos gestores estaduais ou municipais e a inexistência de recursos humanos tecnicamente preparados para atuar na área. Assim, iniciativas que poderiam contribuir para minimizar o sofrimento dos pacientes e familiares vêm sendo postergadas face ao descompromisso ético e político com a atenção de excelência. Essa situação é altamente perversa se relacionada com as estimativas de casos novos e atuais de câncer.

Na perspectiva de ilustrar a afirmação, o quadro abaixo indica as estimativas de casos novos anuais de câncer e de necessidade de serviços de acordo com a Portaria 3535/98 e os valores alocados para o atendimento, no Programa de Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica, contidos no Plano Plurianual de 2000-2003.

REGIÃO	HOMENS	MULHERES	PPA
Nordeste	165,4	191,9	23.736.056
Norte	141,4	150,3	7.096.791
Centro-Oeste	223,2	260,4	7.736.483
Sudeste	154,1	160,6	587.748.859
Sul	260,9	252,7	14.840.978
BRASIL	176,8	189,3	60.290.000 (MS)
TOTAL			701.451.167

Elaborado por Vera Maria Ribeiro Nogueira, 2002.

Há evidências da continuidade das desigualdade regionais, o que deve merecer do governo federal uma incisiva ação no sentido de sua reversão. Um dos principais avanços esperados pelo Ministério da Saúde para a redução dos casos de mortalidade é a realização de oito milhões de exames de Papanicolau, por ano, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. A previsão de exames, entretanto, não garante a atenção, que depois é repassada à responsabilidade municipal, levando muitas vezes a que a paciente não seja atendida.

Apontamentos conclusivos

Confirmando uma tendência internacional verificada no setor saúde (NEGRI; GIOVANNI, 2002), a regulação é o ponto forte da descentralização, havendo reduzido investimento na capacitação de recursos humanos. Igualmente, há a excessiva preocupação com os aspectos relacionados à eficiência econômica e a critérios mais rígidos de inclusão, nos moldes da medicina gerenciada. Se, de um lado, a expansão dos mecanismos de avaliação e controle favorece uma melhor qualidade do sistema, por outro, a ênfase em aspectos eminentemente quantitativos reduz o necessário enfoque assistencial.

A regulação, quando partilhada pelos integrantes do sistema, incluindo gestores e usuários, é fruto de acordos e consensos obtidos democraticamente e em uma arena pública. É altamente positiva, dado o frágil comprometimento com as condições de universalidade e acessibilidade aos usuários do sistema por parte dos gestores.

Fazendo uma apreciação sobre os novos processos descentralizadores, a posição de estudiosos do setor, incluindo a ABRASCO, observa-se um posicionamento crítico em relação à NOAS, pautando-se em alguns pontos essenciais. Entre eles, destaca-se a for-

ma de alocação de recursos federais para ações de maior complexidade da assistência ambulatorial e hospitalar

[...] que deveria ter seus valores definidos a partir da programação das unidades federadas [...] passou a ser composto também por um conjunto de frações pré-definidas pela esfera federal, que estabelece o montante de recursos que devem ser destinados, em cada unidade federada, a algumas ações e serviços (ABRASCO, 2000).

Tal procedimento, incluindo também os incentivos financeiros por programas implantados, obriga o município e os Estados a alocar parcelas pré-definidas, restringindo a possibilidade de autonomia e de gestão do SUS.

Consideram que essas medidas, podem tornar a Programação Pactuada Integrada um mero exercício de detalhamento das alocações estabelecidas pela esfera federal, em substituição a processos consistentes de planejamento, reproduzindo a situação anterior à descentralização. À crítica da ABRASCO, a Secretaria de Assistência à Saúde argumenta em nome da limitação de recursos e de diferenças regionais marcantes.

Observa-se que vem sendo implementado, fortemente, o papel regulador do Ministério da Saúde, dotando-se sua estrutura de procedimentos sistematizados e efetivamente formalizados em Portarias Ministeriais, que concorrem para a regionalização e hierarquização da atenção de média e alta complexidade. Por outro lado, assiste-se ao retorno de procedimentos personalistas e particularistas, pautados em critérios alheios aos técnicos, a partir da reserva de um teto financeiro, gerenciado pelo Ministério, desvirtuando a lógica da descentralização.

Com vistas à inclusão, a partir da política atual de descentralização, po-

dem ser implementadas algumas estratégias pelos profissionais ligados à assistência oncológica, entre as quais:

- conhecer detalhada e minuciosamente as Portarias e legislações regulatórias na área da alta e média complexidade;
- acompanhar o processo de operacionalização das Portarias e regulações estaduais, identificando as possibilidades e os mecanismos de inclusão dos pacientes na assistência;
- garantir, no âmbito da competência profissional, o controle e a avaliação sistemática dos procedimentos encaminhados;
- entender que a assistência oncológica não se isola das demais modalidades de assistência, devendo, nesse sentido, canalizar o conhecimento e a articulação dos recursos necessários para o atendimento;
- mobilizar os sujeitos políticos e fortalecer as redes de proteção existentes, expandindo e veiculando as informações e, especialmente, as avaliações realizadas;
- manter e fortalecer o intercâmbio com outros profissionais, considerando a integralidade da atenção;
- articular mecanismos de incorporação de organizações da sociedade civil nos processos de controle e avaliação.

O momento atual, quando se instala no plano federal um governo que tem como proposição programática o resgate do SUS, idealizado pelo movimento sanitário, é propício para refletir as questões apontadas, identificando-se outras estratégias inclusivas não só para os pacientes oncológicos mas para o conjunto da população brasileira. Alerta-se que o papel dos sujeitos políticos que mantêm o ideal constitucional do direito à saúde é fundamental para fortalecer as iniciativas governamentais que tenham o mesmo direcionamento ético-político.

Recebido em 19/12/2002. Aprovado em 28/03/2003.

Referências

- ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública. *Pronunciamento do Presidente*. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em 20 set. 2002.
- BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1997. *O Estado em um mundo em transformação*. Washington: Banco Mundial, 1997.
- BRAGA, J. C. de S.; SILVA, P. L. B. A mercantilização possível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 19-42.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 14 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma de Assistência à Saúde 2002*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez. 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no. 373. *Norma de Assistência à Saúde 2002*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez. 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 1996*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 2 set. 2002c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3535 GM/1998. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 22 out. 2002d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1478/1999. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 18 out. 2002e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2309/1998. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 11 set. 2002f.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Assistência à Saúde*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 04 set. 2002g.
- BRASIL. Senado Federal. *Lei 8080, Brasília, 1990*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set. 2002.
- CARVALHEIRO, J. R. *Os desafios para a Saúde*. Estudos Avançados USP, São Paulo, n. 35, p. 7-10, 2000.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Nota técnica 02-2002*. Disponível em <www.conass.com.br>. Acesso em 4 ago. 2002.
- COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. C. O. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas do mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 193-228, mar./abr., 2001.
- IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 95-105, jan./mar. 2000.
- NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001.
- NOGUEIRA, V. M. R. *Direito à saúde na Reforma do Estado brasileiro: construindo uma nova agenda*. Florianópolis. 2002. 343 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Campinas.
- WORLD BANK. Brazil: *The organization, delivery and financing of health care in Brazil: Agenda for the 90s*. Publicado em 30 de junho de 1994. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1994/06/30/000009265_3961005172722/Rendered/PDF/multi0page.pdf>. Acesso em 28 maio 2002.

Nota:

- 1 O termo *reformas incrementais* vem sendo utilizado para designar as alterações processuais que se verificam nos sistemas nacionais de saúde, marcando a distinção com as reformas tipo *big bang*, que alteram radicalmente o sistema e são implementadas em curto espaço de tempo.

Vera Maria Ribeiro Nogueira
vera@mbox1.ufsc.br

Departamento de Serviço Social
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Telefone: 48 331 9540