



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Ana Emília Leite Guedes

**O incentivo às ações de combate às carências
nutricionais (ICCN): os desafios à integração dos
programas e à integralidade das ações de nutrição nas
práticas de saúde**

Rio de Janeiro

2002

Ana Emília Leite Guedes

O incentivo às ações de combate às carências nutricionais (ICCN): os desafios à integração dos programas e à integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2002

ANA EMÍLIA LEITE GUEDES

**O Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais
(ICCN): os desafios à integração dos programas e à
integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde**

*Tese apresentada à área de Política,
Planejamento e Administração em
Saúde, do Programa de Pós-graduação
em Saúde Coletiva, do Instituto de
Medicina Social, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, para
obtenção do Grau de Doutora em
Saúde Coletiva.*

Orientador: Professor Dr. Ruben Araujo de Mattos

**Rio de Janeiro
2002**

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Ana Bezerra de Oliveira Lima Leite e
Jose Péricles Leite (in memorian), pelo
permanente estímulo em direção à vida e
aos novos horizontes do saber.*

*A Álvaro, Raphael e Felipe, pela felicidade
compartilhada em cada um e em todos os
dias de nossas vidas, e pela compreensão
demonstrada nesse singular momento.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, professores Ruben Araujo de Mattos e Paulo de Medeiros Rocha, pelas generosas contribuições, amizade, tempo, leitura e disponibilidade para construir juntos.

A todos os professores, pesquisadores e funcionários do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, do Departamento de Saúde Coletiva e de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRN, que foram importantes na minha vida pessoal e na minha formação acadêmica e profissional. Um agradecimento especial

A Eduardo Levcovitz, por ter me iniciado nessa caminhada.

A Kenneth Camargo, pelo seu papel enquanto adorável leader.

A Ana Luiza D'Avila Viana, pelos incentivos, carinho e dedicação de professora.

A Carmen Lúcia de Araújo Calado e Evânia Leiros de Souza, que acompanharam bem de perto os meus passos.

Aos colegas de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, pela agradável convivência e permanente troca de conhecimentos. Às amigas Maria Eneida de Almeida, Clélia de Oliveira Lyra, Nilma Dias Leão Costa e Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha que me transmitiram força durante todo o período de estudo.

Aos amigos Marcos e May Gurjão e Eponina Navarro Bacelar, pelo acolhimento durante a minha “longa” estadia no Rio de Janeiro.

Este estudo foi subvencionado pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo componente II de PROJETO REFORSUS/MS, no âmbito de seu subprojeto “Fomento, Análise, Avaliação e Disseminação de Experiências Inovadoras no SUS – Gestão da Rede de Serviços”.

“Após o desafio da implantação do Sistema, a luta agora é para qualificar o SUS, e esta luta não termina, é uma luta constante em defesa da vida”.

Ana Emília Leite Guedes

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	I
AGRADECIMENTOS.....	II
SUMÁRIO.....	IV
LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS.....	VI
LISTA DE QUADROS	XII
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
APRESENTAÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO	24
1.1. DA GÊNESE DO SUS	24
1.2. DA EVOLUÇÃO DOS SEUS PRINCÍPIOS NORTEADORES E ORGANIZATIVOS	33
1.3. DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO.....	46
CAPÍTULO 2. O CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL: DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL/88 À ATUALIDADE.....	66
2.1. EM BUSCA DA INTEGRAÇÃO: A NOB-SUS 01/96 E OS INCENTIVOS DE FINANCIAMENTO	71
2.2. PACS/PSF: OS ELEMENTOS DA INTEGRALIDADE.....	78
2.3. PCCN: ESTRATÉGIA DE REORDENAÇÃO DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE?	88
CAPÍTULO 3. ESTUDO DE CASO: NATAL	97
3.1. O PERFIL DA CIDADE DO NATAL	97
3.1.1. Aspectos socioeconômicos e ambientais da formação do município e a ocupação do espaço urbano	97
3.1.2. Aspectos territoriais e administrativos.....	100
3.1.3. Infra-estrutura urbana: abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino dos resíduos sólidos urbanos (RSU) e sistema de transporte urbano	101
3.1.4. Aspectos econômicos	104
3.1.5. Aspectos educacionais.....	107
3.1.6. A trajetória do SUS em Natal.....	109
3.1.6.1. Histórico e habilitação da SMS	109
3.1.6.2. Da organização dos serviços da atenção básica à saúde em Natal.....	122
3.1.6.3. Mecanismos de repasse e disponibilidade financeira na atenção básica à saúde	125
CAPÍTULO 4. O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO ENTRE AS AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE NUTRIÇÃO E SAÚDE NOS ANOS 90.....	141
4.1. MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE GESTÃO EXECUTIVA DO PCCN.....	141

4.3. OS INCENTIVOS FINANCEIROS ÀS AÇÕES PROGRAMÁTICAS: PACS/PSF E PCCN	156
CAPÍTULO 5. A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	169
5.1. HISTÓRIAS DAS VISITAS DOMICILIARES	171
5.2. INSERÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES E NUTRICIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	182
CAPÍTULO 6. À GUIA DE CONCLUSÕES	186
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198
<u>FONTES DOCUMENTAIS</u>	205
SITES CONSULTADOS	209
ANEXO 01	210
ANEXO 02	222
ANEXO 03	223

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

- ABCC** – Associação Brasileira de Criadores de Camarão
- ABESO** – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade
- ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- AGU** – Advocacia Geral da União
- AIH** – Autorização de Internamento Hospitalar
- AIS** – Ações Integradas de Saúde
- ANC** – Assembléia Nacional Constituinte
- APAC** – Autorização de Procedimentos de Alto Custo
- ATIVA** – Associação de Atividades de Valorização Social
- BID** – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- CAERN** – Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte
- CD** – Crescimento e Desenvolvimento
- CDS** – Conselho de Desenvolvimento Social
- CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEFET** – Centro Federal de Educação Tecnológica
- CEFOPE** – Centro de Formação Profissional
- CEME** – Central de Medicamentos
- CEPAL** – Comissão Econômica para a América Latina
- CES** – Conselho Estadual de Saúde
- CF/88** – Constituição Federal de 1988
- CFN** – Conselho Federal de Nutricionistas
- CGPAN** – Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CIBRAZEM** – Companhia Brasileira de Armazenagem
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CLAN** – Cooperativa de Laticínios de Natal
- CMB** – Confederação das Mulheres do Brasil
- CME** – Comissão de Mobilização Econômica
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde

CNA – Comissão Nacional de Alimentação
CNAE – Campanha Nacional de Merenda Escolar
CNAN – Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COBAL – Companhia Brasileira de Alimentação
CODERN – Companhia Docas do Rio Grande do Norte
COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (estaduais)
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar
COPAG – Comissão de Programa de Governo
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPCS – Coordenação de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CS – Comunidade Solidária
CLL – Contribuição sobre Lucro Líquido de Pessoa Jurídica
DAB – Departamento de Atenção Básica
DASP – Departamento de Administração do Serviço Público
DATASUS – Departamento de Informação do SUS
DEP – Desnutrição Energético-Protéica
DETRAN – Departamento de Trânsito do RN
DOA – Departamento de Organização, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde
EC – Emenda Constitucional
ECD – Epidemiologia e Controle de Doenças
ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
ETAM – Escritório Técnico de Apoio aos Municípios

ETE – Estação de Tratamento de Efluentes
FACEM – Faculdade de Ciências Empresariais
FACEX – Faculdades de Formação de Executivos
FAL – Faculdades de Natal
FAM – Fundo de Apoio à Municipalização
FARN – Fundação Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
FAE – Fração Assistencial Especializada
FAO – Fundo das Nações Unidas para Alimentação
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIERN – Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Norte
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica
GPABA – Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
GPSM – Gestão Plena de Sistema Municipal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN – Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDEMA – Instituto de Desenvolvimento Econômico e Meio Ambiente
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPMF – Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IRA – Insuficiência Respiratória Aguda
IVHC – Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOS – Leis Orgânicas da Saúde
MAA – Ministério da Agricultura e Abastecimento
MAC – Assistência Ambulatorial de Médio e Alto Custos
MEC – Ministério de Educação e do Desporto
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde
NCHS – National Center for Health Statistics
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OGM – Orçamento Geral do Município
OGU – Orçamento Geral da União
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PABA – Piso de Assistência Básica Ampliado
PAD – Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAN - Programa de Apoio Nutricional
PAP - Programa de Alimentação Popular
PAT – Programa de Alimentação do Trabalhador
PCA – Programa de Complementação Alimentar
PCB – Partido Comunista do Brasil
PCCN – Programa de Combate às Carências Nutricionais
PCS – Programa de Combate à Subnutrição
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEC - Projeto de Emenda Constitucional
PMN – Prefeitura Municipal de Natal
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNL – Programa Nacional do Leite
PNLCC – Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
PNS – Programa de Nutrição e Saúde
PNSA – Política Nacional de Segurança Alimentar
PNSN – Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição
PPA – Plano de Pronta Ação
PPI – Programação Pactuada e Integrada

PRMI – Programa de Redução da Mortalidade na Infância
PROAB – Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos
PROCAB – Programa de Comercialização de Alimentos Básicos
PRODEA – Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos
PROFAE – Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem
PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PS – Polígono da Seca
PSA – Programa de Suplementação Alimentar
PSF – Programa Saúde da Família
REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
RNIS – Rede Nacional de Informação em Saúde
RPIS – Rede Potiguar de Informações em Saúde
SALTE (Plano) – Segurança, Alimentação, Transporte e Energia
SAMU – Serviço de Atendimento Médico às Urgências
SAPS – Serviço de Alimentação da Previdência Social
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SEAS – Secretaria Estadual de Ação Social
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Pequenas Empresas
SECD – Secretaria de Educação, Cultura e Desporto
SEHAC – Secretaria Especial de Habitação e Ação Comunitária
SENAI – Serviço Nacional da Indústria
SEPLAN – Secretaria de Planejamento
SESAP – Secretaria de Estado de Saúde Pública
SETAS – Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social
SETUR – Secretaria de Turismo do Rio Grande do Norte
STTU – Superintendência de Trânsito e de Transporte Urbanos
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SINANC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIF – Serviço de Inspeção Federal
SIMPAS – Sistema Nacional da Previdência Social

SIND SAUDE -- Sindicato dos Trabalhadores de Saúde
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde
SSAN – Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
STAN - Serviço Técnico de Alimentação Nacional
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFG – Teto Financeiro Geral
TFECD – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFGE – Teto Financeiro Geral Estadual
TFGM – Teto Financeiro Geral Municipal
TFVS – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
UBS – Unidade Básica de Saúde
UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude
UNP – Universidade Potiguar
UPS – Unidade Prestadora de Serviços
URBANA – Companhia de Serviços Urbanos de Natal
URSAP – Unidade Regional de Saúde Pública
VIGISUS – Preparação de Técnicos em Vigilância Epidemiológica e Ambiental

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01

SMS de Natal: Distribuição de unidades ambulatoriais por Distrito Sanitário, 2001.

QUADRO 02

SMS de Natal: Distribuição dos prestadores por Distrito Sanitário, 2001.

QUADRO 03

SMS de Natal: Distribuição dos gastos totais do município por níveis de atenção, 1998 - 2001.

QUADRO 04

SMS de Natal: Valores repassados dos diversos convênios por instância de governo, 1998 - 2001.

RESUMO

O presente estudo é uma análise concreta das relações entre o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN) e seus dispositivos operacionais (especificamente, o incentivo financeiro às ações), da integralidade de suas práticas e da sua integração com os demais programas da atenção básica à saúde – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). O PCCN é parte integrante da política de nutrição brasileira, que recebe recursos financeiros oriundos de transferências do Governo federal, mediante o Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais (ICCN), um dos componentes do Piso de Atenção Básica (PAB), como incentivo variável, definido para a área de saúde através da Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/96. Os componentes variáveis foram criados pelo Governo federal com o intuito de induzir certas políticas e programas específicos, para os municípios, em diretrizes indicadas pelo próprio Ministério da Saúde (MS). O estudo adotou como ponto de partida a atenção básica à saúde e o seu novo mecanismo de repasse de recursos. Foram examinados os condicionantes econômico-financeiros e político-institucionais envolvidos no processo. Optou-se por realizar um estudo de caso em Natal, considerando-se que o município, além de congregar uma série de implementações na área de nutrição e saúde que o torna representativo do nosso objeto de estudo, favoreceu questões de ordem operacional, como o acesso ao material de pesquisa importante para a investigação. A abordagem qualitativa e a utilização de entrevistas abertas com informantes qualificados na implementação da política e no seu *modus operandi*, acrescidas da análise de documentos oficiais, visitas aos serviços de saúde e observação direta de profissionais em ação permitiram uma aproximação com os objetivos enunciados. Ficou evidenciado que o programa estudado apresenta claro hiato entre a formulação dessa política no nível federal e a sua execução municipal. A perspectiva de compensação social focalizante terminou por criar um modelo que tornou restrita a definição teórica de segurança alimentar, atribuindo uma dimensão menor à vigilância alimentar e nutricional. A reconfiguração do Programa em nível local, com ampliação de sua abrangência e elevação de sua participação no financiamento, com o intuito de adequá-lo às necessidades locais, aponta para o indispensável aprimoramento dos dispositivos financeiros destinados à atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Política de Alimentação e Nutrição, Integração, Integralidade.

ABSTRACT

Nutritional Shortage Combat Program (ICCN): challenges placed to integration of programs and to the integrality of nutrition actions in health practices

This study consists of a concrete analysis of the relations between the Program Against Nutritional Shortage (PCCN) and their operational apparatus (specifically, the financial incentive to their accomplishment), the completeness of their practices and their integration with other programs of basic concern with health - Health Community Agents Program (PACS) and the Family Health Program (PSF). The PCCN is part of the Brazilian nutrition policy, which receives financial resources generated by the Federal government transferences through the incentive to the Nutritional Shortage Combat Program (ICCN), one component of the Basic Attention Grounds, as a variable incentive, granted to health areas through the Basic Operational Precept (NOB-SUS 01/96). The variable components were created by the Secretary of Health (MS). The study has adopted, as a starting point, the basic attention to health and its new mechanism of resource transference. The economical-financial and political-institutional conditioners involved in the process have been examined thoroughly. We chose to perform a case study in Natal, considering that this County, besides congregating a series of implementations in the nutrition and health areas that makes it representative of our object study, has also favored the questions of operational order, as access to research material important to the investigation. The qualitative approach and the use of open interviews with qualified informers on the political implementation and on its *modus operandi*, besides the analysis of the official documents, visits to health services and direct observation of the professionals during their performance, made us closer to the stated objectives. It became clear that the program presents a clear gap between the formulation of its policy on the federal level and its municipal performance. The perspective of a focused social compensation ended up creating a model which restrained the theoretical definition of the feeding security, attributing a smaller dimension to feeding and nutritional vigilance. The reconfiguration for the Program on local level along with the increasing of its enclosure and the heightening of its participation in the financing system, to adequate it to the local necessities, points to the indispensable betterment of the financial resources granted to health basic attention.

Keywords: Feeding and Nutrition Policy, Integration, Integrality.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é uma análise concreta das relações entre o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN) e seus dispositivos operacionais (especificamente, o incentivo financeiro às ações), da integralidade de suas práticas e da integração¹ com as ações estratégicas na atenção básica à saúde - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

O Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN)² é parte integrante da política de nutrição, que se constitui em uma das políticas sociais de mais longa trajetória na sociedade brasileira. Esse programa suplementar recebe recursos financeiros oriundos de transferências do Governo federal mediante o ICCN, um dos componentes do Piso de Atenção Básica (PAB), incentivo variável. Foram examinados os condicionantes econômico-financeiros e político-institucionais envolvidos no processo.

A importância do PCCN pode ser detectada através de vários indicadores: 1) presença em inúmeras publicações e noticiários, principalmente em períodos pré-eleitorais (como o que antecede as eleições de 2002); 2) forte adesão, das comunidades excluídas, às idéias veiculadas pela mídia impressa e televisiva sobre o Programa; 3) denúncias sobre irregularidades no seu funcionamento; 4) pesquisas de opinião pública sobre os problemas sociais e investimentos logísticos destinados à área técnica de alimentação e nutrição, vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS).

Ao mesmo tempo, faz-se necessário registrar as imperdoáveis lacunas acadêmicas nacionais a respeito do tema na última década. Notadamente, de

¹ Neste estudo, o termo *integração* corresponde à articulação entre os diversos programas de saúde e nutrição (PACS/PSF e PCCN) na atenção básica, enquanto a *integralidade* diz respeito ao impacto sobre um conjunto inerente de ações no âmbito das equipes saúde da família (e seus agentes comunitários).

² Segundo MATTOS (2001), programa é o conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e, portanto, orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente. O foco nos programas de suplementação alimentar se justifica por representar a forma assumida pela política de nutrição.

trabalhos que abordem essa questão de uma perspectiva mais abrangente (análise setorial contextualizada). Este texto se inscreve nessa vertente teórica³.

Sobre a especificidade da desnutrição há indicativos de seu declínio em todo o Brasil, como se pode verificar nos estudos realizados pelo INAN/FIBGE/IPEA (1990); MONTEIRO & cols. (1986); MONDINI & MONTEIRO (1998); MONTEIRO (1999); MONTEIRO & CONDE (2000). De fato, a obesidade tem surgido como um novo e relevante problema nutricional na agenda da saúde pública⁴. Ainda assim, a desnutrição continua sendo importante problema de saúde pública no país.

Neste sentido, torna-se relevante distinguir as duas formas básicas de se estudar a magnitude da desnutrição: a primeira é através da medida direta de parâmetros biológicos (aferições de peso e altura) que permitem identificar os indivíduos com desnutrição biológica, sendo os mais utilizados na população infantil; na segunda é possível inferir a magnitude da fome através de levantamentos da renda confrontados com os preços de uma cesta de alimentos adequados. Esta abordagem tem sido usada nos últimos mapas da fome⁵ do país, os quais apresentam uma concentração da pobreza na Região Nordeste.

Em recente estudo sobre o paradoxo da miséria no Brasil, o IPEA (1999) apontou o Nordeste como a região do país com o maior contingente populacional de miseráveis (50%). Ou seja, a região abrangeria no seu território aquelas pessoas que não apresentaram renda mensal capaz de adquirir uma cesta básica de alimentos, com fornecimento de 2.000 calorias por dia e, portanto, por falta de alimentos, desenvolvem as distintas formas de desnutrição.

³ Para outros detalhes ver as esclarecedoras Notas de NASCIMENTO (2002) e informes técnicos da CGPAN/MS (2001).

⁴ Segundo dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO, 2002), cerca de 40% da população brasileira está acima do peso ideal, o que coloca o Brasil em sexto lugar no *ranking* mundial da balança. Na faixa dos 50 aos 60 anos, os índices de sobrepeso no país sobem para 60%. Entre crianças e adolescentes, a obesidade também tem crescido de forma alarmante. Enquanto nos Estados Unidos ela aumentou 66% nas últimas décadas, no Brasil, o aumento foi de 240%.

⁵ A terminologia que se consagrou talvez seja inadequada, uma vez que não se mapeia a fome, mas a insuficiência da renda. Além disso, não se registram ganhos não-monetários, muito frequentes (sobretudo) na área rural. Dessa forma, vale ressaltar que essas mensurações da renda têm sido objeto de várias críticas; por outro lado, mesmo sendo incapazes de oferecer uma estimativa adequada da desnutrição, tais mapas da fome trazem contribuições acerca da distribuição territorial da pobreza.

O Brasil apresenta um alto índice de concentração de renda. Apesar de apresentar significativas melhorias nos seus indicadores econômicos e sociais, o país ainda tem uma taxa de miséria ou indigência em torno de 14,5%, ou seja, estima-se que apresente ainda uma população de 23 milhões de miseráveis. Por outro lado, essa mesma taxa correspondia a 17% da população, no último quarto do século, quando a mesma população era de 18 milhões de pessoas. Nesse sentido, as estimativas indicam que o número de miseráveis no país continua aumentando, apesar de seu percentual na população apresentar certa tendência de queda. Vale ressaltar que no universo de miseráveis existem muitas crianças e mulheres.

O interesse em realizar este estudo se deve, entre outros motivos, ao reconhecimento da grave realidade alimentar e nutricional apresentada pela Região Nordeste, em particular pelo estado do Rio Grande do Norte, e às observações sobre em que medida determinados programas e políticas específicas (e os seus dispositivos de financiamento) poderiam contribuir para uma maior integração entre as ações de nutrição e saúde na atenção básica e na reorganização do (novo) modelo assistencial. Esses questionamentos foram levantados ao final de nossa dissertação de Mestrado, defendida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2000), sob o título *Leite é Saúde: A implantação do Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional em Natal*. Além disso, nossa formação e desempenho profissional estão articulados à área de Saúde Pública, na especificidade de Nutrição.

Naquele trabalho, constatou-se que essa forma de intervenção, apesar de apresentar baixo impacto nutricional, continuava a ser amplamente enfatizada pelas autoridades políticas e/ou de saúde, no sentido de caracterizar sua importância enquanto intervenção “indispensável” na área de alimentação, nutrição e saúde.

Por outro lado, a atuação dessa política de nutrição, para incrementar uma das atividades econômicas do setor agropecuário viável no semi-árido do estado, após a derrocada da cultura do algodão e das significativas dificuldades enfrentadas pelo setor para sua revitalização, está comprovada pelo surgimento e

consolidação das bacias leiteiras potiguares, com estímulo à implantação de empresas de industrialização do produto (na atualidade representada pelas usinas de pasteurização). Isso tudo tornou evidentes os efeitos positivos oriundos da implementação de uma política social compensatória na geração de emprego e renda em áreas econômica e socialmente desfavorecidas.

O presente estudo adotou então como ponto de partida a atenção básica à saúde e o seu novo mecanismo de repasse de recursos, representado pelo componente variável do Piso de Atenção Básica (PAB). Esse componente do PAB é uma das inovações introduzidas pela NOB-96 e consiste fundamentalmente em formas de repasse de recursos federais aos gestores municipais, as quais são feitas mediante os compromissos destes de implementar certas políticas ou programas específicos, a saber: o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido como um modelo substitutivo das formas tradicionais da atenção básica; o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN)⁶. Desse modo, tal componente se constitui em uma tentativa de incremento ou indução, pelo Governo federal, de determinados modelos ou propostas específicas de políticas, para os municípios.

Por sua vez, o ICCN, foco central deste estudo, é também constituído por dois componentes básicos: o fixo, calculado a partir do número estimado de crianças de 6 a 23 meses em risco nutricional, que é multiplicado pelo custo previsto para a recuperação nutricional (R\$ 180,00/criança/ano); e o variável ou adicional, que se destina ao financiamento de outras atividades de promoção, proteção e recuperação, cujo valor irá até 50% dos custos calculados para essas atividades de recuperação nutricional no município.

Deve-se ressaltar de imediato que a inovação em questão se refere ao ICCN, e não especificamente aos conteúdos do Programa de Combate às Carências Nutricionais. Este de certa forma dá continuidade a programas anteriores de suplementação alimentar para crianças, como o “Leite é saúde”. Portanto, como inovadora, pode ser considerada a incorporação dos dispositivos de financiamento de programas de suplementação alimentar, como parte do

⁶ O componente variável do PAB abarca ainda outros incentivos às ações de vigilância sanitária, assistência farmacêutica básica e epidemiologia e controle de doenças (ECD).

componente variável do PAB, no âmbito das políticas de saúde que o Governo federal desejava incentivar.

O desenvolvimento deste estudo teve por finalidade delinear as relações entre os dispositivos financeiros e as práticas locais de saúde no campo da atenção básica, com ênfase nas questões de nutrição.

De forma específica, realizou uma análise da trajetória histórica das políticas de nutrição voltadas para grupos “biologicamente” mais vulneráveis à desnutrição no país; verificou em que medida o ICCN poderia ser considerado elemento promotor (ou não) de políticas municipais de nutrição; procurou identificar o grau de integração entre as ações programáticas de nutrição e saúde e a integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde implementadas pelos nutricionistas e pelos agentes comunitários de saúde, em Natal.

Para atingir os objetivos propostos, optou-se por realizar um estudo de caso⁷ no Município de Natal, no Estado do Rio Grande do Norte. A escolha desse município como campo de pesquisa tem relação com dois fatores. Do ponto de vista da praticidade, a autora reside e trabalha em Natal, o que favorece questões de ordem operacional, como o acesso ao material de pesquisa importante para a investigação; além disso, Natal congrega uma série de implementações na área de nutrição e saúde, o que torna o município representativo do nosso objeto de estudo: examinar, a partir do ICCN, as implicações desse tipo de dispositivo de transferências de recursos sobre as práticas assistenciais que eles visam a incentivar. Importa, sobretudo, averiguar as relações entre tais dispositivos, a integração entre as ações programáticas de saúde (PACS/PSF e PCCN) e a identificação de signos da integralidade nas ações de nutrição nas práticas de saúde. Foram utilizadas simultaneamente várias técnicas de investigação, tais como: análises de documentos oficiais, entrevistas abertas com informantes qualificados na implementação das políticas e no seu *modus operandi*, visitas a serviços e acompanhamento de profissionais em ação.

⁷ Estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado de seu contexto (YIN, 1984 apud HARTZ, 1997).

Inicialmente, procedeu-se ao exame da bibliografia, em que foi utilizada a chave da História da implementação dessa política nutricional para examinar alguns de seus elementos processuais centrais. Em seguida, foram estudados documentos oficiais e institucionais que descreviam sua implementação, em âmbito nacional e na cidade do Natal, sendo submetidos à análise seus princípios, objetivos, concepções, atividades e mecanismos de incentivos financeiros implementados pelo SUS. Foram ainda analisadas as competências e atribuições dos nutricionistas na atenção básica à saúde (responsabilização), a partir das experiências da pesquisadora na área de atuação em Nutrição Social e da consulta a documentos legais⁸. De forma complementar, foram também examinados dados de bancos nacionais (DATASUS, IBGE) e atas da CIB/RN, visando a delinear a trajetória no SUS da SMS de Natal, segundo a habilitação nas suas normas operacionais (NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96), entre os anos de 1993 e 1998. Isso numa tentativa de identificar o grau de aprendizado institucional do município de Natal no SUS (VIANA, 2001), ou seja, o seu grau de desempenho institucional (BOLDSTEIN, 2002).

A pesquisa de campo abrangeu duas fases distintas da investigação. Na primeira, foram realizadas reuniões com ACS, responsáveis pela busca ativa de casos de desnutrição, sendo os elementos de identificação e de tradução da realidade social de sua comunidade – e que estão mais na “ponta do sistema”.

Além disso, foram também realizadas entrevistas abertas com informantes qualificados (gestores e coordenadores, gerentes de unidades básicas de saúde, onde atuavam as equipes de saúde da família), com o fim de apreender características do *modus operandi* da política institucional.

⁸ A consulta foi realizada à Resolução do CFN n. 200/98, de 8 de março de 1998, que dispõe sobre o cumprimento das normas de definição de atribuições dos nutricionistas, conforme área de trabalho. A resolução foi elaborada à vista da Lei n. 8.234, de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Para a área de Saúde Coletiva, o fundamento legal referenciado corresponde ao Inciso VII do Artigo 3º e Parágrafo Único do Artigo 4º da referida Lei. De acordo com a citada Resolução, a principal atribuição da área corresponde a “Educação, orientação e assistência nutricional a coletividades, para a atenção primária em saúde”, e se encontra dividida em três subáreas: programas institucionais, unidades primárias em saúde e vigilância sanitária. Foi ainda examinada a Resolução n. 5, de 7 de novembro de 2001, do Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, publicada no Diário Oficial da União, de 9 de novembro de 2002, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição.

Neste sentido, tornou-se importante realçar a figura do ACS⁹ enquanto elemento estratégico no atual contexto de redirecionamento do modelo assistencial e da descentralização em saúde. Foi a partir do PACS, importante vertente auxiliar na implementação dos sistemas locais de saúde, que teve início todo o processo de reorganização e reestruturação do SUS.

Esse Programa exigiu a implementação dos conselhos e fundos municipais de saúde, estruturação de uma unidade básica de referência do programa e disponibilidade de um profissional de nível superior (enfermagem) na supervisão e execução das ações de saúde; foi capaz ainda de gerar demandas que possibilitaram uma nova organização para o sistema, a qual foi pensada não apenas como estratégia de reordenamento do modelo, mas principalmente enquanto um instrumento de racionalização de gastos no setor saúde, como explicitação concreta de políticas econômicas, de maior austeridade, nos anos 90, conforme análises de ROCHA (1997).

Na segunda fase, com o intuito de identificar signos (sinais ou evidências) da integralidade nas ações de nutrição nas práticas de saúde, foi realizada observação direta das práticas dos profissionais (ACS e nutricionistas) junto às famílias beneficiárias do programa. Para tal fim, a pesquisadora acompanhou as equipes de saúde da família (e seus agentes comunitários) em visitas domiciliares a algumas famílias dos Distritos Sanitários. Nesta perspectiva, foram selecionadas aquelas famílias que apresentavam menores de cinco anos com quadro de desnutrição grave (*marasmo* e *kwashiorkor*), chave para a compreensão das políticas nutricionais enfocadas na pesquisa. A observação direta do trabalho desenvolvido pelos ACS - com registro em diário de campo, do qual foram selecionados os episódios (mais) marcantes e destacados os seus diálogos e falas - contribuiu para uma aproximação com os objetivos enunciados. De forma complementar, as práticas de saúde dos nutricionistas foram

⁹ Alguns passos já foram dados no sentido da valorização dos agentes (e de suas atividades). O primeiro momento aconteceu em 4 de outubro de 1999, quando o Presidente Fernando Henrique Cardoso assinou o decreto que reconhecia a função dos agentes de "relevante utilidade pública"; o segundo se concretizou após "longos" dois anos, em 29 de janeiro de 2002, quando, mediante Projeto de Lei, foi finalmente criada a categoria de ACS. A regulamentação, em lei, do trabalho do agente, deverá contribuir para a definição de modalidades adequadas de sua contratação, de forma que os seus direitos sociais sejam assegurados e as peculiaridades do seu perfil sejam conservadas.

observadas tanto nas cinco unidades de saúde do Distrito Sanitário Oeste de Natal (com o PSF implantado), quanto em outras duas que apresentavam apenas o PCCN.

Como se observou em Natal a coexistência de dois modelos assistenciais distintos na atenção básica, optou-se por ouvir também outros profissionais integrantes da equipe de saúde. Com esse intuito foram examinados atos de saúde, como acolhimento, constituição de vínculo profissional-comunidade e profissional-profissional¹⁰.

Optou-se por falar com pessoas que já estivessem participando dos Programas (PACS/PSF e PCCN) há mais de dois anos, para uma melhor compreensão e com a finalidade de suprir lacunas detectadas após a análise documental, considerada substancial neste estudo. Torna-se importante referir que os dados originários das entrevistas não foram utilizados em sua totalidade para este estudo, mas apenas nos aspectos que contribuíram para a aproximação do objeto e, por consequência, para a consecução dos objetivos.

Do ponto de vista formal, o presente trabalho se encontra dividido em seis capítulos. No capítulo 1, foram apresentados a gênese do SUS, a evolução dos seus princípios organizativos e norteadores, com destaque para o princípio da integralidade e, em simultâneo, procurou-se demarcar a trajetória histórica das políticas de nutrição no Brasil. No capítulo 2 foram apresentadas as normas operacionais que regulamentam o SUS, sendo tomados como ponto de partida a NOB-SUS 01/96 e os mecanismos de repasse de recursos federais, para a atenção básica à saúde. No capítulo 3 foi delineado o contorno da Cidade do Natal e traçado o seu perfil socioeconômico e ambiental (da sua formação e da ocupação do seu espaço urbano), territorial e administrativo, de infra-estrutura urbana (abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino dos resíduos sólidos - RSU e sistema de transporte urbano), econômicos e educacionais; destaque especial foi atribuído aos aspectos relativos à trajetória do SUS no município. A caracterização socioeconômica, sanitária e educacional do município tornou-se relevante mediante o pressuposto de que a aplicação do princípio da

¹⁰ Para uma análise mais detalhada sobre o processo de trabalho em saúde, consultar as Notas de MERHY (1999), intituladas "O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde".

integralidade no SUS e nas suas práticas de saúde exige a execução de intervenções intersetoriais. O capítulo 4 tratou da integração entre as ações de nutrição e saúde nos anos 90, em Natal. O presente desafio posto ao SUS foi examinado a partir de mecanismos institucionais de execução gerencial, da divisão do trabalho entre os profissionais das equipes multiprofissionais e das equipes de saúde da família e dos incentivos financeiros destinados à indução de programas e políticas específicas. No capítulo 5, foram relatadas as visitas domiciliares realizadas nos Distritos Sanitários de Natal, junto as ESF (e seus agentes comunitários de saúde) e os resultados da observação de ações de nutrição nas práticas de saúde na atenção básica. Finalmente, no capítulo 6, procurou-se delinear algumas considerações finais acerca de quatro dimensões que pudessem contribuir para a atual etapa de regionalização do SUS, na busca da integralidade da assistência: 1) do financiamento das ações estratégicas de nutrição através do Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais (ICCN) – componente do incentivo Variável do PAB 2) da política institucional; 3) da integração entre as ações programáticas de nutrição e saúde; 4) da integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde; e, como ponto de chegada, o delineamento do modelo assistencial local.

CAPÍTULO 1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e as Políticas de Nutrição

1.1. Da gênese do SUS

A luta pela construção de um sistema de saúde universal, eqüitativo, resolutivo, estruturado segundo as necessidades da população e com oferta de um atendimento integral, acessível a todos e financeiramente sustentável apresenta efeitos concretos na esfera política e no cotidiano da população.

O conhecimento da existência de pactos (ou acordos) relativos aos seus princípios organizativos essenciais, pelos distintos centros de poder, deve ser de interesse de todos os segmentos da sociedade que abrangem políticos, governantes, empresários, acadêmicos, técnicos e (de forma ideal) os próprios cidadãos.

Tomando então como ponto de partida as contradições existentes entre as intenções universalistas do Sistema Único de Saúde, presentes na Constituição Federal de 1988 e nos outros textos legais que regulamentam o SUS, e as tentativas de restrição contida na atual proposta de “modernização conservadora¹¹” da esfera pública no Brasil, procurou-se examinar os elementos centrais do processo de construção do SUS (e seus princípios doutrinários e organizativos).

Desta forma, na composição final do mosaico dos interesses deste estudo destacou-se a dimensão política da luta pela implementação de um sistema de saúde que garantisse de fato o que consta como Direito na letra da Lei: o sistema de saúde de acesso universal e igualitário aos serviços, para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Além disso, procurou-se imprimir singular realce à discussão acerca da integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde, considerando sua

¹¹ Segundo ROCHA (1997, p. 273), o setor saúde, ao se vincular às vicissitudes da estratégia capitalista liberal-conservadora, regrediu aos aspectos de seletividade e neobeneficência próprios do Estado assistencialista do início do século: “(...) as medidas governamentais na área social e na saúde reforçam as perspectivas conservadoras direcionadas a tornar estável a precariedade”.

relevância enquanto um dos princípios centrais do sistema. Optou-se por privilegiar o resgate da trajetória histórica do SUS enquanto um sistema com distintas faces.

De acordo com LUZ (1979), "(...) antes da conjuntura institucional de 1974 não se pode falar em planejamento de saúde ou Planos (Integrados) de Saúde", ou ainda sistemas de saúde. Até então não se poderia falar (plenamente) em uma Política de Saúde Nacional, ao se considerar que não estavam estruturados (organicamente) os dispositivos de formulação dessa tal política. O que havia até então era, de um lado, uma política de saúde pública e, de outro, uma política previdenciária (herdeira de uma política trabalhista) que incluía uma política de oferta de assistência médica aos trabalhadores.

Foi a partir da Lei n. 6.439/77, responsável pela criação do Sistema Nacional da Previdência Social (SIMPAS), da Constituição de 1967/69 e da Lei n. 6.229/75 que se constituiu o arcabouço jurídico-legal do Sistema Nacional de Saúde (SNS), primeira política de saúde com propostas sistematizadas de organização de competências nas três distintas esferas de governo.

Conforme MATTOS (2001), nesse período se assistiu, na América Latina e em especial no Brasil, ao nascimento de um campo de reflexão e intervenção que se denominou de Planificação de Sistemas de Saúde.

O referido campo foi o responsável pela introdução da noção de "imagens-objetivo"¹² conforme expressão resgatada dos clássicos do planejamento em saúde, correspondendo a uma primeira fase no processo de formulação de políticas.

No caso brasileiro foi ainda entre 1974/75 que surgiu a primeira semente da concepção universalista na saúde. Esta nasceu no âmbito do Plano de Pronta Ação (PPA), com fortes repercussões sobre o SNS (e seus respectivos subsistemas).

¹² Segundo MATTOS (2001), a noção de "imagem objetivo" tem sido utilizada na área de planejamento para configurar determinada modelagem de um sistema ou de uma dada situação que alguns atores na arena política considerem desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de os atores que a sustentam julgarem que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

De acordo com LEVCOVITZ, a implementação do Plano de Pronta Ação (PPA)

*“(...)normalizou as condições para a expansão dos serviços médico-hospitalares de emergência, com detalhes para as atribuições de cada subsetor de prestação de serviços segundo a sua natureza jurídica (hospitais próprios do MPAS, conveniados, hospitais e serviços contratados e médicos autônomos)” e “(...) estendeu o **atendimento de emergência** a qualquer pessoa, independentemente de sua condição de segurado da Previdência Social mediante contribuição prévia e inaugurou uma concepção **universalista**, ainda que **parcial e restrita**, que produziu uma ruptura fundamental no conceito de seguro social”. (LEVCOVITZ, 1997, p. 38-39).*

Esse plano foi ainda o responsável pela ampliação de contratações do setor privado para a consecução dos serviços de assistência médica, sob a responsabilidade da Previdência Social.

Um outro dispositivo desenvolvido na época foi o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)¹³. Criado em 1974, o FAS era uma forma de financiamento subsidiado de projetos de investimento fixo de setores sociais, em especial educação e saúde.

Segundo ANDRADE (2001), o PPA contou com o apoio do FAS, enquanto poderoso instrumento de viabilização de políticas, com vistas a incentivar o setor privado na área de saúde: o primeiro mediante a abertura de mercado cativo, e o segundo, através da garantia de expansão da rede física adicional (principalmente na área hospitalar). Com isso, houve substancial incremento nos quantitativos de consultas médicas, internações e serviços de suporte diagnóstico.

Vale ressaltar que no texto da Lei do SNS (6.229/75) as ações de caráter coletivo eram definidas como atribuições do Ministério da Saúde, enquanto aquelas de caráter individual ficariam sob a responsabilidade do Ministério da

¹³ Para maior detalhamento da utilização dos recursos do FAS, seus critérios e resultados, consultar BRAGA & PAULA (1981).

Previdência, no qual estava alocada grande parte dos recursos destinados à saúde (e conseqüentemente do poder de deliberação advindo desta disposição de recursos).

Neste contexto, as críticas à estrutura dicotomizada do sistema de saúde estavam consubstanciadas na compreensão de que mesmo estruturando um espaço para a formulação de uma política de saúde que pudesse integrar a saúde pública à assistência, firmava-se a distinção entre a política de saúde pública e a da assistência médica¹⁴. Segundo LEVCOVITZ (1997), a Lei 6.229/75, "(...) traduz com grande ênfase a proposta de organização do SNS elaborada pelo MS e constitui-se da transcrição, em forma jurídica, do **conflito da integralidade**". (p.42).

Conforme ALMEIDA (1995 apud ANDRADE, 2001), esse modelo médico-assistencial apresentava como principal financiador o Estado, através da Previdência Social; o setor privado nacional enquanto prestador nos campos assistencial e curativo, cabendo ao setor internacional o papel de produtor de insumos, equipamentos, biomédicos e medicamentos.

No âmbito do SNS caberia, portanto, à esfera federal, em especial ao Ministério da Saúde, a elaboração da política nacional e seus planos de proteção à saúde e de combate às doenças transmissíveis (e a sua execução), elaboração de normas capazes de assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde do coletivo, elaboração de um programa de alimentação e nutrição, coordenação da vigilância epidemiológica (foi utilizada como base para a construção da vigilância nutricional), normalização de equipamentos de saúde (de forma conjunta com o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS) e avaliação do panorama sanitário do país.

Já sob a responsabilidade do recém-criado Ministério da Previdência e

¹⁴ Segundo MATTOS (2001), o reconhecimento de que o SNS teria sido criado para ser um lugar que tornasse possível pensar articuladamente a assistência médica previdenciária e a saúde pública são bem recentes entre nós. E que isso talvez possa ser atribuído à idéia de centralizar a formulação de uma política social adotada pelo governo no âmbito de uma estrutura supraministerial - o Conselho de Desenvolvimento Social (e não em um ministério) -, o que dificultaria o fortalecimento das instâncias gestoras envolvidas. Para o autor, tal reconhecimento não implica reconhecer virtudes na configuração do SNS. Para mais detalhes, consultar o instigante trabalho de VATER (1996).

Assistência Social (1974) estaria a formulação de assistência médica curativa, atendimento médico, individual e hospitalar à clientela, através de serviços próprios, contratados ou conveniados, credenciamento de entidades não-lucrativas e distribuição gratuita ou subvencionada de medicamentos à população.

A formação e habilitação dos profissionais do setor saúde ficaria a cargo do Ministério da Educação; as questões relativas ao saneamento ambiental (e seus programas em consonância com os planos de saúde) seriam da competência do Ministério do Interior, enquanto as atividades ligadas à higiene e à segurança do trabalho seriam da alçada do Ministério do Trabalho.

A instância estadual seria a responsável pelo planejamento de suas ações de saúde, em consonância com a agenda nacional de saúde, bem como pela criação e operação dos serviços de saúde, em atendimento às atividades municipais. E, finalmente, caberia à instância municipal a manutenção dos serviços de pronto-socorro e de vigilância epidemiológica.

Apesar de se manter vigente nos anos 80 o SNS - formulado em um contexto de Estado autoritário e excludente, no qual o poder formal era de grande e singular expressão - teve, desde a sua estruturação, o seu conjunto de instituições e práticas de saúde (fortemente) contestadas. O presente modelo recebeu fortes críticas de setores acadêmicos situados nas universidades (Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública) e de segmentos da sociedade civil, do aparato estatal e do poder político.

Conforme ALMEIDA (1995), dado o aprofundamento da crise da Previdência Social, foi constituído (em 1981) o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), formado por *experts* da medicina, representantes ministeriais, do setor patronal, dos prestadores privados e dos trabalhadores, com o intuito de proceder à (re)organização da assistência médica no país, através da redução de seus custos e controle de suas despesas, principalmente na área hospitalar. E assim surgiu a bandeira de luta pela unificação entre INAMPS e Ministério da Saúde (e suas ações e serviços), que foi formalmente concretizada (alguns anos após) através da criação do SUS.

Na direção de um "olhar" setorial para a saúde, PAIM (1997) afirma:

“(...) várias proposições do projeto reformista de oposição foram incorporadas ao Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS – (1983-1986), primeira grande onda reformista na saúde que, crescentemente ampliado nas suas perspectivas iniciais, foi percebido como ‘estratégia-ponte’ em direção a um novo Sistema Nacional de Saúde que **integrasse** as ações e serviços de saúde, ainda fortemente dicotomizados entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social (através do antigo Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social – INAMPS)”.

As AIS nasceram como uma das medidas implantadas por recomendação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP/MPAS (1981).

Por outro lado, as AIS apresentavam como objetivos a expansão da rede de serviços e o repasse de recursos do INAMPS para as Secretarias de Saúde, como uma forma de implementar a **integração** dos programas. Implicaram a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) em diferentes estratos governamentais (CRIS - regional, CIMS - municipal e CLIS - local). Essas representaram as formas iniciais de gestão e participação social, uma vez que os conselhos comunitários eram então incipientes.

Saliente-se (ainda) que no período histórico da “Nova República” (Governo Sarney), de 1985 a 1989, caracterizado pelo avanço de forças reformistas na sociedade, no setor saúde reivindicações formuladas por um conjunto de intelectuais e militantes da “Frente Sanitária¹⁵” foram beneficiadas por um clima nacional de redemocratização. Este aconteceu com grande mobilização da sociedade e com a formação de uma frente democrática, impulsionadora de vários movimentos sociais (sindical, empresariado, partidos políticos) que

¹⁵ A “Frente Sanitária” foi uma coalizão sociopolítica entre os movimentos estudantis e de profissionais de saúde (em especial, de médicos) e o grupo político-afetivo-intelectual, o qual se organizou em torno do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. O CEBES foi criado como parte de uma estratégia política específica do Partido Comunista do Brasil (PCB). Para uma análise com detalhes do processo de Reforma Sanitária Brasileira, ver LEVCOVITZ (1997).

causaram rupturas na ordem autoritária vigente, consolidando um grande projeto de reformas para o Brasil.

Neste período, grande parte dos atores políticos do Movimento da Reforma Sanitária assume cargos nos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, o que possibilitou ao MPAS, através do INAMPS, se constituir como forte incentivador da política de descentralização das ações e serviços de saúde.

Foi então sendo colocada em pauta uma proposta alternativa de (re)formulação do sistema vigente, a qual culminou com o SUS¹⁶. Esta logrou ser uma proposta institucional, além de constituir o novo sistema de saúde. E foi nesse contexto de luta por uma sociedade mais equânime e solidária que a política de saúde desenvolveu todo o seu arcabouço jurídico-institucional.

Estas experiências tiveram fortes repercussões no plano político mais ampliado e foi contando com ampla participação da sociedade que se realizou, em 1986, a VIII Conferência Nacional, marco histórico na área de saúde. Os principais temas debatidos nessa conferência foram Saúde como Direito de Cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. O Documento final do evento foi utilizado como referência pelos constituintes, responsáveis pela elaboração da Carta Magna, bem como para os militantes pertencentes ao Movimento Sanitário. Considerando o processo democrático (claramente) em curso, contou com a realização prévia das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.

No evento nacional são consolidadas, ainda no plano “virtual”, as transformações propostas pela “Frente Sanitária” para a criação do SUS. No plano das macroestratégias de transformação do sistema, com (importantes) conseqüências políticas no apoio dos governadores à reforma, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (**SUDS**), através do Decreto n. 94.657 de 20 de julho de 1987, mediante a **integração** das estruturas administrativas do INAMPS nos estados, com as Secretarias Estaduais de Saúde e, posteriormente, com a extinção das Superintendências Regionais e

¹⁶ Segundo MATTOS (2001), o SUS constitui um modelo de prestação de ações e serviços públicos de saúde em nível nacional, do qual podem ainda participar, em caráter complementar, as instituições privadas. O autor considera que o diferencial SUS corresponde ao seu financiamento público.

substituição por Escritórios Regionais do INAMPS. Este programa representou a segunda onda reformista da saúde, bem como foi significativo reforço ao processo de "Estadualização da saúde".

Por intermédio do estabelecimento de convênios entre o MPAS (INAMPS)/MEC/ MS e as SES assume essa instância de poder estadual, a coordenação do processo de descentralização, com atribuições de unificação da rede pública, credenciamento, estabelecimento de contratos e convênios com a rede privada, gestão de unidades assistenciais do INAMPS e municipalização de serviços de saúde. Essa inovadora experiência, desenvolvida durante os anos de 87/89, incrementou fortemente a compra dos serviços públicos, em detrimento dos serviços privados. O SUDS, portanto, foi um projeto de reforma no setor saúde que configurou um modelo de transição entre o antigo padrão centralizado e a nova proposta de descentralização.

No período intermediário (86/88), a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) trabalhou no sentido de aprofundar aspectos institucionais e financeiros relativos à reforma proposta, bem como a integração da estrutura administrativa do Ministério da Saúde. Foi ainda nesse período (1987) a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), importante ator social na luta pela construção do SUS.

Neste sentido, considerou-se que tivemos no Brasil dois tipos de "imagens-objeto": a que estruturou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e aquela que mobilizou o Movimento Sanitário e propiciou o sonho do Sistema Único de Saúde (SUS) ao seu conjunto de defensores.

Esse processo conseguiu inscrever na Constituição de 1988, a denominada Constituição Cidadã, além do conceito de Seguridade Social¹⁷, um conceito ampliado de saúde que resultou no princípio da "Saúde como direito de cidadão e dever do Estado", o que assegurou a criação do Sistema Único de Saúde. No texto constitucional consta ainda o reconhecimento da relevância pública das ações e serviços de saúde a serem prestados por um Sistema Único

¹⁷ O conceito de seguridade social encontra-se formado por três segmentos: saúde, previdência e assistência social.

de Saúde financiado com recursos públicos e de forma complementar pela iniciativa privada¹⁸.

Com a promulgação da Constituição Federal, ocorreu uma diversificação das fontes de financiamento para cobrir as novas demandas sociais. Nessa oportunidade foi delegado aos estados e municípios o papel de regulador da compra de serviços.

A questão da descentralização aliada à hierarquização dos serviços, à participação e controle social e a (re)adequação do financiamento do setor adquire uma importância fundamental enquanto estratégia de implementação de transformação no setor saúde.

Portanto, o SUS substituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS), possibilitou o seu (re)ordenamento e tornou viável a configuração de propostas de políticas baseadas no (re)arranjo de serviços e instituições de saúde. Possibilitou que ações tidas como de saúde coletiva e individual fossem incorporadas pelo Ministério da Saúde, restando ao Ministério da Previdência Social as questões relativas a Previdência e a Assistência Social.

Segundo ROCHA (1997), foi ainda no final dos anos 80 que teve início no país um período de questionamentos ao Estado brasileiro, de caráter liberal-conservador, com (simultâneo) agravamento do quadro social brasileiro e permanência da sua longa história de iniquidades, representada pela exclusão, desemprego, pobreza, marginalidade e violência.

Surge então um novo paradoxo: criar um SUS no exato momento em que se iniciam os “ataques” de cunho neoliberal ao Estado brasileiro. Vale ressaltar que a criação formal do SUS, através da promulgação da Constituição Federal e a sua regulamentação mediante legislação infraconstitucional, não ocasionaram sua real implementação. Isso tem ocorrido numa lenta e gradual batalha, (primeiramente) tendo como alvo à legislação do SUS (Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142) e, posteriormente, as normas operacionais básicas do Executivo

¹⁸ Para uma análise detalhada sobre a discussão do processo de construção da Política de Proteção Social no Brasil na Assembléia Nacional Constituinte (ANC) de 1987/88, ver FARIA (1997).

federal, o que parece continuar demonstrando o poder de regulamentação da direção nacional.

Em suma, pode-se afirmar que a agenda da Reforma Sanitária Brasileira foi construída no contrafluxo dos movimentos hegemônicos de reformas dos Estados (nos anos 80), e a sua implementação na década de 90 aconteceu em uma conjuntura política bastante adversa.

1.2. Da evolução dos seus princípios norteadores e organizativos

Ao término da análise da gênese do SUS, na qual aconteceu a conformação de seus princípios organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização) e norteadores (universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade), foram analisados os avanços e retrocessos ocorridos na implantação de uma agenda de descentralização fundamentada nos seus princípios constitucionais. E, com o propósito de torná-lo mais eficaz, universal e adequado às necessidades da população, foram introduzidas novas e importantes modificações.

Conforme LEVCOVITZ (1997), essas se caracterizaram pela importância atribuída à articulação do sistema nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), bem como pela construção de suas bases, privilegiando princípios norteadores e doutrinários únicos. Foi então atribuída prioridade ao rompimento com o modelo excludente anterior, o qual prestava assistência apenas aos previdenciários, sendo então valorizado sobremaneira o princípio da universalidade¹⁹, o qual introduziu nas políticas a idéia de igualdade formal de direitos no acesso aos serviços e ações do sistema de saúde.

E, como indica GERSCHMAN (1995 apud LEVCOVITZ, 1997, p. 130), “A incorporação destes direitos através de políticas sociais tiveram expressão nos *“welfare States”* europeus, em que a igualdade formal se aproximou da igualdade real”.

¹⁹ O princípio da universalidade foi também realçado no momento da criação do conceito de seguridade social pela Constituição Federal de 1988.

Portanto, a universalidade aparece de duas formas distintas no texto constitucional: no reconhecimento do direito universal à saúde (inscrito no plano dos direitos sociais) e no reconhecimento do dever do Estado em garantir, através de políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A sua influência na estruturação do arcabouço jurídico-legal da reforma do sistema de saúde brasileiro foi inspirada sobremaneira nas “imagens-objetivo” dos Estados de Bem-estar Social, seja (de forma original) no Sistema Nacional de Saúde Britânico, ou (mais tardiamente) na Reforma Sanitária Italiana, ou ainda nos sistemas cubano, soviético, chinês ou nicaraguense (LEVCOVITZ, 1997)²⁰.

Segundo DAIN (2000), o Estado de Bem-estar pressupõe o direito universal a “um mínimo”; já na segunda perspectiva, a universalidade do acesso define que esse mínimo deve incluir o acesso a **todo** o elenco de serviços de saúde. Nesse sentido, a simples remoção da exigência de demonstração de alguma forma de vínculo trabalhista para a garantia do acesso é a consolidação da universalidade.

Numa dimensão real, a universalidade exige a ampliação da cobertura de serviços, o que já vem sendo realizado desde a política das AIS, e não só na atenção básica à saúde (LEVCOVITZ, 1997).

Em consonância com o disposto nos artigos relativos à saúde e presentes na Constituição “Cidadã”, foi contemplada (a princípio) a bandeira de luta do SUS, responsável pela mobilização do “Movimento Sanitário Brasileiro”.

“Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

“Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua

²⁰ Para uma abordagem mais detalhada sobre as “imagens-objetivo” tomadas como referência na conformação do arcabouço jurídico-constitucional do SUS, consultar os seguintes autores: FAVERET FILHO e OLIVEIRA (1990) e GUIMARÃES e TAVARES (1994).

execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Desta forma, fica confirmado o mandamento de que as ações e serviços de saúde se submetem à normatividade do poder público, por estarem diretamente ligados ao direito à vida.

CARVALHO & SANTOS (2001), em suas Notas sobre o SUS e a Lei Orgânica de Saúde, tecem alguns comentários acerca destas disposições no corpo da Lei, que auxiliam nossa reflexão:

“Tanto isso é verdade que cabe ao SUS elaborar normas para regular as atividades em saúde (artigo 15, XI), e, no capítulo I do título III, a LOS trata, exclusivamente, do funcionamento dos serviços privados da assistência à saúde que não participam complementarmente do SUS (dos serviços complementares cuida o capítulo II do mesmo título). Partindo do pressuposto de que a eficácia da ação político-administrativa está assentada no enunciado claro e determinante da lei, sempre pugnamos por um sistema de saúde cuja normatividade abrangesse não só as ações e os serviços executados pelos poderes públicos (administração direta, indireta e fundacional), como também os serviços executados pelo setor privado, ou seja, pela iniciativa privada”.

O novo Sistema Nacional de Saúde (com um comando único), passou a ser definido, segundo o Art. 198, como:

“(...) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”:

I - **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II - **Atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - **Participação da Comunidade**

Parágrafo 1º – O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195²¹, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988).

Com a NOB-SUS 01/96, as responsabilidades de cada esfera de governo foram então estabelecidas e definidas em um amplo processo de negociação nacional (LEVCOVITZ, 1997). Portanto, a imagem-objetivo final para o SUS expressa pela NOB continua sendo o compromisso dos gestores em assumir (pelo menos em parte) as plenas responsabilidades gestoras pelas esferas subnacionais de governo.

A **participação da comunidade** deveria se constituir em uma forma de controle social que permitisse à população (através de seus representantes), definir, acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde.

Desta forma, torna-se imprescindível considerar que no campo da macropolítica o SUS levou a mudanças decorrentes do nascimento de novos atores político-institucionais: o município e as Secretarias Municipais de Saúde (instituições permanentes e contínuas). Propiciou ainda o estabelecimento de gestão social²² (Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde²³), o que levou a uma maior democratização nas relações Estado/sociedade e

²¹ O art. 195 da Constituição Federal de 1988 discorre sobre o financiamento da seguridade social. (extratos da autora).

²² Em Natal, apesar da existência de ampla gama de entidades (comunitárias, de trabalhadores, instituições religiosas) constitutivas do tecido social do município, o nível de participação social ainda é restrito e carece de ampla ação social, mais planejada e articulada. O fato de a tradição cultural na ocupação de espaços de representação social ser predominantemente conservadora em seus propósitos, delegando muitas vezes a lideranças comunitárias despreparadas o exercício dessa função, enfraquece o controle social exercido pela população. A cidade conta com alguns movimentos organizados, como o da Federação das Mulheres dos Estados, vinculado à Confederação das Mulheres do Brasil (CMB), além da participação da Igreja Católica, através do trabalho das Pastorais assistidas pela Arquidiocese da Cidade; e ainda, das Igrejas Evangélicas, as quais participam de movimentos em parceria com a comunidade local. Além disso, o Conselho Municipal de Saúde conta com a participação (ativa) de representantes da Associação de Comunidades de Natal.

²³ Os Conselhos de Saúde ampliaram de forma significativa sua atuação em todo o país e incluíram uma dupla face: 1) atenuaram a autonomia do Executivo no desenho das políticas, ao introduzir no jogo político instâncias que não se configuravam a partir das eleições; 2) introduziram uma outra noção de participação, que nos pareceu ser descrita como participação da sociedade civil. Porém, foram colocados em destaque alguns questionamentos concretos, como, por exemplo: a participação social tem sido efetiva? A compreensão social de sua pauta de direitos está sendo contemplada?

União/estados/municípios; surgimento de novos atores políticos (conferências e plenárias); aumento da base técnica setorial (reciclagem e treinamento de recursos humanos em técnicas de gestão e orçamento); desenvolvimento de experiências e de modelos alternativos e capacidade de convivência do velho com o novo padrão de sistema de saúde, propiciando (naturalmente) a tendência à integração institucional. Além disso, foi garantida a representação de conselhos comunitários no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde.

Dessa forma, houve singular democratização das relações entre os gestores, advinda da assunção da relevância dos gestores municipais e estaduais no processo²⁴, bem como no desenvolvimento das conferências e dos conselhos de saúde. Tais instâncias abriram a possibilidade da participação social, cuja efetividade do controle social das políticas de saúde continua na dependência dos movimentos organizados da sociedade civil e da sua capacidade de aproveitar as janelas de oportunidade.

O **atendimento integral ou a integralidade**, numa primeira aproximação como diretriz e princípio do SUS, poderia ser percebida através de um movimento de distanciamento da lógica de funcionamento de serviços de saúde orientados pela assistência curativa e individual, prática dominante no antigo modelo, capitaneado pelo INAMPS.

O **princípio da descentralização** é definido como uma forma de organização do sistema que transfere responsabilidades de gestão e de recursos financeiros da esfera federal para os municípios, na organização de serviços locais de saúde. Portanto, pode-se caracterizar como uma relação de cooperação entre distintos centros de poder. Apresentando um eixo norteador de caráter municipalista (inerente a Constituição Federal de 1988), foi a única diretriz organizativa do SUS que não colidiu com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90, e a que mais evoluiu no processo de construção do sistema.

E mais, com a NOAS-SUS 01/2001 e sua agenda de descentralização foi considerada a existência de "diferentes" municípios, cujas redes de serviços

²⁴ A democratização das relações se expressa na organização do CONASS e CONASEMS, sendo consolidada (posteriormente) nas práticas de pactuação nas CIB's e CIT.

exercem funções distintas; esta norma atribuiu ainda funções e responsabilidades à instância estadual, fortemente esvaziada em conjunturas anteriores.

A **regionalização** e a **hierarquização** constituem atributos da rede de serviços de saúde com vistas a torná-la mais eficiente quanto ao seu atendimento e à aplicação de recursos.

Por uma rede de serviços de saúde regionalizada compreende-se sua distribuição em partes, de modo que a população residente em uma dada região do país tenha à sua disposição todos os serviços de saúde dos quais venha a necessitar.

O porte dessas regiões pode apresentar variações, indo desde parte de um município, um município ou um conjunto de municípios. No presente momento, está sendo implementada em consonância com os pressupostos da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), os quais pareceram assumir a sua essência “assistencial”, em detrimento de uma maior abrangência e integralidade.

A hierarquização da rede implica a noção de que os serviços ofertados em uma dada região apresentam distintos tipos de complexidade e de abrangência de necessidades. Portanto, acredita-se que só seja possível pensar o SUS enquanto um sistema se for reconhecida a dependência que existe entre os dois elementos constitutivos da descentralização.

Nesta perspectiva, foi reconhecido que na condução do processo de construção do SUS, ainda no âmbito da NOB-SUS 01/93, a União tenha adotado uma concepção municipalista de descentralização. Nesta, os recursos financeiros eram transferidos para os municípios tomando-se como suporte critérios setoriais (produção de serviços), ainda sem o exercício da pactuação (e da negociação) entre as distintas esferas de governo. Isso fez com que questões relativas à hierarquização e regionalização da rede de serviços fossem secundarizadas.

Isso se tornou possível através da utilização pelo Governo federal, de dispositivos de indução de modelos e de repasses de recursos. Por outro lado, as evidências apontam para uma certa centralidade nesses repasses de recursos, o que nos parece definir estruturas verticalizadas de financiamento. Estas foram

capazes de gerar dispositivos locais de *accountability*²⁵ e de controle social dos recursos federais, representados pelo Fundo e Conselho Municipal de Saúde, respectivamente. Apesar de seu impacto na vida local, os conselhos (na sua grande maioria) ainda não administram os fundos municipais correlatos.

As discussões relativas à definição e implementação dos princípios de descentralização e participação da comunidade ocuparam a agenda do debate sobre a política de saúde no início dos anos 90. Em consequência, a discussão sobre o princípio da integralidade foi secundarizado.

Este termo, inscrito na Constituição Federal de 1988 como atendimento integral, visou à superação da dicotomia existente entre saúde coletiva e assistência médico-hospitalar, expressa no âmbito das antíteses preventivo/curativo e individual/coletivo.

LEVCOVITZ (1997) em sua tese *Transição x Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS*, afirma: "(...) a integralidade pressupõe a oferta de serviços das mais variadas naturezas e graus de complexidade e implica a completa redefinição do universo de práticas de saúde" (p. 138).

MATTOS (2001) considera a integralidade parte de uma "imagem-objetivo", "bandeira de luta" polissêmica do Movimento Sanitário Brasileiro, valor que merece ser defendido, por ser desejável no âmbito do sistema, de suas instituições e práticas, em prol da estruturação de uma sociedade mais justa e solidária.

Divide esse princípio do SUS em três conjuntos de sentidos: o primeiro diz respeito a atributos das práticas dos profissionais de saúde, na qual o exercício da integralidade acontece através da apreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o paciente apresenta quando procura a atenção profissional, seja no âmbito do SUS ou na iniciativa privada. O segundo, que contempla atributos de organização dos serviços realiza uma crítica a dissociação

²⁵ Segundo CAMPOS (1990), em suas Notas, sob o título "*Accountability*": quando poderemos traduzi-la para o português?", o seu exercício é determinado pela qualidade das relações entre governo e cidadão, entre burocracias e clientelas. Somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para a "*accountability*". Esta não se realizará enquanto o povo se definir como tutelado e o Estado como tutor.

entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Nessa direção, a noção de integralidade contempla uma nova concepção de programação nos serviços de saúde, a qual exigiu uma determinada “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. E finalmente o terceiro, que se refere às respostas governamentais aos problemas de saúde da população, ou seja, às necessidades apresentadas por grupos específicos. Nessa dimensão, um dos sentidos da integralidade pode-se fazer representar pela recusa, por parte dos formuladores de políticas, em restringir a objetos descontextualizados, os sujeitos sobre os quais as políticas irão recair.

Segundo ainda o autor, outro aspecto importante a ser também considerado nessa dimensão é a convicção de que a resposta governamental a determinados problemas de saúde pública deve agregar tanto as possibilidades de caráter preventivo quanto as assistenciais.

E mais: independentemente do sentido de integralidade adotado, tanto no âmbito das práticas, dos programas e das políticas públicas, o imprescindível é que ele represente uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos -ou seja, apresente uma forte resistência às simplificações. As suas características de inclusão e abrangência propiciam o seu comportamento enquanto uma força dinâmica, no sentido da integração entre o universo de práticas de saúde, ações programáticas e políticas. A integralidade abre possibilidades no âmbito do sistema de respostas mais abrangentes, as quais tendem a superar as delimitações impostas pelo estabelecimento de prioridades de caráter exclusivo e seletivo.

Vale ressaltar que o presente estudo irá tratar da integralidade das ações programáticas de nutrição nas práticas de saúde, no âmbito da atenção básica, com destaque para o sentido de atitude ou postura profissional diante desse princípio do SUS (MATTOS, 2001).

Torna-se oportuno considerar que, apesar de essas reflexões nos levarem para além do sentido de integralidade vista como “responsabilidade sanitária do

Estado²⁶ - no qual os autores destacaram que “(...) a integralidade da assistência não deve ser entendida como uma nova forma de fazer velhas coisas, nem está determinada por um modo de organização dos serviços, com base territorial definida, distrito sanitário, sistemas locais de saúde e equivalentes” (LEVCOVITZ, ARRUDA e GARRIDO, 1994, apud LEVCOVITZ, 1997, p.137) - as reflexões atuais ainda não foram capazes de oferecer subsídios suficientes ao sistema (e ao seu atual processo de reorganização), com vistas à indução e/ou construção de novas práticas que configurem a integralidade enquanto um conceito de grande fertilidade e de múltiplos significados.

Portanto, como um grande desafio posto ao SUS, deve-se reconhecer que o princípio da integralidade não foi ainda (plenamente) aplicado às práticas de saúde no SUS. Isso apesar de sua conformação ter sido iniciada no contexto reformista da saúde e de ter sofrido influência de elementos marcadores, como a racionalização (entendida como a nova ordem das necessidades de saúde), autoritarismo na medicina e exclusão.

Em suma, são estas as diretrizes que caracterizam o SUS como um sistema único, ou seja, as suas três diretrizes básicas e fundamentais que devem prevalecer sobre todas as alternativas de reorganização do sistema.

Diante do processo de “transição” democrática de construção e desenvolvimento do SUS, e frente à “tempestade²⁷” neoliberal sobre a saúde, torna-se necessário retomar alguns (outros) princípios e valores defensáveis do SUS, presentes nos distintos programas e políticas e pouco resolvidos até o presente momento.

Quanto à **universalidade** do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, verificamos que sofreu singular ampliação, quando comparados aos dos anos 70 (década anterior à criação do SUS). Porém, vale

²⁶ O conceito de “responsabilidade sanitária de Estado” formulado por LEVCOVITZ, ARRUDA e GARRIDO (1994) nos permite correlacionar funções de gestão (regulação, gerência de meios, articulação intersetorial, execução, controle e avaliação) com categorias de práticas de saúde (que caracterizam a integralidade), possibilitando a identificação de atos técnicos – operacionais que a descreve. Para uma abordagem mais detalhada consultar os autores supracitados.

²⁷ Conforme afirma ROCHA (1997), as políticas sociais e, em especial, as propostas de caráter universalizante do campo da saúde, inscritas na Constituição Federal de 1988, foram submetidas a um profundo movimento de subordinação às determinações econômicas do ajuste neoliberal, do final dos anos 80 à década de 90.

ressaltar que a expansão do referido acesso tem na maioria dos casos se limitado apenas à porta de entrada do sistema; ou seja, no nível de atenção básica à saúde²⁸.

No limite, isso implicará falta de garantia de acesso aos outros níveis de complexidade (média e alta), pelos seus usuários; bem como a conseqüente desarticulação e falta de resolutividade do sistema de referência e contra-referência no âmbito do SUS.

Portanto, o sistema ainda não contemplou as ações necessárias para a garantia da universalização dos serviços, o que significa que a exclusão dos cidadãos do circuito de bens, serviços e ações de saúde ainda são parte da nossa realidade.

No que se refere à **equidade**, vale ressaltar que o fato de a saúde no Brasil ter sido “americanizada²⁹” fez com que esse princípio não se cumprisse (integralmente), estando em processo de transição. Constatou-se que o sistema público é usado (predominantemente) pelos pobres, carentes de voz e de canais condutores de suas reivindicações; enquanto aqueles que mantêm uma inserção formal no mercado de trabalho possuem plano privado (ou estatal).

Essa tendência de focalização se inicia no Governo Sarney (1985/89), se consolida nos Governos Collor (1990/92) e Itamar (1993/94) e continua sendo fortalecido no atual governo, segundo as análises de ROCHA (1997). Na mesma direção, LEVCOVITZ (1997, p. 132) coloca que o princípio da equidade no SUS:

²⁸ Com a NOAS SUS 01/2001, inúmeras configurações relativas à regionalização e hierarquização da saúde têm sido implementadas nos diferentes estados (e municípios) do país, com o fim de responder a esse importante obstáculo ao processo de construção do SUS. Porém, um forte entrave ao sistema é aquele representado pela atual crise de financiamento da saúde. Esta é decorrente da interpretação restritiva da Emenda Constitucional 29 (EC-29), pelos Ministérios da Fazenda e Planejamento, e acolhida pela Advocacia Geral da União (AGU), a qual impõe pesadas perdas aos investimentos em saúde, previstas no Orçamento Geral da União (OGU). Segundo Relatório da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a perda para a saúde pública está estimada em R\$ 4 bilhões e 200 milhões de reais, apenas nos orçamentos de 2001 e 2002, com nítidos reflexos (negativos), em virtude de seu efeito “cascata”, para os anos de 2003 e 2004.

²⁹ Segundo VIANNA (1995), em suas Notas intituladas “*Articulação de interesses, estratégicas de Bem-Estar e Políticas Públicas: a americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*”, as políticas sociais brasileiras, à semelhança dos EUA, acabam sendo políticas para os pobres, com estímulos às camadas médias para obtenção da seguridade no mercado.

“(…) qualifica o direito enquanto ausência de barreiras de acesso, no sentido da discriminação positiva: a cada um de acordo com suas necessidades. A equidade se traduz numa tendência, primeiro à redução das desigualdades na distribuição dos recursos, e, segundo a uma priorização de sua distribuição com base nos diferenciais de necessidades. Assim, com os mesmos direitos, mais recursos para os que têm maiores necessidades”.

Merecem realce também suas reflexões sobre os riscos de a busca pela progressiva equidade na alocação de recursos se constituir em um ponto crítico para a política de saúde³⁰:

(…) “A tarefa essencial, entretanto, é romper radicalmente com a alocação determinada pelo perfil da oferta de serviços, capacidade instalada, que em lugar das necessidades de saúde da população retrata as necessidades de receita dos prestadores de serviços” (idem, p.135).

Foi o Artigo 35 da Lei Orgânica de Saúde (LOS n. 8.080/90) que estabeleceu os critérios para definição de uma política alocativa de recursos financeiros federais³¹; sua normatização aconteceu através de sucessiva edição

³⁰ De acordo com o Secretário de Estado da Saúde do RN, o RN é um dos estados do Brasil que recebe menos recursos financeiros destinados à saúde, apresentando um dos menores tetos *per capita* do país. Por habitante, o MS envia R\$ 50,00 (o valor era de R\$ 47,68, em 2000), enquanto a média da Região Nordeste é de R\$ 56,00 e a nacional acima de R\$ 60,00. O repasse global do SUS, de R\$ 144.214.176,47, corresponde à segunda menor transferência efetuada por competência em saúde, acima apenas de Sergipe, com R\$ 66.123.061,29 (2001). (Tribuna do Norte, 17/01/2002). O repasse mensal em torno de 12 milhões é destinado ao pagamento de todos os procedimentos do SUS: 6 milhões vão para os dez municípios em Gestão Plena de Saúde, ficando os outros 6 milhões para o pagamento de procedimentos de alta complexidade dos 157 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica do RN. Por outro lado, a parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) destinado ao município de Natal equivaleu a R\$ 10,66 e correspondeu ao valor anual (2001) de R\$ 7.123.856,47, com uma população estimada (1997) de 668.293 habitantes.

³¹ De acordo com ANDRADE (2001), o mecanismo de repasse presente no artigo 35 da LOS n. 8080/90 determina que os valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios obedeçam aos seguintes critérios de distribuição: 1) 50% com base no número de habitantes; 2) 50% tomando como referência: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos na rede e ressarcimento de atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

de NOBs (e das atuais NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002)³². O conjunto de medidas implementadas para o repasse de recursos financeiros, da instância federal para as unidades subnacionais, apresenta ainda uma tendência de valorizar a capacidade instalada da rede (e o seu perfil de oferta de serviços), em detrimento dos demais critérios de distribuição. Acredita-se que isso, por si só, seja capaz de constituir um fator de risco à equidade na alocação de recursos financeiros federais.

A substituição da lógica de pagamento por produção de serviços, implementado desde a época da Assistência Médica da Previdência (1970), pelo atual financiamento *per capita*, “fundo a fundo”, caracteriza o modelo de financiamento de ações estratégicas da atenção básica à saúde – o modelo PAB Fixo/Variável. Este modelo é considerado por alguns analistas políticos como um instrumento indutor de equidade.

Nesse sentido, DAIN (1995) afirma:

“(...) O valor repassado ‘fundo a fundo’ funciona como indutor ao gasto em assistência básica, especialmente quando se trata dos municípios menores com rede incipiente. Por este prisma, pretende viabilizar a ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde, garantindo, potencialmente, ganhos com equidade”.

No entanto, cabe considerar que, ao ser constatado o privilegiamento do modelo de atenção pela oferta de serviços, sem se considerar a existência de uma demanda populacional reprimida, o PAB assumiria o papel de um mero repassador de recursos.

E finalmente, se for considerado que a legitimidade do sistema é dada pela assistência à saúde, sendo esta construída socialmente por uma determinada capacidade dos serviços de saúde de responder ao sofrimento humano, pode-se ainda considerar a **resolutividade** desses serviços como um dos princípios norteadores do SUS. Por outro lado, a maior resolutividade do sistema está

³² Essas Normas Operacionais são resultantes de um processo político de pactuação entre gestores que tem favorecido a negociação política no processo de descentralização e construção do SUS.

(diretamente) relacionada à estrutura administrativa municipal, à sua capacidade de receitas orçamentárias e gastos.

Além desses princípios doutrinários e norteadores básicos, encontramos, ainda na Lei Orgânica de Saúde (LOS n. 8080/90), algumas premissas complementares, tais como a preservação da autonomia na defesa de sua integridade física e moral, direito à informação às pessoas assistidas sobre a sua saúde, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde (e a sua utilização pelo usuário), utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática, integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, estados e municípios na prestação de serviços de saúde da população, organização dos serviços públicos de saúde de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

Nesse sentido, observa-se que as diretrizes básicas e fundamentais do SUS ainda não foram especificadas e nem configuradas com precisão, desde sempre. Nos últimos treze anos, apesar dos inúmeros avanços (e também entraves) do processo reformador do sistema, torna-se de fundamental importância o aprofundamento de reflexões voltadas para a construção da regionalização e de sistemas de saúde, em um país com profundas heterogeneidades sociais e capacidades distintas no plano institucional e administrativo local - tendo em vista os riscos aos quais o sistema encontra-se submetido, ao considerarmos a racionalização dos recursos financeiros públicos destinados ao setor saúde e/ou a difusão das idéias ofertadas por algumas agências internacionais MATTOS (2000).

Em síntese, pode-se considerar que na longa trajetória de construção e desenvolvimento do SUS destacam-se dois períodos distintos: o momento "otimista" que correspondeu à fase de construção do ideário do SUS, quando se acreditava numa convergência entre a instauração de uma nova ordem democrática e a conseqüente implantação de um novo Sistema Nacional de Saúde, de caráter público, universal e de qualidade; e o período "realista", o da "tempestade liberal", iniciado com a promulgação da Constituição de 1988 e ainda

em curso, no qual já se torna evidente o esgotamento do otimismo inicial³³ ROCHA (1997).

1.3. Da trajetória histórica das políticas de nutrição

Ainda que o Programa do Leite tenha passado a fazer parte da agenda social pública somente a partir dos anos 80, concorda-se com L' ABBATE (1988) que atribuiu ao Governo Vargas (1930/1945) a inclusão dos problemas alimentares e nutricionais, elevando o tema ao *status* de política social. É importante resgatar o pensamento crítico explicitado, ainda em 1930, por estudiosos da Nutrologia, dentre os quais destacam-se Josué de Castro e Dante Costa, que abordaram a problemática da fome enquanto questão social e política.

Durante a presidência de Juscelino Kubstcheck, o Plano de Metas do Governo tratou a questão alimentar e nutricional como uma vertente do incentivo à produção agropecuária, sem especificidades ou iniciativas próprias. A conjuntura de exaltação decorrente do sucesso econômico possibilitou a crença de que o desenvolvimento da economia teria como conseqüência a erradicação da pobreza e da miséria, elevando o padrão de vida das populações, de acordo com análises de L'ABBATE (1988).

Segundo VASCONCELOS (1988), os programas de assistencialismo alimentar e nutricional às gestantes, lactantes e crianças menores de cinco anos, considerados os grupos "biologicamente" mais vulneráveis à desnutrição, estavam articulados aos programas internacionais de ajuda mútua. Estes apresentavam objetivos econômicos (ampliação do mercado internacional) e político-ideológicos - de atenuação dos movimentos sociais gerados pela fome e pela miséria dos países em desenvolvimento.

No caso da América Latina, em especial no Brasil, os anos 70 têm início com o questionamento do Estado desenvolvimentista, simultaneamente à resistência ao regime militar ditatorial. O crescimento econômico tão divulgado,

³³ Para o referido autor, o Período Realista apresenta como principais características: 1) grave e permanente crise do financiamento do setor saúde; 2) longa, profunda e acentuada deterioração da rede pública de saúde, com crescimento da privatização do setor (planos e seguros de saúde); 3) grave instabilidade das políticas e instituições de saúde; 4) ausência de planejamentos de envergadura mais ampla.

sob o slogan “*crescer o bolo para dividir depois*”³⁴, não conseguiu proporcionar bem-estar social e nem condições de sobrevivência para a maioria da população. Não levou a uma distribuição equânime dos bens e serviços produzidos, mas, ao contrário, teve a capacidade de promover condições para o aumento da legião dos marginalizados, dos excluídos do processo de modernização, gerando uma sociedade assimétrica e desigual sob o prisma da dimensão socioeconômica.

Neste período, um singular contraste caracterizava o cenário da assistência à saúde no Brasil. Por um lado, se observava a predominância de uma medicina especializada, de alto custo e que permitia o consumo (de seus serviços) por parte apenas de um determinado segmento da população; de outro, um elevado contingente de pessoas que demandavam ações de saúde e nutrição.

E é nesse panorama que, em 1974, foi estabelecido pelo Governo Militar o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), instrumento definidor da política nacional do desenvolvimento econômico e social para o período de 1975-1979. As normas do referido plano asseguram que o desenvolvimento não deve acarretar prejuízos à qualidade de vida, devendo o crescimento econômico vir acompanhado de uma distribuição de renda pessoal e regional (BRASIL, II PND, 1974). A política social adquire um *status* peculiar, respaldado no incremento da destinação de recursos públicos para a execução, na criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), composto por ministros da área social, objetivando a sua relativa autonomia em termos de planejamento e ação articulada.

Outras repercussões importantes do II PND (de interesse para o presente estudo) foram a proposição e a implantação de alguns programas sociais, dentre os quais se destaca, por sua relação com a questão alimentar e nutricional, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o qual foi criado no âmbito do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

O “olhar” oficial brasileiro a respeito da problemática alimentar e nutricional das populações à margem do desenvolvimento econômico é evidenciado através da criação deste Instituto em 1972, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde,

³⁴ Essa expressão foi utilizada pelo então ministro da fazenda – Delfim Neto.

consolidada no contexto do I Plano Nacional de Desenvolvimento Social. Essa iniciativa sofreu influência de uma orientação internacional, preconizada pelo Banco Mundial, no sentido da criação de institutos centralizadores, que se responsabilizassem pelo planejamento alimentar e nutricional.

Por outro lado, ressalte-se que nessa oportunidade o INAN (1972/1996) já desenvolvia programas de alimentação e nutrição. Ele foi criado como instrumento de controle dos programas nacionais de alimentação e nutrição e no contexto de uma nova política de alimentação e nutrição para o país. A nova política foi explicitada através do I PRONAN, 1973/1974, que não chegou a ser implementado por problemas de ordem “administrativa”, tendo o seu primeiro presidente – o diplomata Ruiz Gamboa – sido exonerado do cargo em 1974.

Nesse período foi realizada, sob o *slogan* “Nutrição é Desenvolvimento”, uma ampla campanha publicitária, permanecendo apenas dois projetos com alguma efetivação: Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) – resquício do Governo Vargas (1955) – e o Programa de Nutrição e Saúde (PNS), que se constituiu no primeiro programa de suplementação alimentar com cobertura a grupos específicos no país. O PNS foi criado durante o I PND e efetivamente implantado no II PND. Apresentava como objetivo central cobrir um terço das necessidades energéticas das gestantes, lactantes e crianças de seis meses a seis anos, cuja renda familiar correspondesse ao valor de dois salários mínimos mensais.

A pauta alimentar era composta por alimentos básicos e regionais, adquiridos através da Companhia Brasileira de Alimentação (COBAL). A Companhia Brasileira de Armazenagem (CIBRAZEM) servia de área de armazenamento dos gêneros alimentícios, os quais eram obtidos, na maioria das vezes, junto ao Programa de Comercialização de Alimentos Básicos (PROCAB), criado em 1977 pelo INAN para beneficiar os pequenos produtores rurais; e nos estoques reguladores da Comissão de Financiamento da Produção. As dificuldades operacionais do PSN foram múltiplas, incluindo redução dos recursos financeiros centralizados no INAN, da pauta alimentar e da qualidade dos gêneros distribuídos.

No que concerne à política alimentar, o CDS atribuiu ao INAN a competência de executar o II PRONAN (1976-1979). Este foi instituído através do Decreto n. 77.116, de 6 de fevereiro de 1976, e esteve desde o início sustentado por três linhas básicas de atuação: 1) incentivo e apoio ao pequeno produtor rural e às suas formas de organização; 2) fornecimento de suplementação alimentar às parcelas marginais da população; e 3) incentivo ao combate às carências nutricionais (anemia ferropriva, hipovitaminose A, bócio endêmico e cárie dental), além de ações de complementação e apoio voltadas para a valorização e capacitação de recursos humanos e às pesquisas que tratam da questão nutricional de grandes contingentes populacionais).

O II PRONAN apresentou uma proposta radical na orientação dos programas e instrumentos do governo, com uma associação imprescindível entre a oferta e a demanda de alimentos básicos – além da evidente preocupação com as transformações nas condições de produção e distribuição desses bens e com as profundas modificações e coordenadas no mercado. O próprio documento oficial do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN, 1975) explicita o fato, ao apresentar o seguinte texto:

“(...) Um programa de suplementação alimentar não pode ser visto como substituto dessas transformações, devendo ser concebido como uma resposta rápida e válida durante o processo de amadurecimento dessas mudanças. Portanto, deve ser compreendido e descrito como de caráter emergencial, transitório, de tamanho proporcional às magnitudes sociais da desnutrição e ao ser financiado, em parte pelo setor público, apresentar como meta básica o estímulo e a racionalização do complexo nacional produtor e comercializador de alimentos básicos”.

Desta forma, os programas eram vistos como intervenções necessárias, porém de cunho emergencial e transitório, não produzindo mudanças estruturais no mercado, apenas sancionando a situação vigente. A proposta era de que nesse “período de transição” os programas oficiais fizessem uso de alimentos *in natura*, com demanda centralizada e utilizada como fomento junto aos pequenos produtores rurais.

No entanto, ao proceder à análise da implementação das propostas de intervenção, constatou-se que na verdade não se objetivava uma real transformação na organização existente. O governo não assumiu maiores compromissos com o sucesso do PRONAN. Uma clara evidência dessas intenções está no fato de ter indicado o INAN para sua coordenação, considerando que esse órgão não tinha experiência de atuação no mercado de alimentos básicos, além de não pertencer a um ministério com expressão política para implementar programas. Outro elemento importante nesse quadro residia na incapacidade e na baixa flexibilidade administrativa apresentadas por essa instituição quando no comando do amplo espectro de atividades inter e intra-setoriais relacionadas com programas setoriais dessa natureza.

Tanto assim que, em 1979, o PRONAN havia apenas proporcionado a expansão e multiplicação dos programas oficiais na área de alimentação e nutrição, privilegiando a atendimento autônomo as suas clientelas. Portanto, esse programa representou uma mudança qualitativa da visão oficial sobre a política alimentar, não indo muito além do discurso, mas incorporando as principais críticas surgidas na década de 70, passando a carência alimentar a ser compreendida como um real produto da fome.

Seguindo a vertente dos programas de suplementação alimentar, característica dos anos 70, constata-se que esses programas, apesar de instituídos como de caráter emergencial e transitório, perduram até o início do século XXI³⁵.

O III PRONAN, que tinha como marca peculiar a constituição de um Fundo Nacional de Alimentação e Nutrição, foi proposto para o período de 1982 a 1985, não chegando a ser implementado, devido às inúmeras dificuldades econômicas e sociais que o país atravessou na chamada “década perdida”.

No contexto de profundas mudanças na área de saúde aconteceu, em

³⁵ Segundo ROCHA (1997), a questão da “permanência da provisoriedade” como um atributo típico das políticas sociais brasileiras dos anos 90, em particular no âmbito das políticas de saúde, pode ser constatada através da tão debatida questão da CPMF. A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, no momento de sua criação, foi compreendida como um aporte emergencial de recursos com vistas a suprir lacunas orçamentárias e financeiras do setor saúde. Entrou em vigor em 1997 e desde então passou a sofrer fortes pressões, na busca de transformá-la e um imposto de natureza permanente e de maior alíquota.

1987, sob a coordenação do INAN, a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, que aprovou, entre outros encaminhamentos, o princípio da alimentação como um direito de todos e um dever do Estado. No documento final foi posto que o problema da fome e da desnutrição é de caráter estrutural, apontando a necessidade de transformações profundas no modelo de desenvolvimento econômico e social do país.

Nessa ocasião passaram a constar da agenda governamental os problemas nutricionais de grande contingentes populacionais, sendo proposta para a sua resolução a criação de um novo arcabouço institucional: o Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição, coordenado pela Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e responsável pelas ações governamentais na constituição do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.

Com a transição democrática iniciada em 1985, na passagem do regime militar autoritário em direção ao Estado de direito, a questão social passou a fazer parte de inúmeros fóruns de discussões, constituindo importante objeto de reflexão. A sociedade reconhecia que a fome e seus efeitos perversos são um problema do Estado, havendo premente necessidade de tentar corrigir as distorções sociais existentes.

Na perspectiva de um “olhar” setorial na área de alimentação e nutrição, no período da “Nova República” (1985/1989), durante o Governo Sarney, o do “tudo pelo social” e da falência do Plano Cruzado, persistiram as críticas aos Programas de Suplementação Alimentar, apesar do incentivo governamental ao setor. Este incluiu a incorporação do Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes e do Programa de Alimentação Popular às linhas anteriormente existentes (Programa de Suplementação Alimentar, antigo PNS; Programa de Complementação Alimentar – vinculado à Legião Brasileira de Assistência, extinta no Governo Collor; Programa Nacional de Alimentação Escolar – primeiro programa de ajuda alimentar que perdura até hoje; o Programa de Alimentação do Trabalhador e o Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos). Na dimensão política, os programas da Nova República foram utilizados com um forte sentido assistencialista e de utilização político-eleitoral voltados para a legitimação do Presidente Sarney ou dos partidos que o apoiavam.

A partir de 1985, cresceu o volume de recursos alocados à área de alimentação e nutrição, em decorrência da entrada em cena do Programa Nacional do Leite. Isso decorreu em face do custo mais elevado do suplemento distribuído, quando comparado ao de uma cesta mensal de alimentos básicos, acrescidos do fato de não possibilitar perda no padrão de atendimento.

Em suma, na década de 80 ocorreu a consolidação e afirmação das estratégias propostas pelos diferentes programas criados na década anterior, além do lançamento do Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes e do Programa de Alimentação popular. O primeiro ocupou lugar de destaque no ano de 1987, com referência ao aporte de recursos e à cobertura, enquanto o segundo teve o seu desenvolvimento comprometido com a implementação do Plano Cruzado, sendo extinto em 1988.

O Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (precursor do Programa "Leite é Saúde") esteve associado a uma instituição pública – a Secretaria Estadual de Habitação e Ação Comunitária (SEHAC) - e apresentou uma clientela-alvo de grande interesse político representado pelas Associações Comunitárias. Adotou como base operacional uma estratégia de cunho bastante inovador, correspondente à distribuição indireta de alimentos através do uso de vales-leite (*tickets*).

Todavia, observou-se que essa nova base operacional não foi capaz de evitar o uso político do programa, bem como a tão alardeada expansão de cobertura populacional foi realizada em detrimento do atendimento dos beneficiários³⁶. Dos programas remanescentes, já citados anteriormente, o PROAB foi também submetido a um processo de esvaziamento financeiro, desaparecendo em 1989. Por outro lado, o PAT, que não constituía prioridade no biênio 85/86, na agenda de governo da Nova República, incrementou a cobertura populacional e o número de empresas incorporadas, conforme registra VASCONCELOS (1993). O PAT sofreu sucessivas modificações na estrutura de suas ações programáticas, mas continua presente até hoje.

³⁶ Inicialmente era destinado um litro de leite para cada criança desnutrida menor de sete anos; em seguida, a distribuição passou a ser de um litro de leite para cada família beneficiada, independentemente do número de desnutridos presentes.

Portanto, ao se realizar um breve “balanço” da trajetória conflituosa dos programas alimentares nos anos 70/80, foram detectadas algumas características e problemas comuns condizentes com o momento histórico: assistencialismo alimentar enquanto “ação protetora” do Estado aos chamados grupos social e biologicamente vulneráveis à desnutrição: paralelismo de ações; pulverização de recursos; ações descontínuas e ausência de estudos sistemáticos que avaliem seu impacto sobre os grupos alvos beneficiados. Desde fins da década de 80, tem-se observado também cortes nos gastos sociais, desativação progressiva das políticas sociais e redução do papel do Estado.

Em 1989, com a eleição de Fernando Collor, defensor da “modernidade e do mercado livre” e cuja agenda estava baseada em “reformas”, visando à “reconstrução nacional”, houve acentuado decréscimo do investimento em programas sociais, com repercussões importantes sobre os programas de suplementação alimentar: a distribuição dos alimentos teve um caráter pessoal e familiar, marcado pelo desvio de verbas públicas, pelas licitações irregulares e corrupção.

Os aspectos negativos mencionados serviram de justificativa para a extinção de vários programas, dificultando a investigação de fatores que poderiam modificar as estratégias de implementação de ações e, conseqüentemente, obter resultados mais próximos dos desejados. O PNAE e o PSA foram submetidos a um rigoroso corte orçamentário. O primeiro com redução drástica no volume de alimentos distribuídos, enquanto o segundo, até junho de 1992, não tinha entregue sequer uma cesta básica.

O Programa de Complementação Alimentar seguiu uma trajetória semelhante, com a transferência da LBA para o Ministério da Ação Social, em março de 1990. Em 1991, a LBA suspendeu a distribuição de alimentos formulados, passando a distribuir apenas leite em pó. Nesse momento foi instituído o Programa Nova Criança, havendo a substituição do PCA pelo Programa de Apoio Nutricional, inserido nos Centros de Atendimento ao Desnutrido, mantendo a mesma população-alvo e retomando a entrega de cestas básicas alimentares. SOARES (1995, p. 284), em suas Notas sobre ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina, afirma que: “(...) o corte nos

recursos destinados a esses programas chegou a 60%, deixando vulneráveis, 4,4 milhões de crianças e 550 mil mulheres”.

Paralelamente, começaram a ser divulgadas denúncias sobre a prática de corrupção na operacionalização desses programas, fato que ocasionou a CPI da Fome, instaurada em maio de 1991. Segundo resultados obtidos, dos 65 bilhões de cruzeiros alocados para os programas da LBA em 1991, menos de 4% foram despendidos segundo a alocação orçamentária prevista. Os resultados foram bastante secundarizados, em decorrência das constatações e desdobramentos da CPI do caso PC³⁷ (CPI DA FOME, 1991).

O *impeachment* do presidente indicou avanço das organizações da sociedade civil como uma resposta à desorganização e dilapidação do Estado. Criava-se, então, uma situação paradoxal: o incremento das demandas sociais em colisão com a derrocada econômica do Estado brasileiro, influenciado negativamente pela nova ordem capitalista internacional, bem como pelas sucessivas crises políticas que pautaram o período de 1989-92³⁸.

Após a promulgação da “Constituição Cidadã” (1988) foi então criado o arcabouço legal do SUS, o qual passou a apresentar um comando único. Ao final de 1990, tornado dispositivo constitucional, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) n. 8.080/90 e 8.142/90, tendo sido estabelecidas as suas diretrizes operacionais através das Normas Operacionais Básicas (NOB's - SUS 01/91, 01/92, 01/93, 01/96) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01 e 01/02).

Antes de prosseguirmos nos anos 90, é preciso voltar no tempo e apresentar ao leitor como os programas de suplementação alimentar estão contemplados nas disposições da Carta Magna. A Constituição de 1988 trata dos programas de suplementação alimentar e assistência à saúde no seu capítulo III (Da Educação, da Cultura e do Desporto), Art. 208, VII:

“O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, no ensino fundamental,

³⁷ Paulo César Farias, conhecido na mídia como PC.

³⁸ Para mais detalhes, consultar ROCHA (1997).

através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”.

E mais. O seu Art. 212, parágrafo 4º fazendo referência ao disposto no Art. 208, VII, dispõe que: “Os programas suplementares de alimentação e assistência à saúde serão financiados com recursos provenientes de contribuições sociais, e outros recursos orçamentários”.

Note-se, porém, que a referência é feita às crianças na faixa escolar (ou seja, aos maiores de cinco anos) e não aos pré-escolares, grupo-alvo dos programas alimentares que guardam na sua dinâmica interna alguma forma de interseção com o setor saúde. Portanto, as disposições constitucionais apresentadas não se aplicam ao elenco de programas voltados para o grupo materno-infantil, ou seja, gestantes e crianças menores de cinco anos, grupos privilegiados por esta política nutricional.

CARVALHO & SANTOS (2001, p. 245), em suas Notas sobre o SUS e a Lei Orgânica da Saúde, tecem alguns comentários acerca destas disposições do texto da Lei, que corroboram a nossa reflexão:

“Do mesmo modo como as ações de saneamento básico não podem ser financiadas com recursos do SUS (ainda que supletivamente venham a ser executadas pelo SUS), também os programas suplementares de alimentação e assistência à saúde, previstas no artigo 208, VII, da Constituição Federal, para os educandos do nível de ensino fundamental, não podem ser financiados com recursos do SUS, ainda mais porque, para esses programas, o parágrafo 4º do Art. 212 da Constituição prevê recursos provenientes de contribuições sociais (por exemplo: salário educação) e outros recursos orçamentários”.

Independentemente das disposições constitucionais, em 1993, com o início do Governo de Itamar Franco há um retorno aos investimentos na área social, o que ocasionou o incremento dos programas de alimentação e nutrição (voltados para a faixa de pré-escolares) através de intensa mobilização social. E ainda foi durante a evolução do seu governo que o Movimento da Ação de Cidadania

Contra a Miséria e pela Vida³⁹ liderado por Herbert de Souza, se expande e adquire uma dimensão nacional.

Concomitantemente, o governo incorpora à sua agenda o documento *Política Nacional de Segurança Alimentar*, e institui, através do Decreto Presidencial n. 807, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA)⁴⁰. Acredita-se que seu sucesso limitado se deveu às características de transição do Governo Itamar, ao caráter inovador do tema e à frágil atuação de seus próprios conselheiros. A extinção prematura do CONSEA ocasionou prejuízos a sua revisão e aprofundamento.

No contexto da municipalização das ações de saúde, o governo elaborou o Plano de Combate à Fome e à Miséria, o qual apresentou como uma das propostas de caráter emergencial a implantação do Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional – “Leite é Saúde”.

Este foi instituído através da Portaria n. 799, de 20 de junho de 1993, que estabeleceu a distribuição de leite integral em pó ou fluido pasteurizado e óleo de soja aos grupos populacionais “biologicamente” de maior risco – o grupo materno-infantil. Portanto, a seleção da clientela do programa obedecerá a critérios epidemiológicos de risco para adoecer, em observância às normas específicas do Ministério da Saúde – crianças desnutridas na faixa etária de 06 a 60 meses, cujo peso se situe abaixo da linha inferior do cartão da criança (percentil 10) e gestantes em risco nutricional, com peso situado abaixo da linha inferior do cartão da gestante (Curva de Rosso)⁴¹.

O Programa “Leite é Saúde” adquiriu uma face inovadora e sofisticada ao ser implantado no setor saúde, incorporando o seu discurso técnico (e, portanto, ideológico). De acordo com informações extraídas de documento oficial, o

³⁹ Este foi alavancado pelo Movimento pela Ética na Política, datado da época do Governo Collor e liderado por Herbert de Souza. Sob o lema “A fome tem pressa”, o movimento procurou articular-se com as distintas áreas da sociedade civil, partindo da premissa de que caberia à cidadania instituir a lógica da solidariedade e apontar o caminho para o Estado e o Mercado.

⁴⁰ O CONSEA era um órgão de aconselhamento da Presidência da República constituído por ministros e representantes da sociedade civil, sendo uma forma inovadora de parceria na resolução da problemática da fome e da miséria.

⁴¹ A Curva de Pedro Rosso é um parâmetro antropométrico utilizado na avaliação do estado nutricional de gestantes, desenhada a partir da representação expressa em percentual do peso em relação à idade gestacional. É recomendado pelo Ministério da Saúde para o Sistema de Vigilância Nutricional.

Programa adotou como princípios a serem seguidos na sua implantação, aqueles norteadores do SUS (descentralização, o regime de parceria, universalidade e controle social). Portanto, a execução direta das ações ficaria a cargo do município que o aderisse voluntariamente, com garantia de flexibilidade operacional para a adaptação às condições locais. Ao mesmo tempo, a responsabilidade pela execução do Programa deveria ser compartilhada entre as três instâncias de governo (União, estado e município), com o aproveitamento das estruturas previamente existentes, objetivando evitar a criação de outras instâncias para a sua coordenação e/ou operacionalização. O controle social seria estimulado através de mecanismos de participação comunitária, no acompanhamento e fiscalização do Programa, ressaltando-se o papel do Conselho Municipal de Saúde como garantia deste princípio.

Isto torna de fundamental importância que agentes públicos envolvidos com as ações do setor incorporem à sua conduta aspectos como: a definição das prioridades do setor saúde na área de alimentação e nutrição, em cada estado, em conjunto com as respectivas Comissões Intergestores Bipartite; e a promoção de políticas articuladas de saúde e alimentação e nutrição.

O INAN, por intermédio de convênios com os municípios, promoveria o repasse de recursos destinados à compra do suplemento alimentar que seriam distribuídos através da rede de saúde como clientela beneficiária.

É importante destacar que a incorporação de um projeto de ampla dimensão como a segurança alimentar, tendo como instrumento de viabilização o SISVAN, constituiu uma primeira aproximação entre as políticas de alimentação e nutrição implementadas pelo governo, a segurança alimentar e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Foram então estabelecidas como prioridades de governo o Programa de Alimentação do Trabalhador – Ministério do Trabalho; o Programa Nacional de Alimentação Escolar – Ministério da Educação e o Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional – Ministério da Saúde.

Em 1995, eleito o presidente Fernando Henrique Cardoso, foi extinto o CONSEA e criado o Conselho da Comunidade Solidária, articulado ao Programa

Comunidade Solidária, instituído através do Decreto n. 1.366, de 12 de janeiro de 1995, vinculado à Presidência da República e com a função de coordenar as ações de governo na área social.

O Programa Comunidade Solidária também não acrescentou nenhuma informação nova; apenas reconheceu o óbvio: o combate à fome e à pobreza deve ser incluído como prioridade, na pauta da agenda governamental. Pretendeu angariar a simpatia popular da “Campanha contra a Fome”, do sociólogo Herbert de Sousa, mas não conseguiu este intento, por carregar o “ranço oficialista⁴²” de toda atividade ligada ao governo.

Em suma, observa-se que os distintos governos desse período, defensores de uma proposta alinhada com a agenda internacional de saúde que teve início no Governo Collor e se consolidou no Governo Cardoso, difundiam a idéia de seletividade, focalização, privatização, com forte redutor de gastos públicos na área social⁴³.

No final da década de 90, o Governo FHC se empenhou em formalizar a (sua) nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a qual foi regulamentada através da Portaria GM/MS n. 710, de 10 de junho de 1999. O desenho dessa política foi discutido previamente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS); previu a elaboração ou (re)adequação de planos, programas, projetos e atividades estabelecidas e apresentou algumas possibilidades de atuação do setor saúde no contexto do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional⁴⁴.

Buscando as raízes e razões para o surgimento da noção de Segurança Alimentar, retornou-se a I Guerra Mundial, no continente europeu. Foi observado

⁴² Enquanto os membros pertencentes ao conselho do Programa da Comunidade Solidária foram indicados pela Presidência da República, os participantes do CONSEA tinham sido eleitos para representar os mais distintos segmentos da sociedade civil, tornando-se, portanto, mais autônomo nas suas deliberações.

⁴³ Para maior detalhamento, consultar ROCHA (1997) e MATTOS (2000).

⁴⁴ O Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional conjuga princípios, políticas, medidas e instrumentos que asseguram (permanentemente) o acesso de todos os habitantes em território brasileiro aos alimentos, a preços adequados, em quantidade e qualidade necessárias para enfatizar as exigências nutricionais para uma vida digna e saudável, bem como os demais direitos de cidadania (CONSEA, 1994). A I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1987), desdobramento singular da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), aprovou o princípio da alimentação como um direito de todos e dever do Estado, incorporou a noção de segurança e reforçou a idéia de criação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.

que, desde o seu nascimento, a noção de segurança alimentar esteve articulada ao conceito de segurança nacional e as possibilidades de produção (própria) de alimentos pelos distintos países, de forma a não se tornarem sujeitos aos assédios militares, obstáculos e punições de fundamentação militar ou política.

No entanto, foi nos anos 70, durante a evolução de sua noção, que a segurança alimentar passou a ser compreendida como uma política de armazenamento estratégico e de oferta segura e adequada de gêneros alimentícios, não sendo antevista como um direito de todo cidadão. Neste contexto, assumiu a produção dos alimentos o *status* de principal causa da insegurança alimentar, sendo inclusive estimulada a Revolução Verde, que, se por um lado incrementou a produção de alimentos, por outro, promoveu sérios danos ao meio ambiente, além de contribuir para o aumento substantivo dos contingentes populacionais de famintos e excluídos.

Nos anos 80, foi reconhecida por *experts* da área de Alimentação e Nutrição que o problema da fome estava centrado na falta de acesso aos alimentos, em decorrência da miséria e exclusão (e não apenas na sua disponibilidade). A intervenção do Estado e a ação da sociedade deveriam estar concentradas na diminuição dos níveis de pobreza e exclusão, e com menor destaque à produção. O conceito de Segurança Alimentar foi então ampliado e passou a ser o de garantir "(...) acesso por parte de todos, todo o tempo, a quantidade suficiente de alimento para levar uma vida ativa e saudável".

Segundo VALENTE (1996), foi no início dos anos 90 que o conceito de segurança alimentar incorporou o elemento nutricional e sanitário, sendo expandido para segurança alimentar e nutricional. Este passou a incorporar as noções de alimento seguro (não contaminado química ou biologicamente), de qualidade do alimento (nutricional, biológica, sanitária e tecnológica), do equilíbrio da dieta, da informação, da utilização biológica e dos hábitos alimentares dos indivíduos. Vale ressaltar que, até o momento atual, não podemos considerar esta noção concluída, uma vez que se configura em uma arena de debates, já que a problemática alimentar e nutricional mantém relações com os mais distintos interesses e expectativas.

Inscrito na Constituição Federal de 1988 e consolidado na I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (1994), o conceito de segurança alimentar facilitou sobremaneira a compreensão do papel do setor saúde no tocante à área de Alimentação e Nutrição, ao reconhecer, nessa política setorial, requisitos básicos para o diagnóstico, promoção, prevenção e assistência à saúde.

Tomando como referência estudos recentes da ONU, foi também identificado, pelos formuladores da (atual) política alimentar e nutricional, que os riscos nutricionais, de distintas categorias e magnitudes, permeia todo o ciclo da vida humana, indo desde a concepção até o envelhecimento. Isso faz com que uma abordagem sobre o ciclo da vida se torne imprescindível na orientação de ações de Segurança Alimentar e Nutricional, com vistas ao rompimento do círculo vicioso da fome, desnutrição e outros distúrbios de cunho nutricional, doenças e miséria. E mais, que as ações de intervenção propostas para essas políticas públicas tivessem uma ampla abrangência, incluindo crianças menores de cinco anos, escolares, adolescentes de 10 a 19 anos, gestantes, adultos e idosos, tanto no plano individual, como no coletivo (grupamento familiar e comunidade).

Segundo o vocabulário utilizado na própria portaria que instituiu a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, esta contempla a atuação em dois momentos básicos, adjetivados pelo próprio MS de positivo e de crítico.

O momento positivo ocorre quando a oferta, a distribuição e o consumo de alimentos, viabilizados por meios extra-setoriais e com a participação da sociedade, transcorrem com normalidade, quer em termos de quantidade, qualidade e regularidade, quer em termos de utilização biológica. Nessas condições positivas, as ações predominantes do setor saúde são vigilância alimentar e nutricional, vigilância sanitária de alimentos e medidas de caráter educativo.

Neste contexto e com vistas à operacionalização do conceito de segurança alimentar e nutricional, caberia ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional relevante papel quanto ao monitoramento da produção, armazenamento, distribuição e consumo de alimentos, além de dados relativos ao estado nutricional e de saúde da população brasileira, pelo risco acentuado de endemicidade da desnutrição nessas áreas.

No âmbito da saúde, caberia à Vigilância Nutricional a descrição (de forma contínua) das principais tendências na área de alimentação e nutrição, identificando os seus fatores determinantes, com a finalidade precípua de fornecer subsídios para o planejamento e avaliação de intervenções, programas e políticas.

Já o momento crítico ocorre quando existem falhas na oferta, no consumo ou no padrão de utilização biológica de alimentos. Nessas circunstâncias, obstáculos considerados extra-setoriais (renda insuficiente, quebra na produção, intercorrências na oferta) ou setoriais (a desinformação, a presença de hábitos alimentares inadequados, a ocorrência de doenças e agravos endêmicos ou epidêmicos) possibilitam a existência de problemas que afetam a saúde da população.

A resolução desses distúrbios nutricionais compete ao setor saúde: a desnutrição, as carências específicas (hipovitaminose "A" e anemia ferropriva), a obesidade, o *diabetes mellitus*, dislipidemias e as associações com outras doenças crônicas de reconhecida relevância epidemiológica⁴⁵. Nesta perspectiva (crítica), o SISVAN deveria permitir dimensionar a extensão e a gravidade dos problemas nutricionais mais relevantes na área, procurando sensibilizar a equipe de saúde em relação a essa problemática e permitir a adoção de estratégias de atenção mais eficazes.

O Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), foco principal do presente trabalho, está, portanto, inserido nessa vertente assistencial, ligada ao momento crítico. Ademais, ele apenas abrange uma pequena parte do ciclo de vida.

Este programa nasceu em meados dos anos 90, no contexto de uma nova etapa do processo de reforma do Sistema Único de Saúde (SUS), que alguns analistas viram como de caráter "incremental". Nessa etapa, a política do governo federal enfatizou a consolidação do município como gestor da saúde e instituiu dispositivos de repasse de recursos condicionados à adoção, pelo gestor municipal, de certas políticas específicas. O Incentivo às Ações de Combate às

⁴⁵ Vale a pena ressaltar que, no quadro de interpretação dos possíveis determinantes dos problemas relativos à desnutrição, não é aventado o papel da violência doméstica.

Carências Nutricionais (ICCN), criado como um dos componentes do PAB variável, se constitui em um desses dispositivos.

Numa primeira aproximação, pode-se dizer que as proposições do Ministério da Saúde para a área de alimentação e nutrição parecem ser bem acolhidas nas instâncias estaduais e municipais. Tais proposições se caracterizam por contemplar o momento chamado crítico, sobretudo frente à seca. Esta agenda tem privilegiado a seguinte pauta (mínima) de ações de vigilância nutricional, incrementando medidas preexistentes, voltadas para o combate à seca em toda a Região Nordeste: incentivo ao aleitamento materno (exclusivo e misto), considerado a “salvação” das crianças; administração de soro de reidratação oral (“contra a diarreia, desidratação e a desnutrição”); suplementação medicamentosa com vitamina “A” (“contra as infecções, a favor da visão”); distribuição e orientação de uso do hipoclorito de sódio (“contra a cólera e como garantia de água saudável”) e a suplementação medicamentosa com xarope de sulfato ferroso (“contra a anemia ferropriva”).

O Programa de Combate às Carências Nutricionais, embora também se inscreva nesse mesmo momento crítico, tem uma abrangência territorial maior do que a área da seca e pretende uma ação mais contínua e integrada na atenção básica. É interessante notar que esse programa introduz algumas questões novas às práticas na atenção básica, sobretudo as relativas à integração entre profissionais ligados à nutrição e demais profissionais de saúde.

Nota-se, de imediato, que uma série de outras demandas que envolvem (ou deveriam envolver) os profissionais de nutrição tendem a assumir cada vez mais destaque, na medida em que o SUS caminha no sentido de assegurar plenamente o direito ao acesso universal aos serviços de saúde.

Assim, a NOAS-SUS 01/2001, ao acrescentar novos procedimentos à atenção básica à saúde, como o controle de *diabetes mellitus*, da hipertensão arterial, da tuberculose, a erradicação da hanseníase, além das ações da saúde da criança, da mulher, de saúde bucal e da vigilância nutricional, torna imprescindível a ampliação das ações de nutrição, para além da questão das carências nutricionais, contemplada (anteriormente) na sua limitada agenda. Uma das questões fundamentais deste trabalho é examinar em que medida os

dispositivos verticais de financiamento do PCCN facilitam ou dificultam esse tipo de integração mais ampliada da nutrição na atenção básica.

No estado do Rio Grande do Norte, o Programa de Ações de Convivência com a Seca beneficia famílias vitimadas pela seca, com ações como a produção de tijolos, telhas artesanais, paralelepípedos, meio-fio, barragens submersas e construção de cisternas semi-enterradas.

Voltadas para o convívio pacífico entre o homem e o clima do Nordeste⁴⁶ esse espectro ampliado de ações deve contemplar, além da promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento dos agravos e assistência, outras articulações e parcerias que visem a contribuir para a garantia de uma situação alimentar, nutricional e de saúde sustentável (que seja capaz de gerar emprego e renda para a população).

Em Natal, outras ações governamentais na área de alimentação e nutrição são ainda desenvolvidas, no âmbito de distintas secretarias de estado. O Programa do Leite do Governo do Estado foi criado em 1995, constituindo-se no tema principal da primeira mensagem do Governador Garibaldi Filho encaminhada à Assembléia Legislativa, como parte integrante de uma abrangente reforma administrativa em curso no seu primeiro mandato governamental. Esse programa já havia sido instituído anteriormente em nível municipal, quando de sua gestão como prefeito de Natal, em 1986, tendo sido extinto em 1991.

Desde sua implantação, a coordenação do programa esteve sob a responsabilidade da Secretaria do Trabalho e Ação Social (SETAS) – atualmente Secretaria de Ação Social (SEAS). Segundo as normas técnicas do programa, sua execução deveria ser realizada através de acordos formais com organizações comunitárias locais, sob a fiscalização de Conselhos Municipais criados para esse fim, ou através de conselhos existentes que preenchessem as exigências do programa. Este é destinado exclusivamente a famílias cujos chefes estejam

⁴⁶ A assistência ao combate à seca, prestada pelo Governo federal aos municípios atingidos (da Região Nordeste), encontra-se classificada em programas de caráter “emergencial” (distribuição de cestas básicas e água, em carros pipas); “transitório” (bolsas de remuneração: bolsa-renda e seguro-renda) e “permanente” (voltadas para a infra-estrutura hídrica: cisternas, poços artesianos, barragens e incentivos sociais diretos). Esta é uma ação intersetorial que envolve os Ministérios do Desenvolvimento Agrário, Saúde, Integração Nacional, Educação, Previdência e Secretária de Assistência Social.

desempregados ou ganhem menos que um salário mínimo por mês. Sua população-alvo é composta por crianças entre 6 meses e 2 anos (que estejam com os seus cartões de vacina atualizados), por gestantes (participando do pré-natal), por nutrizes (que estejam amamentando e apresentem a carteira de saúde da criança de 0 a 6 meses atualizadas), desnutridos e portadores de deficiência. O programa distribui um litro de leite (fluido pasteurizado, tipo C) e abrange todos os 167 municípios do RN.

Concomitantemente, a Associação de Atividades de Valorização Social (ATIVA), organização não-governamental ligada à Prefeitura Municipal de Natal (PMN), desenvolve o programa de Combate à Subnutrição (PCS) através da complementação alimentar, fundamentada nos princípios da alimentação alternativa. Esse programa apresenta como objetivo melhorar a alimentação das crianças desnutridas através da adição da “multimistura⁴⁷” aos alimentos básicos (principalmente líquidos). A mistura é distribuída desde 1992 e atinge 1.470 crianças, entre 06 meses e 12 anos de idade.

Em síntese, após a busca das distintas estratégias de implementação dos programas de suplementação alimentar, com o intuito de distinguir as regras do jogo do poder que os movimentam nas diferentes arenas, observa-se que, apesar do inovador arcabouço jurídico-legal constituído no contexto da redemocratização do país, a organização das ações programáticas de alimentação e nutrição ainda é conformada de forma “pendular” decorrente, de forma ampla, das oscilações governamentais no tocante às suas prioridades sociais. Assim tende a manter ora uma aproximação, ora um distanciamento da política de saúde, de acordo com os vários modelos de conformação de interesses apresentados pelos diversos atores sociais envolvidos na questão. Isso tudo tende a determinar um grau de distanciamento entre os princípios norteadores do SUS e aqueles adotados na execução dos programas de suplementação alimentar.

⁴⁷ A “multimistura” corresponde às farinhas e pós-nutritivos preparados à base de casca de ovo, semente de gergelim, farelo de trigo, fubá de milho e pó de casca de macaxeira. Segundo depoimento de nutricionista do PCS, a SMS de Natal pretende (re)ativar um antigo convênio com a ATIVA, ainda em 2002. Lembrar os fortes interesses políticos eleitorais envolvidos na gestão desses programas, além do paralelismo de ações, superposição de clientelas e pulverização de recursos.

Acredita-se que nos últimos treze anos que já nos separam da criação do arcabouço constitucional e legal do SUS, alguns passos já foram dados na direção do “sonho” da reforma. E como um grande desafio posto ao SUS, torna-se imprescindível indagar sobre os critérios de transferências de recursos federais (seus instrumentos e mecanismos operacionais) e as possibilidades de que estes contribuam (ou não) com a concretude do princípio da integralidade, valor defensável enquanto um dos eixos norteadores do sistema de saúde, de suas instituições e práticas.

CAPÍTULO 2. O contexto da saúde no Brasil: da Constituição Federal/88 à atualidade

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que montou o arcabouço jurídico-legal para a implantação da Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde, foi legalmente prevista uma diversificação das fontes de financiamento para cobrir as novas demandas sociais. No que diz respeito à saúde estava *oficializado* o SUS com seus princípios doutrinários essenciais: universalidade, equidade e *integralidade*⁴⁸, além daqueles organizacionais referentes à descentralização, ao comando único, hierarquização e regionalização.

Essa década, portanto, presenciou a crise e os “estertores” finais do regime militar, uma transição democrática conflituosa e ambígua, a elaboração da “Constituição Cidadã”, contendo as mais amplas garantias democráticas e sociais já expressas num texto constitucional brasileiro, terminando com as primeiras eleições diretas para Presidente da República em 30 anos, situação bem assinalada por NORONHA & LEVCOVITZ (1994).

Na mesma direção, KORNIS & ROCHA (1996) mostram que o novo contexto social e político do país em transição democrática promovem o surgimento de propostas reformistas de caráter universalizante, inscritas na Constituição Brasileira de 1988: uma inovadora estruturação da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) e o entendimento de que a saúde é um direito de cidadania, a ser atendido através de políticas econômicas e sociais, entre as quais inclui-se o SUS. Este Sistema é formado por serviços públicos de saúde, mas que incorpora alguns serviços privados em caráter complementar.

Além disso, o artigo 198 – Parágrafo Único da Constituição Federal advoga que: “(...) O SUS será financiado, nos termos do artigo 145, com recursos do

⁴⁸ Desde o momento de sua concepção, o princípio da integralidade se afastou da lógica de assistência centrada no médico, no indivíduo e na doença, característica do antigo INAMPS.

orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Dessa forma, as fontes do financiamento do SUS foram ampliadas, com diversificação de receitas, passou a ser responsabilidade das três esferas de governo, o que deveria ter assegurado o aporte regular de recursos para a saúde. A sociedade civil organizada, acompanhando o processo de democratização da sociedade brasileira, começa a assumir um posicionamento mais crítico no que se refere a esta intervenção setorial, passando a compreender a **“Saúde enquanto Direito de Cidadania”**.

Saliente-se que o período histórico da Nova República (Governo Sarney, 1985/89) se caracterizou pelo avanço de forças reformistas na sociedade, que, no setor saúde, se concentrava em torno da Reforma Sanitária, com propostas de descentralização, com vistas à racionalização de recursos e democratização (autonomia) das políticas e ações de saúde.

Esse inovador sentido de saúde implicou a necessidade de um (re)planejamento das relações existentes entre profissionais de saúde, usuários e serviços. Foram delineadas então transformações em vários estratos da sociedade, envolvendo favorecidos e pobres, educação de profissionais de saúde e assistência aos usuários.

Em 1989, ocorreu a eleição de Fernando Collor, cuja agenda de governo estava baseada em “reformas”, visando à “reconstrução nacional”. Defensor da “modernidade e do mercado livre”, durante o seu mandato (1990-92) houve de imediato um acentuado decréscimo no financiamento público do setor saúde, com um recrudescimento das forças políticas conservadoras - a Reforma Sanitária sofre um período de retrocesso político. Ao mesmo tempo, avança a municipalização dos serviços de saúde, que, naturalmente, surge acompanhada de acordos e soluções locais, com conseqüente perda de espaço de atuação de outros níveis de governo.

O choque neoliberal ao Estado brasileiro levou a uma redução dos gastos públicos, privatização dos serviços, demissões e cortes salariais, e desregulamentação da economia. As políticas sociais universalizantes (conforme

a Constituição Federal de 1988) tornaram-se seletivas e voltadas para o "alívio da pobreza" (ROCHA, 1997, p. 224).

O Brasil registrou como principais "marcas" o ajuste econômico neoliberal e o (des)ajuste social, a compensação social implementada através do processo de "americanização" seletiva e a intensificação de uma política neoliberal conservadora de "um Fernando a outro", também, com fortes repercussões no setor saúde ROCHA (1997).

Se empreendermos um "olhar analítico" para o setor saúde nacional, veremos que a década de 90 se caracterizou por longa e contínua crise de financiamento ocasionada pela ruptura do conceito de Seguridade Social⁴⁹. Essa crise condenou o setor saúde a ser financiado pelas contribuições sociais, cuja arrecadação não rendeu os valores estimados pelos *experts* da área econômica.

Portanto, a crise se expressou, no limite, pela captação de recursos, e foi tratada com uma melhor definição de fontes, quer pela criação de fontes alternativas (CPMF)⁵⁰, quer por sua diversificação, com exigência de maior contrapartida orçamentária dos estados e municípios (EC – 29/2001)⁵¹.

Tornado dispositivo constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado ao final de 1990 pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) n. 8.080/90 e 8.142/90. Suas diretrizes de operacionalização surgem com a NOB-SUS

⁴⁹ De acordo com LEVCOVITZ (1997), foi a supressão unilateral, pelo Ministério da Previdência Social (MPS), com o apoio do Ministério da Fazenda (MF), da transferência dos recursos da fonte de Contribuição sobre Folha de Salários ao Fundo Nacional de Saúde (e a sua substituição pelos valores arrecadados através das Contribuições Sociais – COFINS e CLL), sob o argumento da premência de um montante adicional para a cobertura de benefícios pecuniários da Previdência Social o que ocasionou a ruptura do conceito de Seguridade Social e a "crise do financiamento" da saúde. Segundo FARIA (1997), essa ruptura foi possível no contexto de uma baixa aposta dos protagonistas da reforma da saúde, na noção de seguridade social. Essa estratégia teria sido aceita em uma conjuntura desfavorável, por ocasião da virada conservadora do Centrão. Além disso, o cancelamento da transferência de recursos sobre a folha de salários para a saúde, medida adotada por Antônio Britto, então Ministro da Previdência Social, teria contribuído sobremaneira para a referida ruptura.

⁵⁰ Conforme ROCHA (1997), a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) aprovada pelo Congresso Nacional, em 1996, a partir de um Projeto de Emenda Constitucional (PEC n. 256/95), foi criada como uma fonte adicional e alternativa de receita para o setor saúde que já apresentava profundas deficiências de caráter orçamentário e financeiro.

⁵¹ A Emenda Constitucional da Saúde (EC – n. 29/2000), de 13 de setembro de 2000, previu progressivas contrapartidas orçamentárias e financeiras da União, estados e municípios para o setor saúde. Vale ressaltar que, no município de Natal, apesar de os recursos destinados à saúde estarem em consonância com as diretrizes contidas na EC da Saúde, a sua arrecadação própria é de tal ordem (reduzida) que compromete o atendimento às demandas da população por determinadas ações e serviços de saúde.

01/91 (e sua reedição NOB-SUS 01/92).

Enquanto a Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços, a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tratava da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área.

As LOS são consideradas leis Infraconstitucionais que proporcionam o respaldo legal ao cumprimento do mandato constitucional da proteção e da defesa da vida. Sua edição ocorreu em uma conjuntura política e econômica desfavorável, o que acarretou uma série de obstáculos à implementação do SUS.

A Lei n. 8.080 sofreu 25 vetos, efetuados pelo então Presidente Collor logo após a sua aprovação pelo Congresso Nacional, com prejuízos (principalmente) aos itens referentes ao controle e participação social, financiamento do SUS e estruturação organizacional do Ministério da Saúde (LEVCOVITZ,1997). Porém, com a Lei Complementar n. 8.142 foram repostas, em parte, essas questões.

Além disso, apreende-se que a publicação da NOB-SUS 01/91 tinha seu foco centrado no processo de municipalização, e não na conformação de um sistema, na sua organização. Dado o estabelecimento de relações convenientes diretas entre a União e os municípios, o papel da esfera estadual foi secundarizado, apresentando pouco poder de intervenção nos critérios utilizados. Porém, já a partir da NOB-SUS 01/93 e do emblemático documento⁵² “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” (BRASIL/MS,1993), o processo de descentralização do setor saúde passou a ser feito por etapas, bem como a ser compreendido como um processo cuja evolução se encontrava atrelada a pré-condições institucionais dinâmicas, adquirindo um caráter formativo em relação aos estados.

Foram normalizadas novas formas de gestão descentralizada do sistema e de transferência de recursos federais do SUS, constituindo os mecanismos “fundo

⁵² O documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” se constituiu no “ABC” do processo de descentralização no Brasil.

a fundo". Nessa oportunidade, foram criados três tipos de habilitação para os municípios - incipiente, parcial e semiplena -, e duas formas distintas para os Estados - parcial e semiplena. Para fins de transferência de recursos entre as instâncias governamentais do SUS (do Governo federal para os estados e municípios), era exigida a habilitação em um dos tipos de gestão previstos na NOB-SUS 01/93.

Segundo LIMA (1999), na gestão incipiente os municípios deveriam controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares, além de apresentarem condições de assumir o gerenciamento das unidades públicas ambulatoriais, presentes no município. Na gestão parcial, os municípios deveriam assumir na sua totalidade as responsabilidades e prerrogativas da gestão incipiente. E finalmente, na gestão semiplena, caberia ao município a gestão completa de todo o Sistema Municipal de Saúde⁵³.

Vale ressaltar, também, que para o SUS a descentralização é definida na concepção federalista (do exercício da pactuação), uma vez que coube à própria Constituição Federal de 1988 tornar os municípios integrantes da federação. Essas unidades subnacionais (inicialmente) adotaram um desenho de atuação peculiar, com profunda opção pela individualização e fragmentação da rede de serviços.

Esse foi um processo muito importante de descentralização, que não aconteceu (com tamanha envergadura) em nenhum outro sistema latino-americano e talvez europeu. Com altos e baixos, alcançou grande número de municípios (os mais importantes na geopolítica) e deu um forte suporte para a sustentação do SUS.

Ao mesmo tempo, observou-se a predominância de uma indefinição de papéis e poderes entre as diferentes esferas governamentais o que dificultou sobremaneira a unificação do comando do SUS (presente apenas nos seus princípios e diretrizes).

⁵³ De acordo com dados do MS (1994), na gestão incipiente caberia aos municípios controlar as AIH's na sua área; para a parcial foi acrescentada uma maior autonomia financeira e na semiplena, os municípios passaram a assumir responsabilidade integral das ações e serviços de saúde prestados pelo SUS no âmbito municipal. Concomitantemente, foram facultadas ao estado as habilitações nas condições de gestão parcial ou semiplena, apresentando funções, requisitos e modalidades de transferência de recursos federais diferenciados.

Esse novo paradoxo do processo de implantação do sistema passa a exigir a prática constante do acordo, pacto ou negociação baseado em relações de cooperação entre os entes governamentais, bem como entre estes e os prestadores de serviços.

2.1. Em busca da integração: a NOB-SUS 01/96 e os incentivos de financiamento

Dessa forma e na busca de um modelo assistencial mais aperfeiçoado, a NOB-SUS 01/96 conseguiu redefinir os seguintes itens como os mais relevantes na operacionalização do SUS: 1) promoção e consolidação do pleno exercício do poder municipal, quanto à função de gestor à saúde e a conseqüente redefinição das competências dos estados, do Distrito Federal e da União; 2) descrição da responsabilidade sanitária e dos respectivos instrumentos gerenciais de cada instância na prestação de serviços e ações ou na garantia da referência; 3) garantia de uma maior participação em mecanismos de transferência direta, regular e automática (“fundo a fundo”) de recursos financeiros federais a municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços prestados; 4) fortalecimento da gestão pactuada entre as instâncias gestoras do SUS, através de Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Tripartite (CIT); 5) incentivo à ação de acompanhamento, controle e avaliação no SUS, na perspectiva de um melhor desempenho de rede de serviços. Para atingir esse objetivo, o sistema deveria promover a sobreposição de dois eixos: a) o aperfeiçoamento de mecanismos já existentes focalizados no faturamento por produção de serviços; b) a criação de mecanismos inovadores que tenham como centro os resultados oriundos de uma programação efetuada a partir de critérios epidemiológicos; 6) estabelecimento de vínculos entre usuários e o SUS, enaltecendo as unidades familiares e comunitárias, bem como criando condições à ampla e significativa participação e controle sociais.

A NOB 96 teve a prioridade de inversão do modelo (hegemônico) de atenção à saúde no país e propiciou as condições para a construção da **integralidade** das ações e serviços de saúde. Ela organizou a atuação do setor

saúde segundo três eixos básicos e complementares: assistência, intervenções ambientais e políticas externas ao setor saúde⁵⁴; introduziu a idéia do SUS Municipal, caracterizou as singularidades conceituais presentes nos termos gerência e gestão⁵⁵, destacou o caráter transitório do modelo de gestão e finalmente, definiu a hierarquização do papel do poder público **federal e estadual** (e as suas responsabilidades nucleares).

Foram, então, a partir da NOB-SUS 01/96, criadas para os estados e municípios duas condições de gestão diferenciadas: Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual. Para os municípios, as condições de gestão foram: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde⁵⁶. Dessa forma, contribuiu para a eliminação do município prestador, uma vez que permitiu que estados e municípios se constituíssem em gestores plenos (de ações básicas e de toda a assistência).

Outro aspecto importante diz respeito aos novos aspectos do financiamento do SUS em consonância com a NOB-SUS 01/96. O Teto Financeiro Geral do Ministério da Saúde (TFG/MS) apresenta as seguintes fontes de receita: por um lado, a Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas (151) e Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social (154); e, por outro, a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (153) e Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (155).

Por sua vez, o fluxo dos recursos federais alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS) e repassados aos estados e municípios obedece à seguinte ordem e tipo de modalidade: 1) transferência regular e automática "fundo a fundo" (do

⁵⁴ Neste eixo foram consideradas como importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego e lazer, à habitação e educação e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

⁵⁵ O termo *gerência* corresponderia à administração de uma unidade ou órgão de saúde, prestador de serviço ao sistema; enquanto a *gestão* seria a atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal), de acordo com o exercício de funções: planejamento, coordenação, integração, negociação, controle, avaliação e auditoria.

⁵⁶ Conforme VIANA & DAL POZ (1998), a habilitação do município em Plena da Atenção Básica significou a gestão de todos os recursos para a assistência básica; enquanto, a Plena do Sistema implica gestão de todos os recursos para a assistência à saúde. Para ambas as modalidades o gestor municipal é o responsável pela contratação, controle, auditoria e pagamento dos serviços de saúde.

FNS para os FES e FMS), sendo repassado daí para as Unidades Prestadoras de Serviços (UPS); 2) remuneração por serviços produzidos com conseqüente repasse para as UPS; 3) repasse mediante convênio - neste caso particular, os recursos são depositados em conta específica, sendo (posteriormente) transferidos para os gestores estadual e municipal.

O Teto Financeiro Geral (TFG) para cada estado (TFGE) e município (TFGM) são definidos com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) e apresenta o seguinte trâmite legal: 1) o TFGE é submetido pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) ao MS (após pactuação na CIB e aprovação no CES), fixado com base nas pactuações realizadas na CIT (respeitadas as reais disponibilidades financeiras do MS); contém os tetos de todos os municípios habilitados ou não, a qualquer uma das condições de gestão; é formalizado por ato ministerial. 2) Por sua vez, o TFGM é submetido pela SMS à SESAP, após aprovação pelo CMS; fixado com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB, observados os limites do TFGE; é formalizado por ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Dessa forma, o TFG é constituído pelo Teto Financeiro da Assistência (TFA)⁵⁷, Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVS) e pelo Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Ainda com a edição da NOB-SUS 01/96, através da Portaria n. 2.202, de 5 de novembro de 1996, foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB-Fixo/Variável), o novo modelo de financiamento da Atenção Básica à Saúde⁵⁸.

O PAB foi regulamentado através da Portaria/GM/MS n. 1.882, de 18 de dezembro de 1997, estando em vigor desde fevereiro de 1998. Seu componente variável teve o montante de recursos definidos através da Portaria/GM/MS n.

⁵⁷ O TFA (do município ou estado) apresenta a seguinte composição: 1) PAB – Piso de Atenção Básica; 2) MAC – Assistência Ambulatorial de Médio e Alto Custo/Complexidade: a) FAE – Fração Assistencial Especializada (inclui procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos, insumos excepcionais, órtese e prótese ambulatorial); b) Alto Custo/Complexidade (APAC – Autorização de Procedimento de Alto Custo); 3) Atenção Hospitalar (internação): a) AIH – Autorização de Internação Hospitalar; b) FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa; c) IVHE – Índice de Valorização Hospitalar de Emergência.

⁵⁸ Neste texto, Atenção Básica à Saúde corresponde a um conjunto de ações individuais ou coletivas, localizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, e apresenta como objetivos a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Tem como base os pressupostos do SUS presentes na LOS n. 8080/90.

1.885, de 18 de dezembro de 1997. Este surgiu como um aperfeiçoamento do modelo de financiamento do SUS até então vigente (pagamento por produção de serviços), o que perpetuava a iniquidade dos municípios em relação às transferências de recursos federais. Isso ao se considerar que aos municípios maiores que apresentavam as suas redes de serviços estruturadas cabia significativo volume de recursos, enquanto os municípios menores enfrentavam sérias dificuldades para a expansão de sua rede, inclusive a própria rede básica. Julgava-se que a adoção destas medidas iria promover maior equidade entre os municípios, possibilitando aos menores à expansão de sua rede básica.

O PAB se constitui, portanto, em um mecanismo direto e automático de repasse de recursos financeiros federais para os municípios, no desenvolvimento de ações básicas de saúde. Muda a lógica de pagamento por procedimentos (tradicional desde a época da Assistência Médica da Previdência, nos anos 70), através da substituição do pagamento por produção pelo **financiamento per capita**.

A partir da edição dessa NOB, da criação do Piso de Atenção Básica (PAB) e da implementação acelerada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), tem início nova fase de um processo de reforma do SUS, que alguns analistas vêem como de caráter “incremental⁵⁹” do sistema, na qual o governo central privilegiou a consolidação do município como gestor à saúde.

Quanto a sua constituição, o Piso de Atenção Básica (PAB) é formado por um componente fixo, destinado à assistência básica, e outro variável, relativo a incrementos para o desenvolvimento de ações estratégicas em saúde.

O componente **fixo** do PAB, baseado na remuneração *per capita* e na idéia de expansão progressiva, tem seus recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (FES e FMS) e destinados ao cumprimento de ações básicas, tais como: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, vacinação, assistência

⁵⁹ Segundo VIANA & DAL POZ (1998), “Reforma Incremental do SUS” significa pequenos e sucessivos ajustes no seu funcionamento: no desenho e operação da política, nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos, nas formas de remuneração das ações de saúde e no modelo de prestação de serviços.

pré-natal, atividade de planejamento familiar, pequena cirurgia, atividades do agente comunitário de saúde, orientação alimentar e nutricional, ambulatorial e comunitária, assistência ao parto domiciliar por médico do Programa Saúde da Família e atividades de pronto atendimento.

Essa parte fixa é calculada pela multiplicação entre o valor *per capita* nacional (R\$ 10,00 a 18,00/hab/ano) e a população de cada município (fornecida pelo IBGE). O valor *per capita* varia de acordo com negociações entre os municípios e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e deve ser ainda aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e votado no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

No seu componente **variável** (ou adicional) estão previstos incentivos que variam de acordo com a implementação de cada uma das ações adicionais⁶⁰. Dentre o conjunto dessas ações, destacamos aquelas que mantêm uma **integração**, legalmente prevista, a saber: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa Saúde da Família (PSF); e Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN).

A prestação de contas dos recursos federais transferidos “fundo a fundo” aos estados e municípios deve ser realizada através de Relatório de Gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, encaminhado ao Ministério da Saúde e ao Tribunal de Contas do Estado ou Município. O Relatório deve apresentar como elementos básicos e fundamentais: a comprovação dos resultados alcançados em consonância com o seu plano de saúde; demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde (com realce às transferências recebidas de outras instâncias do sistema) e demais documentos acompanhados de parecer de órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Ao comando do SUS em cada instância de governo foi atribuída a responsabilidade de apresentar a cada três meses, um (detalhado) relatório, ao Conselho de Saúde e em audiência pública, às Câmaras de Vereadores e às

⁶⁰ O componente variável do PAB abrange incentivo às ações de combate às carências nutricionais (ICCN), PACS, PSF, assistência farmacêutica básica, vigilância sanitária e epidemiológica e controle de doenças (ECD).

Assembléias Legislativas correspondentes. Este deverá conter informações sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou em curso, bem como a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Além disso, a demonstração dos recursos de cada conta deverá ser realizada mediante conciliações e extratos, seja na prestação de contas ou quando solicitada pelos órgãos de controle.

Abre-se um parêntese para ressaltar que, entre os anos de 1998 e 2000, o MS publicou inúmeras portarias com o fim de influenciar o processo de descentralização, financiamento e relações entre os gestores. Neste sentido, o PAB, (inicialmente) criado como Piso Assistencial Básico, passou a constituir o Piso de Atenção Básica, o que ocasionou a ampliação de sua cobertura. Seus recursos são creditados em contas específicas, tanto para os municípios em gestão plena de sistema municipal habilitados segundo a NOB-SUS 01/96, quanto para aqueles na antiga gestão semiplena (NOB-SUS 01/93).

O PAB se constituiu em singular estímulo ao processo de descentralização. Desde a sua implantação, os municípios passaram a buscar as vantagens preconizadas, pela própria legislação, o que ocasionou considerável crescimento no quantitativo de municípios que aderiram ao processo de municipalização da saúde⁶¹.

O processo nacional de municipalização da saúde tornou evidente que a crise financeira do período (94/96) não foi suficiente para desestimular as iniciativas de habilitação conduzidas por estados e municípios.

No tocante aos estados, o movimento no sentido da habilitação não foi muito significativo. De acordo com LUCHESE (1996), em dezembro de 1995, apenas cinco estados haviam aderido à gestão parcial e quatro à gestão semiplena. Quanto aos municípios, segundo HEIMANN & cols (1998 apud LEVCOVITZ, 2001), em dezembro de 1995, apenas 24 municípios assumiram a gestão semiplena no país. Já em 1996, esse quantitativo sofreu um incremento e passou a 137, num total de cerca de 5.000 municípios, abrangendo as capitais de

⁶¹ No RN, a municipalização já atinge os 167 municípios do estado.

11 estados, com uma cobertura de 16% da população do país e utilizando 23% dos recursos financeiros do FNS destinados à assistência, o que significou uma expressiva tendência de adesão à sua habilitação.

O período compreendido entre 1999 e 2000 foi marcado por uma desaceleração das habilitações. Porém, em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios brasileiros já estavam habilitados em alguma das condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96, estando 523 municípios em gestão plena de sistema e o restante em gestão plena de atenção básica. Vale ressaltar que esta distribuição variou de acordo com as distintas regiões do país.

Dessa forma, a presente reflexão adotou como ponto de partida a NOB-SUS 01/96 e o PAB Variável, o qual, a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), publicada na Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001, buscou a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica. Esta norma regulamentou a assistência básica à saúde, através da ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica, definição do processo de regionalização da assistência; criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação em estados e municípios. A NOAS-SUS 01/2001 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), cujo financiamento do elenco de novos procedimentos será realizado através do PAB-Ampliado (PABA).

Em síntese, pode-se afirmar que as NOB-SUS e as NOAS-SUS⁶² constituíram-se em instrumentos jurídico-institucionais, bem como em estratégias de implementação, que tentam responder ao desafio da operacionalização do SUS nos anos 90 (e início de 2000), buscando dar continuidade ao processo de descentralização e a estruturação do sistema. Nesta perspectiva, estão voltadas para a regulamentação das relações entre as esferas de governo, no tocante aos mecanismos de repasse de recursos, a administração dos conflitos e das

⁶² A Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, publicou a (nova) Norma Operacional da Assistência à Saúde n. 01/2002 (NOAS-SUS 01/02), cessando os efeitos da portaria anterior (GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001). A atual portaria também regulamenta a assistência básica à saúde, mediante a ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica: estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

possibilidades do exercício da função indutora e regulatória pela gestão nacional do SUS.

Assim, as normas operacionais do sistema enfatizaram o princípio da descentralização, ao trazer à tona discussões acerca das condições legais e técnico-políticas favoráveis (ou não) a responsabilização (em algum grau) dos municípios pela gestão do sistema. Vale ressaltar que apenas em etapas recentes do processo de construção do SUS foram incorporados mecanismos indutores ou facilitadores de mudanças do modelo assistencial (NOB-SUS 01/96) e da regionalização (NOAS-SUS 01/2001).

Em seu conjunto, as ações que compõem o PAB Variável deveriam concretizar uma estratégia articulada e coerente, com a finalidade de implementar uma atenção básica resolutiva e de qualidade. No entanto, cada programa, além de percorrer trajetória particular, atende a objetivos, mecanismos de operação e população-alvo específicos.

Portanto, uma das questões fundamentais deste trabalho é examinar em que medida o Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais (ICCN) facilita ou dificulta esse tipo de integração mais ampliada da nutrição na atenção básica.

2.2. PACS/PSF: os elementos da integralidade

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi inspirado em experiências anteriores de prevenção de doenças, através de informações e orientações sobre cuidados de saúde e grupos de risco.

Foi criado em 1991 e implementado, assim como o PSF (1993), na Região Nordeste, em áreas situadas abaixo da linha da pobreza e incluídas no Mapa da Fome, traçado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com elevadas taxas de mortalidade infantil e sem acesso aos serviços de saúde. Além desse critério, houve ainda, por parte do nível federal, forte indução inicial para a priorização de municípios inseridos também no Programa Comunidade Solidária (CS), no Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) e no Polígono da Seca (PS). Ainda em 1991, com o surto de cólera, o Programa foi ampliado,

em caráter emergencial, para a Região Norte.

Inicialmente, entre 1991 e 1993, o PACS foi financiado através de uma modalidade convencional estabelecida entre o Ministério da Saúde e os municípios. Esse mecanismo de repasse de recursos financeiros exigiu a instituição do Fundo e do Conselho Municipal de Saúde previstos nas Leis Orgânica de Saúde (n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da sua Lei Complementar, n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990) e a sua normalização, através da NOB-SUS 01/91. O mesmo critério era exigido para os convênios do PSF.

O longo trâmite institucional da modalidade convencional se constituiu em barreira burocrático-administrativa a sua operacionalização, o qual teve como agravante a implantação, em simultâneo, de atividades do programa de forma contínua e em grande número. Acrescente-se a isso a baixa regularidade no repasse de recursos e as dificuldades operacionais na fiscalização do objeto.

A partir de 1993 e até a implantação do PAB, em fevereiro de 1998, o PACS⁶³ passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS). Vale ressaltar que durante “longos” cinco anos, o padrão de financiamento da saúde continuava atrelado ao modelo de produção de serviços (e do seu respectivo faturamento), com as suas inegáveis repercussões (negativas) sobre as características do sistema de atenção à saúde. O financiamento por faturamento apresentava como fatores limitantes a destinação de recursos para os programas como parte integrante do teto financeiro global e a forma de remuneração dos procedimentos, que não contemplavam as ações preventivas e de promoção à saúde.

Essas questões foram reformuladas quando da elaboração da NOB-SUS 01/96, que estabeleceu que tanto o PACS quanto o PSF fariam parte dos incentivos à atenção básica, mediante o componente variável do PAB. A proposta constante da NOB estabelecia, para ambos os programas, um incentivo crescente segundo a cobertura populacional atingida pelo município, calculado como um percentual do PAB Fixo.

⁶³ O PACS teve suas normas e diretrizes aprovadas através da Portaria n. 1.886/GM/MS, de 18 de dezembro de 1997, sendo ainda estabelecidos, através da Portaria n. 157/GM/MS, de 12 de fevereiro de 1998, os critérios de qualificação dos municípios aos incentivos do PACS e PSF.

O texto da NOB-SUS 01/96 definiu a seguinte proposta de incentivo para o PACS. A cada 5% da população coberta pelo programa o município receberia (adicionalmente) um percentual do seu PAB Fixo. Além desse valor, o município poderia receber recursos adicionais, distribuídos em três faixas de acréscimo em função dos níveis de cobertura do programa:

1) acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;

2) acréscimo de 2% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;

3) acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm como limite 30% do valor do PAB original do município. Vale ressaltar que os percentuais não são cumulativos quando a população é coberta pelo PACS e pelo PSF ou por estratégias similares.

Essa proposta de financiamento presente no texto da NOB-SUS 01/96 não chegou a ser implementada na sua forma original. Coube então à Portaria n. 157/GM/MS definir para o programa um valor único de R\$ 1.500,00 por agente/ano.

Ainda em 1998, conforme a Portaria n. 3.122, de 02 de julho de 1998 – MS, o repasse de recursos federais para o PACS tem como base de cálculo o valor de **R\$ 2.200/agente/ano**, onde cada agente assiste em média a 550 pessoas.

Vale ressaltar que os principais atores do programa apresentam uma postura de verdadeiros agentes políticos, o que torna o processo de mudança de modelo assistencial (teoricamente) irreversível. Isso guarda estreita relação com o fato de que, além de os ACS pertencerem à própria comunidade, residem no local de trabalho e apresentam (fortes) articulações com as associações de bairro. Por outro lado, se fizermos um contraponto com o PSF, vamos observar que enquanto os ACS apresentam um significativo “enraizamento” na comunidade, profissionais das equipes de saúde da família apresentam elevado grau de transitoriedade. Isso resulta em que são criados compromissos sociais e relações de trabalho distintos nas suas respectivas práticas de saúde.

O PACS é considerado hoje pelo Governo federal (BRASIL/MS, 2000), como uma estratégia-ponte para o Programa de Saúde da Família (PSF), por aglutinar elementos, como: concepção ampliada de saúde, demanda por busca ativa, enfoque centrado na unidade familiar e articulação com a comunidade.

Conforme dados do MS (maio de 2002) acerca da evolução do programa no país, o PACS apresentava 79,6 mil agentes em 1998, 135,3 mil em 2000 e 163.923 mil agentes distribuídos em 4.914 municípios no início de 2002, o que antecipa a meta de 150 mil ACS prevista para dezembro de 2002. Isso é, sem dúvida, produto da prioridade estabelecida pelo MS aos programas (PACS/PSF). Essa prioridade pode ser comprovada através do incremento contínuo dos recursos envolvidos: enquanto em 2001 foram transferidos aos fundos municipais (e estaduais) de saúde mais de R\$ 880 milhões, em 2002, apenas no mês de abril, foram 91 bilhões, o que projeta para o ano recursos na ordem de R\$ 1 bilhão de reais.

Quanto à sua vinculação institucional, o PACS e o PSF foram inicialmente gerenciados pela Fundação Nacional de Saúde (FNS). Em 1995, ambos foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS), adquirindo *status* de programas de concepção **integral** e **integrados** na sua organização interna.

Porém, em fevereiro de 2000, ambos os programas foram remanejados para o Departamento de Atenção Básica (DAB) vinculada à Secretaria de Políticas Públicas de Saúde (SPS). Esta mudança representou outra modalidade de institucionalização. Por outro lado, e talvez seja o ponto central, passou a ser a “menina dos olhos” do MS (e do atual ministro da Saúde).

O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implementado pelas Secretarias Municipais de Saúde como uma estratégia inovadora de transformação da racionalidade da assistência à saúde no Brasil. Apresenta como objetivo a reorganização das práticas assistenciais no SUS, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Foi instituído através da Portaria n. 692 e incorporado ao Ministério da Saúde em 1993. Iniciado em 1994, o programa apresentou um crescimento significativo nos

últimos dois anos, abrangendo pouco mais de um quinto da população do país⁶⁴ LEVCOVITZ & al. (2001).

Todavia, observa-se que apenas um pequeno percentual de municípios e da população apresenta índices de cobertura igual ou superior a 50%, meta preconizada pelo Ministério da Saúde para ser atingida até o ano 2002. Diante de sua relevância na saúde pública brasileira dos últimos anos, o PSF tem merecido inúmeras análises e títulos acadêmicos, com forte repercussão nacional. A estratégia de saúde da família é organizada a partir de uma Unidade (Pública) de Saúde da Família que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, através da equipe saúde da família (ESF), responsável por uma determinada população.

Formada por (no mínimo) um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis ACS (de acordo com a população coberta), cada equipe é responsável pela cobertura de 1.000 famílias (aproximadamente), o que corresponde a 2.400 a 4.500 pessoas. Outros profissionais, como odontólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico-bioquímico ou psicólogo poderão ser incorporados às equipes saúde da família ou formar equipes de suporte⁶⁵ à atenção básica, de acordo com as necessidades e possibilidades dos municípios, ou ainda através de financiamento federal. Portanto, o PSF reafirma e incorpora os pressupostos básicos do SUS referentes à universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

⁶⁴ Nos municípios de grande porte, com população superior a 100 mil habitantes (em número de 224 em todo o país, IBGE, 2000), esse processo tem-se desenvolvido de forma vagarosa, seja devido à consolidação do modelo tradicional de atenção básica (centrado na doença e de cunho curativo) em suas estruturas de oferta de serviços de saúde, seja em decorrência dos elevados custos apresentados pelo PSF durante o período de transição entre os dois modelos - o custo do programa de conversão.

⁶⁵ No planejamento do PSF-Natal estão previstas, além de equipes mínimas do PSF, as equipes de suporte à atenção básica, de caráter multidisciplinar. Vale ressaltar que as equipes multiprofissionais de saúde presentes na atenção básica em Natal/RN são formadas por médicos pertencentes às três clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica geral), enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, farmacêutico-bioquímicos e odontólogos, desde a criação da SMS de Natal (em 1985); os nutricionistas foram incorporados às equipes em 1989. No Distrito Sanitário Norte, área de expansão do PSF, além da equipe mínima do programa (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem) foram ainda integrados os odontólogos e os auxiliares de consultório dentário (ACD). Estes constituíram a equipe de saúde bucal, onde cada uma dessa equipe dará cobertura a população assistida por duas ESF.

O financiamento dessas estratégias envolve, além de recursos federais, as contrapartidas estaduais e municipais. Durante os anos de 1994 e 1995, os recursos foram repassados através de convênios firmados entre o Ministério da Saúde e os municípios. Porém, a partir de 1996 e até 1998, passou a ter os seus serviços remunerados pela tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA/SUS, que inclui: visita domiciliar por técnico de nível superior, consulta e atividade de enfermagem, visita domiciliar por técnico de nível médio e por ACS, bem como atividade de educação em saúde (e até de promoção à saúde).

A partir de 1998, com a clara intenção de privilegiar os gestores que procurassem ampliar a cobertura do PSF, foram formuladas algumas propostas de cálculo desse incentivo financeiro: a do próprio texto da NOB-SUS 01/96 (não implementada na forma original) e as propostas contidas nas Portarias n. 157, de 19 de fevereiro de 1998, e 1.329, de 12 de novembro de 1999, que serão examinadas na seção 4.

Esses recursos federais do SUS devem ser utilizados na execução de ações e serviços no âmbito da atenção básica à saúde, sendo submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). E, ainda, constar nos Planos de Saúde (LOS 8080/90), de Aplicação de Recursos do Município, no seu orçamento e ser (devidamente) identificado no Fundo Municipal de Saúde (FMS), *como receita operacional oriunda da esfera federal*.

O Plano de Investimentos dos recursos deve conter a previsão de gastos com os distintos itens de despesas de custeio e de capital. Dentre as despesas com custeio, destacamos: pessoal (incentivos e produtividade), material de consumo, serviços de terceiros (conserto de veículos, instalações elétrica e hidráulica, pintura das unidades de saúde), outros e encargos (água, luz, gás, telefone, vale transporte, serviços de limpeza); enquanto os gastos com capital correspondem à aquisição de equipamentos, material permanente e a execução de obras e instalações (construção, ampliação e reforma) em unidades do conglomerado operacional de saúde que desenvolvam ações básicas.

Por outro lado, não devem ser utilizados em despesas com atividades administrativas das secretarias de Saúde, bem como para a aquisição, ampliação e reforma de imóveis e aquisição de equipamentos que não sejam destinados às

ações “finalísticas” de saúde.

Além desses mecanismos de incentivos propostos pela NOB-SUS 01/96, o PSF é ainda contemplado com recursos do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (**REFORSUS**)⁶⁶, destinados aos investimentos nas unidades assistenciais e na criação de “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família” nos estados, através de articulações entre as Secretarias de Saúde e Instituições de Ensino Superior.

Os Pólos de Capacitação têm como objetivo principal contribuir com a Política de Recursos Humanos em Saúde, incluindo **novos saberes e práticas**, necessários à efetivação do programa. Atuam em três momentos distintos no processo de capacitação de pessoal para Saúde da Família: 1) treinamento introdutório, no momento em que ocorre a inserção dos profissionais nas equipes; 2) educação permanente em serviço, com introdução de temas técnicos que satisfaçam a realidades epidemiológicas e nosológicas, bem como necessidades das equipes; 3) nível de formação profissional, seja de graduação ou de pós-graduação (Especialização e Residência em Saúde da Família). Atualmente, os pólos se encontram implantados em todos os estados brasileiros, constituindo uma rede de mais de cem instituições de ensino superior que compartilham com os gestores do SUS a responsabilidade pela qualificação dos recursos humanos para o novo modelo de atenção à saúde. Em decorrência da forte indução realizada nos últimos meses pelo Ministério da Saúde, o PSF vem sofrendo rápida e singular expansão.

Segundo dados publicados pelo MS (maio de 2002) acerca da atual situação de implantação do programa no país, em 1998 já havia 3.083 Equipes Saúde da Família (ESF); em 2000 esse número cresceu para 8.604 equipes, e atualmente existem 15.201 equipes distribuídas em 3.948 municípios que assistem a aproximadamente 50 milhões de brasileiros. Acrescente-se a esse número as 3.183 Equipes de Saúde Bucal (ESB) presentes em 1.751 municípios

⁶⁶ O Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) constitui investimento de iniciativa do MS e conta com o apoio e financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial, além dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento. Suas ações foram organizadas em torno de dois eixos básicos: 1) apoio à melhoria da capacidade e da eficiência do SUS; 2) promoção de inovações na administração do setor saúde.

brasileiros⁶⁷, cujas ações foram incorporadas ao PSF a partir do início de 2001.

Outro elemento técnico importante na discussão do PSF diz respeito à prática do planejamento local, que exige a organização de uma base municipal de um Sistema de Informações de Atenção Básica/SIAB nas Unidades de Saúde da Família e que, de acordo com o *Manual para a Organização da Atenção Básica* do MS, “constitui um sistema gerencial estratégico no monitoramento das ações do PSF”. O SIAB apresenta os seguintes dados de alimentação obrigatória: 1) dados cadastrais das equipes de saúde da família; 2) dados cadastrais das famílias acompanhadas pelo PSF.

Caso não haja alimentação dos Sistemas de Informação – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, acontecerá a suspensão do programa⁶⁸.

No período compreendido entre 1997/1999, foram apurados indicadores de **morbidade** (prevalência de diarreia em menores de 02 anos, incidência de baixo-peso ao nascer, prevalência da desnutrição em crianças menores de 01 ano e de 12 a 23 meses) e de **mortalidade** (taxa de mortalidade infantil, proporcional, por diarreia, por IRA, proporcional de mulheres de 10 a 49 anos) que, ao serem submetidos a uma mensuração a partir de ações no âmbito do MS e dos municípios, revelaram significativas alterações (positivas) no perfil sanitário das populações assistidas, com destaque para a atuação de equipes de saúde da família, conforme alguns autores, como VIANA (2000) e SOUSA (2000).

Quanto ao projeto de expansão do PSF, sua implantação tem provocado forte debate na **área de saúde de Natal**, resultando na formulação dos seguintes

⁶⁷ Em 2001, foi proposta a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF. Nesse caso, o financiamento é realizado por equipe e não por cobertura populacional. O MS definiu um incentivo financeiro anual de R\$ 13.000,00 por equipe para municípios que constituíssem ESB na Modalidade I – composta por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário (ACD); o valor aumentava para R\$ 16.000,00 por equipe quando a ESB incluía um técnico de higiene dental, o que caracterizava a Modalidade II. Para o investimento em equipamentos foi fixado um incentivo de R\$ 5.000,00 por equipe.

⁶⁸ Segundo MS, Art.12, da Portaria n. 157, de 12/02/1998.

questionamentos⁶⁹: 1) possibilidades de desmonte da rede preexistente para a implantação do PSF, diante da introdução pragmática da proposta sob forte estímulo de incentivos financeiros; 2) inexistência de profissionais capacitados para implementação do trabalho, a qual vem sendo reduzida pela introdução dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família, que visa a promover uma aproximação entre o serviço e a unidade, além de induzir algumas experiências concretas a partir da academia; 3) processo acelerado de “substituição” das práticas em unidades de saúde já preexistentes, a qual, além de não permitir a implementação de uma prática pactuada, pode ainda provocar o desmantelamento da rede de saúde.

Neste sentido, acredita-se que no processo de reestruturação da rede assistencial sejam prioritárias as adesões institucionais articuladas ao apoio político e gerencial, além do fortalecimento do sistema de referência e contra-referência. Torna-se evidente ainda a necessidade de uma melhor definição das responsabilidades das três instâncias de governo e de ampla participação e avaliação por parte dos profissionais e usuários do SUS.

Apesar da necessidade de “novos” recursos financeiros para a expansão das ações estratégicas (PACS/PSF), a “força motriz” que impulsiona o processo não pode ficar restrita às molduras dos mecanismos de indução do nível central. Há necessidade de criação de novos espaços, nos quais os movimentos de integração entre as ações programáticas básicas de nutrição e saúde e a integralidade na oferta de suas ações nas práticas de saúde (enquanto um “valor” do SUS) sejam priorizados e defensáveis.

A base de cálculo tomada como referência pelo MS para a expansão dos quantitativos destinados à estratégia de saúde da família tende a beneficiar os pequenos municípios, considerando-se os percentuais de cobertura adotados. Com o seu projeto de expansão, Natal apresentará uma cobertura de 40% da população do município, mas o valor do repasse federal por cada equipe será menor do que aquele repassado a um pequeno município do estado, o qual apresente 100% de cobertura populacional. Isso dificulta a operacionalização do

⁶⁹ Em recente matéria jornalística, o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (SINDSAÚDE) se posicionou (criticamente) em relação ao desenvolvimento do PSF em Natal.

sistema, considerando-se a capacidade instalada e a densidade tecnológica das capitais brasileiras.

Além disso, há necessidade da elaboração de uma proposta integrada de supervisão e monitoramento das equipes, a ser desenvolvida (de forma ideal) por instituições acadêmicas e de serviços. No que diz respeito aos Pólos de Capacitação, além dos treinamentos introdutórios, se torna relevante a implantação de uma política de educação continuada no processo de trabalho, que abranja tanto as áreas gerencial e assistencial quanto a pedagógica, e que permita a construção de atitudes e ferramentas “amistosas” ao reordenamento dos serviços, com valorização da atenção básica à saúde. Acrescente-se a isso a necessidade do desenvolvimento de um programa de avaliação dos Pólos e de elaboração de seus indicadores de monitoramento.

Mais ainda: o município, ao utilizar os recursos federais para reordenamento da atenção básica, através da expansão nos quantitativos das equipes saúde da família (e de seus agentes comunitários), deve assegurar a vinculação entre as dimensões política, técnica e financeira. Caso contrário, compreende-se que irá apenas contribuir para o aumento no grau de insatisfação de distintos segmentos societários relativo ao modelo assistencial vigente.

Conseqüentemente, um novo “olhar” para a atenção básica à saúde que contemple uma “nova” integralidade no SUS requer tanto a revisão crítica de concepções e experiências anteriores, quanto a sintonia com a complexidade da surpreendente realidade de saúde e de suas tendências, aqui sucintamente examinadas. Nesse sentido, procurou-se ampliar o olhar “clínico”, com um olhar epidemiológico e social sobre a problemática de saúde e nutrição, sem ignorar a relevância de culturas e valores das sociedades e suas possibilidades de transformação.

Diante de tudo o que foi exposto, acredita-se também que uma efetiva integração entre as ações estratégicas de saúde e nutrição facilitaria o reordenamento da assistência. E mais: uma integração entre a assistência à saúde e a formação de recursos humanos torna-se elemento indispensável neste processo. Para tanto, acredita-se que sejam fundamentais o desenho e a implementação de estratégias e mecanismos de cooperação entre os provedores

de serviço (profissionais e serviços de saúde), os cidadãos e a universidade, observando as especificidades das responsabilidades e papéis de cada um desses atores sociais. Isto tudo com o objetivo precípua do cumprimento dos princípios norteadores do SUS e melhores condições de saúde e nutrição, para todos e para cada um.

Portanto, ao término desta sucinta exposição sobre os dispositivos de financiamento do PACS/PSF, apreendeu-se que seus incentivos foram separados pela instância federal: enquanto o incentivo ao PSF é utilizado no custeio da ESF (sem os seus ACS) e guarda estreita relação com os propósitos da reorganização da atenção básica e da universalização do programa, o incentivo ao PACS é aplicado no pagamento aos ACS (vinculados ou não às ESF). A utilização desse incentivo em programas de ACS desenvolvidos de forma isolada pode ser considerada como uma estratégia provisória de extensão de cobertura utilizada sobremaneira durante a vigência do Sistema Nacional de Saúde (1975), na implementação das antigas ações primárias de saúde.

De forma paralela ao PACS/PSF, o PCCN recebe seu incentivo financeiro às ações de combate às carências nutricionais (ICCN) através do PAB - incentivo variável, modelo de financiamento já examinado anteriormente. Em que medida o PCCN se constituiu enquanto uma estratégia de reordenamento das ações de nutrição na atenção básica à saúde é a dimensão a ser examinada no próximo item.

2.3. PCCN: estratégia de reordenação das ações de nutrição na atenção básica à saúde?

Como uma “estratégia de ação” da área de nutrição (e saúde) voltada para o combate à desnutrição energético-proteica (DEP) e às carências nutricionais específicas, foi criado, através da Portaria Ministerial GM/MS n. 2.409, de 23 de março de 1998 (modificado pela Portaria n. 709, de junho de 1999), o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN).

Sucedâneo do Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional, mais conhecido como o Programa “Leite é Saúde⁷⁰”, tem como objetivo “(...) prestar uma ação integral à saúde de crianças menores de 24 meses, filhos de mães soropositivas para HIV com idade inferior a 06 meses, gestantes e idosos em risco nutricional e crianças de 24 e 59 meses”.

O PCCN é, portanto, constituído por dois eixos: 1) suplementação alimentar a crianças de 6 a 23 meses (grupo-alvo prioritário), mediante o fornecimento de um litro de leite integral em pó (ou fluido pasteurizado, com um mínimo de 3% de gordura) por dia e uma lata de óleo de soja por mês; 2) atividades de promoção, prevenção e recuperação nutricional para os demais grupos (já descritos anteriormente).

Assim, além da distribuição do leite e óleo de soja⁷¹ destinada às recuperações nutricionais, estão ainda previstas atividades no âmbito da promoção à saúde e prevenção de doenças, dentre as quais destacamos: 1) incentivo ao aleitamento materno exclusivo (até o 6º mês de vida) ou misto (até os 02 anos), com inclusão de orientação à técnica adequada de amamentação; 2) orientação alimentar e nutricional, com base nos princípios da alimentação saudável, durante o período da amamentação e na introdução de alimentos complementares no esquema alimentar da criança e no desmame (após o 6º mês); 3) reforço à importância de cumprimento do calendário de consultas e de vacinação para a promoção do estado nutricional da criança e gestante, assegurando o registro de dados (corretos) nos seus respectivos cartões; 4) reforço aos cuidados com a higiene corporal da mãe, da criança, dos alimentos e do ambiente, além da saúde bucal; 5) controle e monitoramento do estado nutricional: crianças através do CD, e gestantes do pré-natal; 6) ações educativas de prevenção da desnutrição e das carências de micro nutrientes (ferro, vitamina A e Iodo).

⁷⁰ O Programa “Leite é Saúde”, apesar de apresentar o mesmo objetivo do PCCN, tinha o seu repasse de recursos realizado através de convênio.

⁷¹ O óleo de soja é recomendado como suplemento alimentar energético e importante fonte de ácidos graxos essenciais ao organismo humano, além de servir de transporte para as vitaminas lipossolúveis A, D, E, e K.

Além dessas ações de promoção à saúde, estão ainda previstas no âmbito do programa as distribuições de medicamentos para o combate às deficiências de ferro e vitamina A e as ações de combate às carências nutricionais específicas para os filhos de mães soropositivas para HIV com idade inferior a 06 meses.

Estas ações deveriam assegurar a qualidade biológica, sanitária e tecnológica dos alimentos e seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

Para o recebimento de incentivos financeiros adicionais (Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais - ICCN) previstos para o financiamento do programa, há exigências adicionais do MS a serem cumpridas pelos municípios: integrar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e elaborar o Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais, em consonância com o seu Plano Municipal de Saúde.

Os dados antropométricos destinados ao SISVAN são produzidos a partir de indicadores preconizados pelo MS e utilizados como referências municipais: 1) para crianças, a relação utilizada corresponde ao peso x idade (P X I), padrão de classificação do National Center for Health Statistics (NCHS/OMS) e distribuição em percentis; 2) para as gestantes, a avaliação é realizada através da Classificação de Pedro Rosso e da relação curva de peso x altura, desenhada a partir da representação expressa em percentual de peso em relação à idade gestacional. De acordo com dados do MS (BRASIL/MS, 2000), o PCCN está presente em 88,5% dos municípios brasileiros e beneficia 92,5% da sua clientela-alvo. Sua cobertura vem-se dando para além dos municípios definidos como prioritários pelos programas de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), Comunidade Solidária (CS) e os municípios do Polígono da Seca.

No cumprimento das normas estabelecidas pelo MS, relativas à prestação de contas das ações programáticas, verificou-se que esta é realizada sob a forma de relatórios de gestão, valendo a pena ressaltar algumas evidências. No tocante ao PCCN, foi constatado que o repasse de recursos federais corresponde a uma (pequena) parcela do valor total comprometido no programa, destinados ao fim específico - aquisições dos suplementos alimentares leite e óleo de soja. Estas

são feitas através de licitações anuais, das quais participam os fornecedores locais.

A análise dos relatórios de gestão do PCCN referentes ao período de 1998 a 2001 torna evidente a garantia da regularidade das parcelas mensais sob a responsabilidade do Governo federal. Quanto à contrapartida municipal, a aplicação dos recursos não apresenta a transparência exigida - o Plano Municipal de Ações de Combate às Carências Nutricionais (2001) não foi submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, conforme preconizam as normas do MS. Além disso, as metas apresentadas não se encontram devidamente quantificadas, o que tem dificultado sobremaneira seu processo de avaliação.

Com relação ao PACS/PSF, como a transferência de recursos mensais do nível federal não apresenta uma destinação específica (exceção para a compra de equipamentos e veículos) a sua aplicação se torna sujeita a desvios e distorções de suas finalidades prioritárias, segundo análise de ROCHA (2000, p. 137).

As contrapartidas financeiras estaduais e municipais, aliadas à prioridade e ação política local, são importantes na garantia de uma atenção integral à saúde da população, propiciando uma forma hierarquizada e regionalizada de organização da rede e procurando garantir aos cidadãos (e não-usuários) a referência e contra-referência aos serviços assistenciais. Porém, deve-se considerar que o acesso universal e equânime da população ao conglomerado assistencial de serviços sanitários, de saúde e educação existentes no município ainda continua restrito, o que fere princípios constitucionais vigentes.

Em suma, os resultados encontrados evidenciam uma deficitária realidade financeira do município, não restando dúvidas de que o modelo de repasse de recursos federais ("fundo a fundo"), através do PAB (componente variável), se constitui em um promotor de políticas públicas setoriais. Porém, vale ressaltar que esse modelo de repasse de recursos financeiros estruturados por componentes do incentivo variável do PAB, como o ICCN, destinados às ações da atenção básica a que ele visa incentivar, não é elemento facilitador da integração entre os programas e da integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde.

Segundo texto do INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA (2001), resultados de uma pesquisa sobre o estado nutricional da clientela infantil dos Programas PACS/PSF e ICCN em municípios da Região Nordeste evidenciaram que a prevalência mensal da desnutrição declinou (continuamente), passando de 15,6% para 13,2%, o que equivale a um declínio relativo de cerca de 14,4%. Este comportamento declinante da desnutrição infantil supera em três vezes a tendência secular de declínio da desnutrição observada na Região Nordeste a partir dos inquéritos nutricionais ali realizados entre 1989 e 1996. Em termos de efetividade de políticas sociais, julgou-se o (curto) período de dois anos ainda insuficiente para a elaboração dessas “evidências”.

Apesar de a implantação do ICCN nos municípios estudados estar relacionada à tendência declinante da desnutrição infantil, foi criada pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS outra forma de intervenção sobre a questão alimentar e nutricional: o Programa de Renda Mínima Vinculada à Saúde - “Bolsa Alimentação”⁷².

O Programa Bolsa-Alimentação foi regulamentado através da Medida Provisória n. 2.206, de 10 de agosto de 2001.

Segundo documentos oficiais examinados, o programa tem como objetivo a promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, mães em fase de amamentação (nutrizes) e crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, de famílias com renda mensal de até R\$ 90,00 reais *per capita*. Os benefícios do programa são pagos através de cartão magnético nos pontos de atendimento da Caixa Econômica Federal, em nome da mãe ou do responsável.

Vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS), constitui incentivo financeiro direto, no valor de R\$ 15,00 por pessoa/mês, pertencente ao grupo-alvo referido. Cada família cadastrada poderá receber até três bolsas, ou seja, R\$ 45,00 por mês. A família receberá o benefício em parcelas mensais por um período de seis meses. Esse período poderá ser renovado, mediante avaliação do

⁷² No Rio Grande do Norte, a adesão ao Programa tem acontecido de forma lenta: enquanto nos estados do Amapá, Roraima e no Distrito Federal as adesões municipais já atingiram 100%, o Estado conta com 71% de adesões entre os seus 169 municípios. Vale ressaltar que dos dez municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal e dos cinco que constituem a área metropolitana, apenas Natal ainda não realizou a adesão ao Programa.

cumprimento da agenda de compromissos e manutenção dos critérios socioeconômicos de elegibilidade.

É destinado à complementação da renda familiar para reforço da alimentação e exige que a família cumpra uma agenda de compromissos em saúde e nutrição com o sistema local de saúde. Essa agenda consiste de ações básicas de saúde, como: fazer consultas de pré-natal, pesar e vacinar (regularmente) as crianças, e receber orientações sobre alimentação e planejamento familiar. Objetiva, portanto, ser um mecanismo importante de vinculação entre as famílias em risco e o SUS, com vistas ao fortalecimento de ações básicas de saúde.

Note-se que o setor de alimentação e nutrição (assim como o da saúde) atravessa uma fase de transição e que rotineiramente desafios são postos à implementação de suas políticas (e de seus programas). Exemplificando, torna-se pertinente destacar a necessidade da integração da política de alimentação e nutrição (e seus programas) com outras políticas públicas - em especial a do setor saúde, do aprimoramento da capacidade técnica e de gestão nas instâncias estaduais e municipais.

Torna-se imprescindível destacar que neste início de milênio um grande desafio posto à área de alimentação e nutrição é ampliar o tratamento das questões de nutrição para além de procedimentos técnicos mensuráveis ao nível de custo benefício, como por exemplo: "distribui-se leite a preço X, melhora-se a nutrição de crianças com resultados Y", na busca de soluções para a problemática da desnutrição infantil.

Nesse sentido, na implementação da (nova) Política Nacional de Alimentação e Nutrição" (e dos seus programas suplementares) deve ser considerada a contextualização tanto de fatores fundamentais relacionados as condições de vida de determinados grupos populacionais, quanto das diretrizes técnicas dos programas, como algo imprescindível às boas práticas integrais.

E mais. Ainda que se identifiquem aspectos comuns entre os programas aqui referidos, cada contexto e seus atores introduziram diferenças relevantes em cada um deles. Talvez a contextualização, a negociação local, os atores sociais e

as suas relações sejam condições importantes para a viabilização e implementação de propostas de política, em cada um dos locais e momentos históricos.

Em síntese, constata-se que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição não conseguiu avançar além da construção de uma polêmica agenda para a referida área, onde se torna evidente a atual disjuntiva no âmbito desta política setorial. Isso se expressa claramente no dilema municipal de manter o PCCN ou aderir ao recente Programa de Remuneração Mínima Vinculada à Saúde: “Bolsa - Alimentação”, ou ainda manter os dois programas. Por outro lado, em simultâneo, surgem evidências de “incertezas” presentes no Ministério da Saúde (e na Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição), o que reforça as indefinições institucionais frente à implementação dessa política.

Enquanto o PCCN é financiado pelo PAB (incentivo variável), importante dispositivo financeiro de indução na equidade de repasses dos recursos federais e das políticas municipais, com os seus recursos processados no interior da máquina pública, o Programa Bolsa - Alimentação, se configura como uma transferência direta de renda (do Governo federal à população). Desta forma, apresentaria uma menor intermediação e custo institucional, apesar de exigir o cumprimento de um termo de compromissos sociais. A adesão do município ao programa ocorre mediante seu compromisso em disponibilizar todos os serviços de atenção básica à saúde que fazem parte da agenda positiva.

Por outro lado, essa “transposição” de renda é justificada, pela esfera federal, como uma forma de equacionar os aspectos (negativos) atribuídos aos municípios, na implementação do PCCN: distorção na utilização de recursos, reduzida transparência na aplicação dos recursos federais e ineficiência das instituições públicas locais. No entanto, a transferência direta de renda presente no Programa Bolsa-Alimentação também apresenta riscos, como o enfraquecimento dos mecanismos institucionais (permanentes), sem garantia da obtenção dos fins (alimentação), por “desvios” no meio social/familiar (pressões políticas na renovação do benefício e outras prioridades na utilização dos recursos).

Vale ressaltar também que nesta modalidade existe menor controle institucional sobre as sucessivas mediações dos recursos. Dessa forma, talvez o novo desenho de ação programática adotada pelo MS para a área de nutrição e saúde (“Bolsa-Alimentação”) apresente maior grau de dificuldade quanto à integração de políticas públicas e também não propicie o fortalecimento dos mecanismos institucionais.

E mais: após a criação formal do SUS, através da promulgação da Constituição Cidadã e da sua regulamentação mediante legislação infraconstitucional, constatou-se que sua implementação ainda não está (plenamente) conformada. Isso tem ocorrido com uma lenta e gradual batalha, primeiramente, tendo como alvo sua legislação (Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e 8.142) e, posteriormente, as normas operacionais básicas do Executivo federal, o que parece continuar demonstrando o poder de regulamentação da direção nacional.

Por outro lado, acredita-se que o fato de as normas operacionais do SUS terem sido substituídas em cinco contextos distintos, nos últimos anos (da NOB-SUS 01/91 a NOAS-SUS 01/02), torne evidente que não existe *a priori* qualquer tendência de cristalizar os erros e obstáculos. Porém, na medida em que a perspectiva de um processo de construção (integrada) de ações programáticas em alimentação e nutrição (e saúde) caminha, não haveria necessidade de sua inclusão em normas mais abrangentes, discutidas e de consenso geral?

Após iluminar algumas questões de contexto relativas ao setor saúde (e suas ações estratégicas) na década de 90 e início do século XXI, pretende-se analisar, com maior ênfase, as questões relativas a alimentação e nutrição. E nesse sentido, cabe interrogar: seria o valor da transferência do ICCN suficiente para garantir a recuperação nutricional de crianças e gestantes beneficiárias do programa (PCCN)? Em que medida determinados arranjos observados nas práticas dos nutricionistas na atenção básica à saúde, nos Distritos Sanitários de Natal, podem ter sido induzidos pelo mecanismo de financiamento do governo federal? Seria o ICCN uma forma inovadora de repasse de recursos federais? Propiciou a integração entre os programas e a integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde? E mais: quais alternativas poderiam ser pensadas

para a questão? Nesta perspectiva, partiu-se para delinear os contornos do cenário local, que serão apresentados na seção 3.

CAPÍTULO 3. Estudo de caso: Natal

3.1. O Perfil da Cidade do Natal

3.1.1. Aspectos socioeconômicos e ambientais da formação do município e a ocupação do espaço urbano

O município de Natal, sede da pesquisa de campo, é a capital do Rio Grande do Norte e está situado na Região Nordeste do Brasil. Integra, com mais cinco municípios circunvizinhos (Parnamirim, Macaíba, São Gonçalo do Amarante, Extremoz e Ceará Mirim), a Região Metropolitana⁷³ do estado.

A Região da Grande Natal é a principal área do estado, porta de entrada e saída de mercadorias, serviços básicos e turistas. Natal hoje conta com 712 317 habitantes, enquanto a Grande Natal possui 1.043.321 habitantes, o que equivale a 37,6% da população total do estado (IBGE, 2000).

A primeira forma de ordenamento urbano de que se tem registro aconteceu no início do século passado. Constou de um plano elaborado pelo arquiteto italiano Antônio Polidrelli, o qual criava a Cidade Nova (bairros de Petrópolis e Tirol) e a Avenida Oitava (Hermes da Fonseca).

O seu crescimento urbano foi incrementado, na década de 40 do século XX, no teatro de operações da II Guerra Mundial, com a instalação de uma base aérea e naval dos Estados Unidos no município de Parnamirim. Natal passou então a ser conhecida (nacionalmente) sob o signo da Cidade “Trampolim da Vitória”. Já neste período a marcante presença norte-americana pressionou comércio, indústria e serviços, o que despertou nos gestores municipais singular preocupação com a expansão racional do espaço urbano.

A presença americana em Natal pode ser detectada para além dos aspectos militares e de influência nos costumes locais, ao promover interferências

⁷³ Segundo o Censo Demográfico, IBGE (2000) foi a Constituição Federal de 1988 (no seu Artigo 25 Parágrafo 3º) que facultou aos estados a instituição de Regiões Metropolitanas, “*constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum*”.

no modo de ocupação do município, através da construção da sua malha viária. A ligação entre Natal e a base aérea propiciou a sua expansão em direção ao sul. Essa estrada valorizou os bairros de Petrópolis e Tirol e fixou a população às suas margens, indo até o sopé das dunas ao leste. Outra variante que também incentivou o crescimento em direção ao oeste foi a estrada de ferro, em cujas circunvizinhanças nasceram inúmeros aglomerados populacionais, como, por exemplo, o Carrasco (hoje o Bairro Dix Sept Rosado).

Nos anos 60, surge a Cidade da Esperança, novo signo da ocupação periférica e primeiro conjunto habitacional de Natal. O crescimento urbano continuou de forma intensa nos anos 70 e 80 e a cidade passou então a contar com 27 bairros. Já no sentido norte, o surgimento de conjuntos habitacionais foi (fortemente) incentivado pela implantação do Distrito Industrial de Natal.

Segundo MINEIRO (1999), o primeiro Plano Diretor da Cidade, o *Plano Serete*, foi elaborado ainda em 1967. Na década de 70, com a aprovação da Lei n. 2211, que dispunha sobre a atualização do Plano, tem início a constituição de um arcabouço jurídico-legal pertinente. Esse é complementado em meados de 1984, com a elaboração de um novo Plano Diretor para o município, aprovado através da Lei n. 3.175, que tinha como objetivo impedir distorções visíveis quanto à velocidade e caráter especulativo do crescimento urbano. Porém, sua implementação foi prejudicada pelo *lobby* exercido pelos grupos econômicos ligados a especulação imobiliária. A partir de 1984, Natal passou a ser considerado um município urbano, cuja população se encontra distribuída em 35 bairros nas quatro regiões administrativas, uma área de Proteção Ambiental, o Parque das Dunas e 27 localidades.

Com a aprovação da Lei Complementar n. 07, de 05 de agosto de 1994, publicada no Diário Oficial da União de 07 de setembro de 1994, é aprovado o Plano Diretor em vigência. Este contou com a participação decisiva de técnicos em urbanismo e da sociedade civil em geral, numa tentativa de resguardar os interesses da cidade e das novas gerações. A partir de 1997, como parte integrante da agenda governamental da instância municipal na área de planejamento e urbanismo, constaram inúmeras discussões acerca da

implementação e necessidade de atualização do Plano Diretor do município de Natal.

Os fatos mencionados permitem traçar os contornos da formação e ocupação de Natal, onde (paradoxalmente) continua privilegiada a função estratégica e de defesa, comprovada através da manutenção de concessões de extensas áreas urbanas para unidades das forças militares.

Vale a pena ressaltar alguns problemas da Cidade relacionados a sua urbanização, como o surgimento e consolidação de favelas instaladas de forma desordenada em áreas ribeirinhas, resultante da especulação imobiliária urbana. O Paço da Pátria constitui um exemplo desse tipo de favela, por ser formada por uma população ribeirinha, localizada em um bairro central de Natal (Cidade Alta), às margens dos manguezais e bem próxima ao rio Potengi, que banha a capital do estado.

Além da ocupação irregular na área do mangue do Paço da Pátria, acontece também a ocupação em outros povoados próximos: Ocidental de Baixo, Areado e Salgadinho⁷⁴.

Os números do IBGE (2000) evidenciam que os bairros do município de Natal estão submetidos a um forte incremento populacional. O bairro de Nossa Senhora da Apresentação apresentou um forte incremento em sua população (desde a contagem populacional de 1996) e passou de 38.078 para 56.522 habitantes, tornando-se o bairro mais populoso de Natal - ultrapassou inclusive o bairro de Potengi, que conta com 56.259 pessoas. Os dois bairros estão localizados na Zona Norte da cidade e o seu crescimento populacional reflete um movimento do fluxo migratório em direção ao município de São Gonçalo do Amarante.

Outros bairros que também apresentaram crescimento nessa área foram Igapó e Pajuçara. Por outro lado, o bairro de Guarapes não apresentou crescimento populacional. Tinha 13.908 pessoas em 1996 e no presente

⁷⁴ Há cerca de seis meses vem sendo desenvolvido um projeto local, inserido no Programa Nacional "Habitar Brasil BID", o qual já alocou recursos dos Governos federal e municipal da ordem de 8 milhões de reais, sendo 800 mil de contrapartida municipal. Neste projeto estão previstas as ações de construção de calçamento e realização de drenagem e saneamento, conforme já realizada na Favela Beira Rio, localizada no bairro de Igapó, Zona Norte da cidade.

momento conta apenas com 8.415 habitantes. Em menor escala também perderam população os bairros Quintas, Nordeste e Nova Descoberta, localizados na Zona Oeste da Cidade.

3.1.2. Aspectos territoriais e administrativos

Natal concentra a maior população e fluxo turístico do estado e apresenta grande demanda em termos de infra-estrutura, saneamento, eletricidade, distribuição de gás e telecomunicações, o que demonstra a importância do desenvolvimento de políticas públicas integradas.

Natal e a Região Metropolitana se comunicam com as demais capitais do país e com o interior do RN através de rodovias federais e estaduais pavimentadas. Dentre as federais, destacam-se a BR-101 ou Translitorânea, a qual liga Natal ao sudeste e sul do país; a BR-226, que liga Natal ao sudoeste, indo até Currais Novos; pela BR-304 liga-se a Fortaleza e pela BR 406, liga-se a Macau. As rodovias estaduais que nascem em Natal são a RN-160, que segue rumo às praias do litoral norte e a RN-063, a qual atinge as praias do litoral sul.

Natal, com seus 169,9 km², ocupa 5,3% da superfície territorial potiguar e apresenta uma densidade populacional correspondente a 35,26 habitantes por hectare (o que equivale a 4.192 habitantes por km²).

O município de Natal tem limites norte com o município de Extremoz, sul com Parnamirim, leste com o Oceano Atlântico e oeste com São Gonçalo do Amarante e Macaíba.

Dos 712.317 habitantes de Natal, 46,94% são do sexo masculino e 53,06% do sexo feminino. A cidade apresentou na última década uma taxa de crescimento anual de 1,98% (IBGE, 2000).

A Lei Municipal n. 3.878, de 07 de dezembro de 1989, dividiu a cidade em quatro regiões administrativas - Norte, Sul, Leste e Oeste. Vigente desde então em nível municipal, foi tomada como referência no processo de distritalização adotado pelo setor saúde.

Em Natal funciona ainda a sede do Governo Estadual e a maioria dos órgãos de administração pública, o que lhe confere um lugar de destaque como centro urbano norte-rio-grandense.

3.1.3. Infra-estrutura urbana: abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino dos resíduos sólidos urbanos (RSU) e sistema de transporte urbano

Diante da importância de que se reveste a questão da infra-estrutura urbana para a saúde da população, serão apresentados, nesta seção, alguns de seus principais aspectos relativos ao município de Natal.

Segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2000), de um total de 177.783 domicílios particulares permanentes de Natal, o abastecimento de água é realizado por rede geral em 172.815 (97,20%) unidades e fica sob a responsabilidade da Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte (CAERN); 2.398 (1,35%) dos domicílios utilizam água de poço ou nascente, estando 2.570 (1,45%) classificados como outras formas de abastecimento. De acordo com os dados da Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte (CAERN, 2002), a Zona Norte de Natal apresenta 30% da sua demanda de água assegurada por 29 poços, enquanto as regiões Sul, Leste e Oeste têm 75% dessa demanda garantida por 120 poços tubulares distribuídos em 18 sistemas. Isso demonstra uma peculiaridade da Cidade do Natal, que apresenta o seu lençol aquífero como principal fonte de água potável.

Quanto ao esgotamento sanitário, constatou-se que apenas 30% dos seus domicílios particulares (o que corresponde a 60 mil imóveis) são atendidos pelo sistema público de esgotamento sanitário; os 70% restantes lançam os seus efluentes no solo, através de tanques sépticos, fossas absorventes e/ou sumidouros. Vale ressaltar que do total de 30% coletados pela CAERN (no máximo), 40% do esgoto bruto são submetidos às Estações de Tratamento de Efluente (ETE), tendo como destino final a infiltração no solo; o restante (aproximadamente 35 mil m³) é lançado na sua forma bruta no estuário do rio Potengi, o que incrementa a poluição de suas águas⁷⁵.

⁷⁵ De acordo com o documento "Mapa Cadastral com o Desenvolvimento das Metas", parte integrante do Plano Diretor para Esgotamento Sanitário de Natal elaborado pela CAERN, em

Outro fator que também evidencia a importância da ampliação da rede de esgoto é o fato de a água de Natal, retirada do subsolo, ser de alta qualidade e de baixo custo.

Quanto aos resíduos sólidos urbanos (RSU), 173.537 toneladas são coletadas, enquanto 4.246 recebem outro destino (queimadas, enterradas ou jogadas em terrenos baldios) (IBGE, 2000).

Os serviços de limpeza urbana de Natal são administrados pela Companhia de Serviços Urbanos de Natal (URBANA)⁷⁶ e sua execução obedece à divisão administrativa da cidade. A URBANA desenvolve, como principais funções, a coleta de resíduos domiciliares, comerciais e hospitalares (executado com pessoal e equipamentos exclusivos, seguindo uma programação pré-definida e com frequência alternada), resíduos de varrição de logradouros, capinação, limpeza de praias e canteiros, pintura de meio-fios, limpeza do sistema de drenagem urbana e operacionalização dos resíduos no aterro sanitário de Cidade Nova.

A coleta domiciliar é feita através de carros coletores compactadores, carroças de tração animal, tratores com carroças de madeira e bangüês, em locais de difícil acesso; poliguindaste, que recolhe as caixas estacionárias geralmente colocadas em locais próximas a estabelecimentos comerciais, feiras livres e em pontos de terrenos baldios onde a disposição do lixo é constante.

A Cidade do Natal possui coleta diária intercalada nos bairros com caminhões compactadores, o qual atinge (aproximadamente) 95% da malha urbana, com uma população de 712.317 habitantes e uma produção de resíduos de 1.539 ton/dia. A coleta de RSU domiciliares apresentou uma produção média diária, no ano de 2002, de 730 ton/dia; o público (varrição, capinação, podaço, entulho), de 697 ton/dia; poliguindastes, 105 ton/dia) e o hospitalar, 7 ton./dia (URBANA, 2002). A limpeza urbana de Natal conta também com os serviços de

parceria com a Prefeitura Municipal de Natal (2001), o município teria 100% da sua rede de esgotamento sanitário implantado, até o ano de 2015; a meta prevista para 2002 é realizar ligações em 2.100 imóveis (ver mapa em anexo). Já o abastecimento de água deve atingir toda a capital os próximos cinco anos. A instalação do Conselho de Saneamento Básico de Natal é outro ponto positivo apresentado ao longo desse processo.

⁷⁶ A URBANA é uma sociedade anônima de economia mista e foi criada pela Lei Municipal n. 2.659, de 28 de agosto de 1979.

duas empresas privadas, cujos serviços estão distribuídos por suas regiões administrativas⁷⁷.

O sistema de transporte urbano em Natal é (essencialmente) rodoviário e compreende as modalidades de ônibus, trem e táxi. Serviços complementares são ainda prestados aos usuários, através de balsas, barcos e transporte alternativo realizado por veículos utilitários.

A rede viária da cidade é constituída pela BR-101 e por largos corredores, com destaque para as avenidas Bernardo Vieira, Prudente de Moraes, Rio Branco, Hermes da Fonseca/Salgado Filho e Roberto Freire. Nesses corredores de transportes circulam (de forma desordenada) veículos particulares e transportes coletivos, o que contribui para o baixo desempenho do sistema de tráfego viário.

O transporte coletivo, apesar de ser um serviço público, é operacionalizado por empresas particulares, através da concessão e gerenciamento da Superintendência de Trânsito e Transportes Urbanos (STTU). Em 29 de novembro de 1997, a Lei n. 4.882 instituiu o serviço de transporte público de passageiros. Por essa lei, o serviço foi regulamentado como complementar ao transporte coletivo. O serviço de transporte alternativo é uma concessão do poder público à pessoa física, intransferível, outorgada pela STTU, por licitação, conforme a Lei das Concessões Públicas. A frota alternativa é de, no máximo 25% do total efetivo colocado em funcionamento pelo sistema de transporte coletivo público do município de Natal.

Operando o serviço de transporte coletivo em Natal, encontram-se sete empresas, com uma frota de 642 ônibus em operação distribuídos em 78 linhas, as quais transportam em média 10.263.384 passageiros/mês; deste total, 34,95% corresponderam aos estudantes. De forma complementar, o transporte alternativo é prestado aos usuários através de 177 opcionais, que operam em 26 linhas e transportam 710.402 passageiros/mês (DOP/STTU, 2002).

Em Natal, a falta de planejamento e coordenação do trânsito e do transporte público, aliada à falta de integração entre o sistema⁷⁸, constituem

⁷⁷ Enquanto a URBANA atende à Zona Norte de Natal, as duas empresas privadas prestam os seus serviços nas Zonas Sul e Oeste (Marquise) e Leste (Líder) (URBANA, 2002).

graves problemas urbanos que têm atormentado os usuários e as autoridades. Sinalização precária, falta de abrigos nas paradas de ônibus, poucas linhas de transporte coletivo, carência de locais adequados para estacionamento, ausência de uma faixa exclusiva para ônibus nos corredores da cidade⁷⁹ são alguns dos transtornos que motoristas e pedestres têm de enfrentar cada vez mais na capital potiguar.

3.1.4. Aspectos econômicos

Natal é a cidade mais desenvolvida do Rio Grande do Norte e apresenta a sua atividade econômica concentrada no setor terciário. Constitui um pólo de desenvolvimento regional, cujo setor de serviços se encontra em plena expansão. A indústria do turismo conta na Grande Natal com significativo número de hotéis e pousadas, promovendo a interação entre Natal e os municípios circunvizinhos.

A construção do Distrito Turístico, localizado na porção oriental do Parque das Dunas, mais conhecido como "Via Costeira", local onde está situada importante rede de hotéis, foi a responsável pela consolidação de suas atividades na área.

O amplo leque de atrações turísticas oferecidas, particularmente ao norte e sul de Natal, em virtude de sua beleza natural com variadas opções de praias, dunas, coqueirais e lagoas, além da hospitalidade do povo, coloca a região como ponto central de permanência obrigatória dos turistas em viagem à Região Nordeste do país. Tal posição foi ainda mais fortalecida com a conclusão da BR-101, ao norte de Natal, a qual abriu um amplo leque de praias locais.

De forma complementar, informações da Secretaria de Turismo do Rio Grandes do Norte (SETUR/RN) indicam que Natal conta com 6.249 apartamentos e 15.186 leitos, distribuídos nos distintos meios de hospedagem. A receita oriunda do referido setor foi da ordem de R\$ 264 milhões de reais, no ano de 1998.

⁷⁸ Estudos técnicos revelaram que uma das providências necessárias para reverter esse quadro seria a implantação de cinco terminais em pontos estratégicos da cidade. Até o presente momento, apenas o terminal da Ribeira se encontra em (precário) funcionamento, enquanto o do bairro de Soledade, na Zona Norte, ainda está em fase de conclusão.

⁷⁹ Apenas nos bairros do Alecrim e da Cidade Alta existem ruas em que os veículos de transporte coletivo trafegam em corredores restritos.

A indústria do turismo é (certamente) aquela com o maior potencial de desenvolvimento no município, sendo um filão valioso e em franca expansão. Nos últimos anos, o turismo tem experimentado crescimento expressivo, quando foram observados alguns dos principais aspectos relacionados a atividades como hospedagem, lazer e transporte.

Segundo o documento *Plano Estratégico Natal Terceiro Milênio* (FIERN, 1999), o Estado do RN coloca-se em 15º lugar no país e o 6º na Região Nordeste, com cerca de 900 mil visitantes, mostrando ainda um grande potencial a ser explorado. Natal foi considerado ainda o principal centro urbano litorâneo do estado, o qual tem no turismo a sua principal fonte de geração de renda. Comportando-se como um *gateway* de entradas e saídas de fluxos turísticos para o país e o continente, as atividades relacionadas ao turismo propiciam, no quadro da economia urbana, um maior incremento na cadeia produtiva - a qual abrange alimentação, lazer, eventos culturais e esportivos, transportes, hospedagem -, além de outros serviços, dos quais resulta a geração de emprego, renda e receita de impostos.

Por outro lado, o Porto de Natal, inaugurado em 1932 e localizado a cerca de 3 Km da foz e à margem direita do Rio Potengi, destaca-se por operações de carga geral e também na exportação de frutas tropicais *in natura* e industrializadas, oriundas da Região do Vale do Assu e do Alto Oeste Potiguar. Tem no melão o seu principal produto de exportação, principalmente para a Europa. Com o aumento das exportações para o Mercosul, começam a sobressair-se outros produtos, principalmente a banana, para a Argentina. Os produtos que desembarcam no porto de Natal são (essencialmente) os derivados de petróleo (óleo diesel, álcool anidro e álcool hidratado, gasolina e querosene de aviação). Além disso, o Porto de Natal terá sua importância ampliada quando ocorrer a intensificação do escoamento dos produtos do Pólo Gás-Sal⁸⁰, representados por soda/potassa cáustica, resina PVC, sal refinado, magnésio metálico, vidros planos, detergentes em pó e barrilha (FIERN, 1999). E isto tudo

⁸⁰ O Pólo Gás-Sal é um complexo químico-industrial que visa ao aproveitamento racional e integrado de um conjunto de recursos minerais disponíveis em abundância no RN: petróleo, gás natural, sal marinho, águas - mães, calcário e sílica. A especial concentração desses minerais localiza-se na região compreendida pelo eixo Guamaré-Macau-Mossoró.

porque o porto de Natal ganhou um novo perfil. Com a melhoria da navegabilidade, aumentou o fluxo de navios e a principal consequência foi o crescimento da quantidade de produtos movimentados. Em 2001, o porto fechou o ano contabilizando 298.485 toneladas, sendo 189.667 de exportação. Segundo o diretor técnico da CODERN, para 2002, a expectativa é que os índices cheguem a 450 mil toneladas.

E mais, o setor de cargas aéreas do Aeroporto Internacional Augusto Severo registrou um movimento recorde durante o ano de 2001: o aumento foi de 224% em relação a 2000, alcançando 3.195 milhões de toneladas. Já a exportação teve um desempenho ainda mais impressionante, registrando majoração de 333,98%, com movimento de 2.663 milhões de toneladas, tendo como responsáveis pelo desempenho a fruticultura, o pescado e a carcinicultura.

O RN se destaca na carcinicultura⁸¹, atividade econômica que surge como um substitutivo às salinas⁸², por suas condições climáticas favoráveis. Conforme dados da Associação Brasileira de Criadores de Camarão (ABCC, 2002), o estado produziu em 2001 cerca de 9 mil toneladas de camarão, resultando numa produtividade de 4.447 quilos por hectare, ocupando o segundo lugar no Nordeste⁸³.

Tendo como principal característica a predominância de pequenos produtores com áreas inferiores a 30 hectares, o RN possui a maior área cultivada de camarão do Brasil, totalizando 2.024 hectares. Atualmente, existem 221 pequenos, seis médios e cinco grandes carcinicultores no estado.

Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento e Indústria e Comércio Exterior, entre 1999 e 2001, o RN exportou 1.905 toneladas de camarão congelado, o que elevou as suas exportações de 200 mil dólares para 28,8

⁸¹ A atividade econômica destinada à criação de camarão em cativeiro é denominada carcinicultura.

⁸² Já ultrapassa setenta o número de projetos de produção de camarão em cativeiro na região salineira do RN. A partir das praias de São Bento e Caiçara do Norte, até a divisa com o Ceará, passando pelo litoral de Galinhos, Guamaré, Diogo Lopes, Macau, Porto do Mangue, Carnaubais, Areia Branca e Grossos. Os maiores produtores de camarão do RN são os municípios de Arez e Canguaretama.

⁸³ Em primeiro lugar no Nordeste se encontra o Estado do Ceará, que no ano de 2001 produziu 11.333 toneladas, exportou 2.651 toneladas e faturou 30,9 milhões de dólares, com uma produtividade de 7 mil quilos por hectare.

milhões de dólares e a sua posição no *ranking* dos estados exportadores do Nordeste⁸⁴. No presente, a carcinicultura marinha garante empregos diretos e permanentes para cerca de 17 mil norte riograndenses⁸⁵, considerando os projetos que já estão produzindo e os que estão em fase de implantação nos mais diversos pontos do litoral.

Por outro lado, a difusão acelerada dessa cultura, que no município de Natal se desenvolve às margens do Rio Potengi⁸⁶, tem provocado degradação ambiental nos mangues⁸⁷, ecossistema fundamental para várias espécies que compõem a fauna estuarina e costeiro.

Diante do paradoxo enunciado, acredita-se que caberia aos poderes públicos e privados buscar tanto a sustentabilidade econômica quanto a ambiental da carcinicultura potiguar, diante da derrocada da cotonicultura e da exploração das suas salinas. Isso tudo mediante a difusão de novos conhecimentos e tecnologias voltados para o incremento da sua eficiência (e produtividade) associado a um impacto ambiental controlado.

3.1.5. Aspectos educacionais

Os serviços educacionais no município de Natal acontecem nas três instâncias de governo, nas redes públicas e privadas de ensino, no nível fundamental, médio e superior.

Segundo o Censo Escolar realizado pela Secretaria de Educação, Cultura e Desporto (SECD, 2001), o parque escolar do município é constituído por 114 escolas municipais, 127 estaduais, 3 federais e 192 privadas, com um total de 436 estabelecimentos de ensino. Às escolas sob gestão municipal cabe oferecer

⁸⁴ O camarão já se constitui no segundo produto de exportação do setor primário do RN, sendo superado apenas pela fruticultura irrigada.

⁸⁵ Desse total, 36% se encontram nas fazendas, 25% na indústria de beneficiamento e o restante em laboratórios, indústria de insumos e serviços.

⁸⁶ O rio Potengi banha a Cidade do Natal. Vale ressaltar que esse rio está sob ameaça não só da devastação de seus mangues, pela carcinicultura, mas também de poluição, por metais pesados e efluentes na forma bruta lançados em suas águas, os quais coloca em risco a cadeia alimentar e causa danos à saúde de homens e animais.

⁸⁷ Os mangues, que exercem a função de filtros biológicos da água e fonte alimentar e protetora de diversas espécies marinhas, se encontram em acentuado processo de extinção. Estima-se que dois terços da área de mangue norte-riograndense estejam devastados e o que permanece intacto apresenta altos índices de poluição.

Educação infantil, Ensino fundamental, Educação de jovens e adultos, Educação Especial⁸⁸ e Tributo à Criança⁸⁹; já as estaduais, além do ensino fundamental, são responsáveis também pelo ensino médio (em sua maioria) e supletivo. As federais concentram sua atuação na formação de técnicos de nível médio, sendo representadas pelo Centro Federal de Educação Tecnológica do RN (CEFET/RN), com 2.080 alunos em 2001; pela Escola de Enfermagem de Natal, com 45 alunos neste mesmo ano; e por fim, o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, localizado no Campus da UFRN, o qual oferece o supletivo, havendo 314 alunos matriculados na sua totalidade.

Na esfera pública, o ensino superior está sob a responsabilidade da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), bem como da Universidade Potiguar (UNP); Faculdades de Formação de Executivos (FACEX), Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), Faculdades de Natal (FAL), Faculdade de Ciências Empresariais (FACEM), Instituto de Teologia Pastoral e do Instituto de Educação de Natal, no âmbito privado. A taxa de alfabetização do estado está em torno de 76,3%, enquanto a de Natal correspondeu a 88,7% IBGE (2000). O setor público é majoritário no ensino fundamental, cabendo ao setor privado a supremacia para os ensinos médio e superior. Entretanto, a UFRN disponibiliza aproximadamente 3.305 vagas, distribuídas em seus 43 cursos de graduação, enquanto a UERN abrirá (a partir do segundo semestre de 2002) mais 100 vagas para o município de Natal, divididas entre os cursos de Direito (40), Ciências da Computação (20) e Turismo (40).

⁸⁸ A Educação Especial consiste na inclusão de alunos portadores de necessidades educativas especiais nas classes comuns do sistema regular, com serviços de apoio especializado.

⁸⁹ O Programa Tributo à Criança foi criado através da Portaria n. 007/97-PMN, de 7 de abril de 1997, e tem como base o direito de crianças de rua, entre 7 e 14 anos, a terem acesso à escola. Como critérios de seleção adotados, a família necessita ter uma renda *per capita* de 1/3 do salário mínimo e residir em Natal há mais de cinco anos; os beneficiários necessitam comprovar freqüência à escola. Como incentivo, recebem entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00 reais por mês e o valor do benefício varia de acordo com o número de crianças/família inscritas no programa. A inclusão das crianças implica adesão das suas famílias à iniciação profissional, com vistas a inserir os chefes de família, predominantemente mulheres, no mercado de trabalho. O Programa funciona em cinco unidades de atendimento nos bairros de Petrópolis, Quintas, Lagoa Nova, Guarapes e Cidade Satélite, e oferece atividades integradas de educação, saúde, cultura, esportes, segurança e lazer. Têm prioridade crianças e famílias encaminhadas pelas entidades de apoio e abrigo à infância no município de Natal.

Neste sentido, e com o intuito de delinear a magnitude da oferta institucional de educação básica, foram analisados os dados de matrícula das escolas públicas do município de Natal (SECD, 2000). Considerando-se a diferença entre a população estimada (IBGE, 1996) e a matrícula por faixas etárias de idade, constatou-se um déficit de atendimento escolar no município⁹⁰, sendo mais significativo na Zona Oeste (prioritariamente) na educação infantil (62,9%) e no ensino médio (51,9%). Isso tornou evidente a inadequada distribuição territorial das escolas públicas, com a grande maioria concentrada na Zona Leste, o que dificulta sobremaneira a oferta de serviços educacionais. A partir desse diagnóstico e como um desafio posto ao sistema educacional (e aos seus gestores), acredita-se que se torne necessária a implementação de uma política de educação que contemple e integre desde a educação básica até o nível superior. Para tanto se torna necessário maior alocação de recursos governamentais, destinados à ampliação da oferta de vagas no município, na construção e/ou locação de salas de aula, reorganização da oferta de ensino nas áreas de maior concentração de escolas, oferta de vagas nos seus turnos já em funcionamento, e reorganização de níveis de ensino das escolas existentes. Em suma, na área educacional torna-se imprescindível um projeto de ampliação da educação pública de qualidade em todos os níveis de governo.

3.1.6. A trajetória do SUS em Natal

3.1.6.1. Histórico e habilitação da SMS

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal foi criada em 1986, conforme a Lei n. 3.394, de 21 de janeiro de 1986, da Câmara Municipal de Natal, a partir de articulações realizadas entre profissionais sanitaristas ligados ao Sindicato dos Médicos e os candidatos a Prefeitura Municipal de Natal (PMN), nos debates pré e pós-eleitorais de 1985. Essa instituição representou, na sua implantação, o forte conflito existente entre o meio sanitário local: por um lado, os setores que defendiam o modelo assistencial vigente (curativo e individual) e, de outro, os

⁹⁰O diagnóstico da situação do atendimento escolar demonstrou que a clientela potencial do município de Natal é maior do que a matrícula na faixa etária adequada.

defensores da organização integrada de práticas sanitárias e gerenciais inovadoras articuladas ao Movimento da Reforma Sanitária⁹¹.

No início, a Secretaria apresentava uma pequena estrutura organizacional, submetida a uma gestão colegiada participativa. Nesta oportunidade os ingressos, por concurso público, eram submetidos a treinamentos voltados ao novo modelo assistencial. As equipes multiprofissionais de saúde, que já atuavam em áreas geográficas definidas, organizavam sua atuação local de saúde com adscrição de clientela.

Antes de prosseguirmos nos anos 90, é preciso voltar no tempo até o Programa Médico da Família da SESAP/RN e demarcar a origem do trabalho das equipes multiprofissionais de saúde em Natal. Ainda nos anos 80, as referidas equipes eram parte integrante desse programa, que foi utilizado como estratégia pioneira na organização de novos modelos de assistência, com enfoque na família. Segundo documentos examinados, o programa foi organizado com base na experiência cubana e apresentava como princípios a adscrição de um certo número de famílias a um dado médico e a formação da equipe multiprofissional⁹², além do controle social exercido através da participação dos conselhos comunitários dos bairros. Segundo ALMEIDA (1989), seu principal objetivo era superar as dicotomias e a verticalidade dos programas de atenção à saúde. Entretanto, a forma de organização segmentada por componentes da equipe contribuiu para a fragmentação de suas ações⁹³. A permanência do modelo de atenção curativista, com centralização do poder no médico e dificuldades na operacionalização do sistema de referência hospitalar, foi também mencionada como causas do seu insucesso.

⁹¹ A inexistência de uma estrutura organizacional desse porte era freqüentemente apontada como um forte empecilho ao correto equacionamento dos problemas de saúde em Natal, em vários documentos do Movimento Sanitário Potiguar (CEBES, Sindicato dos Médicos, Sindicato dos Odontólogos, Associação de Enfermagem etc.) que propugnavam, a exemplo de outras capitais brasileiras, a criação de uma Secretaria Municipal de Saúde.

⁹² As equipes multiprofissionais de saúde eram então constituídas pelos profissionais: médico, odontólogo, enfermeiro, farmacêutico-bioquímico, assistente social e pessoal auxiliar.

⁹³ Segundo ARAÚJO (1988), a experiência do Programa Médico da Família, que em princípio era para ser difundida por todo o estado do RN, só conseguiu ser implementada enquanto projeto-piloto nas unidades básicas de saúde de Brasília Teimosa, Rocas, Nova Cidade, Nova Natal, Gramoré e Redinha em Natal, e no município de Mossoró.

Para a Secretaria Municipal de Saúde do Natal, o período compreendido entre os anos de 1987 e 1992 foi extremamente rico para sua consolidação. Esse período culminou com a adoção, pela Secretaria, de um Sistema de Distritalização (dos recursos, das técnicas e das práticas), onde as várias ações e atividades implementadas estavam voltadas para o gerenciamento descentralizado do sistema: criação do Plano e do Fundo Municipal de Saúde, repasse de 23 unidades básicas da SESAP/RN para a SMS do Natal e a participação da população junto às decisões político-administrativas da Secretaria através da implementação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (Lei n. 8.142).

Após a publicação da NOB 93, foi encaminhado o pleito quanto à inclusão do município de Natal em Gestão Semiplena, que ocorreu através do Ofício n. 792/93, de 21 de setembro de 1993, dirigido à Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RN)⁹⁴.

No dia 3 de novembro de 1993 foi apreciado, na 4^a Reunião Ordinária da CIB/RN, o pleito do município de Natal quanto à mudança de sua gestão de parcial para semiplena, porém foi apenas em dezembro de 1994 que o município assumiu a nova condição de gestão.

Uma das exigências postas pela CIB/RN, com o intuito de compor a documentação processual para o pleito da municipalização, foi a elaboração do Plano de Saúde, requisito legal já expresso na Lei n. 8.142/90. Este deveria ser encaminhado para o CES/RN (criado através da Lei n. 6.455, de 20 de julho de 1993) e posteriormente para a CIT, obedecendo desta forma ao fluxo correto para as decisões de problemas polêmicos.

Desde sua implantação, a CIB/RN teve a sua importância firmada (pelos distintos gestores estaduais e municipais) enquanto instância de deliberações de suma relevância para a lisura na condução técnica, legal e operacional no processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Julgamos que o

⁹⁴ A CIB/RN foi instalada conforme determinação da Portaria n. 2.918, de 23 de junho de 1993, e realizou a sua 1^a Reunião Ordinária, em 22 de julho do mesmo ano. Formada por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (CES) e do Conselho Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), apresenta ainda na sua estrutura organizacional a Secretaria Executiva. Essa é a responsável pelo gerenciamento administrativo da Comissão e foi criada durante a sua reunião inaugural.

Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) teve (e continua tendo) importante participação enquanto co-autor nas decisões e avanços do processo.

Em 1994 foram indicados pela SES os componentes para participarem de Comissões Interinstitucionais com vistas à elaboração do Termo de Convênio de Habilitação à Gestão Descentralizada das ações e serviços de saúde, no âmbito do município de Natal. Neste sentido, houve inúmeras reivindicações quanto à aprovação da Minuta Padrão do Convênio envolvendo o MS, SES e o Município de Natal. Foram ainda realizadas negociações junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para se definir em qual condição de gestão deveria ser enquadrado o estado, o que serviu como alerta para a necessidade do preenchimento de determinados requisitos.

Na segunda metade de 1994, é aprovado pela CIB/RN e encaminhado a CIT, acordo de cooperação técnica celebrado entre o Consórcio de Municípios da Grande Natal e o UNICEF, com o objetivo de receber 2,5% dos recursos do Fundo de Apoio à Municipalização (FAM)⁹⁵. É ainda deste período a implantação do Sistema Informatizado na SESAP/RN, que facilitou a elaboração de relatórios diversos, inclusive o do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

A partir de 1994, com o aprofundamento do processo de descentralização, os estados brasileiros passaram a conformar os seus respectivos modelos de gestão. A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) classificou os estados segundo o seu tipo de gestão e assistência, em cinco modelos distintos⁹⁶. O Estado do Rio Grande do Norte (RN) apresentou o padrão identificado como “descentralizado por partilha”, caracterizado pelo seu baixo grau de municipalização da gestão do sistema e pela partilha entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde da gerência de unidades, conforme interesses recíprocos e sem critérios explícitos (LEVCOVITZ, 1997).

A SMS de Natal, neste período, já havia incorporado à sua rede física preexistente, constituída por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), a estrutura

⁹⁵ O Fundo de Apoio à Municipalização (FAM) se caracterizou como um repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena. Assim como outros fundos criados pela NOB-SUS 01/92, o FAM também não foi implementado.

⁹⁶ Os modelos apontados foram: modelo municipalizado com ênfase na regionalização; modelo atomizado, modelo descentralizado por nível de hierarquia, modelo descentralizado por partilha e modelo centralizado. Para detalhes, consultar LEVCOVITZ (1997).

física e de pessoal de 26 unidades da Secretaria Estadual de Saúde. Com a habilitação do município de Natal em gestão Semiplena do Sistema, no mês de dezembro de 1994, a SMS passou a gerenciar as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares no âmbito municipal. Ficaram ainda sob a sua responsabilidade o controle e a avaliação dos serviços públicos e privados, ofertados para a população de Natal e para a população referenciada de outros municípios do Estado do RN. A SMS passou a ser a responsável direta pelo desembolso de recursos, inclusive os federais, do Fundo Municipal de Saúde (FMS), efetuando os pagamentos aos prestadores privados e filantrópicos através do SIA-SIH/SUS⁹⁷. A SMS de Natal passou a receber o seu teto financeiro “fundo a fundo”, enquanto os demais municípios do RN ainda continuavam a ter o estado como interveniente.

O cenário descrito nos pareceu favorável ao “salto” para a gestão semiplena (NOB-SUS 01/93) e para a atual gestão plena de sistema municipal (NOB-SUS 01/96).

No final de 1994⁹⁸, já estava em andamento o cumprimento das exigências referentes à NOB-SUS 01/93, quanto foi feita a opção, pelo estado, de pleitear a habilitação na gestão semiplena, que entretanto não foi concedida⁹⁹.

No período que antecedeu a NOB-SUS 01/96, o fato que propiciou o movimento de expansão da SMS do Natal foi a inércia apresentada pela SESAP/RN, decorrente do esvaziamento de seus papéis e competências diante do processo nacional de municipalização, com base no modelo atomizado. Interesses corporativos, conflitos técnicos e “colorações” políticas diferentes caracterizaram um certo movimento pendular entre as secretarias, o qual parece ser, no momento atual, um dos elementos responsáveis pelos desafios à implementação das NOAS-SUS e do seu processo de regionalização.

⁹⁷ Os hospitais universitários de ensino (Hospital “Onofre Lopes”, Maternidade Escola “Januário Cicco”, Hospital de Pediatria), permanecem (até o presente momento) com uma divisão entre os gestores, no tocante ao pagamento das ações efetuadas: os procedimentos ambulatoriais são da responsabilidade da SESAP/RN, enquanto as AIH's são pagas pela SMS de Natal.

⁹⁸ Segundo ata da 15^a reunião ordinária da CIB/RN realizada, em 7 de dezembro de 1994.

⁹⁹ Vale ressaltar, que até os dias atuais, o estado do RN é considerado pelos seus técnicos como um “Estado Prestador” de serviços, não estando habilitado em nenhum tipo de gestão (Avançada ou Plena do Sistema Estadual de Saúde), em conformidade com a NOB-SUS 01/96.

Foram estabelecidas, no âmbito da CIB/RN, discussões acerca do teto financeiro destinado ao município de Natal, que alguns alegavam ser de 22.616 AIH's, enquanto que o MS considerou uma série histórica que comprometeu a cota de AIH's para todo o estado. Isso devido a sucessivas greves dos servidores (que influíram no número de internações), além da redução da população oficial do estado.

Na ocasião, ficou evidenciado que os gastos do município extrapolavam o teto estabelecido e que muitas vezes a solução era repassar os custos para os encargos da instância local¹⁰⁰, ou seja, para o Tesouro municipal.

Nesse período, o estado teve estabelecido na CIB/RN o seu teto financeiro mensal, destinado à cobertura de atividades hospitalares (SIH/SUS), incluindo o fornecimento de medicamentos excepcionais, órteses e próteses, além dos programas especiais (PACS, PISUS e PSF) pela SAS/MS. É com esse teto financeiro que o estado deve operacionalizar as ações e serviços de saúde, tendo o cuidado de ratear para os municípios os respectivos tetos financeiros, considerando os mesmos parâmetros populacionais estabelecidos pelo MS. Esses tetos financeiros e os parâmetros utilizados constaram do documento *Programação Ambulatorial e Hospitalar*, aprovado pela CIB/RN.

Além disso, em reunião com o MS, ainda em 1994, as equipes técnicas da Secretaria Municipal (Natal) e Estadual de Saúde (RN) firmaram um acordo, nos seguintes termos: o município de Natal passaria a administrar as internações hospitalares privadas e filantrópicas, enquanto o estado cuidaria dos hospitais públicos (federais e estaduais).

Segundo registro em ata da CIB/RN¹⁰¹, isso aconteceu apenas no mês de dezembro de 1994, dado o valor médio da AIH's dos hospitais privados, que impossibilitou o pagamento das faturas.

Em janeiro de 1995, no âmbito de uma reforma administrativa do governo do RN, ocorre a (re)definição das "antigas" Diretorias Regionais de Saúde para os Escritórios Técnicos de Apoio aos Municípios (ETAM's), em número de seis,

¹⁰⁰ Isso tudo pode indicar o processo pelo qual o Governo federal (tacitamente) delega responsabilidades, cada vez maiores, ao nível municipal.

¹⁰¹ Ata da 16ª reunião ordinária da CIB/RN, realizada em 11 de janeiro de 1995.

distribuídos pelo interior do estado e o da Grande Natal, tendo como critérios os limites geográficos, acessos e fluxos populacionais. Estes deveriam se abrir em importantes espaços de discussões (inclusive de repartição de recursos), de grande valia para a sustentação da municipalização e que envolvessem as bases regionais do COSEMS, com o apoio da CIB. Nesta perspectiva, Natal deveria assumir em parceria com o estado o apoio técnico aos outros municípios circunvizinhos.

Em decorrência de estudo realizado entre as equipes técnicas afetas ao setor das duas secretarias de Saúde (Estadual e Municipal de Natal), foram revistos os valores atribuídos ao teto financeiro de Natal cuja proposta é um acréscimo do valor de R\$ 216.635,54¹⁰².

Outro ponto importante a se destacar nesse processo diz respeito ao acordo firmado em janeiro de 1995 entre os secretários de Saúde, quanto ao cronograma de cessão das unidades localizadas em Natal (inclusive as de referência estadual), num prazo máximo de seis meses. Nesse período inicial do processo de descentralização, coube ao estado o papel de conduzir as Políticas Estaduais de Saúde, executar as ações de caráter suplementar e assegurar a cooperação técnica aos municípios. A SMS de Natal trabalhou no sentido da efetivação da sua gestão semiplena e procurou investir maior volume de recursos na rede pública de serviços de saúde.

Durante o ano de 1995, foi permanente a solicitação de aumento de teto financeiro do estado. Como justificativas foram apresentados ao MS três pontos básicos: 1) manutenção e ampliação do PACS; 2) média histórica de demanda reprimida, com base no levantamento de glosas por orçamento excedido (SIA/SUS); 3) implantação do Índice de Valorização Hospitalar (IVH), em quatro hospitais de emergência da SESAP/RN, situados no município de Natal.

No ano de 1996 teve início a aprovação da distribuição de recursos financeiros do RN, referente à revisão do teto do SIA-SIH/SUS e com a aprovação do aumento do teto financeiro do município de Natal, em decorrência do repasse

¹⁰² O teto financeiro do município de Natal passou então de R\$ 1.665.923,00 para R\$ 1.882.558,54.

de alguns serviços/unidades de saúde sob a gerência da SESAP/RN, entre outras demandas¹⁰³.

No sentido de uma maior discussão sobre a participação e o controle social, foi ainda proposta pela SESAP/RN a realização de Conferências Municipais de Saúde (anteriores à Conferência Estadual) e a participação do município em cursos e oficinas para Conselheiros de Saúde, em cumprimento aos preceitos da NOB-SUS 01/93. Foi ainda enfatizada¹⁰⁴ a preocupação com a descentralização das ações federais e com as modificações a serem introduzidas com a nova Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), no sentido de consolidar a municipalização das ações e serviços de saúde.

O debate nessa conjuntura deu muita ênfase aos problemas de repasse de recursos financeiros do SUS ao setor privado e conveniado. E mais, sobre as dificuldades financeiras da Prefeitura Municipal de Natal (PMN), e particularmente da SMS de Natal, quanto ao pagamento de gratificações aos funcionários municipais e aos cedidos com a municipalização. Isso gerou a necessidade de priorização de pagamentos, uma vez que os recursos eram insuficientes para cobrir a totalidade das despesas.

Com o início do processo de implantação da NOB SUS 01/96, a Fundação Nacional de Saúde (FNS) passou a ter representação na CIB/RN, sendo inclusive responsável pela proposta de cooperação técnica entre esta instituição, estado e município. Nesta oportunidade, em 1997, foram ainda discutidas pelo plenário as planilhas contendo os requisitos para a municipalização, o que suscitou discussões e sugestões da seguinte ordem: realização de oficinas para capacitação dos técnicos lotados nos ETAM's, consultas ao MS e CIT e análises mais rigorosas dos processos de habilitação como gestores do SUS.

A Instrução Normativa n. 01, de 15 de janeiro de 1997, apresentou a proposta de criação de uma "Comissão Permanente" para avaliação da capacidade técnica, administrativa e operacional dos municípios habilitados. O

¹⁰³ As unidades de saúde repassadas da SESAP/RN para a SMS de Natal foram as ambulatoriais especializadas, representadas pelos centros clínicos.

¹⁰⁴ As preocupações descritas constam do Ofício-circular nº 62/96 - CIB, que remeteu o demonstrativo do processo de descentralização do RN para outras instituições envolvidas com o SUS/RN.

Ofício-circular n. 02/97 (MS), de 26 de fevereiro de 1997, que discorre sobre a operacionalização da Programação Pactuada Integrada (PPI), ressaltou a importância de uma maior discussão envolvendo a Fundação Nacional de Saúde (FNS), o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN) e os Escritórios Técnicos e Administrativos Municipais (ETAM's), com vistas a proporcionar maior articulação e conseqüente desenvolvimento das propostas.

Porém, somente após a regulamentação da NOB-SUS 01/96 é que foi apresentada uma proposta definida dos critérios da referida PPI, relacionada à Câmara de Compensação dos Procedimentos de Média Complexidade e Alto Custo. No momento da pactuação da PPI, tornou-se imprescindível realizar uma revisão do teto financeiro, na tentativa de solucionar as possíveis distorções na programação física e orçamentária ambulatorial e hospitalar existente na rede de serviços de saúde municipal (e nas tabelas de procedimentos do SUS)¹⁰⁵.

O MS, com a NOB-SUS 01/96, apresentou proposta para definição do Piso de Atenção Básica (PAB), com reformulação da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, descentralização da Central de Medicamentos (CEME) e do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) - e mais, a consolidação da transferência de recursos "fundo a fundo". Neste período ocorreu intensa mobilização (conjunta) dos poderes Legislativo e Executivo, com a finalidade de que a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) fosse efetivamente alocada no setor saúde. O plenário da CIB/RN ratificou também a decisão de que o Relatório de Gestão fosse um requisito para o enquadramento dos municípios na NOB-SUS 01/96.

¹⁰⁵ De acordo com os registros levantados nas atas de reuniões ordinárias da CIB/RN, a PPI no estado do RN (ainda) não se constitui em um instrumento eficaz de pactuação entre os entes envolvidos. O "conflito" entre os gestores (estadual e municipal) provocou inúmeros entraves ao longo do processo. Senão, vejamos: na 75ª reunião ordinária da CIB/RN, de 8 de julho de 1999, foi sugerida a manutenção da programação hospitalar nos tetos anteriores até a conclusão da PPI, com prazo máximo para a sua conclusão, até setembro de 1999; porém, na 79ª reunião ordinária da CIB/RN, por falta de um acordo entre os gestores, foi transferida sua conclusão para o mês de fevereiro de 2000; na 88ª reunião ordinária, de 19 de outubro de 2000, foi ressaltada a necessidade de resgate da PPI, diante da inclusão das propostas de regionalização; porém, na 95ª reunião ordinária, de 13 de junho de 2001, ficou evidenciado que as discussões sobre a definição do teto financeiro do estado e do município preocupam bem mais os dirigentes das instituições de saúde do que a elaboração da PPI ou até mesmo a implantação da NOAS - SUS 01/2001.

Através da Deliberação n. 27/97 – CIB/RN, foi disciplinado o fluxo de tramitação dos pleitos do PSF e a formulação de roteiros para orientar os municípios na elaboração de projetos do PSF.

O pleito do PSF da SMS de Natal foi apreciado e aprovado, na 54^a reunião ordinária da CIB/RN, em 20 de novembro de 1997. Nessa reunião foi também exposto o processo de elaboração e votação do orçamento do Estado do RN destinado à Saúde, sendo explicitado que a demanda por serviços de saúde cresceu (significativamente), embora ainda não houvesse previsão de alterações substanciais de recursos financeiros, para 1998. Torna-se imprescindível registrar a importância assumida pela redefinição imediata do teto financeiro do estado, em virtude do déficit acumulado em 1997 (R\$ 902.000,00), o que correspondeu aos cortes efetuados no SIA/SUS.

Em dezembro de 1997¹⁰⁶, foi aprovado o Piso de Atenção Básica (PAB), no valor de R\$ 0,80 *per capita* por mês (ou R\$ 9,60 *per capita* ano). Para Natal, a Média Complexidade foi contemplada com R\$ 0,55 *per capita* por mês, e finalmente, para a Alta Complexidade, o teto financeiro sob a responsabilidade do gestor estadual para distribuição entre os prestadores vinculados ao SUS equivaleu a R\$ 832.474,00.

De forma complementar, em janeiro de 1998¹⁰⁷ foram divulgados os benefícios financeiros aos municípios que se habilitaram na NOB-SUS 01/96, sendo estipulado que a parte fixa do PAB a ser repassada ao município será de R\$ 10,00 reais *per capita* por ano, o que representa R\$ 0,83 *per capita* por mês.

Nesta oportunidade, foi discutida a alocação dos recursos do teto financeiro do estado, tomando como base a proposta da SESAP/RN para a Programação Pactuada Integrada (PPI), na qual constavam os itens norteadores para sua implantação. O documento enfatizava que o sistema deveria ser operado com um percentual abaixo de 9% das internações hospitalares. Isso tudo com o objetivo de remanejar os recursos financeiros destinadas às Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) para as ações ambulatoriais de média e alta complexidades.

¹⁰⁶ Os registros constam da 55^a reunião ordinária da CIB/RN, de 11 de dezembro de 1997.

¹⁰⁷ Os dados constam da ata da 56^a reunião ordinária da CIB/RN, de 8 de janeiro de 1998.

Em agosto de 1998 foi solicitada apreciação da Gerência Estadual do PSF e da CIB/RN acerca da expansão do programa no município de Natal¹⁰⁸.

No sentido de maiores discussões em relação à área de Alimentação e Nutrição, foram repassadas (novas) orientações para a elaboração dos Planos Municipais de Combate às Carências Nutricionais, fornecidas pela Coordenação Nacional, consubstanciadas em documentos oficiais e distribuídas entre os gestores municipais¹⁰⁹.

Foi ainda durante a segunda metade de 1998 que aconteceu a habilitação do município de Natal na **Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde**¹¹⁰, passando a incluir, além das transferências “fundo a fundo”, *per capita*, programas e procedimentos. Nesse momento, o Governo federal privilegiou a consolidação do município como gestor, já como resultado de fortes pressões de movimentos municipalistas na saúde brasileira.

Desde a sua criação, a SMS de Natal apresentou profunda instabilidade político-administrativa, com prejuízo para sua gestão e gerenciamento, ocasionada pela sucessiva troca de secretários municipais de Saúde¹¹¹. Esta situação é ocasionada pela importância política assumida pela secretaria, considerando o seu amplo espectro de atuação na área social (e de saúde). Essa transitoriedade exerce efeitos (negativos) sobre o processo de implementação de programas e na continuidade de suas ações, o que, no limite, poderia ocasionar a perda da credibilidade técnica de suas equipes.

¹⁰⁸ A Portaria n. 3.607/98 - MS, de 11 de setembro de 1998, qualifica os municípios do RN a receberem o incentivo ao PACS/PSF com vigência a partir de 1º de julho de 1998.

¹⁰⁹ A Portaria n. 3.633/98 - MS, de 18 de setembro de 1998, qualifica os municípios do RN a receberem o incentivo destinado às Ações de Combate às Carências Nutricionais.

¹¹⁰ Para o gestor em plena do sistema o valor do repasse corresponderá à soma do Teto Financeiro de Assistência Municipal (TFAM) com as remunerações das internações hospitalares e outras frações, índices e tetos.

¹¹¹ Da sua criação (1986) até o presente momento, a SMS de Natal já apresentou 16 secretários municipais de saúde.

Ao mesmo tempo, sempre demonstrou forte tendência para maior capacitação técnica de suas equipes e para experimentações de inovações gerenciais¹¹².

Esse ambiente apresenta, nos últimos anos, certo grau de desestruturação, o qual pode ser atribuído (no limite) a fatores como: dificuldades em realizar uma “*accountability*” mínima dos recursos públicos (federais e locais), as sucessivas (e sem transparência) gestões municipais na área de saúde, a política de recursos humanos que não prioriza políticas salariais e de capacitação profissional adequadas; precariedade no suporte financeiro e tecnológico (equipamentos e conhecimentos) e a compatibilização e integração dos sistemas de informações em saúde.

Dado o seu largo alcance social, a SMS se encontra submetida às influências de forças político-partidárias locais, que repercutem intensamente sobre as suas sucessivas e transitórias gestões.

Após ouvir atores sociais (em níveis central e local) envolvidos com o processo de construção do SUS no município de Natal, tornou-se evidente a existência de algumas tentativas pontuais de reorganização do modelo de assistência, com singular contribuição da estratégia de saúde da família (e seus agentes comunitários).

Apesar de contar com o apoio político da PMN, o “conflito” permanente entre os gestores (estadual e municipal) tem gerado dificuldades na implementação do processo. As questões relativas à definição de tetos financeiros¹¹³ têm gerado cenários desfavoráveis à implementação da atual etapa

¹¹² Segundo resultados da Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal (MS, 2001), a maior resolutividade do sistema de saúde se encontraria correlacionada com o aprendizado institucional do município, maior receita orçamentária, maior capacidade de gasto e menor gasto com pessoal. A sua mensuração foi realizada de acordo com o tipo de trajetória percorrida pelos municípios ao longo das NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96. O perfil dos municípios da região Nordeste obedeceu aos seguintes percentuais: 29,2% (baixo), 50,0% (médio) e 20,8% (alto). Considerando que o município de Natal apresenta no seu histórico de habilitação significativo acúmulo de experiências institucionais, indo desde a experiência de distritalização (1987) até as gestões parcial e semiplena (NOB-SUS 01/93) e gestão plena (NOB-SUS 01/96), foi então classificado como um município com **alto** aprendizado institucional.

¹¹³ As discussões sobre a definição e ampliação de tetos financeiros se encontram presentes nas atas da CIB/RN, em toda a trajetória da NOB-SUS 01/93, com um maior “vigor” no curso da NOB-SUS 01/96, e até o presente momento, quando das tentativas de implantação da NOAS-SUS 01/2001.

de regionalização dos serviços e hierarquização das ações de saúde. A forma de condução do processo tem sido questionada no âmbito de diferentes fóruns e instâncias de deliberação (CMS, CES e CIB/RN), nos quais têm sido apontadas como principais causas dos atuais entraves as questões político-partidárias locais e o restrito quadro técnico da SESAP/RN. As limitações impostas ao processo têm dificultado a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) e do processo de habilitação dos municípios na NOAS-SUS 01/2001.

Isso traz sérias implicações para o município, no que diz respeito a sua capacidade de gestão e financiamento, ao considerar-se que os recursos “novos” do SUS, destinados à atenção básica e à média complexidade, estão vinculados à conformação desses novos arranjos regionais nos serviços de saúde. Portanto, torna-se imprescindível a efetiva atuação da SESAP/RN, no tocante ao desempenho de seu papel constitucional, como ente federativo e articulador na formação de recursos humanos e na (atual) etapa de regionalização dos serviços de saúde.

Apesar de Natal se encontrar em GPSM, verificou-se que até o presente momento (janeiro/2002), ainda não foram atendidas as recomendações do MS (e da NOAS-SUS 01/2001) quanto à realização de uma pactuação mínima entre a SESAP/RN e a SMS de Natal, no tocante à formulação de sua agenda, pacto da atenção básica, definição de metas (2001/2002) e macroalocação de recursos financeiros¹¹⁴, fase inicial da Programação Pactuada Integrada (PPI).

Considerando a importância assumida pela PPI para uma distribuição equitativa de recursos financeiros do SUS, a qual contribui sobremaneira para o equacionamento (de parte) dos problemas enfrentados pelos gestores estadual e municipal na operacionalização das ações e serviços, sua elaboração representa um desafio a ser transposto pelo Estado do RN (e os seus municípios).

Em síntese, podemos demarcar a trajetória histórica da SMS de Saúde do Natal em dois grandes períodos distintos. O primeiro (1986 a 1992) corresponde à

¹¹⁴ Na última reunião do Conselho Municipal de Saúde (janeiro/2002), foi solicitada pelo Secretário Municipal de Saúde a interveniência do MS e do Ministério Público, para contribuir com possíveis encaminhamentos da questão. A implementação da NOAS-SUS 01/2001 tem enfrentado sérias dificuldades, no âmbito técnico e político, o que já aponta evidências de cenários preocupantes na organização sanitária local.

fase de sua implantação e consolidação institucional. Compreende desde suas origens e criação até a definição de seu modelo assistencial organizado de acordo com três diretrizes básicas: I - distritalização dos recursos, das técnicas e das práticas; II - integralidade na proteção das ações de saúde às realidades epidemiológicas, e III - participação, em nível de decisão de entidades representativas dos usuários e dos profissionais de saúde, na formulação, gestão e controle da política municipal e das ações de saúde, acatando as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde¹¹⁵. A segunda inflexão foi realizada entre os anos de 1993 e 2001, com ênfase nas principais mudanças relativas à implementação de ações e atividades que tinham como objetivo central contribuir para a sua expansão institucional.

Enfim, seria essa forma de expansão institucional da SMS de Natal obstáculo à qualidade da assistência prestada à população?

3.1.6.2. Da organização dos serviços da atenção básica à saúde em Natal

De acordo com resultados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária IBGE (1999), Natal apresentava 272 estabelecimentos de saúde, distribuídos entre o setor público e privado. Ao público cabiam 74 unidades, estando 06 sob a gestão federal, 13 estadual e 55 municipal, ficando as 198 restantes no setor privado. Isso significa que no município existiam mais unidades de saúde privadas do que públicas.

Segundo dados fornecidos pelo Departamento de Organização, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde/SMS/Natal (Ago/2001), o município de Natal contou com 1991 leitos destinados aos pacientes do SUS em 2001, de um total de 2.112 pertencentes às unidades de saúde e hospitais contratados, o que correspondeu a 94,3%. Esses leitos se encontravam distribuídos entre as áreas

¹¹⁵ As diretrizes referenciadas constam da Lei Orgânica do Município do Natal, Cap. V – Da Saúde – Art. 141 – Parágrafo 2º, incisos I, II e III, promulgada a 3 de abril de 1990. Além de sua Lei Orgânica, o município de Natal dispõe de uma legislação sanitária própria desde o ano de 1991, com a publicação das Leis n. 4.041 e 4.042. A Lei n. 4.041, de 13 de novembro de 1991, que trata das atribuições do município de Natal e aprova as normas de promoção, proteção e recuperação da saúde, foi alterada pela Lei n. 5.132, de 29 de setembro de 1999 - do Código Sanitário de Natal.

de Cirurgia, Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria/Hospital-dia e UTI.

A Cidade conta ainda com uma vasta rede de serviços assistenciais públicos, que prestam serviços ao SUS, distribuídos nos 04 Distritos Sanitários¹¹⁶, conforme discriminada no quadro 01.

Quadro 01

SMS de Natal: Distribuição de unidades ambulatoriais por distrito sanitário, 2001.

NATUREZA DA UNIDADE	DISTRITO NORTE	DISTRITO SUL	DISTRITO LESTE	DISTRITO OESTE	TOTAL
Central ambulância	01	01	01	01	04
Centro clínico	01	-	03	01	05
C. zoonoses	01	-	-	-	01
U. B. saúde	13*	09	07	12	41
Posto saúde	-	-	-	01	01
C. odontológico	02	-	01	-	03
Pronto-socorro	-	-	01	-	01
Unidade mista	-	01	01	02	04
Vigilância sanitária	01	01	01	01	04
NAPS/CAPS	-	-	02	01	03
N. homeopatia	-	-	01	-	01
C. atenção Idoso	-	-	01	-	01
Saúde escolar	-	01	01	01	03
FENAT	-	01	-	-	01
Colônia Penal J. C.	01	-	-	-	01
U. Integrada	-	-	-	01	01
Programa ACS	01	-	-	-	01
PRODONAT	-	-	01	-	01
TOTAL	21	14	21	21	77

FONTE: Elaboração própria, a partir de dados do DOA/SMS/2001.

As 41 unidades de saúde desenvolvem suas ações em nível ambulatorial nas clínicas básicas (clínica médica, ginecologia e pediatria), atendimento de enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, odontologia e de laboratório;

¹¹⁶ Em 1989, Natal se submeteu a uma importante experiência de reorientação de modelo assistencial relacionada à atenção básica, a qual contou com a cooperação técnica da OPAS/SESAP/RN (através de inúmeros seminários e oficinas de trabalho), que redundou na definição de quatro Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste.

enquanto as três clínicas odontológicas prestam assistência de caráter preventivo e curativo (prioritariamente) as crianças entre 07 e 14 anos.

Desse conglomerado formado por 77 unidades de atendimento, o SISVAN encontra-se implantado em 37 unidades básicas: 10 pertencentes ao Distrito Sanitário Norte, 08 ao Distrito Sanitário Sul, 07 ao Distrito Sanitário Leste e 12 ao Distrito Sanitário Oeste. O PACS encontra-se presente em toda a rede básica de assistência, o PCCN em 32 unidades e as equipes do PSF estão presentes em 5 dessas unidades¹¹⁷, contando apenas com 19 equipes de saúde da família ativas.

Além das unidades próprias da SMS, o SUS em Natal abrange outras unidades (conforme quadro 02), para atender a exames especializados de média complexidade, consultas, atendimentos médicos (ambulatoriais) e hospitalares em traumatologia e ortopedia, pequenas cirurgias ambulatoriais, sessões de fisioterapia (e outras reabilitações). Nesta distribuição observa-se claro predomínio (63,4%) do privado em relação aos demais prestadores, apesar de todo o esforço no sentido da estruturação de um sistema de serviços públicos de saúde.

Quadro 02

SMS de Natal: Distribuição dos prestadores por distrito sanitário, 2001.

PRESTADORES	DISTRITO NORTE	DISTRITO SUL	DISTRITO LESTE	DISTRITO OESTE	TOTAL
PRIVADO	02	03	20	01	26
ESTADUAL	01	01	03	-	05
FILANTRÓPICO	-	01	02	03	06
UNIVERSITÁRIO	-	01	01	-	02
SINDICAL	-	-	02	-	02
TOTAL	03	06	28	04	41

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do DOA/SMS/2001

Portanto, no que concerne a sua capacidade de produção de ações e serviços no âmbito da baixa, média e alta complexidades, a SMS oferece à população, nas suas unidades próprias, serviços ambulatoriais básicos e hospitalares, aos quais se somam os serviços ambulatoriais complementares

¹¹⁷ O PSF encontra-se implantado em cinco unidades de saúde do Distrito Sanitário Oeste: Felipe Camarão (básica), Felipe Camarão (mista), Cidade Nova, Nova Cidade e Guarapes.

credenciados ao SUS através de contratos de prestação de serviços (com prazo de vigência médio de seis meses). Esses serviços são distribuídos, em forma de quotas, entre os quatro distritos sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste), que são os responsáveis pela autorização para os procedimentos e atuam de forma independente da Central de Marcação de Consultas e Exames.

Segundo informações do DOA/SMS (2001), a produção ambulatorial das unidades públicas municipais distribuídas por grupo de procedimento (2000/2001) apresenta valores totais (pagos) crescentes entre 2000 e 2001. Entretanto, cabe ressaltar que a redução dos procedimentos odontológicos, tanto os básicos quanto os especializados, bem como a redução de procedimentos traumatológico-ortopédicos, radiodiagnóstico, ultra-sonografia, fisioterapia e terapias especializadas, sugere um padrão de assistência de “pobre para pobre”, em Natal. Ou seja, a sua rede pública se ressentiu de procedimentos de média e alta complexidade, o que acarreta a oferta de serviços à rede privada de saúde.

3.1.6.3. Mecanismos de repasse e disponibilidade financeira na atenção básica à saúde

A NOB-SUS 01/96 estabeleceu a modalidade de transferência fundo a fundo para os municípios que, como Natal, assumiam a gestão plena do sistema municipal. Essa norma foi a responsável pela criação do Piso de Atenção Básica PAB (e os seus componentes fixo e variável) destinado ao financiamento de procedimentos da atenção básica. O componente variável do PAB se constitui num volume de transferências condicionadas “ao cumprimento de requerimentos específicos avaliados pelas CIB’s, segundo especificações em portarias do MS” (LEVCOVITZ *et al*, 2001, p. 289), o qual atua como incentivo à adoção de determinadas políticas específicas – PACS, PSF, PCCN, Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica Básica e Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD). Além do PAB, o município recebe a Fração Assistencial Especializada (FAE), que é um volume de recursos financeiros determinados pela CIB com base na Programação Pactuada Integrada (PPI), referente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento externo ao domicílio, conforme critérios estabelecidos

em portaria da SAS/MS. A soma dessas partes (e mais outras frações complementares) constitui o Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM) destinado ao financiamento das ações de saúde de natureza assistencial, ambulatorial (incluindo alta e média complexidades) e hospitalar, sob a responsabilidade do município.

Alguns avanços que ocorreram durante o processo da descentralização e gestão do SUS podem ser atribuídos à implementação da NOB-SUS 01/96. Segundo dados da SAS/MS (2001), 99,7% dos municípios já estão habilitados às condições de gestão do SUS; ao mesmo tempo 60,7% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) são repassados “fundo a fundo” para os municípios. Essas medidas foram indutoras do fortalecimento das responsabilidades municipais, orientadas pela política federal, o que concorreu para a significativa expansão do PACS/PSF em todo o país.

A NOB-SUS 01/96 apresentou como desafios a sua implementação a definição da divisão de responsabilidades entre estados e municípios, integração entre sistemas municipais, planejamento e organização funcional do sistema, financiamento e critérios para alocação de recursos (orientados pelas necessidades da população), resolutividade e acesso aos serviços.

Com o advento da NOAS SUS 01/2001, passou-se a enfatizar o processo de regionalização do Sistema de Saúde do RN, através de uma proposta preliminar apresentada aos municípios, por técnicos da Coordenação de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde (CPCS) da Secretaria Estadual de Saúde (SESAP/RN), quando da elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI)/2000.

Neste primeiro esboço, o espaço geográfico norte-riograndense foi dividido em três regiões, com os seus respectivos municípios pólos (Natal, Mossoró e Caicó) e 21 microrregiões. No debate acerca de sua implementação, foram apontadas algumas vantagens na adoção dessa proposta de regionalização da assistência, destacadas a seguir: definir com clareza o papel do estado como regulador do sistema e mediador das relações entre os municípios; agregar a participação dos municípios na formação de sistemas microrregionais; permitir uma descentralização das ações e serviços com distribuição mais clara de

responsabilidades entre os gestores; melhorar a eficiência na utilização dos recursos, através de uma economia de escala, que utiliza racionalmente a rede de serviços existente e evita a ociosidade e a superposição de ações; facilitar o acesso às tecnologias modernas e melhorar a qualidade da atenção.

Com o avançar das discussões, para se atingir o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, parecia ser necessária uma adequação (pela SESAP) dessa proposta preliminar.

Nesse contexto, a instância estadual assumiu importantes funções, tais como a qualificação dos municípios do RN, contemplando dois processos paralelos e simultâneos - a estruturação técnica e a capacitação de recursos humanos. Documentos da SESAP/RN enfatizam a necessidade da articulação interinstitucional para o desenvolvimento de determinadas atividades: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem (PROFAE), Preparação de Técnicos em Vigilância Epidemiológica e Ambiental (VIGISUS) e Capacitação da Rede em Sistema de Urgência, Emergência e Geração de Alto Risco.

No que diz respeito à estruturação tecnológica do sistema de saúde, serão implementados projetos de (re)aparelhamento e (re)estruturação do SUS e serviços laboratoriais¹¹⁸, construção de um Hemonúcleo em Pau dos Ferros e ampliação dos já existentes (Natal, Mossoró e Caicó) e prioridade à Rede Potiguar de Informações em Saúde (RPIS), ligada à Rede Nacional de Informação à Saúde (RNIS).

Como atividades articuladas ao sistema de regulação, serão privilegiados o cadastramento dos usuários e o Cartão Nacional de Saúde¹¹⁹, a implantação e implementação das redes assistenciais de regulação¹²⁰; elaboração da

¹¹⁸Os serviços laboratoriais incluem o seguinte espectro de exames: análise de água para o consumo humano, sorologia para dengue, carga viral para a AIDS, teste do pezinho (distúrbios metabólicos fenilcetonúricos) e exames clínicos para os renais crônicos.

¹¹⁹ O Cartão SUS será implementado através da realização de um cadastramento local de domicílios e usuários do SUS. A adoção desta medida de regulação está em fase de implementação em Natal e em outros municípios do RN.

¹²⁰ As redes assistenciais de regulação compreendem a implantação da central de transplantes, implementação de oito unidades hospitalares para urgência, emergência e geração de alto risco,

Programação Pactuada e Integrada (PPI), descentralização das ações básicas da vigilância sanitária, expansão do PSF, estruturação e melhoria da Saúde Reprodutiva.

Diante do novo contexto, foi realizado um levantamento de toda a relação dos serviços de média complexidade, que fazem parte do elenco previsto no item 7 – capítulo I da NOAS (nível I de referência) e que foram adotados como requisitos para o município assumir a sede de Módulo Assistencial. Para os municípios identificados como passíveis do cumprimento dessa função, foi então solicitado o registro de fluxos de pacientes provenientes de outros municípios (“importação de pacientes”). Isso foi feito como uma forma de obter subsídios para o cálculo de demandas populacionais reais, tendo em vista os objetivos preconizados na nova norma operacional do SUS.

Tomando como referência esse elenco de informações, foi traçado o atual Mapa de Regionalização, que conta com **15** Microrregiões de Saúde – Oeste Potiguar, Médio Oeste, Alto Oeste, Serras Úmidas, Vale do Assu, Seridó Oriental, Seridó Ocidental, Salineira, Cabugi, Grande Natal, Litoral Norte, Litoral Sul, Potengi, Agreste e Trairi - e **27** Módulos Assistenciais, considerando um total de **167** municípios adscritos e que constituem o Estado do RN.

Na elaboração da proposta de regionalização da assistência no estado, foi constatado que o Sistema Estadual de Referência por Macrorregiões (Natal, Mossoró, Caicó) continuava desregulado quanto aos serviços especializados. Concentrados em Natal (70%), Mossoró (20%) e Caicó (5%), com os 5% restantes pulverizados nos outros 164 municípios, apresentavam uma demanda espontânea bastante significativa.

Com o avanço do processo de descentralização dos serviços e ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e na constante busca de autonomia administrativa e financeira (para o recebimento e aplicação de recursos), a SESAP/RN transformou os antigos Escritórios Técnicos de Apoio aos Municípios (ETAM's) - com sede em São José de Mipibu, Mossoró, João Câmara, Caicó,

de duas centrais de marcação de leitos (Natal e Mossoró), de centrais de marcação de leitos, consultas e internações, farmácia básica, medicamentos excepcionais, órteses e próteses.

Santa Cruz, Pau dos Ferros e a Grande Natal - em Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP's).

Foram selecionados alguns pontos, considerados estratégicos pela equipe técnica da SESAP/RN, a serem discutidos no decorrer do processo de regionalização do SUS no Estado do RN, os quais estão relacionados a seguir: regulação do sistema, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, centros de zoonoses, saúde mental, saúde oral, doenças crônico-degenerativas, urgência e emergência, distribuição de medicamentos e redefinição do papel das URSAP'S no processo de regionalização.

Na busca da implementação da proposta de regionalização da assistência no Estado do RN, foi tomado como ponto de partida o cadastramento das unidades públicas de saúde localizadas em municípios habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica (157). Os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)¹²¹ já deram início ao cadastramento de seus usuários, com vistas à emissão do Cartão SUS, conforme Portaria GM/MS n. 3.951, de 26 de novembro de 1998.

A Secretaria de Estado de Saúde Pública é a responsável pelos atendimentos de alta complexidade ambulatorial e pela Câmara de Compensação Hospitalar em todo o estado. Esse nível intermediário de gestão recebe um volume de recursos financeiros determinados pela CIT com base na PPI, destinado ao financiamento da totalidade das ações assistenciais sob sua responsabilidade - Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE).

A partir da (real) implementação das normas e diretrizes preconizadas pela NOAS-SUS 01/2001, deve-se considerar, além da integração dos níveis de assistência, os distintos pactos de repartição de recursos realizados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB's) e das Secretarias Estaduais de Saúde.

¹²¹ Os municípios em GPSM correspondem a 6% do total de municípios do estado do RN, mas em compensação são áreas de grande concentração populacional (cerca de 49,6 % da população do RN). São eles: Natal, Mossoró, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Caicó, Parnamirim, Ceará Mirim, Parelhas, Touros e São José de Mipibu.

Nesse sentido, a SESAP/RN elaborou algumas etapas subseqüentes, para serem cumpridas em curto prazo: identificação de modificações necessárias ao desenho final da regionalização do estado; elaboração do Plano Diretor de Regionalização; apresentação do referido Plano à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES); habilitação dos Municípios-sede de Módulo Assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) – quando necessário; habilitação dos outros municípios do Módulo Assistencial em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA).

Dando continuidade ao processo, a SESAP/RN pretende ainda articular outras instituições, privilegiando a participação das Secretarias Municipais de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Atualmente, ainda se encontra em curso a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI)/2002, do Estado do RN (e de seus municípios)¹²².

Acredita-se que a partir da efetiva articulação entre recursos financeiros e capacidades logísticas instaladas se possam cumprir as prioridades estabelecidas e, em momentos posteriores, alcançar a estabilização do sistema. Para tanto, a lógica da programação em saúde assume (mais uma vez) relevante papel. No momento atual, deverá priorizar as seguintes etapas: 1) execução do módulo estadual: agenda e pacto da atenção básica (2001) e metas (2001/2002); 2) macroalocação de recursos financeiros; 3) definição de parâmetros pela instância estadual, os quais deverão ser pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB's) e referendados pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES).

Considerando o atual processo de implementação da NOAS-SUS 01/2001, a programação em saúde deverá ser estruturada em consonância com o Plano

¹²² O município de Natal elaborou seu quadro de metas (2002), o qual apresenta como eixos básicos: 1) redução da mortalidade materna e infantil; 2) controle de doenças e agravos prioritários; 3) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; 4) reorientação do modelo assistencial descentralizado; 5) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; 6) qualificação do controle social; 7) readequação da rede assistencial de saúde. Entretanto, o seu Plano Municipal de Saúde, para o quadriênio 2002/2005, ainda se encontra em fase de elaboração.

Diretor de Regionalização (PDR), cujos fluxos deverão contemplar macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais¹²³.

Neste sentido, e para melhor compreensão das dificuldades e acertos de uma programação Pactuada dessa ordem, faz-se necessária uma apresentação dos mecanismos de repasse desses recursos, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

O montante de recursos do Orçamento Geral do Município (OGM) destinado à SMS correspondeu aos valores anuais de R\$ **28.053.352,08** (1998), **26.446.918,42** (1999), **28.990.158,68** (2000) e R\$ **34.621.068,81** (2001). Deste total, foram destinadas ao pagamento da folha de pessoal (e a sua produtividade), montantes de recursos correspondentes a: R\$ **26.863.763,45** (1998), R\$ **26.393.747,94** (1999), R\$ **27.703.252,72** (2000) e R\$ **31.581.780,77** (2001); o saldo é aplicado em despesas de gerenciamento da SMS. A folha de pessoal é composta pelos funcionários (da rede de saúde e do nível central), estagiários e ainda abrange as gratificações do PSF. Os serviços prestados por médicos e demais profissionais são pagos com a produção da própria Secretaria, enquanto os agentes da dengue recebem os seus salários dos recursos provenientes do PAB-ECD.

Segundo VIANA (2001), a aplicação da quase totalidade de recursos financeiros, oriundos do Orçamento Geral do Município (OGM), no pagamento de salários aos seus funcionários, pode ser um indicativo da ausência de “robustez” da máquina administrativa pública.

Por outro lado, os percentuais dos gastos totais em saúde da SMS de Natal resultantes de transferências governamentais efetivamente executadas, nos anos de 1998 a 2001, apresentaram os seguintes resultados: 63,28% (1998), 62,43% (1999), 64,84% (2000) e 62,62% (2001) - isso demonstrá a (forte) dependência municipal por recursos federais. O repasse federal abrange distintas frações e valores, discriminados no quadro 03.

¹²³ Segundo o Plano Diretor de Regionalização do RN (versão a ser aprovada pela CIB/RN e CES), o estado foi configurado em três macrorregiões (Natal, Mossoró e Caicó), 15 microrregiões e 27 módulos assistenciais, totalizando 167 municípios da UF.

Quadro 03

SMS de Natal: Distribuição dos gastos totais do município por níveis de atenção, 1998-2001

GASTOS TOTAIS EM SAÚDE	VALORES (R\$)				TOTAL
	1998	1999	2000	2001	
AB Fixo (A)	4.749.237,68	7.123.857,68	7.150.492,28	7.740.124,00	26.763.711,64
igilância Sanitária	83.536,62	169.653,12	143.532,30	189.921,84	586.643,88
armácia Básica	0,00	342.755,52	631.542,12	528.305,09	1.502.602,73
CD	0,00	0,00	0,00	1.345.036,62	1.345.036,62
SF	25.666,66	455.012,65	487.806,00	580.735,00	1.549.220,31
ACS	157.333,34	920.700,05	895.021,29	1.007.044,39	2.980.099,07
CON	41.827,00	501.930,00	418.275,00	543.757,50	1.505.789,50
AB Variável (B)	308.363,62	2.390.051,34	2.576.176,71	4.194.800,44	9.469.392,11
AB complementar)	0,00	0,00	69.912,19	0,00	69.912,19
ções estratégicas)	0,00	0,00	0,00	27.325,87	27.325,87
artão SUS (E)	0,00	0,00	0,00	41.724,18	41.724,18
US-MAC (F)	43.288.416,30	34.432.396,01	43.864.045,11	45.308.593,85	166.691.451,36
lta complexidade)	0,00	0,00	0,00	690.000,00	690.000,00
epasse Federal (+B+C+D+E+F+)	48.346.017,89	43.946.305,03	53.460.626,29	58.000.568,34	203.753.517,35
GM (H)	28.053.352,08	26.446.918,42	28.990.158,68	34.621.061,81	118.111.491,00
TOTAL (+B+C+D+E+F+G)	76.399.369,77	70.393.223,45	82.450.784,97	92.621.630,15	321.865.008,30

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Setor de Contas e Prestação de Serviços/SMS/2001.

Os recursos federais obedecem à seguinte dinâmica interna: transferência do MS para a SMS, através de ordens bancárias que são creditadas na conta recebedora dessa instituição, no Banco do Brasil. De acordo com o Decreto n. 4.100/90 – PMN, os recursos são transferidos para a conta única da Prefeitura Municipal de Natal (PMN), conhecida como “conta 1.000”. Em seguida, os recursos são repassados para as seguintes “subcontas” da SMS: 1) a conta “PABÃO”, onde são mantidos os valores do PAB fixo, PACS, PSF e ICCN, sendo aplicados nas ações e programas de saúde (e nutrição), de acordo com as necessidades operacionais; 2) as coordenações da Vigilância Sanitária, da Assistência Farmacêutica Básica e da Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) recebem os seus recursos através de transferências da conta da PMN, para as suas contas específicas; 3) os recursos do SUS/MAC¹²⁴ seguem a mesma trajetória e apresentam como subcontas: SIA (ambulatorial), SIH (hospitalar) e FMS. Na conta do FMS, ficam as verbas para as despesas de gerenciamento da Secretaria.

Além das fontes de receita supracitadas, a SMS de Natal apresenta convênios com o MS (prioritariamente) e com SESAP/RN, cuja diversidade, valores e evolução temporal foram discriminados no quadro 04. Saliente-se que, apesar da consolidação e até ampliação de mecanismos financeiros de repasse “fundo a fundo” (pós-NOB-SUS 01/96) destinados à atenção básica, o montante de recursos federais transferidos mediante a modalidade convencional¹²⁵ ainda apresenta significativos valores.

¹²⁴ Os recursos do SUS-MAC são aqueles destinados à média e alta complexidades.

¹²⁵ Para o ano de 2002, a SMS de Natal celebrou convênio com o MS, através da FUNASA, voltado para a humanização do parto.

Quadro 04**SMS de Natal: Valores repassados dos diversos convênios por instância de governo, 1998-2001**

NATUREZA DOS CONVÊNIOS	VALORES (R\$)				TOTAL
	1998	1999	2000	2001	
DENGUE/MS	1.352.702,00	1.464.453,36	1.086.246,00	0,00	3.903.401,36
DST/AIDS/MS	163.000,00	0,00	163.035,00	418.366,67	744.401,67
DST/AIDS Projeto Alegria /MS	0,00	0,00	0,00	22.350,00	22.350,00
SAMU/MS126	0,00	0,00	0,00	215.179,47	215.179,47
Materno-infantil/MS	0,00	0,00	88.082,50	31.139,71	119.222,21
PSF/MS	0,00	38.513,50	0,00	0,00	38.513,50
Hanseníase/MS	0,00	37.879,00	0,00	0,00	37.879,00
Saúde Escolar/MS	180.000,00	0,00	0,00	0,00	180.000,00
SUB-TOTAL/MS (A)	1.695.702,00	1.540.845,86	1.337.363,50	687.035,85	5.260.947,21
ECD/SESAP/RN	0,00	0,00	0,00	582.130,86	582.130,86
SAMU/SESAP/RN	0,00	0,00	0,00	270.000,00	270.000,00
SUB-TOTAL SESAP/RN (B)	0,00	0,00	0,00	852.130,86	852.130,86
DENGUE / SEC. FINANÇAS (C)	0,00	0,00	0,00	56.320,00	56.320,00
TOTAL (A+B+C)	1.695.702,00	1.540.845,86	1.337.363,50	1.595.486,71	6.169.398,07

FONTE: Elaboração própria, a partir de dados do Setor de Contas e prestação de serviços/ SMS/2001.

O processo de implantação do mecanismo de repasse de recursos do MS para a atenção básica à saúde em Natal obedeceu à seguinte ordem:

¹²⁶ O Serviço de Atendimento Médico às Urgências (SAMU) constitui experiência inovadora implantada em Natal, tendo tomado como referência o modelo já implementado no Rio Grande do Sul. Estruturado com os componentes pré-hospitalar e hospitalar, tem como objetivo prestar assistência aos agravos de urgência, através da articulação de medidas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, envolvendo ainda segmentos da comunidade, como serviços de resgate, trânsito, defesa civil, educação e transportes. Apresenta como missão diminuir o intervalo terapêutico para os pacientes vítimas do trauma ou de urgências clínicas, possibilitar maiores chances de sobrevivência e diminuição das seqüelas e encaminhar os pacientes para os diferentes serviços de saúde, de acordo com a complexidade de cada caso, de forma racional e equânime. Seus principais objetivos são: 1) classificar e priorizar as urgências, gerando o acesso aos serviços de urgência e de cuidados intensivos da rede hospitalar; 2) garantir escuta médica permanente; 3) determinar e desencadear a resposta mais adaptada a cada caso; 4) coordenar as intervenções das unidades móveis de socorro; 5) assegurar a disponibilidade dos meios de hospitalização pública ou privada adequada ao estado do paciente, preparando sua recepção. Deverá ser utilizado, através da linha 192, em acidentes de trânsito, com armas de fogo, acidentes domiciliares e urgências cardíacas, respiratórias e obstétricas, além de outras situações de risco de vida. Os recursos humanos envolvidos são: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de regulação médica, rádio-operador e motorista. O custo total do convênio com o MS é da ordem de R\$ 1.284.524,92, uma vez que envolve repasse do Governo federal para o estado, para o município de Natal e para as secretarias de Saúde, com um valor de contrapartida equivalente a R\$ 64.713,89 (5%).

1) O PAB Fixo foi implantado no valor de **R\$ 593.655,00/mês**, a partir de **maio/1998**, não constando em registro interno da instituição ou nos bancos de dados nacionais (DATASUS) qualquer alteração do repasse até o mês de setembro de 2001. Em outubro de 2001, considerando a divulgação de dados populacionais do Censo Demográfico do IBGE (2000), Natal passou a contar com 712.317 habitantes. Isso levou a uma atualização no valor do repasse federal, considerando a base de cálculo (populacional) utilizada pelo MS – o valor do PAB Fixo mensal passou então a **R\$ 601.787,00**. Na SMS de Natal, esses recursos são aplicados em custeio (aquisição de material de expediente, higiene, medicamentos, xerox), pagamento de serviços prestados por pessoa física ou jurídica ligados à assistência básica e na manutenção da estrutura da SMS (sede e unidades básicas).

2) Já no seu componente Variável¹²⁷, a liberação e os valores dos incentivos variaram de acordo com base de cálculo previamente estabelecida (em portarias) e com as condições de implementação apresentadas por cada uma das ações adicionais.

a) O Incentivo às Ações de **Vigilância Sanitária** foi regulamentado através da Portaria n. 2.283, de 10 de março de 1998. Apresenta como base de cálculo o valor de R\$ 0,25/hab/ano, segundo a população estimada para o ano de 1997 (IBGE), como um complemento do custeio de ações já incluídas na parte fixa do PAB. Implantado em Natal em julho/1998, recebeu um valor inicial correspondente a **R\$ 13.922,27/mês**. Esta importância foi alterada em maio/1999 para **R\$ 14.137,28/mês** e em outubro/2001 para **R\$ 15.044,67**. A esse montante federal são acrescidas as taxas de arrecadação geradas pelo setor de expedição de alvarás, que oscila entre **R\$ 2 a 7.000,00/mês**.

b) O Incentivo à **Assistência Farmacêutica Básica** foi implementado no município de Natal em julho/1999, com uma transferência inicial de recursos federais na ordem de **R\$ 56.551,92/mês**, modificado em setembro/1999 para **R\$ 57.412,92/mês** e em outubro/2001 para **R\$ 60.178,67**. As contrapartidas municipais obrigatórias de 50% do valor do repasse ainda não foram

¹²⁷ Os valores destinados às ações estratégicas de saúde (e nutrição) através do componente variável do PAB foram atualizados até o mês de dezembro/2001.

concretizadas. A contrapartida estadual destinada à assistência farmacêutica básica tem como base de cálculo o valor de R\$ 0,50 *per capita*, o que corresponde a 50% do repasse federal ao município, ou seja, R\$ 30.089,34/ mês. Este valor é repassado do estado ao município de Natal na forma de medicamentos produzidos pelo NUPLAM¹²⁸, cuja produção obedece a uma programação previamente estabelecida e submetida a uma base de cálculo que toma como referência a população assistida, sem considerar o quantitativo correspondente à demanda reprimida. Isso ocasiona sério descompasso entre as necessidades de saúde da população e a lista de medicamentos básicos disponíveis e ofertados pelo SUS.

c) O incentivo à **epidemiologia e controle de doenças (ECD)** foi implantado apenas em maio de 2001, no valor de R\$ **159.860,67**, passando a **192.936,30** em outubro do mesmo ano. A implantação tardia pode ser atribuída às dificuldades operacionais de execução de ações descentralizadas de controle de doenças. Dada as especificidades deste trabalho, os três incentivos descritos não serão analisados neste texto

d) Com referência ao **PACS**, constatamos que o programa recebe incremento do PAB Variável desde agosto/1998, num valor inicial de R\$ 40.000,00/mês, sofrendo acréscimo, já em setembro/1998, para R\$ 58.666,67/mês; em agosto/1999 passou a R\$ 64.166,67 e finalmente em dezembro/1999 para R\$ 77.366,67. Porém, apenas em setembro/2000, dada a previsão (não concretizada), por parte de técnicos da SMS, de um projeto de expansão para as equipes do PSF, houve um acréscimo no valor do repasse, que passou a R\$ 121.364,46. Vale a pena ressaltar que em maio/2000 foi realizado concurso público com vistas ao preenchimento de 240 vagas para ACS, efetivado (posteriormente) quando da implantação do projeto de expansão dos quantitativos

¹²⁸ O Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos (NUPLAM) é o sucedâneo da Fundação Universitária de Alimento e Medicamento (FUNAM) e foi criado através da Portaria nº 567/91-R, de 30/04/91, da UFRN. O NUPLAM passou a integrar sua estrutura orgânica, desenvolvendo basicamente atividades de produção de medicamentos para apoio ao SUS, hospitais universitários e Secretarias Municipais de Saúde; constitui ainda campo de estágios supervisionados específicos e relativos a diferentes cursos de graduação. Com a experiência de pólo distribuidor do Programa Farmácia Básica do Governo federal para os estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí, o NUPLAM se credencia para garantir em grande parte os programas de assistência farmacêutica dos estados do Norte e Nordeste do Brasil.

de equipes do PSF. O valor do repasse mensal a partir do mês de outubro de 2001 correspondeu a R\$ **77.916,67**.

À Prefeitura Municipal de Natal (PMN) coube a responsabilidade pelo complemento salarial dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS no valor de R\$ 17,00 *per capita*/mês, tendo em vista que o valor do repasse mensal feito pelo MS corresponde a R\$ 183,00 *per capita*, enquanto o salário pago aos ACS é de R\$ 200,00 *per capita*/mês. Além disso, a Prefeitura é também a responsável pela compra do material a ser utilizado pelos 418 ACS distribuídos em quatro Distritos Sanitários: 188 pertencentes ao Distrito Sanitário Oeste, 158 ao Distrito Sanitário Norte, atendendo a 13 unidades/DS; 43 no Distrito Leste, propiciando cobertura a quatro unidades, e finalmente 29 ACS no Distrito Sul, os quais dão assistência a cinco unidades de saúde. Dos 418 ACS que atuam em Natal, 95 se encontram ligados às ESF, enquanto os 323 restantes se encontram trabalhando de forma isolada.

e) Assim como o PACS, o **Programa Saúde da Família (PSF)** também começou a receber recursos financeiros do PAB no mês de agosto/1998. Num valor inicial de **R\$ 7.000,00/mês** contou com o incremento quantitativo de equipes, logo no mês seguinte, sendo aumentado para **R\$ 9.333,33/mês**. No ano de 1999, sofreu uma significativa expansão: no primeiro semestre teve como repasse o valor mensal de **R\$ 21.000,00**; em seguida, já no segundo semestre de 1999, a importância duplicou e passou a **R\$ 44.333,33**. A partir de então sofreu apenas uma pequena correção, realizada em dezembro/1999, para **R\$ 44.346,00/mês**, permanecendo estável até dezembro/2001.

Com atuação em áreas periféricas da Zona Oeste da cidade do Natal, o programa conta com **19 equipes**¹²⁹ que propiciam cobertura a 10% da população do município e 33% do DS Oeste, a um custo total médio mensal de **R\$ 57.062,84**. Os recursos financeiros federais destinados ao PSF são aplicados na compra de medicamentos em geral para toda a rede básica de saúde (e não apenas para as cinco unidades de saúde com o PSF implantado).

¹²⁹ No município de Natal existe, em fase de implementação um projeto para expansão dos quantitativos das equipes de saúde da família que será privilegiado (juntamente com o combate à dengue) pela atual gestão da SMS, conforme entrevista com o novo secretário de Saúde (Tribuna do Norte, 17.01.01).

f) E finalmente, no que diz respeito ao **PCCN**, do ponto de vista organizacional, o programa encontra-se ligado, juntamente com o **PSF** e o **PACS**, ao Setor de Programas Especiais do Departamento de Atenção à Saúde da SMS.

Implantado em dezembro/1998, manteve até o mês de dezembro de 2001 o mesmo valor de repasse inicial equivalente a **R\$ 41.827,50/mês**. O pagamento aos fornecedores é feito mensalmente pela SMS de Natal. Para manutenção deste programa e como contrapartida municipal, a PMN desembolsou no ano 2000 um valor mensal de **R\$ 217.256,00**, visto que o custo médio mensal totalizou **R\$ 259.083,50**. Ou seja, o incentivo do Governo federal corresponde em média a 16,00 % do custo efetivo do programa.

O repasse de recursos federais do PAB Fixo obedece a um calendário pré-determinado, sendo depositado (mensalmente) em data anterior àquele destinado ao financiamento de ações e programas específicos (PAB Variável). Isto ocasiona a sua utilização em outros fins, como o pagamento da folha de pessoal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Porém, em seguida, com a entrada dos recursos destinados ao programa, ocorre um remanejamento de recursos (executado pelo Setor de Orçamento e Finanças da SMS) e o reembolso equivalente, sendo então disponibilizados os recursos para a aquisição de medicamentos e outros itens.

Portanto, no que diz respeito aos quantitativos financeiros do PAB Variável destinados ao PACS e PSF, observou-se leve incremento inicial (1998), seguido de uma acentuada expansão de destinação de recursos em 1999, a qual pode ser atribuída à mudança (favorável) na base de cálculo dos incentivos. Isso tudo serviu de incentivo a expansão do PACS/PSF pelo gestor municipal, conforme será examinado na seção seguinte.

No ano de 2000 aconteceu uma estabilização nos valores de repasse de recursos federais, o que nos pareceu indicar uma adesão municipal diferenciada às distintas políticas propostas pelo MS, tendo em vista a prioridade dada ao PCCN. Em 2001, ano que antecedeu as eleições presidenciais e para o Senado federal, os quantitativos financeiros destinados à atenção básica voltaram a crescer, inclusive com o recebimento de receitas extras denominadas por PAB complementar, ações estratégicas e cartão SUS.

Quanto à aquisição e ao suprimento de insumos, deve ser definida uma política adequada de compra, tanto de suplementos alimentares quanto de medicamentos, mediante a operacionalização do componente variável do PAB. Devem também ser revistos os parâmetros assistenciais utilizados na avaliação do PSF, e que os novos parâmetros elaborados contemplem os aspectos quantitativos e qualitativos da assistência - com a atenção centrada na família.

No cumprimento das normas estabelecidas pelo MS, relativas à prestação de contas das ações programáticas, verificou-se que esta é realizada sob a forma de relatórios de gestão, valendo a pena ressaltar algumas evidências. No tocante ao PCCN, foi constatado que o repasse de recursos federais corresponde a uma (pequena) parcela do valor total comprometido no programa, destinados ao fim específico - aquisições dos suplementos alimentares leite e óleo de soja. Estas são feitas através de licitações anuais, das quais participam os fornecedores locais.

A análise dos relatórios de gestão do PCCN, referentes ao período de 1998 a 2001, torna evidente a garantia da regularidade das parcelas mensais sob a responsabilidade do Governo federal. Quanto à contrapartida municipal, a aplicação dos recursos não apresenta a transparência exigida - o Plano Municipal de Ações de Combate às Carências Nutricionais (2001) não foi submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, conforme preconizam as normas do MS. Além disso, as metas apresentadas não se encontram devidamente quantificadas, o que tem dificultado sobremaneira seu processo de avaliação.

A análise de alguns documentos institucionais de prestação de contas dos repasses federais para a SMS de Natal nos permitiu identificar também as duas vias imediatas de encaminhamento: ao MS e a Controladoria Geral do Município. Para o MS é elaborado um relatório de execução físico-financeira, no qual consta a relação dos pagamentos efetuados; e para a Controladoria, além do balancete financeiro mensal com demonstrativo dos procedimentos pagos¹³⁰, constam, no processo, outros documentos: extratos bancários, conciliação bancária (em casos

¹³⁰ Neste balancete constam os números do processo, da nota promissória, do empenho, da ordem bancária, data, elemento de despesa, fonte, nome do credor e valor.

de saldos divergentes) e incorporação patrimonial de bens; é também realizada a prestação de contas de “restos a pagar”.

Torna-se evidente a preocupação da instância federal em proceder acentuada regulamentação quanto à aplicação dos recursos federais transferidos “fundo a fundo”. Cria-se, assim, uma separação entre os recursos públicos destinados à saúde segundo suas fontes (federal, estadual, municipal) - o que pode ter conseqüências evidentes e imediatas para a implementação de políticas integradas, com responsabilidades comuns entre as esferas governamentais.

Apesar de o estudo utilizar fatores explicativos de base municipal, resgata aspectos e percepções que valem para todo o nosso espaço, no tempo em que vivemos. Na realidade, antes de pousar em Natal, a autora revisa o contexto conceitual, político e ideológico das intervenções, notadamente, no campo teórico da saúde e da nutrição que se desenvolve a partir de um mirante universal, enriquecendo-se com os seus dissensos e consensos.

CAPÍTULO 4. O desafio da integração entre as ações programáticas de nutrição e saúde nos anos 90

Não há como discutir a integração entre as ações programáticas da atenção básica à saúde (PACS/PSF e PCCN) sem apreciar (mesmo que brevemente) a influência de mecanismos institucionais de execução gerencial do PCCN, a divisão de trabalho entre os profissionais das equipes multiprofissionais e do PSF e os incentivos financeiros destinados à indução de programas específicos e políticas municipais.

No âmbito dos mecanismos institucionais foram selecionados quatro aspectos vinculados à área de alimentação e nutrição que se constituíram em exigências postas pelo MS para implantação do PCCN: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais, a definição de competências dos distintos setores e instituições envolvidas no processo e a criação de coordenações específicas dos programas. A utilização da cobertura populacional enquanto parâmetro de monitoramento do programa exigiu a análise dos sucessivos redimensionamentos, aos quais foi submetida a clientela do PCCN, em Natal.

4.1. Mecanismos institucionais e de gestão executiva do PCCN

Do ponto de vista organizacional, o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN) encontra-se ligado, juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), ao Setor de Programas Especiais do Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Note-se que esses três programas recebem transfêrencias do Governo federal que compõem o PAB variável.

A articulação existente entre o PCCN e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e a sua importante interface com o setor saúde exigem alguns comentários acerca de sua forma de inserção no SUS e na SMS de Natal.

A regulamentação do SISVAN como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu através da Lei Orgânica de Saúde (LOS) n. 8.080/90¹³¹ e da Portaria n. 80-P, de 16 de outubro de 1990 do Ministério da Saúde. De acordo com PINHEIRO (1996), no momento inicial e ainda na sua fase de formulação, o Sistema de Vigilância Nutricional incorporou quatro idéias básicas:

1) sistema (de informação em saúde e nutrição): pressupõe uma organização (ou uma rede de organizações) com ações padronizadas e complementares (ou interdependentes) e tarefas bem definidas, com a finalidade de, ao receber os dados, proceder à sua transformação em informação, com posterior divulgação à sociedade, com vistas a possibilitar a retroalimentação do sistema;

2) vigilância: abrange atividades contínuas e de rotina no âmbito da observação, coleta, análise de dados e disseminação da informação;

3) alimentar: engloba aspectos relativos ao monitoramento da produção, armazenamento, comercialização e consumo de alimentos, constituindo importante instrumento de informação da Segurança Alimentar;

4) nutricional: contempla dados referentes ao estado nutricional propriamente dito, ou seja, o resultado da ingestão de alimentos e a sua utilização biológica.

¹³¹ A regulamentação do SISVAN está contemplada em diversos artigos dessa lei: 1) o Art. 3º define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam a "organização social e econômica do país"; 2) o Art. 6º estabelece como atribuições específicas do SUS a "vigilância nutricional e a orientação alimentar", além do "controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos, da produção ao consumo"; 3) o Art.12º define que a articulação de componentes de políticas e programas de alimentação e nutrição cuja elaboração e execução estejam fora do setor saúde seja realizada em Comissão Intersetorial específica, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde. A referida comissão deve ser constituída por ministérios, órgãos competentes e entidades representativas da sociedade civil; 4) o Art. 14º e seu Parágrafo Único estabelecem que a formação e educação continuada devem contemplar uma ação intersetorial articulada. O mecanismo fundamental será a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, que assumirá o compromisso de propor prioridades, métodos e estratégias.

O monitoramento nutricional com dados sistemáticos aconteceu (principalmente) em municípios que implantaram o Programa “Leite é Saúde”. Este programa parece ter desencadeado o interesse dos gestores e técnicos locais pela suplementação alimentar, como uma forma de acompanhamento da desnutrição de crianças menores de cinco anos de idade e gestantes em risco nutricional. Isso acarretou um movimento de capacitação de profissionais de saúde (principalmente nutricionistas) em todo o país, com vistas a operacionalizar o SISVAN. Em 1995, com a sua expansão por todo o território nacional, foi reconhecida a necessidade da criação da “Rede SISVAN¹³²” pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (órgão extinto em 1996).

Com o PCCN, que substituiu o Programa “Leite é Saúde”, a importância do SISVAN foi reafirmada pelos formuladores da Política Nutricional, na captação e monitoramento de casos de risco nutricional, mediante a produção de dados nas unidades de saúde e do seu gerenciamento pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição, a partir de 1996¹³³.

O Município de Natal teve o seu Sistema de Vigilância Nutricional regulamentado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conforme Portaria n. 017/98, de 13 de janeiro de 1998,

“(...) a fim de desenvolver atividades de avaliação e acompanhamento da situação alimentar da população, através da coleta de dados realizada pelos Centros de Saúde gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde”.

Vale ressaltar que “incertezas” presentes na produção de dados oriundos do SISVAN têm afetado sua credibilidade. Isso reforça a tendência técnica atual do MS, ao defender a necessidade de preservar (reestruturando) esse sistema de vigilância nutricional enquanto importante instrumento destinado a fornecer subsídios às intervenções na área de saúde e nutrição.

¹³² A Rede seria constituída pelas unidades de saúde locais, coordenações municipais, estadual e nacional de alimentação e nutrição e Centros Colaboradores de Apoio Técnico e Científico, e teria como objetivo o desenvolvimento do sistema.

¹³³ Em 2001, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição assumiu o *status* de Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN/SPS/MS) e passou a ser a responsável pela formulação dessa política setorial.

Tomando como base os depoimentos da coordenação do PCCN em Natal e de nutricionistas responsáveis pela execução do programa, foram identificados como principais problemas de caráter técnico-operativos do SISVAN: a coleta, transposição gráfica e transcrição de dados para as respectivas planilhas (ainda manuais) de registro de informações; baixa cobertura geográfica e populacional; falta de agilidade nos procedimentos enquanto sistema de informação, atraso no envio dos consolidados de dados (já que as informações devem subsidiar a ação, do contrário perde o seu sentido); a duplicidade no registro de informações e a falta de compatibilização e integração entre as diversas bases de informação quanto aos indicadores e pontos de corte (no caso particular, entre o SISVAN e o SIAB).

Ao conjunto de elementos acima referidos são ainda acrescentados fatores limitantes (de caráter político-institucional) à operacionalização da Vigilância Nutricional em Natal, tais como: o papel “menor” atribuído ao SISVAN, quando da sua estruturação no setor saúde (SMS de Natal), como um instrumento destinado apenas a gerar “informações” antropométricas acerca da população beneficiária dos programas de suplementação alimentar; a falta de uma política de promoção à saúde que incorpore novos saberes e práticas e forneça subsídios para a sistematização dessas ações e a sua (respectiva) inclusão nas rotinas de serviços e a baixa articulação e parcerias (intra e inter) institucionais, inclusive entre as esferas de governo, segundo GUEDES (2000).

Diante de todo o elenco de problemas, tanto de ordem institucional como de caráter técnico-operacional, o SISVAN terminou por si constituir em um mero instrumento de seleção de beneficiários do PCCN, sendo utilizado apenas para a racionalização das ações específicas da área de alimentação e nutrição. Em decorrência disso, o SISVAN, importante coadjuvante de decisões gerenciais, passou a atuar através da vinculação entre os dados oriundos da vigilância nutricional, como pré-requisito ao credenciamento dos municípios ao PCCN/MS.

Isso fez com que o sistema ficasse limitado a ser um facilitador de repasse de recursos entre os níveis administrativos das instâncias governamentais. Ao assumir o compromisso de cumprir a agenda (previamente) definida pelo MS, o município secundarizou a finalidade máxima da vigilância nutricional em prol da

produção de dados antropométricos de grupos-alvo vulneráveis. No limite, tanto o município quanto o MS assumiram uma visão limitada do SISVAN e secundarizaram o seu importante papel enquanto instrumento norteador da Política de Segurança Alimentar e Nutricional.

Parece ser consensual que o SISVAN, enquanto estratégia utilizada para a informação de dados nutricionais, conseguiu um acentuado apoio político-institucional, embora sua atuação tenha ficado restrita ao âmbito do MS, o que demonstra as nítidas dificuldades de sua implementação no nível descentralizado da SESAP/RN e da SMS de Natal.

A área profissional dos nutricionistas acredita que a melhoria na confiabilidade de seus dados poderia ser alcançada através de um efetivo trabalho técnico de supervisão nas distintas etapas do processo de construção dos dados. Dessa forma, as informações produzidas (em nível coletivo e individual) poderiam subsidiar o planejamento e monitoramento de ações de saúde e nutrição, no âmbito da promoção, proteção e recuperação das crianças por gestores (administradores e executores), situados nas três esferas de governo.

Tornam-se necessários, portanto, a ampliação e o aperfeiçoamento do sistema de vigilância, no sentido de agilizar seus procedimentos, ampliar sua cobertura geográfica e populacional e efetuar o resgate do seu (importante) papel no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional.

E mais: apesar da limitada qualidade dos dados oriundos do SISVAN, estes são indicativos de que os maiores problemas nutricionais (em Natal) se encontram em faixas etárias que não são priorizadas nas diretrizes do ICCN, ou seja, se localizam em crianças maiores de 23 meses de idade. Os dados indicam ainda que as estimativas que servem de teto para as transferências do Governo federal são subestimadas, recortando, com fortes restrições, a população-alvo.

Disso decorre que o município necessita empenhar uma grande “contrapartida” de recursos financeiros para realizar um programa (minimamente) coerente com o perfil epidemiológico da população. Em suma, as condições

geradas pelo ICCN não parecem facilitar a apropriação do SISVAN como um elemento-chave na formulação de políticas municipais de Nutrição.

No Estado do Rio Grande do Norte, conforme resultados obtidos no Censo Nutricional, a prevalência da desnutrição em crianças de 0 a 60 meses era de 28,7%, e de 40,8% para os casos de desnutrição aguda e crônica, respectivamente. Outro registro relevante diz respeito aos elevados índices de desnutrição encontrados nos primeiros meses de vida (21%), em crianças de 0 a 5 meses de idade. Este fato pode ser atribuído ao desmame precoce e à frequência ascendente dos casos de baixo-peso ao nascer e continua apresentando elevados índices¹³⁴.

No município de Natal, segundo estudos sobre a saúde da mulher e da criança realizados pelas Secretarias de Saúde, UNICEF e UFRN, no ano de 1995 o percentual referente ao indicador baixo-peso correspondeu a 6%, sendo também mais elevado na zona rural (10%) do que na urbana (3%). Essa pesquisa revelou ainda que, quanto ao aleitamento materno, as crianças na faixa etária de 4 a 6 meses de idade não recebiam aleitamento exclusivo, 32,6% já estavam desmamadas, 34,8% recebiam aleitamento materno misto e apenas 15% o aleitamento como fonte alimentar predominante.

Nesse contexto, foi implantado o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN) em Natal, no ano de 1998. Sem dúvida, a possibilidade de obtenção de recursos financeiros adicionais do PAB-Variável foi um dos determinantes da decisão de implantar o programa, assim como a recomendação técnica, com estímulo do MS e SESAP, e o elevado índice de déficit ponderal (21,8%) em menores de cinco anos de idade. O programa foi normatizado também em 1998, objetivando reorganizar a intervenção nutricional nas unidades de saúde, em especial a sua operacionalização e a definição de atribuições dos profissionais envolvidos.

¹³⁴ O estudo referido foi realizado pelo Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição/UFRN e Secretarias de Saúde, no período entre novembro de 1993 e janeiro de 1994, em 52 municípios, abrangendo todas as regiões do estado, como uma forma de contribuição ao Comitê pró-Campanha pela Cidadania e Contra a Fome e a Miséria. Foram pesquisadas 30.548 crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, amostra correspondente a 10% da população do estado.

Em cumprimento aos pré-requisitos de renovação do Programa, o Município de Natal elaborou o seu Plano Municipal de ações de Combate às Carências Nutricionais, para o ano de 2001.

Conforme consta em documentos institucionais, esse Plano apresentou como objetivo geral a redução da prevalência da desnutrição e das carências nutricionais, através de ações voltadas tanto para a prevenção como para a recuperação da saúde e nutrição da sua população-alvo. Com os seus objetivos específicos, o plano visou a: identificar áreas geográficas e grupos populacionais sob risco, bem como avaliar as tendências temporais de evolução dos problemas nutricionais; contribuir para promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, reduzindo assim os índices de desmame precoce; promover a educação alimentar e nutricional junto aos usuários de saúde e a comunidade; propiciar a consolidação do SISVAN, de forma a permitir o diagnóstico precoce do estado nutricional da criança e da gestante; integrar ações de prevenção e tratamento da hipovitaminose "A" e da anemia ferropriva aos procedimentos de atenção da criança e gestante.

As suas metas¹³⁵ consistiam no atendimento a: 1) crianças de 6 a 23 meses (3.219) beneficiadas pelo plano de recuperação aos desnutridos, através da distribuição de suplemento alimentar (um litro de leite fluido pasteurizado por dia e uma lata de óleo de soja por mês), garantindo o seu aporte energético-proteico; 2) crianças na faixa de 24 a 59 meses (7.055) com a suplementação alimentar (leite fluido pasteurizado e óleo de soja), além de outras ações de promoção, prevenção e assistência adequadas ao grupo; 3) gestantes em risco nutricional (2.136) que, além do recebimento do suplemento (1/2 litro de leite fluido pasteurizado por dia), participavam de atividades educativas voltadas para o seu acompanhamento nutricional, com vistas ao monitoramento de condições (favoráveis) ao parto e ao peso ao nascer da criança; promoção do aleitamento materno e orientação sobre a prática do desmame. Portanto, o PCCN em Natal

¹³⁵ As metas do Plano Municipal são decorrentes de sucessivos redimensionamentos da população-alvo do programa. Tomando como referência os resultados do Censo Nutricional, realizado no RN (1995), onde a média da desnutrição mensurada pelo parâmetro peso x idade, por Distritos Sanitários de Natal, correspondeu a 21,8%, verificou-se uma cobertura do PCCN para as crianças com baixo-peso entre 06 e 59 meses de idade, de 77,8%. Para as gestantes em risco nutricional, a cobertura estimada do programa equivaliu a 95%.

não atende a crianças desnutridas com mais de cinco anos, adolescentes, adultos em geral e portadores de doenças crônico-degenerativas e idosos. Mas tampouco se restringe ao recorte populacional sugerido nas diretrizes nacionais do PCCN (6 a 23 meses). Um elemento diferenciador (e positivo) na implementação dessa política de nutrição, em Natal, se refere à expansão de cobertura do programa (24 a 59 meses), sob a responsabilidade do gestor municipal.

Como estratégias de ação, com vistas ao cumprimento de objetivos e metas propostos, foram apresentadas as seguintes medidas: a) fornecimento de trinta litros de leite integral enriquecido com vitamina A e D e uma lata (900 ml) de óleo de soja para cada criança de 6 meses a 5 anos por mês e quinze litros de leite integral por mês à gestante com baixo-peso; b) administração medicamentosa de vitamina A em grupos de risco, através da rotina dos serviços de saúde; c) realização de campanhas de aleitamento materno e desenvolvimento de estratégias para a viabilização dessa prática; d) implantação e/ou implementação das ações básicas de saúde e nutrição, com monitoramento e controle dos cartões da criança e da gestante; e) desenvolvimento de um processo de educação alimentar e nutricional junto aos beneficiários.

Note-se que a defensável integração entre as ações programáticas de nutrição (PCCN) e saúde (PACS/PSF) não se encontra contemplada no Plano de Ações de Combate às Carências Nutricionais implementado pela SMS de Natal, no ano de 2001.

Outro aspecto importante a ser ressaltado e vinculado ao Plano, é que o Conselho Municipal de Saúde não tem acompanhado as atividades desenvolvidas pelo PCCN quanto à discussão e participação na elaboração do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais, acompanhamento dos processos de compra, armazenamento, distribuição dos alimentos e execução financeira do ICCN (através de prestação de contas feita pela SMS) e monitoramento de seus resultados, através de visitas domiciliares aos beneficiados.

Isso torna evidente que a tradição cultural na ocupação de espaços de representação social é (predominantemente) conservadora em seus propósitos, delegando muitas vezes apenas aos seus técnicos (ou a conselheiros despreparados), o exercício dessa função, o que pode consolidar (no limite) uma

política tecnocrática excludente. A omissão dos CMS (e de seus conselheiros) se reveste de importância, ao considerarmos o caráter imprescindível da participação e do efetivo controle social no referido processo. A criação dos conselhos constitui uma das exigências para qualquer forma de transferência de recursos do governo federal para os gestores municipais e, portanto, condição indispensável à existência do PCCN. Porém, entre a existência dos Conselhos e seu efetivo controle sobre as políticas de saúde implementadas no município, há uma distância tão grande quanto dos discursos para as práticas institucionais.

No que se refere às atribuições definidas como da competência do Distrito Sanitário em relação à operacionalização do programa foram estabelecidas como: 1) recebimento e conferência das notas fiscais e mapa semanal de entrega do leite; 2) envio semanal dos mesmos para o nível central, remessa mensal para as unidades de saúde e formulários e fichas referentes ao programa; 3) convocação e coordenação de reuniões periódicas com os profissionais envolvidos com o programa; 4) supervisão do funcionamento do programa nas unidades; 5) apuração de denúncia e/ou irregularidades do programa; 6) remanejamento de vagas.

O nível central da Secretaria Municipal de Saúde seria responsável, juntamente com o Distrito, pela supervisão do programa, pela avaliação de seus resultados e pelo controle de qualidade do produto.

Por sua vez, a SESAP/RN contribui para a operacionalização do programa, através de treinamento dos nutricionistas, realização de seminários, oficinas de trabalho e fornecimento de material didático.

Como estabelecido nas normas do Ministério da Saúde para o PCCN, o município é o responsável pela aquisição dos suplementos (leite e óleo de soja) aos fornecedores locais, através do processo de licitação. Desde a sua implantação, o PCCN não tinha sofrido qualquer tipo de interrupção no funcionamento. Porém, a partir de abril de 2000 (e até o presente momento), se encontra suspensa a distribuição do óleo de soja às crianças e gestantes em risco nutricional. Vale ressaltar que a última aquisição do óleo de soja pela SMS de Natal foi efetivada ainda no ano de 1999.

Como causa principal foram apontados por sua coordenadora a ocorrência de problemas com o fornecedor¹³⁶, no âmbito do processo de licitação. Desde então, as crianças beneficiárias do programa estão sem receber o suplemento alimentar (óleo de soja), o que torna preocupante a dependência do programa aos mecanismos institucionais, nem sempre transparentes, da administração pública.

Tomando como base relatórios técnicos anuais e depoimentos da Coordenação Municipal do Programa, observou-se que o controle de seu estoque é realizado através de uma planilha manual e que nos últimos seis meses não houve relatos de perdas ou desperdícios. O município não recebe doação de alimentos ou recursos financeiros de nenhuma outra instância ou órgão público, privado ou filantrópico. O armazenamento e a distribuição dos suplementos ocorrem nas unidades de saúde, em lugar exclusivo, onde o acesso é restrito aos funcionários responsáveis pela operacionalização do programa.

Durante o ano de 2001, período de realização da nossa pesquisa de campo, o PACS, o PCCN e a Coordenação dos Programas Especiais estavam sob a responsabilidade de nutricionistas; o PSF era coordenado pelo chefe do Departamento de Atenção à Saúde da SMS de Natal; com o projeto de expansão do PSF-Natal, implementado a partir de fevereiro de 2002, o PSF tornou a contar com uma coordenação técnica específica, tendo assumido como sua coordenadora uma enfermeira.

Segundo VIANA (1998), em que pese o Programa ser implementado de forma focalizada, torna-se importante averiguar se os seus preceitos ferem o universalismo das suas ações. Nesse sentido, foram examinados os sucessivos redimensionamentos que atingiram a população-alvo dos programas suplementares, inserida no setor saúde, nos anos 90.

Dessa forma, antes de prosseguirmos no século XXI torna-se necessário voltar no tempo até o Programa "Leite é Saúde" e fazer um breve relato dessa trajetória. Em análise documental realizada na Secretaria e no Conselho Municipal de Saúde, foi detectado que, em Natal, ainda na época do Instituto

¹³⁶ O problema descrito pela Coordenação do Programa foi que o vencedor da licitação aberta para o fornecimento do óleo de soja a SMS de Natal alegou que a cotação estava abaixo do preço de custo, o que tornava inviável o fornecimento do produto. Gerou-se então problema de cunho administrativo e financeiro, sem (aparente) solução, até o presente momento.

Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN (e seus convênios) e do Programa “Leite é Saúde”, foi apresentada pelo município proposta de trabalho que permitia a cobertura de 100% da clientela considerada em risco nutricional.

Tal proposta estava apoiada em dados fornecidos pelo *Mapa da Fome* do IPEA/Ministério do Planejamento (1993), onde a população-alvo foi estimada em 81.000 beneficiários e incluía, além das crianças menores de 6 a 23 meses, os contatos de 24 a 59 meses e as gestantes em risco nutricional. A cobertura desse contingente populacional seria realizada de forma gradual e obedeceria aos seguintes percentuais: 20%, 40% e 100%.

A partir de 1994, com a celebração do convênio entre a SMS de Natal e o INAN/MS, foi dado início ao atendimento de 20% da população-alvo, o qual chegou (ainda neste mesmo ano) ao limite máximo de 40% da população estimada. Em 1995, com o encerramento do Convênio n. 354/94, o Município de Natal passou a arcar com recursos próprios a manutenção do programa, por aproximadamente seis meses, em função da necessidade de dar prosseguimento às ações programadas, mesmo redimensionando a sua clientela, ainda, aguardando resposta do INAN quanto à celebração de Termo Aditivo ao Convênio.

A Prefeitura Municipal de Natal, através da Secretaria Municipal de Saúde, apresentou para o ano de 1996 o seu Plano de Trabalho, no qual constava o atendimento de sua clientela-alvo, já redimensionada para 59.800 beneficiários, os quais se encontravam distribuídos nos quatro Distritos Sanitários. A decisão de redimensionar a população-alvo foi tomada tendo em vista a ausência de recursos externos e a falta de disponibilidade financeira da Prefeitura Municipal de Natal.

Ainda no ano de 1995, por ocasião do lançamento, pelo Governo federal, do Programa Comunidade Solidária, o bolsão de pobreza do Distrito Sanitário Oeste foi eleito no Município de Natal, área de atuação prioritária do referido programa. Com relação ao número de beneficiários para o Subprograma de Suplementação Alimentar, foi realizado levantamento junto à clientela-alvo, chegando-se à estimativa de aproximadamente 12.000 pessoas, somente para a área do bolsão de pobreza. Torna-se importante destacar que havia outra área com condições de vida semelhante no município, localizada no Distrito Sanitário

Norte. Esta não pode integrar o programa, diante da escassez de recursos apontada pela Coordenação Nacional do Programa, a qual sugeriu a priorização de apenas uma área de intervenção.

Com a celebração do novo Convênio (n. 040/95) e seu Termo Aditivo, foi realizado um novo (re)dimensionamento e solicitados recursos financeiros para atendimento a uma clientela de 29.895 pessoas, entre crianças desnutridas de 6 a 23 meses (12.990), irmãos contato (12.990) e gestantes (3.915). Porém, esses dados não foram considerados pelo INAN/MS, o que inviabilizou o seu total atendimento.

O INAN estabeleceu, para Natal, recursos orçamentários para a recuperação nutricional de apenas 1.859 crianças de 6 a 23 meses e 1.859 contatos na faixa de 24 a 59 meses, ficando o restante sob a responsabilidade municipal. Utilizou como base de cálculo dados estatísticos de prevalência para cada município do país, estabelecidos pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada pelo INAN/IPEA/IBGE (1989).

Desta forma, ficou o gestor municipal impossibilitado de arcar com o total de beneficiários e com o ônus (anteriormente) programado, o que levou a um novo (re)dimensionamento da clientela. Foram então priorizadas as gestantes em risco nutricional (2.267) e crianças desnutridas na faixa de 6 a 59 meses (9.919), totalizando 12.186 beneficiários, distribuídas nos quatro distritos sanitários de Natal.

Em fevereiro de 1998, com a regulamentação do Piso de Atenção Básica (e seu componente variável), o Ministério da Saúde continuou utilizando a estimativa de 1.859 crianças desnutridas de 6 a 23 meses (e 1.859 beneficiários do incentivo variável do ICCN) como referência para o cálculo de repasse federal "fundo a fundo", o que oficializou a reduzida participação de recursos federais nessa política nutricional. Apesar da expressiva contrapartida municipal, até o presente momento não foi possível ampliar a cobertura do programa, o qual vem sendo operacionalizado com (aproximadamente) 12.410 vagas, conforme o Plano Municipal de ações de Combate às Carências Nutricionais para o ano de 2001.

4.2. A divisão de trabalho entre os profissionais das equipes multiprofissionais e do PSF

Dentre os profissionais envolvidos com o PCCN no nível local, foi ressaltada, nas normas do Programa, a participação dos nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde e da equipe responsável pela distribuição do suplemento.

Segundo essas normas, cabem aos nutricionistas as seguintes atribuições:

1) realizar a avaliação nutricional de crianças e gestantes e proceder ao encaminhamento para o Serviço Social; 2) proceder à avaliação periódica (mensal ou trimestral) de acompanhamento para monitoramento do seu estado nutricional; 3) assumir a responsabilidade pela lista de espera (SISVAN) e busca ativa, através dos agentes comunitários de saúde; 4) promover orientação dietética e educação em saúde para os beneficiários; 5) supervisionar a distribuição do suplemento; e 6) manter contato com os fornecedores para resolver assuntos de ordem administrativa - definir horário de chegada do leite à unidade, verificar se o produto está acondicionado na embalagem com o logotipo do programa, enviar a documentação semanal/mensal e trimestral ao distrito sanitário, controlar os pedidos diários do leite, verificando o número de faltosos e as avarias.

Como competência das assistentes sociais, seriam atribuídas as funções de: 1) inscrever os beneficiários após consulta nutricional; 2) preencher e renovar os cartões, bem como as fichas de inscrições e avaliações; 3) informar sobre o programa; 4) proceder à avaliação de cunho social; 5) desligar a criança recuperada após três avaliações trimestrais realizadas pelas nutricionistas ou quando completar cinco anos de idade, e a nutriz com trinta dias após o parto, divulgar previamente o desligamento dos beneficiários e fazer o controle das vagas; 6) investigar os faltosos por intermédio dos agentes comunitários de saúde; 7) tomar as devidas providências em casos de denúncias; 8) consolidar as consultas sociais e o perfil da população usuária do programa; 9) participar das etapas de planejamento, orientação, encaminhamento e avaliação das atividades.

Aos agentes comunitários de saúde caberia realizar a busca ativa de crianças e gestantes previamente identificadas, a serem encaminhadas ao serviço

de saúde, assim como realizar visitas aos faltosos e orientar e divulgar o programa.

A equipe de distribuição seria responsável por: 1) conferência diária do leite, datas de validade e tipo de embalagem; 2) controle e registro da entrega diária do leite no cartão do usuário e no mapa mensal e de outras ocorrências; 3) informação e encaminhamento ao nutricionista e/ou assistente social; 4) conferência e registro das sobras e avarias; 5) cuidados com a higienização dos *freezers* e do local de distribuição e com o acondicionamento correto do leite.

Note-se que, nesse desenho operacional, as ações do PCCN não (necessariamente) se articulam com as demais atividades da atenção básica. O interessante é que, no desenho das políticas de saúde no âmbito do Governo federal, o PCCN (e o seu incentivo) nascem no momento em que se assumia a estratégia do Programa de Saúde da Família como modelo substitutivo do modo tradicional de organização da atenção básica. No contexto dessa nova estratégia do MS, as ações do PCCN deveriam ser realizadas de modo integrado às equipes de saúde da família.

Na realidade local, o atendimento e monitoramento da situação de saúde (e nutrição) dos beneficiários do programa, que deveriam ser realizados pelas equipes multiprofissionais¹³⁷ e também pelas equipes de saúde da família, apresentam inúmeros entraves a sua operacionalização. A partir de um “olhar” em direção às práticas dos nutricionistas, observou-se à organização do processo de trabalho das duas equipes (e seus profissionais), a qual tornou evidentes as principais fragilidades e adversidades existentes e os seus efeitos sobre a integração entre elas.

Os nutricionistas ouvidos nessa pesquisa identificaram como causas dos (des)caminhos entre as equipes (e suas ações programáticas): a convivência entre os dois modelos assistenciais, a falta de apoio institucional, a ausência de uma política de desenvolvimento gerencial, os conflitos salariais, os quantitativos insuficientes dos auxiliares de enfermagem, a ausência de difusão de informações

¹³⁷ No RN os nutricionistas foram inseridos nas equipes multiprofissionais de saúde presentes na atenção básica em Natal a partir de 1989, o que confere uma especificidade ao perfil deste profissional no estado. Atualmente as estimativas apontam para um quantitativo de 250 profissionais inseridos na rede básica de saúde no RN.

e a inexistência de um processo de educação continuada no trabalho. Inclusive, segundo seus depoimentos, já existiram algumas tentativas (pontuais) de integração entre as equipes multiprofissionais e as ESF, o que demonstra uma consciência de atuação profissional e as suas possibilidades enquanto atores ativos e propositivos neste cenário de construção do SUS.

“(…) Aqui, na Unidade de saúde de Cidade Nova, no final de 2001, as equipes multiprofissionais e do PSF (04) realizaram um planejamento estratégico, com quadro de metas e previsão de reuniões (conjuntas) mensais. Foram constituídas várias comissões, compostas por técnicos de ambas as equipes, para implantação de ações voltadas para o monitoramento das ações, sistema de informação local, saúde ambiental e protocolos assistenciais. Porém, tanto por inabilidade gerencial na condução das equipes, como por falta de capacitação na área de gestão de serviços, de planejamento e execução de ações intersetoriais e mais, problemas de relações interpessoais, ainda não conseguimos implementar estas ações” (Nutricionista da Unidade de Saúde da Família, de Cidade Nova).

O Programa tem como critérios para a definição de sua clientela aqueles estabelecidos pelo MS: áreas com população carente, bairros de maior risco ou incidência de desnutrição e beneficiários definidos a partir de famílias cadastradas no PSF ou no PACS. Deve-se registrar que na realidade local este último critério ainda não vem sendo utilizado corretamente, tendo em vista que o cadastro está sendo feito sem a participação sistematizada das equipes de saúde da família (e seus agentes comunitários de saúde).

Essa dicotomia entre as equipes do PSF e a realização do cadastro das famílias indica uma profunda desintegração entre os programas, considerando-se que as distintas ações programáticas incidem sobre áreas de risco e grupos populacionais semelhantes. Nas unidades básicas de saúde, as crianças cadastradas (ou inscritas no programa) de maneira geral deveriam ser pesadas e medidas (mensalmente), sendo as informações registradas no Cartão da Criança, no SISVAN e no Cartão do Programa. Porém, por problemas de ordem

operacional (carência de auxiliares de enfermagem e falta de prioridade para executar o procedimento) apenas as crianças menores de 24 meses (e as maiores com acentuado agravo nutricional) estão sendo mensalmente monitoradas. Para o outro segmento de beneficiários, o acompanhamento nutricional é realizado a cada três meses.

4.3. Os incentivos financeiros às ações programáticas: PACS/PSF e PCCN

Considerando-se que tanto o PACS/PSF como o PCCN se caracterizam por apresentar seus respectivos incentivos financeiros enquanto parte integrante do componente variável do PAB, foram então examinados alguns importantes aspectos relacionados a essa dimensão.

De forma paralela ao PACS/PSF, o PCCN recebe o incentivo financeiro às ações de combate às carências nutricionais (ICCN) através do PAB - incentivo variável, modelo de financiamento já examinado anteriormente. Neste estudo será examinado o PSF (com os seus ACS), tendo em vista que no seu âmbito se encontra explicitamente enunciada a integração e a integralidade.

O texto da NOB-SUS 01/96 definiu a seguinte proposta de incentivo para o PSF: a cada 5% da população coberta pelo programa, o município receberia (adicionalmente) um percentual do seu PAB Fixo. Além desse valor, o município poderia receber recursos adicionais, distribuídos em três faixas de acréscimo em função dos níveis de cobertura do programa:

- 1) Acréscimo de 3% do PAB Fixo para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- 2) Acréscimo de 5% do PAB Fixo para cada 5% da população coberta entre 60% e 90%;
- 3) Acréscimo de 7% do PAB Fixo para cada 5% da população coberta acima de 90% da população total do município.

Os acréscimos relativos ao PAB Variável não podem exceder o patamar de 80% do PAB Fixo. A proposta contida na NOB não chegou a ser implementada na sua forma original. Segundo análises realizadas por MATTOS (2002), uma das peculiaridades desse critério é que o incentivo *per capita* cresce em degraus, os quais apresentam três ordens de grandeza para as faixas de cobertura. Isso implicaria que nem sempre um incremento de cobertura menor do que 5% teria como conseqüência um aumento do valor *per capita* do incentivo.

Porém, foi no texto da Portaria n. 157 que foi estabelecido (no seu Art. 4º) os valores do incentivo do PAB Variável; esses foram definidos em termos de valores por equipe (e não por percentuais do PAB Fixo) e estão distribuídos por quatro faixas¹³⁸, a saber:

- 1) Para PAB Fixo entre R\$ 10,00 e R\$ 12,00, o valor atribuído a cada equipe corresponderia a R\$ 21.000,00;
- 2) Para PAB Fixo entre R\$ 12,00 e R\$ 14,00, o valor atribuído a cada equipe corresponderia a R\$ 19.000,00;
- 3) Para PAB Fixo entre R\$ 14,00 e R\$ 16,00, o valor atribuído a cada equipe corresponderia a R\$ 17.000,00;
- 4) Para PAB Fixo entre R\$ 16,00 e R\$ 18,00, o valor atribuído a cada equipe corresponderia a R\$ 15.000,00.

Conseqüentemente, o valor total do incentivo que um município receberia para o PSF corresponde a uma equação¹³⁹, da qual decorre o valor do incentivo por habitante¹⁴⁰, o que em última análise nos remete à discussão dos parâmetros de cobertura de uma equipe de saúde da família presentes no texto da Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997¹⁴¹. Esse documento definia que cada equipe de saúde da família deveria se responsabilizar por 1.000 famílias, ou seja, 4.500

¹³⁸ Essa nova fórmula teve curta duração, sendo substituída, em julho de 1998, mediante a Portaria nº 3.122, de 2 de julho de 1998 – MS, por valores fixos por equipe, independentemente do valor do PAB Fixo. Foi estabelecido o valor de R\$ 28.000,00 por equipe/ano, o qual se manteve até outubro de 1999.

¹³⁹ Valor total = E X V, onde:

E = Número de equipes de saúde da família no município;

V = Valor pago por equipe segundo a faixa do PAB Fixo.

¹⁴⁰ Valor *per capita* = (E X V) / P, onde:

P = População total do município.

¹⁴¹ Essa Portaria estabeleceu as diretrizes básicas para o PACS e para o PSF.

peessoas, o que implicava uma média mais alta do que a real (de 4,5 pessoas por domicílio).

Vale ressaltar que, no período inicial, outros documentos oficiais do programa já referenciavam que a quantidade de famílias acompanhadas pelas equipes saúde da família poderia apresentar uma variação entre 800 e 1.000 pessoas, na dependência da densidade demográfica e das condições de deslocamento de cada área. Porém, a partir do texto da Portaria 157 é que foram definidos os limites de cobertura mínimo e máximo (de 2.400 a 4.500 pessoas por cada equipe), calculados tomando-se como referência famílias com uma média de 03 pessoas por domicílio.

Dessa forma, o número de 3.450 pessoas que passou a ser adotado na fórmula de cobertura a partir de 1999 corresponde à média entre os seus limites estabelecidos em portaria. Vale ressaltar que esse número de 3.450 pessoas se encontra em consonância com a média de 3,5 pessoas por domicílio, segundo dados do Censo Demográfico IBGE (2000).

Em 12 de novembro de 1999, através da Portaria nº 1.329/GM/MS, foi criada então uma outra fórmula¹⁴² para o cálculo desse incremento adicional financeiro. A fórmula, além de normatizar e tornar fixo um número menor de pessoas atendidas por cada equipe de saúde da família, estabeleceu diferentes faixas de remuneração por equipes em função da cobertura do PSF, e não mais do PAB Fixo. Esse incentivo apresenta uma variação entre R\$ 28.008,00 a R\$ 54.000,00 por equipe/ano, caso a cobertura populacional seja menor que 5% ou maior que 70%¹⁴³. Foi também introduzido um incentivo fixo e pontual, no ato da implantação de novas ESF, sendo fixado o valor de R\$ 10 mil para cada nova equipe implantada a partir dessa data¹⁴⁴.

¹⁴² $C = [(E * 3.450) / P] * 100$, onde:

C = Cobertura populacional do programa em percentual, arredondada para uma casa decimal;

E = Número de equipes de saúde da família;

P = Número de habitantes, segundo a Portaria nº 05/99 – IBGE.

¹⁴³ Para uma análise com maiores detalhes sobre os (melhores) critérios de remuneração das propostas apresentadas para incentivo financeiro ao PSF, consultar MATTOS (2002), em suas Notas intituladas "*O incentivo ao Programa Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades: algumas reflexões*".

¹⁴⁴ O auxílio à implantação de novas equipes que deveria ser utilizado para aquisição dos materiais e equipamentos básicos imprescindíveis ao adequado desempenho das equipes foi implantado nos moldes do auxílio para a estruturação das unidades, existentes anteriormente.

A redução de 4.500 para 3.450 pessoas/equipe representou, portanto apenas um decréscimo no fator utilizado para medir a cobertura, o que (obviamente) não trouxe variações para a cobertura real do programa. Vale ressaltar que até então a cobertura do programa era estimada e não medida.

Porém, a partir da Portaria nº 1.013, de 08 de setembro de 2000, a cobertura utilizada passou a ser medida de forma empírica, e não mais de acordo com as normas de cobertura de cada equipe. Ficou determinado que para o cálculo da faixa de cobertura serão utilizados os dados da população cadastrada no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), sendo criada uma nova fórmula¹⁴⁵ para o referido cálculo. E dessa forma, sua cobertura passa a ser o principal parâmetro de acompanhamento do programa, onde (de forma ideal) deveria estar situada em torno de 100%.

Ao término dessa sucinta exposição sobre os dispositivos de financiamento do PACS/PSF, apreendeu-se que os seus incentivos foram separados pela instância federal: enquanto o incentivo ao PSF é utilizado no custeio da ESF (sem os seus ACS) e guarda estreita relação com os propósitos da reorganização da atenção básica e da universalização do programa, o incentivo ao PACS é aplicado no pagamento aos ACS (vinculados ou não às ESF). A utilização desse incentivo em programas de ACS desenvolvidos de forma isolada pode ser considerada como uma estratégia provisória de extensão de cobertura utilizada sobremaneira durante a vigência do Sistema Nacional de Saúde (1975), na implementação das antigas ações primárias de saúde.

De forma paralela ao PACS/PSF, o PCCN recebe o seu incentivo financeiro às ações de combate às carências nutricionais (ICCN) através do PAB - incentivo variável, modelo de financiamento já examinado anteriormente. Em que medida o ICCN logra induzir ou contribuir para o processo de integração e integralidade constitui o tema a ser examinado neste trabalho.

O financiamento do ICCN, à semelhança do modelo PAB Fixo/Variável, apresenta dois componentes básicos:

¹⁴⁵ $C = (Pc/Pt) \times 100$, onde:

C = faixa de cobertura, em percentual arredondado para uma casa decimal;
Pc = população cadastrada no SIAB; Pt = população total do município.

1) FIXO - calculado a partir do número estimado de crianças de 06 a 23 meses em risco nutricional¹⁴⁶ multiplicado pelo custo previsto para a recuperação nutricional (R\$ 180,00/criança/ano)¹⁴⁷. Esse valor de R\$ 180,00 reais foi calculado pelo MS a partir de um dado valor do suplemento a serem distribuídos (leite pasteurizado tipo C e óleo de soja) e das quantidades tecnicamente recomendadas para cada criança (ou gestante) beneficiária.

2) VARIÁVEL ou ADICIONAL - destinado ao financiamento de outras atividades de promoção, proteção e recuperação e cujo valor irá até 50% dos custos calculados para essas atividades de recuperação nutricional no município (tomando como base o componente fixo do ICCN). Por definição, o valor adicional deste incentivo, a ser aplicado em outras ações (epidemiologicamente) relevante para o contexto do município, apresenta uma variação entre zero e R\$ 90,00 reais por criança/gestante/idoso/ano¹⁴⁸.

De acordo com as normas técnicas do PCCN, a liberação dos recursos do ICCN dependerá da aprovação de um plano municipal de ações de combate às carências nutricionais pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), considerando parecer da Secretaria de Estado de

¹⁴⁶ O MS utilizou o modelo estatístico de predição do estado nutricional elaborado pelo NUPENS/USP para estimar o número de crianças em risco nutricional em todos os municípios do país. Considerou também a evolução regional da prevalência da desnutrição entre os anos de 1989/1996 e um fator de correção entre as relações antropométricas estatura/idade e peso/idade. São consideradas como "criança em risco nutricional" aquelas encontradas abaixo do percentil 10, da relação peso x idade, de acordo com o Cartão da Criança utilizado na rotina dos serviços públicos de saúde.

¹⁴⁷ O custo previsto para a recuperação nutricional (R\$180,00 por criança por ano ou R\$ 15,00 por criança por mês) foi realizado pelo MS, em 1988, e tomou como base a média nacional de preços (3,6 Kg de leite em pó e 1, 0 lata de óleo de soja), fornecida pela Secretaria de Acompanhamento de Preços/MF. Atualmente, foi facultada aos municípios a opção entre o ICCN e a Bolsa Alimentação (incentivo social direto).

¹⁴⁸ Segundo depoimentos de técnicos pertencentes à Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN/MS), na implementação do componente variável do ICCN não aconteceu a variação (a princípio) definida. Todos aqueles municípios que realizaram o pleito do valor adicional para o financiamento de ações epidemiologicamente relevantes, mediante a inclusão de ações adicionais ao seu projeto/plano municipal de combate às carências nutricionais, receberam o valor integral do ICCN Variável, ou seja, 50% do valor do ICCN Fixo (R\$90,00 reais por criança/gestante/idoso/ano). A SMS de Natal recebe, além dos R\$ 180,00 reais por criança/ano destinados à recuperação nutricional de 1.859 menores de 24 meses (R\$ 334.620,00 reais), um valor adicional de R\$ 167.310 reais para o atendimento de mais 1.859 beneficiários (R\$ 167.310,00), os quais totalizam R\$ 501.910,00 reais por mês. Com a introdução do Programa Nacional de Renda Mínima Vinculado à Saúde: "Bolsa-Alimentação", nova estratégia da CGPAN/MS para o combate à desnutrição infantil, se encontra prevista a cessão do ICCN, aos municípios habilitados, até o mês de dezembro de 2002. O Programa Bolsa-Alimentação foi criado através da Medida Provisória n. 2.206, de 10 de agosto de 2001.

Saúde Pública (SESAP), da aprovação técnica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS), da deliberação favorável da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da homologação em Portaria pelo MS.

O longo trajeto institucional a ser percorrido pelo Programa se constitui em uma barreira de caráter administrativo-burocrático à sua operacionalização. Ora, isso tudo guarda estreita relação com os tradicionais (e centralizadores) mecanismos convencionais presentes em outros programas de suplementação alimentar que antecederam o PCCN.

O acompanhamento e o controle desse incentivo são realizados através de relatório semestral de prestação de contas dos municípios, por técnicos da área de Alimentação e Nutrição, à Secretaria de Estado de Saúde Pública e deve contemplar aspectos relativos à compra, armazenamento e distribuição do produto adquirido. Já em nível nacional, o INCC recebe a colaboração do Conselho Nacional de Saúde, Tribunais de Contas e Secretarias do Ministério da Saúde. A prestação de contas deverá ser aprovada no respectivo Conselho Municipal de Saúde e no Tribunal de Contas do estado e município.

É interessante destacar que, no desenho das políticas de saúde no âmbito do Governo federal, o ICCN nasce no momento em que se assumia a estratégia do Programa Saúde da Família como um modelo substitutivo da tradicional forma de organização da atenção básica. E no contexto dessa nova estratégia do MS, as ações do PCCN deveriam ser realizadas de modo integrado às equipes saúde da família.

O início da distribuição dos suplementos à população foi imediato, após o recebimento da primeira parcela do ICCN. Como se constatou, o valor do ICCN transferido “fundo a fundo” equivale ao montante de R\$ 1 80,00 reais por criança beneficiária por ano, e é transferido em doze parcelas mensais. Para efeito de cálculo do total do repasse do Governo federal, são levadas em conta as crianças menores de 24 meses desnutridas (abaixo do P10), desde que o número total de crianças nessa situação não ultrapasse o número estimado pelo MS.

Esse valor de R\$ 180,00 foi calculado pelo MS a partir de um dado valor do suplemento a ser distribuído (leite pasteurizado tipo C e óleo de soja) e das quantidades (tecnicamente) recomendadas para cada criança beneficiária.

O preço dos suplementos na primeira compra realizada em Natal foi de R\$ 0,50 por litro de leite e R\$ 1,00 por lata de óleo de soja. No presente momento, apesar de esse valor servir para definir o teto máximo da transferência do Governo federal, ele parece não ser suficiente para o seu custeio. Isso porque, na última compra realizada em Natal, o litro de leite custou R\$ 0,80 (o que equivale a R\$ 24,00 reais por mês) e a lata de óleo R\$ 1,39.

Mantidos os parâmetros técnicos referentes à quantidade *per capita* dos suplementos, o seu custo seria da ordem de R\$ 25,39 reais por mês, ou seja, R\$ 304,68 reais por ano. A defasagem nos quantitativos dos recursos federais destinados ao custeio do programa (em torno de 41%) acarreta repercussões na sua operacionalização: o gestor municipal deve necessariamente assumir uma significativa contrapartida no financiamento do programa.

A isso se somam dois outros elementos na operacionalização do PCCN. O primeiro diz respeito ao teto estabelecido pelo MS para o total do repasse; definido pelo número estimado de desnutridos na faixa etária do programa. Se um município identifica um número maior de desnutridos abaixo do percentil 10 do que aquela estimativa, o valor global das transferências não se eleva acima daquele teto. Diante de tal situação, o gestor municipal tem duas alternativas: ou eleva ainda mais a sua contrapartida no financiamento do programa, ou reduz a abrangência do programa, incluindo apenas crianças mais gravemente desnutridas.

Por outro lado, caso o gestor municipal decida ampliar, por extensão de cobertura (incluindo crianças desnutridas de outras faixas etárias), ou por incluir crianças com desnutrição mais branda, o município também tem que arcar com as despesas resultantes dessa ampliação.

Examinando documentos (notas fiscais) referentes à comercialização (apenas) do leite (pasteurizado tipo C, homogeneizado e adicionado de vitaminas "A e D"), no período de janeiro a dezembro de 2001, verificamos que o Município

de Natal recebeu do MS, como “incentivo” às ações de combate às carências nutricionais, a transferência de recursos financeiros da ordem de R\$ 41.827,00, os quais totalizaram R\$ 501.924,00 por ano. Por outro lado, os valores médios por mês da “contrapartida municipal” destinada à compra do suplemento corresponderam a R\$ 222.645, ou ainda, R\$ 2.671.743,60 por ano.

Isso demonstra que enquanto a esfera federal contribui com 18,8% dos recursos financeiros totais do programa, o município arca com 81,2% das despesas. Torna evidente ainda a reduzida participação da instância federal no financiamento dessa política nutricional. Parece tratar-se, nesse caso, de um programa municipal que conta com pequena contrapartida do Governo federal.

Em resumo, acredita-se que a operacionalização do ICCN seja dificultada pelos modelos de estimativa (ou calculabilidade) utilizados pelo MS para a definição dos tetos das transferências do componente variável do PAB que não condizem com a realidade do município e tendem a exigir aportes significativos de recursos financeiros municipais.

O (novo) modelo continuou apresentando a lógica de incentivos de indução e seu componente variável também se estruturou enquanto um dispositivo vertical (com um valor fixo, de apenas R\$ 90,00 por criança/gestante/idoso/ano). Isso tudo tende a dificultar as possibilidades de uma leitura territorial mais abrangente e horizontal do conjunto de necessidades de nutrição (e saúde) da população, o *plus* municipal e a configuração da integração e da integralidade. O modelo nos pareceu valorizar as ações setoriais e específicas, o monopólio do programa (e dos seus recursos) e a conseqüente setorialização institucional, em detrimento de um arranjo global mais “amistoso” com a organização dos dispositivos e incentivos e com a integração entre os demais programas da atenção básica (PACS/PSF).

Note-se que o caráter inovador em questão não se refere especificamente aos conteúdos do PCCN, o qual de certa forma dá continuidade a programas anteriores de suplementação alimentar para crianças menores de cinco anos, como o “Leite é Saúde”. Portanto, como inovação pode-se considerar a incorporação dos dispositivos de financiamento de programas de suplementação alimentar, como parte integrante do componente variável do PAB, no âmbito das

políticas de saúde que o Governo federal deseja incentivar. Porém, este incentivo, apesar de inaugurar uma nova era de dispositivos de financiamento, que dispensam os atributos convenientes, e de cumprir a sua finalidade enquanto instrumento indutor de políticas catalisou a formação de blocos institucionais em torno das suas normas técnicas operacionais e dos seus dispositivos de prestação de contas.

É claro que tal arranjo pode ter um efeito de desintegração nas práticas da atenção básica. Mas isso não sucederá se a instância gestora desses programas no nível central adotar estratégias de promoção da integração entre os diferentes programas especiais. Pode-se observar que tais estratégias são ausentes em Natal, nas palavras do próprio Coordenador de Programas Especiais:

“(…) As atividades de rotina dos programas são de tal intensidade que não dispomos de tempo para realizar reuniões conjuntas entre as coordenações dos programas (PACS/PSF e PCCN). Na verdade, nos sentimos como os próprios bombeiros: apagando incêndios todos os dias” (Coordenação dos Programas Especiais).

Desse modo, a possibilidade de uma atuação mais integrada fica por conta da eventual articulação das equipes engajadas na execução dos diferentes programas especiais. Diante da coexistência de dois modelos assistenciais distintos na atenção básica, optou-se por ouvir também outros profissionais, integrantes da equipe de saúde.

É interessante assinalar que o PSF (em Natal) vem sendo “esculpido a golpes de resoluções e leis¹⁴⁹”, o que tem envolvido tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto a Câmara Municipal de Natal. Dessa forma, o programa está sendo implementado de forma lenta, com vários obstáculos à substituição do

¹⁴⁹ A criação do PSF foi aprovada no CMS através da Resolução n. 003/97 – CMS, de 29 de outubro de 1997, e na Câmara Municipal de Natal, mediante as Resoluções n. 01/97 e 03/97; a Lei n. 163/97 garantiu o pagamento diferenciado às equipes, através da gratificação de incentivo do PSF; a Lei n. 5.108, de 12 de julho de 1999, ampliou o PSF para os outros três distritos sanitários de Natal e definiu as formas de ingresso de servidores de distintas instituições articuladas ao SUS; e finalmente, a Lei Complementar n. 032, de 06 de julho de 2001, definiu critérios para a (re)organização da atenção básica, ampliou as ESF e instituiu gratificações de incentivos correspondentes.

modelo tradicional de atenção básica, o que tem gerado uma conflituosa convivência entre o padrão tradicional vigente e a nova proposta de organização do trabalho nesse nível.

A julgar pelos depoimentos dos profissionais engajados no PSF, são inúmeros os problemas dessa modalidade de atenção em Natal. No que se refere ao acolhimento da população às ações e serviços básicos de saúde, foi constatado que a falta de médicos nas equipes constituiu entrave a esse processo. De acordo com a médica da unidade de saúde do bairro de Guarapes:

“(...) antigamente, a triagem era feita com acolhimento porque se tinha espaço para isso; ficava o médico, a enfermeira e a auxiliar do PSF no setor de preparo; porém, com a falta constante de médicos, o trabalho ficou dificultado. Eu já cheguei a atender 40 pessoas em um único dia, na unidade de saúde, o que dificulta a ida aos domicílios. Contudo, quando eles não podem vir, nós vamos até as suas casas, e desta forma o acesso às consultas 'básicas' tem melhorado”.

Analisando-se a dinâmica interna do serviço de saúde, foi detectado um claro privilegiamento da oferta quantitativa de serviços, em detrimento da qualidade das ações e serviços ofertados. O acolhimento¹⁵⁰, inovação importante atribuída ao PSF, se encontra (seriamente) prejudicado. A falta de continuidade dos profissionais nas equipes saúde da família dificulta o trabalho qualificado, uma vez que a formação de vínculos entre os profissionais e a comunidade, outro elemento básico na estratégia saúde da família, tende a manter as referências pessoais na atenção básica à saúde (“porta de entrada do sistema”). Os clientes passam inclusive a ser tratados como os “meus” pacientes, o que contribui para a humanização do atendimento.

Já a enfermeira do PSF do bairro de Cidade Nova questionou a presença de uma prática integral, orientada pela integralidade, no âmbito das equipes, da seguinte forma:

¹⁵⁰ O acolhimento define não só a atividade, mas também uma atitude que teria como fim contribuir para a “escuta” a demanda e a busca de formas de respostas internas e externas às unidades e ao sistema de saúde.

“(...) Nós vamos fazer a visita aos hipertensos, não temos o medicamento para entregar e nem ele o dinheiro para comprar. E aí vem o dilema: para que vamos fazer a visita domiciliar? Só na minha área há (aproximadamente) cinco meses, tinha necessidade de 2.200 unidades do medicamento, e chegaram 2000 para todas as quatro equipes da unidade; e olhe que nós temos todo o controle através de fichas (só está faltando o 'retrato'). Sabe que, muitas vezes, nós entramos em crise existencial?”.

A médica do PSF do bairro de Guarapes, ao expor os motivos de suas preocupações quanto os caminhos do programa, reforçou o relato anterior. Eis seu depoimento:

“(...) O que mais me angustia é que trabalho em um outro serviço, sem PSF implantado, e faço exatamente a mesma coisa. Recebo as pessoas com lealdade, procuro ouvi-las, compreendê-las, mas o conjunto de ações que levariam a um atendimento diferenciado não está acontecendo. E o mais sério é a proximidade e convivência com as pessoas; você é a responsável pela avaliação dos 'seus', sabe o que eles têm, do que precisam; e aí ver as pessoas peregrinando(...) Com uma, duas semanas, quando você retorna ao domicílio, a pergunta formulada é sempre a mesma: como foi a sua *via crucis*? E, são sempre os mesmos questionamentos; será que isso tudo vai melhorar?”.

Os profissionais de saúde apontaram como um importante elemento operacional para a reorganização do modelo e a consolidação de práticas mais integrais, a definição de parâmetros para medir a assistência que está sendo prestada pelas equipes.

“(...) Nós trabalhamos e trabalhamos e não entra nada na produtividade, não é computado. Se não for atendimento ambulatorial (FAA), não existem instrumentos para medir este trabalho qualitativo, apesar da crítica as ESF de ainda

trabalharem por produção”. (Enfermeira do PSF, da Unidade de Saúde de Cidade Nova).

Diante das condições subumanas de vida das famílias atendidas pelas equipes e do tipo de intervenção institucional na área, a nossa enfermeira finalizou a entrevista, com algumas interrogações, em destaque a seguir:

“(...) Como nós podemos exercer o trabalho com integralidade e melhorar as condições de vida destas pessoas, como? Através de informações, orientações e remédios? Em época de chuva, fica tudo alagado e há uma mistura de água com fezes, e as crianças pisando ali dentro. O governo lança projetos que dá dinheiro (Tributo à Criança, Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, bolsa e bolsa), mas não resolve o problema das famílias. O grande número de filhos associado ao desvio do dinheiro pelo marido (na maioria dos casos alcoólatra) não permite a compra dos alimentos. E nós ficamos com esta grande indagação: como promover a saúde deixando de lado estas questões sociais?” (Enfermeira do PSF, da Unidade de Saúde de Cidade Nova).

E continua:

“(...) Hoje o meu trabalho no PSF é 'diferente' do que eu desenvolvia antes; porém, o trabalho em equipe ainda é muito incipiente, o vínculo entre os seus membros e destes com a comunidade é muito fragilizado. A enfermeira é que toma a iniciativa e neste tipo de interação com as famílias é importante o trabalho em equipe. Essa articulação, troca de experiências, interação mesmo, ainda é muito principiante”¹⁵¹.

Neste sentido, acredita-se que muitos passos já foram dados para a reorganização da atenção básica à saúde, porém, para a aplicação desse sentido da integralidade, no âmbito das ESF e das suas práticas, ainda falta a construção de várias etapas: 1) garantia de acesso humanizado aos cidadãos das ações e

¹⁵¹ O termo “incipiente” foi também utilizado por VIANA (1998) para definir o modelo de estratégia saúde da família caracterizada por inúmeras incertezas em seu desenvolvimento, pouca participação da comunidade e (relativo) isolamento das outras instâncias de governo.

serviços ofertados pelo programa e pelo sistema: consultas básicas, especializadas, exames e internamentos; 2) constituição e manutenção de vínculos entre os membros das equipes e entre esses e a comunidade; 3) melhor definição da pauta e da quantidade de medicamentos básicos (*kits*) distribuídos à população; 4) garantia da referência e contra-referência do sistema, através de uma melhoria substancial na retaguarda dos serviços de saúde; 5) premente necessidade de um melhor monitoramento das famílias e suas dificuldades.

CAPÍTULO 5. A Integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde

Seriam as diretrizes verticalizadas do Programa de Combate às Carências Nutricionais obstáculos à integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde? Na busca de examinar esta questão, foram acompanhadas equipes saúde da família, com o intuito de observar o desenvolvimento das atividades dos seus ACS, em dez visitas domiciliares, nos Distritos Sanitários de Natal. Foram selecionadas algumas famílias entre aquelas que apresentavam casos de desnutrição grave (*Marasmo e Kwashiorkor*), entre seus membros. Além disso, procurou-se delinear a inserção das práticas alimentares e nutricionais na atenção básica à saúde, a partir do monitoramento das práticas dos nutricionistas.

Foi no Distrito Sanitário Oeste que acompanhamos os agentes na maioria de suas visitas domiciliares. Esse distrito abrange os bairros das Quintas, Nordeste, Dix-Sept Rosado, Bom Pastor, Nossa Senhora de Nazaré, Felipe Camarão, Cidade da Esperança, Cidade Nova, Nova Cidade e Guarapes. Configura-se na área com mais elevado percentual de chefes de famílias situados na faixa de pobreza e se constitui no maior bolsão de miséria do município. Já em 1991, o IBGE caracterizava como “pobres” 95% dos chefes de família do bairro de Guarapes. Isto foi uma das justificativas que levou a SMS a estabelecer prioridade na implantação das equipes saúde da família (e seus agentes comunitários), nas unidades de saúde¹⁵² dos bairros de Guarapes, Cidade Nova, Nova Cidade e Felipe Camarão.

Em alguns pontos desses locais observou-se que as condições de habitabilidade humana eram (praticamente) inexistentes. E que a maioria dessa população não se encontra (formalmente) inserida no mercado de trabalho, tendo no lixo a sua fonte de sobrevivência. Partem do princípio de que “reciclar é sempre melhor que descartar” e desenvolvem as atividades de catadores, pequenos atravessadores (carroceiros), sucateiros, ou seja, donos de caminhões

¹⁵² O bairro de Felipe Camarão apresenta dois tipos de unidades de saúde: básica e mista. Na sua unidade mista existem quatro equipes de saúde da família implantadas; já o PCCN é executado no âmbito da escola municipal do bairro.

responsáveis pelo transporte e comercialização de materiais sólidos recicláveis (papel/papelão, plástico, vidro, metais ferrosos e não ferrosos) do aterro sanitário para as usinas de reciclagem. Nas usinas são realizadas as etapas de seleção e processamento dos referidos materiais, os quais são (re)inseridos nas linhas de produção das usinas de transformação (reciclagem), algumas existentes no próprio Estado do RN¹⁵³.

A disposição dos RSU na área de 30 hectares denominada Aterro Sanitário de Cidade Nova já se processa há cerca de 20 anos e conta (aproximadamente) com quatro milhões de toneladas de resíduos sólidos em uma camada que vai de 10 a 18 metros de lixo. Essa área encontra-se com a sua capacidade receptora (quase) esgotada e já conta com um projeto para sua recuperação, destinando o seu uso para um horto florestal, unidade de triagem e compostagem de lixo e um centro de treinamento e capacitação, o qual deverá desenvolver oficinas de sucatas e papel reciclado, dentre outras atividades.

Para dar suporte a esse projeto, a URBANA está implantando o Programa de Coleta Seletiva, que tem por finalidade reduzir o volume a ser enterrado, reciclar e reutilizar os RSU, além de gerar emprego e renda para as famílias que sobrevivem da atividade de catação no aterro sanitário.

Segundo dados do IBGE (2000), dos 175.789 domicílios particulares permanentes pesquisados, 1.994 não têm banheiros ou sanitário, enquanto apenas 45.261 são ligados às redes gerais. As Zonas Norte e Oeste são aquelas que apresentam a maior deficiência de banheiros.

Coincidentemente, nessas áreas também se concentram as menores rendas médias (do responsável pelo domicílio) da cidade (R\$ 441,00); por outro lado, as zonas Leste e Sul têm as menores carências e apresentam as maiores rendas médias dos responsáveis por domicílios, equivalente a R\$ 1.753,00. O bairro de Petrópolis, localizado na Zona Leste da cidade, apresentou a maior concentração de renda (R\$ 3.336,00), enquanto o bairro de Guarapes, Zona

¹⁵³ Segundo dados da URBANA (2002), os resíduos sólidos do município de Natal apresentam a seguinte distribuição: matéria orgânica (29,39%), papel/papelão (14,55%), metal (2,58%), vidro (1,39%), plástico (13,68%), têxtil (3,59%), folhas e galhos (10,55%), coco (3,15%), ossos (2,12%), inertes (16,07%), outros (2,93).

Oeste do município, teve a menor renda (R\$ 245,00), configurando as acentuadas desigualdades entre os bairros potiguares IBGE (2000).

Considerando-se que rendas médias não retratam os distintos perfis de desigualdade presentes no município, torna-se imprescindível salientar que nestes bairros das zonas Norte e Oeste coexistem favelas, loteamentos e conjuntos habitacionais.

5.1. Histórias das visitas domiciliares

“Fome” é palavra que faz parte do cotidiano das famílias visitadas. D. Fátima (uma das donas de casa entrevistadas comenta de forma direta essa realidade): “(...) Me sinto feliz quando tenho o que cozinhar no velho fogão. É uma benção quando tem feijão, tem dia que não tem nada”.

Em sua casa, dividindo um pequeno compartimento de alvenaria, com apenas dois cômodos, sem ligação aos serviços de canalização pública de água e esgotos e tendo como eletrodoméstico apenas o fogão, vivem dois adultos e três crianças. Com situação de renda instável (marido desempregado e com situação de trabalho temporário), a família tem apenas garantida a sua sobrevivência. Para assegurar o leite na alimentação das duas crianças menores de cinco anos, foram realizadas as respectivas inscrições no que eles chamam “Programa do Leite” na unidade municipal de saúde do bairro.

A população (quase) nunca fala em Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), mas sim em “Programa do Leite”, o que nos pareceu tornar evidente a reduzida visibilidade dessa política nutricional quanto às mudanças nos seus esquemas de financiamento, arranjos organizacionais e diretrizes do programa suplementar. Na verdade, o que se torna visível nessa política são suas manifestações mais concretas junto à população-alvo, como por exemplo, a distribuição dos suplementos alimentares (leite e óleo de soja). Constatou-se, no caso da D. Fátima, como também em outros visitados, a singular relação entre a sobrevivência das famílias visitadas e os recursos financeiros de programas governamentais:

“(...) A única renda garantida da casa é R\$ 100,00 do Programa Tributo à Criança da Prefeitura¹⁵⁴. Se o menino mais velho não for para a escola, a gente não recebe o dinheiro” (mãe).

Por outro lado, durante a visita a casa da D. Lúcia, na qual fui apresentada pelo ACS como pesquisadora da Universidade, logo fui interpelada quanto ao período de cadastramento de mais um programa na área de alimentação e nutrição: a Bolsa-Alimentação Federal: “(...) A senhora está cadastrando para a Bolsa-Alimentação? As gestantes vão receber ou é só para as crianças? Quanto é por mês?”.

Acredita-se que essa singular demanda oriunda da população se deva ao intensivo trabalho de divulgação realizado através da mídia impressa e (principalmente) televisiva pelo MS, no período que antecede as eleições de 2002. Acrescente-se a isso, a característica inovadora do Programa Bolsa-Alimentação, representada pela transferência direta de renda entre o nível federal e a população, o que tem despertado múltiplos interesses. Ou seja, muda-se a sistemática até então vigente de distribuição dos suplementos alimentares (leite e óleo de soja) pela transferência direta de renda (R\$ 15,00 por criança/gestante/nutriz por mês). Essa mudança é fortemente percebida pela população como algo inovador, pois permite a livre utilização desse recurso na já insuficiente renda familiar. Por outro lado, a prática de cadastramentos parece ser tão corriqueira que é percebida pela população como algo familiar.

Aliás, essa mudança tem suscitado diversas avaliações dos que se envolvem na real execução do programa. Há de se reconhecer que, ao repassar diretamente à mulher um valor equivalente ao que o Governo federal transfere

¹⁵⁴ O Programa Tributo à Criança foi criado pela Prefeitura Municipal de Natal, através do Decreto n. 5.993, de 24 de abril de 1997. Tem por objetivos atender a crianças entre 07 e 14 anos que vivem nas ruas em circunstâncias difíceis, protegendo-as do trabalho infantil e de situações de risco pessoal e social. Previne também a evasão escolar, beneficiando pais desempregados e favorecendo sua permanência na escola. O valor do benefício vai depender do número de filhos: R\$ 50,00 para famílias que tenham um filho, R\$ 75,00 para famílias que tenham dois filhos e R\$ 100,00 para famílias com três ou mais filhos. O Programa funciona em cinco unidades de atendimento nos bairros de Mãe Luiza, Quintas, Dix-Sept Rosado, Guarapes e Pitimbu. A inclusão é feita através das escolas da rede municipal de ensino e de instituições que cuidam e amparam crianças: Casa Renascer, FUNDAC, Juizado da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar e Delegacia da Infância e da Juventude. Adota como critérios de seleção: a família ter renda *per capita* de até 1/3 do salário mínimo, ter pelo menos um filho com idade entre 07 e 14 anos, manter todos os filhos na escola e ainda residir em Natal há pelo menos cinco anos.

aos municípios para a operacionalização do PCCN (que, como vimos, são insuficientes para adquirir os insumos preconizados), não é possível se assegurar o acesso da população-alvo aos suplementos.

Com efeito, não se tem nenhuma garantia de sua aplicação na compra de suplementos alimentares (leite fluido pasteurizado e óleo de soja) destinados às crianças e gestantes e já distribuídos pelo PCCN, durante os 30 dias do mês. O valor de R\$ 15,00 mensais por beneficiário (menores de 6 anos, gestantes e nutrizes) garante a aquisição dos suplementos (leite fluido pasteurizado tipo C e óleo de soja), por apenas 18 dias, tendo em vista os valores de aquisição e a frequência de distribuição dos produtos: R\$ 0,80 (um litro de leite por dia) e R\$ 1,39 (uma lata de óleo de soja por mês).

Foram encontradas também entre os agentes comunitários algumas preocupações adicionais quanto à mudança:

“(...) Acreditamos que para essa população o melhor seja continuar com o leite; esse dinheiro da Bolsa-Alimentação vai aumentar a violência nas famílias. Imagine o homem querendo o dinheiro para comprar droga ou cachaça! E, além disso, vai deixar o povo mais preguiçoso. O que eu acho interessante neste bairro é que a população acostumou-se com o paternalismo: o coitadinho. E não deve ser assim, há necessidade de sua contrapartida” (ACS).

A opinião dos ACS coincide com as de mulheres entrevistadas no bairro de Guarapes, que foram taxativas ao afirmar que o recurso da bolsa-alimentação está (bem mais) sujeito a desvios e distorções da sua finalidade, do que os suplementos alimentares do PCCN, distribuídos nas unidades de saúde: “(...) O dinheiro dessa Bolsa vai ser motivo de muita briga. E a mulher precisa ser muito forte para não deixar o homem tomar o dinheiro do leite das crianças”.

O que ambos, agentes comunitários e algumas mulheres, trazem à tona, é uma leitura (surpreendentemente) abrangente das políticas, no sentido de que compreendem outros aspectos ainda não tematizados por seus formuladores, tais como a relevância do problema da disputa entre marido e mulher pela renda

monetária de algumas políticas sociais. O que parece emergir desse cotidiano é a violência intrafamiliar, como um problema relevante que não pode ser deixado de lado pelas políticas. A visão dos agentes nesse aspecto não se limita às diretrizes da política proposta, mas acolhe algo que reflete uma necessidade expressa no território no qual atua, o que o leva a ajuizar as mudanças na política.

A presença da violência familiar e essa postura dos agentes tornaram-se mais evidente em uma de nossas visitas, na qual observou-se que a ACS demonstrou ter um “olhar” mais abrangente do que o requerido para a execução de suas atribuições, (diretamente) vinculadas ao PCCN. Ela compreendeu que o monitoramento requerido não deveria ser somente das medidas antropométricas, mas de todo um contexto familiar.

Desta forma, mais do que o simples ato de aferição do peso, a agente olhou para a criança e para a sua família com uma atitude mais integral. Isso fez com que ela percebesse (com nitidez) o quadro de violência contra a criança ali configurado. Além disso, a agente contextualizou bem a sua prática, adotando determinadas condutas, como falar baixo para não acordar o pai, abreviar o período de sua visita e prorrogar o ato de pesagem da criança - objetivo central de sua visita de monitoramento do programa.

Neste episódio ficou evidente ainda que a agente se encontrava (previamente) atenta ao contexto familiar no qual a criança estava inserida, tendo em vista que ao reconhecer a marca da violência no pequeno corpo iniciou o seu diálogo com a mãe, exclamando: “(...) Não é possível, D. Maria! Outra vez?”. E não era para menos. Na verdade, fomos surpreendidas por um quadro de violência familiar que muito nos comoveu. Ao entrarmos na sala nos deparamos com Teresa, uma menina de três anos de idade, a qual ainda apresentava no seu pequeno corpo as marcas da violência sofrida, por parte do seu pai. Este dormia, em uma surrada poltrona, ainda sob o efeito do álcool.

“(...) D. Maria ele continua desempregado?”. Perguntou a ACS e ela respondeu que sim: “(...) Faz muito tempo que ele não arruma trabalho, que não traz dinheiro para casa”. “(...) D. Maria, e como vão as crianças? Diante do visível constrangimento da mãe, que não respondeu à pergunta, mas ficou com os olhos marejados de lágrimas, a agente falou: “(...) Vamos deixar para pensar a menina

na próxima semana, é melhor. Agora eu (realmente) terei que avisar o ocorrido à assistente social, que tomará as medidas necessárias”.

Sabendo-se impossibilitada de promover (de forma isolada) o elenco de intervenções que se faz necessário, a agente assinalou (negociando com a mãe) a premente necessidade de comunicar o episódio da violência recorrente contra a criança, de modo a desencadear o concurso de outros profissionais junto àquela família. Tudo isso sugere que, ao menos nesse caso, a ACS exerceu a integralidade na sua prática. Outro aspecto que sobressaiu do episódio relatado diz respeito ao fato de a agente parecer não dissociar a violência e a desnutrição de todo o contexto familiar e comunitário, tendo em vista seus questionamentos sobre o desemprego e a participação do marido na renda familiar.

Uma boa evidência de que a violência contra mulheres e crianças participa da mediação e da causalidade da desnutrição grave na infância foi apontado no esclarecedor trabalho de HASSELMANN et al. (2002) intitulado *Relação entre violência física conjugal e desnutrição aguda grave na infância*. Os resultados apontaram que agressão física marital aumenta o risco da desnutrição aguda grave em 2,23¹⁵⁵. Os achados da autora apontam para a premente necessidade de inovações na abordagem prática quanto ao atendimento aos desnutridos. Em especial, mereceu destaque o potencial uso da desnutrição infantil como evento sentinela em situações de conflito familiar. O relato desse dramático quadro configura uma situação com distintas faces e torna evidente a dívida social da saúde (ou “dívida sanitária”)¹⁵⁶, com essas famílias.

A desestruturação familiar detectada no curso da visita apresenta na sua gênese determinantes presentes em distintas dimensões, dentre os quais destacam-se: 1) a dimensão alimentar e nutricional (e de saúde), onde a falta de

¹⁵⁵ Diante da amplitude do intervalo de confiança apresentado (95%=1,23-4,05), torna-se imprescindível a realização de outros estudos acerca do papel da violência familiar como fator de risco para a desnutrição aguda grave em crianças

¹⁵⁶ Segundo ALMEIDA FILHO (2001), em suas *Notas*, “O Conceito de Dívida Sanitária” significa a existência de sujeitos impedidos de se beneficiar de tecnologias e políticas de assistência à saúde. por razões econômicas (baixo poder aquisitivo, por exemplo) ou políticas (exclusão social, por exemplo). Esta permanecerá enquanto houver cidadãos excluídos da cobertura de programas de promoção e proteção da saúde e sem acesso aos sistemas e serviços de assistência e recuperação da saúde de qualidade. O seu indicador final será representado pela maior ou menor desigualdade na duração média de vida (medida em anos de qualidade de vida) entre os grupos sociais.

uma alimentação saudável propicia a instalação de quadros de má nutrição, representados pelo *Marasmo/kwashiorkor* ou obesidade, e de suas patologias intercorrentes (hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e doenças crônico-degenerativas), além das associações verificadas com o alcoolismo, as drogas e o *stress*; 2) a dimensão econômica e financeira, na qual a falta de emprego e renda fixa (assim como a fome) é uma situação “real”; 3) e finalmente a político-institucional, onde as demandas sociais e sanitárias têm como resposta a distribuição de medicamentos básicos (e quando disponibilizados nas unidades de saúde), talvez como resposta mais freqüente do padrão curativo tradicional.

O episódio parece estar longe de ser excepcional. Nas conversas estabelecidas com os ACS por ocasião dessas visitas, foi possível registrar outros depoimentos sobre a mesma questão. No retorno à unidade de saúde, os ACS continuaram a fazer os seus relatos e a verbalizar a sua compreensão dos fatos observados:

“(...) O desemprego, a falta de dinheiro, o alcoolismo, as drogas e a violência são freqüentes nas famílias que moram nos 'morros'. Eu tive um caso de uma mãe que com raiva do marido bateu com um cinto em uma criança de seis meses; e a criança era tão magrinha... A gente tem os telefones para a denúncia, sem dizer quem é, mas eu fiz a denúncia a assistente social e assumi, disse que fui eu mesma!” (ACS).

“(...) Eu estou até aqui com um caso do SOS criança e nós iremos hoje a casa dessa pessoa. É uma criança de dois anos que a mãe está deixando trancada o dia todinho. Tem casos também de abuso sexual, e que a própria mãe esconde porque depende totalmente do marido e ele ameaça matá-la. E deve haver muitos outros casos que não chegam ao nosso conhecimento. Quando isso acontece damos o encaminhamento necessário, chegamos inclusive a acionar os meios legais! O que ocorre é que, na maioria das vezes, o agente detecta, informa e não há investigação dos casos; a denúncia do ACS cai no vazio” (ACS).

Note-se que a percepção dos ACS, bastante abrangente no que se refere à apreensão das necessidades de saúde das famílias com as quais se relacionam, indica uma resposta insuficiente dos demais profissionais. Assim, eles apresentam a sensação de que o seu trabalho não apresenta ressonância nos serviços de saúde.

Questionados sobre quais seriam os procedimentos adotados em casos de violência doméstica¹⁵⁷ contra as crianças ou entre os cônjuges, os ACS responderam que realizavam encaminhamentos para a assistente social e psicóloga, o que se considera (a princípio) uma importante articulação entre as distintas ações programáticas em saúde.

Ao se perceber a estreita relação entre casos de alcoolismo e violência doméstica contra as crianças (muitas vezes com problemas de nutrição e saúde), pode-se evidenciar um signo da integralidade produzido no trabalho dos ACS, diante do “olhar ampliado” em direção às famílias de sua área de risco. Isto tudo nos leva a crer que, com a territorialização da atenção, as demandas podem conformar verdadeiras agendas locais em saúde. No entanto, considera-se importante a definição estadual de eixos fundamentais para a estruturação dessas políticas setoriais, no sentido de evitar a pulverização dos recursos financeiros e o paralelismo e a fragmentação das ações setoriais.

Ao mesmo tempo em que foi reconhecida a marcante presença dos ACS nas áreas de risco pesquisadas, vale destacar que o seu trabalho ganha qualidade quando vinculado às equipes. Isso ocorre tanto pelo melhor

¹⁵⁷ Para entender a violência doméstica, deve-se ter em mente alguns de seus conceitos e formas de dinâmica. Violência física é o uso da força com o objetivo de ferir, deixando ou não marcas evidentes. São comuns murros e tapas, agressões com diversos objetos e queimaduras por objetos ou líquidos quentes. Se a vítima for criança, além da agressão são consideradas violências físicas também o ato de omissão praticado pelos pais ou responsáveis diante da violência expressa. A violência doméstica é um problema que atinge (principalmente) crianças, adolescentes e mulheres. Sua importância é relevante sob dois aspectos: 1) devido ao sofrimento indescritível que imputa às suas vítimas, muitas vezes silenciosas; 2) a negligência precoce e o abuso sexual podem impedir um bom desenvolvimento físico e mental da vítima. Considera-se negligência precoce a situação em que não há uma interação satisfatória entre mãe e filho durante uma fase crítica na vida da criança. Essa ocorrência caracteriza uma das condições capazes de interferir no desenvolvimento infantil. O UNICEF (1997) estima que diariamente 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados no Brasil. Segundo dados divulgados pelo SOS Criança através da mídia impressa local, apenas nos sete meses do ano em curso, quase 1.800 crianças foram vítimas de alguma forma de violência doméstica, em Natal.

acompanhamento de suas atividades quanto pela retaguarda assistencial viabilizada (em parte) pelas equipes aos pacientes captados pelos agentes.

A observação das práticas dos agentes comunitários permitiu constatar que alguns procederam à visita domiciliar mensal com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

Um dos domicílios visitados estava localizado no conjunto habitacional do bairro de Cidade Nova, e pertencia à D. Margarida (outra dona de casa que teve o seu domicílio visitado). Era de tijolos, sem reboco, com apenas dois cômodos, distribuídos entre a sala, onde encontramos redes e colchões no chão e uma pequena cozinha, apenas com um velho fogão ao canto, não contando, em suas dependências, com um banheiro. A mãe tinha seis filhos (dois meninos e quatro meninas), sendo que a criança menor (com quase 2 anos) se encontrava (gravemente) desnutrida. Seu peso anterior era de 5,5 Kg. O ACS a pesou, de forma conjunta com a mãe, que reclamou por não conseguir oferecer (com sucesso) a multimistura à criança. “(...) Acreditem se quiser, mas essa menina não aceita a mistura; só quer comer pipoca e chupar chiclete. E por isso não engorda”.

O ACS explicou então a importância da multimistura na alimentação da criança e deu algumas dicas quanto ao modo de preparo. Em seguida, conversou bastante com a mãe sobre o seu estado de saúde e de todas as crianças, com uma atenção especial para a criança menor e desnutrida. “(...) E como está a saúde das crianças, e a sua?”. A mãe respondeu: “(...) Elas estavam com gripe e diarreia a semana passada; eu estou como Deus quer”. O ACS verificou (discretamente) se na casa tinha sal, açúcar e leite, alimentos destinados ao preparo do soro caseiro e do mingau e deu então algumas informações quanto ao seu modo de preparo e da sua importância para a nutrição e saúde das crianças.

Constatou-se (através de entrevista com a enfermeira do PSF) que esse agente pertencia a uma equipe cujos profissionais apresentavam uma atuação de caráter “inovador” ou integrado - representado pela definição de um conjunto de prioridades voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Essa inserção na equipes parece aos próprios agentes de fundamental importância:

“(...) Quando fazemos parte de equipes mais integradas ficamos mais estimulados e fazemos o trabalho com mais segurança” (ACS).

Houve oportunidade de acompanhar essa equipe (enfermeira e os ACS) em visita domiciliar a uma área de risco do seu bairro, descrita a seguir: no decorrer da visita domiciliar na favela do DETRAN¹⁵⁸, bairro de Cidade Nova, percorremos ruas de areia e barro e que apresentavam inúmeros córregos de lama. Ao chegarmos à casinha, com teto baixo, toda de madeira e com chão de areia, encontramos o dono da casa, trabalhando à porta (serrando madeira).

O ACS perguntou pela D. Carmem, que, ao aparecer, nos convidou a entrar. A casa estava cheia de mosquitos e no seu interior encontramos quatro meninas, todas menores de cinco anos de idade. Diante da epidemia de dengue que assola o estado (e o Brasil), o ACS perguntou pela saúde das crianças, e lembrou sintomas do dengue (febre, dores nas articulações) que podem ser confundidos com quadros gripais. Lembrou à mãe da importância da ida à unidade de saúde para o diagnóstico da doença e da necessidade do cumprimento de alguns cuidados preventivos básicos. O ACS orientou ainda sobre o calendário de vacinas de todas as crianças e realizou a avaliação nutricional nas menores de 2 anos. Uma das crianças maiores apresentava sinais evidentes de desnutrição (magreza excessiva, cabelos ralos e ressecados, pele seca); a doença foi então diagnosticada pelo ACS e a criança maior, encaminhada à unidade de saúde para avaliação pela enfermeira (e posteriormente pela nutricionista). Em seguida, o ACS tomou nota nos cartões das crianças e no seu cartão sombra; finalizou a visita, perguntando sobre a saúde do pai e da mãe.

No percurso para a outra visita domiciliar, nos deparamos com inúmeros conhecidos do ACS, inclusive portadores de tuberculose, em busca de informações sobre seus medicamentos. O ACS atendeu a todos com muita presteza e consideração.

¹⁵⁸ Segundo SANTOS (1989 apud ROCHA, 2000), assim como outras favelas, a Favela do DETRAN constitui habitat clandestino, instalada em terrenos públicos ou abandonados, de baixo valor financeiro e localizada na periferia da cidade.

Nesse caso, as evidências de uma prática orientada pela integralidade são múltiplas. As diretrizes programáticas do PCCN se manifestam articuladas com tantas outras preocupações relativas à saúde. Em particular, pode-se destacar a atitude desse agente frente à criança fora da faixa etária prioritária, que foi encaminhada à unidade de saúde.

Essa atitude mais amistosa com a integralidade, entretanto, não estava sempre presente. Outros agentes restringiram suas buscas ativas a crianças menores de 24 meses, consideradas grupo-alvo do referido programa, tal como proposto pelas instâncias de gestão.

Note-se que, segundo as diretrizes do PCCN, as crianças maiores seriam identificadas a partir da demanda espontânea aos serviços. Nesses casos, a criança maior teria sua situação de risco identificada a partir da sua ida a uma unidade, cabendo então ao profissional de saúde que reconheceu a situação de risco a tarefa de identificar a área de domicílio da criança e proceder ao seu encaminhamento para o respectivo ACS responsável pela cobertura, a fim de que o mesmo incluía a criança maior em sua agenda de assistência domiciliar. Esta trajetória dos cuidados com a desnutrição foi encontrada em uma unidade de saúde do Distrito Sanitário Sul, sem o PSF implantado, na qual a nutricionista nos fez o seguinte relato:

“(...) Quando fui fazer o consolidado do SISVAN encontrei o registro do atendimento de uma criança desnutrida maior de 23 meses; informei ao ACS, responsável por aquela área de risco, para proceder à visita domiciliar e a SMS para a tomada de alguma decisão. Mas até hoje ainda não tive resposta”.

A passividade do profissional diante da burocratização e dessa questão parece indicar falta de motivação e comprometimento com o seu trabalho e com as questões de nutrição (e saúde) da população. E mais: nessa unidade de saúde, os ACS desenvolviam seus trabalhos de forma “isolada” (descolados da equipe multiprofissional) com uma clara tendência de reprodução do modelo assistencial curativo: “(...) Aqui na unidade nós somos pau-para-toda-obra e muitas vezes ficamos cansados e sem vontade de trabalhar” (ACS).

Nesta unidade constatou-se que as ações eram centradas na área clínica e na figura do médico, o qual, diante do tipo de relação de trabalho estabelecida e da necessidade de cumprimento de extensa agenda diária, apresentava sérias dificuldades na constituição de vínculos com a comunidade (e com a sua equipe), pressuposto básico do novo modelo. Outro fator agravante observado estava na reduzida frequência aos treinamentos ministrados pelo pólo de capacitação existente no estado:

“(...) Eu preciso me desdobrar para atender em uma unidade de saúde do Distrito Sanitário Sul, no consultório e no plano de saúde, não tenho tempo nem para participar de reciclagens (Médico)”.

Por uma limitação de nosso método de observação, não foi possível apreciar em que medida crianças em situação de risco nutricional que não são captadas (ativamente) pelos ACS, mas identificadas nos serviços de saúde, possam não ter sido incorporadas ao acompanhamento pelo respectivo agente comunitário.

No decorrer da nossa investigação, julgou-se oportuno traçar o perfil educacional dos 417 ACS que atuam no Município de Natal. Os resultados demonstraram que 72,8% dos agentes apresentavam o 2º grau completo ¹⁵⁹.

O perfil delineado assume singular importância quando se considera a relevância da educação continuada no processo de trabalho (e a sua conseqüente qualificação profissional), acrescida do enraizamento dos ACS nas suas comunidades, e as permanentes trocas entre estes e a população, o que configuram o seu papel de agente comunitário de saúde, ou seja, “agente de comunidade” e “agente institucional” (SILVA & DALMASO, 2002).

Os elementos observados nas visitas domiciliares sugerem, contudo, que a integralidade nas práticas é favorecida pela inserção do agente comunitário na equipe do PSF. E mais: a integração entre o PCCN e o PSF e a integralidade das

¹⁵⁹ Os resultados revelaram ainda que a grande maioria é do sexo feminino (81,3%), com idade predominante entre 28 a 32 anos (18,6%), e solteiros (31,6%).

ações de nutrição nas práticas de saúde é dificultada pela inserção do agente no PCCN, de modo isolado.

5.2. Inserção das práticas alimentares e nutricionais na atenção básica à saúde

Ajustando o foco para as práticas alimentares e nutricionais, constatou-se que são os nutricionistas os responsáveis pela operacionalização do PCCN, nas unidades de saúde de Natal¹⁶⁰. Os referidos profissionais fazem parte das equipes multiprofissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, desde 1989. Nesta perspectiva, as equipes multiprofissionais representam elementos constitutivos importantes do modelo de atenção vigente, com influência marcante sobre os processos de trabalho instituído na rede básica.

Examinando-se então a organização do processo de trabalho dos nutricionistas, através do acompanhamento de suas atividades nas unidades de saúde, nota-se que a realização do diagnóstico dos distúrbios alimentares e nutricionais (baixo-peso, desnutrição, carências nutricionais específicas, sobrepeso, obesidade) ainda não se encontra associada a uma ação ou intervenção, tanto em ações clínicas, individuais quanto coletivas, **integradas à saúde**. Ou seja, indo da prevenção e do controle dos agravos, até um contexto mais abrangente, no qual se promovesse a alimentação (e a saúde) não só daquela pessoa, mas de seu núcleo familiar.

Tornou-se evidente que esses profissionais continuam presos ao tradicional modelo de atenção básica, cujas ações programáticas constituem verdadeiros compartimentos verticalizados, gerados no limite pelos próprios dispositivos de transferências governamentais e que têm no PSF (e seus ACS) e no PCCN, exemplos como programas. Neste sentido, não logram se apropriar desse potencial, o que faz com que os responsáveis pelos programas (PACS/PSF

¹⁶⁰ Segundo pesquisa realizada pela CGPAN/MS (2002), sobre o Perfil dos Coordenadores das Ações de Combate às Carências Nutricionais, em 2.622 municípios brasileiros, pertencentes a 25 unidades federadas, foram encontrados os seguintes resultados: 86% dos seus coordenadores eram de nível superior, distribuídos entre as distintas profissões: enfermeiros (73%), nutricionistas (9%), assistentes sociais (7,5%), médicos (3,5%) e representativo de outras profissões (7,5%).

e PCCN) sigam trajetórias paralelas, contribuindo para a desintegração entre os distintos programas e a falta de integralidade de suas ações.

No âmbito da operacionalização do PCCN em Natal, foi constatado que os nutricionistas apresentam as seguintes atividades de rotina: cadastramento da população-alvo, visitas domiciliares e reuniões educativas com os beneficiários (e suas famílias), controle da distribuição dos alimentos e avaliações dos resultados de suas ações. Sem periodicidade definida, fazem o encaminhamento dos beneficiários para outros serviços públicos e benefícios sociais (Programa Estadual do Leite/SEAS e PCS/ATIVA/PMN). Realizam o controle da distribuição e da qualidade dos alimentos.

Além das atribuições referidas anteriormente, os nutricionistas realizam consultas ambulatoriais e avaliações antropométricas; incentivo à prática do aleitamento materno; orientações individuais alimentares e nutricionais; realização de palestras educativas para grupos focais, identificados como os de maior vulnerabilidade biológica - crianças menores de cinco anos e gestantes de baixo-peso (beneficiários do PCCN), puérperas, idosos e os portadores de doenças crônico-degenerativas (hipertensão e *diabetes mellitus*); orientação dietoterápica (com elaboração de cardápios e substituições) e orientação sobre higiene e conservação dos alimentos, nas unidades e nos domicílios (quando necessário).

Quanto ao SISVAN (e a sua operacionalização), tornou-se evidente que este ainda se encontra implantado apenas do ponto de vista cartorial, uma vez que tem servido apenas para o envio semestral dos Relatórios de Gestão do ICCN à Secretária Estadual de Saúde e a renovação anual do seu Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais.

Desta forma, não pode ser atribuída ao programa a melhoria na informação e utilização de dados do SISVAN, além de outras ações de caráter inter-setoriais, como: o estabelecimento de parcerias com outros municípios da região para aperfeiçoar o sistema de aquisição de alimentos e o favorecimento à implantação de outros programas sociais no município. Foram identificadas também lacunas importantes decorrentes da ausência de estudos sobre o padrão nutricional do município de Natal.

No presente momento, a nova estratégia do MS para a reorganização da atenção básica à saúde da população tem sugerido a incorporação do componente nutricional (ainda restrito a crianças menores de 24 meses), seja nas unidades básicas de saúde ou em módulos comunitários (com atuação do PSF e seus agentes). Isso torna imprescindível que seja repensada a identidade do SISVAN e a sua organização na produção de dados, com vistas ao permanente monitoramento nutricional da clientela e ao controle e a avaliação de suas ações, além do fornecimento de subsídios no tocante ao acompanhamento dos recursos públicos, federal e municipal, destinados aos programas nutricionais.

A sua clientela (pessoas atendidas nos serviços de saúde) é oriunda da demanda espontânea, da busca ativa dos ACS, encaminhamentos do CD, pré-natal e de outros programas assistenciais. Inclui crianças, gestantes, puérperas, adolescentes, idosos, hipertensos e diabéticos.

Esses exemplos pontificam a necessidade de uma agenda mais ampliada e integrada às ações estratégicas de saúde PACS/PSF, importantes na (re)organização da assistência ambulatorial e domiciliar. E, como um desafio ao SUS, torna-se necessário o acréscimo de outras prioridades, dentre as quais foram destacadas: identificação de estratégias de segurança alimentar disponíveis na comunidade; determinação de áreas de risco nutricional, tomando-se como referência os indicadores de vigilância alimentar e nutricional; diagnóstico e monitoramento de problemas alimentares e nutricionais das famílias de maior vulnerabilidade biológica e social; incentivo e definição de estratégias de apoio comunitário às práticas alimentares saudáveis. E mais: incorporar às suas ações programáticas outras demandas referenciadas pelas ESF.

No presente momento, algumas iniciativas pontuais estão sendo implementadas. Porém, a convivência conflituosa entre os dois modelos de atenção e problemas de caráter gerencial têm contribuído sobremaneira para a falta de continuidade das ações e indefinição de papéis e competências:

“(...) Nós vivemos de apagar incêndios. É uma dificuldade você fazer reuniões intra ou intersetoriais, com as equipes. Na verdade, vivemos um grande paradoxo: fazer 'promoção da saúde', que exige planejamento com as equipes e a comunidade, ações

intersetoriais e postura de 'vigilante' e ainda privilegiar os atendimentos. A gerência local está muito ligada à questão numérica, centrada no modelo anterior; e a comunidade não está preparada para o novo modelo e cobra o tratamento curativo". (Nutricionista, da Unidade de Saúde da Família de Cidade Nova).

Esse depoimento é ilustrativo do fato de que a tarefa de "apagar incêndios" tem impedido a maior integração entre o PCCN e o PSF, tanto no nível central como no nível local dos serviços.

Em resumo, foi constatado que no âmbito da atenção básica à saúde as práticas assistenciais dos nutricionistas ainda continuam a responder aos "programas" advindos do caráter ainda principiante do PSF implantado em Natal, que ainda se encontra distante da assunção de seu papel enquanto modelo substitutivo de atenção e de organização dos serviços. Isso tudo culmina com a desintegração entre as equipes (e as suas ações programáticas), o que dificulta sobremaneira a construção de práticas mais integrais "na atenção e no cuidado à saúde".

E como um desafio posto ao SUS, acredita-se que mesmo diante da aplicação do conhecimento técnico da área de nutrição seja necessária uma maior sensibilização por parte de toda a equipe de saúde, tendo em vista que a integração e a integralidade constituem atributos de todos os profissionais de saúde (e não apenas de nutricionistas). Além disso, a tensão posta na atenção básica exige uma leitura mais abrangente e, surpreendentemente, com maior afinidade pela ponta do conhecimento do que com a formulação das políticas de nutrição (e dos seus programas suplementares).

CAPÍTULO 6. À guisa de conclusões

Ao final da exposição, julga-se que os pressupostos preliminares deste estudo, se os mecanismos de incentivos financeiros são efetivos indutores da integração dos programas e da integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde, evidenciaram o claro hiato entre a formulação federal dessa política nutricional e a sua (efetiva) execução municipal. Procurou-se abordar a temática em pauta segundo quatro eixos gerais que se desdobraram de acordo com as prioridades de análise estabelecidas. Nesta perspectiva, optou-se por privilegiar as dimensões do financiamento, através do repasse de recursos federais (ICCN), da política institucional (cultura organizacional e ações gerenciais), da integração entre as ações programáticas de nutrição e saúde e da integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde. O estudo possibilitou uma caracterização da organização dos serviços de saúde e do modelo de assistência vigente no município.

Esse esquema de análise guarda estreita coerência com a perspectiva teórica central deste trabalho: olhar o setorial — alimentação/nutrição (e saúde) — como parte de uma realidade mais abrangente, com seus determinantes de natureza econômica e política.

Considerando-se a realidade local e tomando-se como referência o processo dinâmico de desenvolvimento da *Cidade do Natal* e os fatores climáticos que atingem a Região Nordeste, torna-se imprescindível registrar o processo de crescimento urbano apresentado pelo município. O fato de Natal ser a capital do estado do RN e ocupar a posição de pólo de atração de mão-de-obra de outras cidades tem impulsionado o fenômeno de “conurbação” com os municípios circunvizinhos. Propicia também os processos migratórios motivados pelas dificuldades enfrentadas no âmbito das relações agrárias e agrícolas vivenciadas por significativo contingente populacional, oriundo de outras regiões do estado, com vocação econômica voltada para a agropecuária e (naturalmente) agravada pela seca.

O intenso fluxo migratório se configura como uma preocupação constante das autoridades municipais, mediante o desordenado processo de ocupação do espaço territorial urbano, representados por assentamentos irregulares em áreas de risco e de preservação ambiental (mangues, encostas de morros), além da formação de aglomerados humanos, com graves problemas sociais e de habitabilidade (favelas), o que caracteriza a existência de uma dívida social da saúde (dívida sanitária)¹⁶¹ com os sujeitos, conforme ALMEIDA FILHO (2001).

Conseqüentemente, as referidas populações se encontram mais expostas ao risco de adoecer, o que resulta da ação tanto de fatores ambientais externos quanto da vulnerabilidade e susceptibilidade dos indivíduos. Isso torna necessária a adoção de medidas voltadas para o enfrentamento de problemas locais, na busca de transformação da realidade apresentada pelo município.

1) Do Financiamento

No primeiro eixo, salienta-se a dimensão econômica (e financeira) da política alimentar, partindo-se do pressuposto que o seu financiamento através do componente variável do PAB se constitui em uma tentativa de incremento ou indução, pelo Governo federal, de determinados modelos ou propostas específicas de políticas, para os municípios. Realizado mediante incentivo financeiro (ICCN), pode ser ainda visto enquanto uma medida de estímulo à implementação de ações inovadoras em saúde e nutrição.

No que diz respeito à análise do financiamento da política nutricional ora examinada, foi constatado que enquanto a esfera federal contribui com 18,8% dos recursos financeiros totais do programa, o município arca com 81,2% das despesas o que torna evidente a reduzida participação da instância federal no financiamento de suas ações. Parece tratar-se, nesse caso, de um programa municipal que conta com pequena contrapartida do Governo federal.

¹⁶¹ ALMEIDA FILHO (2001), em suas *Notas* intituladas "O Conceito de Dívida Sanitária", afirma que a dívida social se refere a uma situação de desigualdade básica que determina um compromisso, retardado, porém, igualmente previsto de estabelecimento de um estado de equidade perante os direitos fundamentais da pessoa humana. Desta forma, o componente da saúde da dívida social brasileira significaria o compromisso da sociedade com o direito universal à saúde.

A discussão anterior do caso de Natal tem pelo menos dois desdobramentos fundamentais, no que diz respeito ao exame das relações entre os dispositivos de financiamento (como o ICCN) e as práticas nos serviços de saúde deles resultantes. O primeiro diz respeito ao tipo de seletividade da política nacional e ao redesenho da política na instância municipal. O segundo se refere ao grau de integração das diversas políticas e programas no nível municipal e a sua horizontalização no nível de atenção básica.

Na primeira perspectiva, talvez a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em sua interseção com a política de saúde, esteja correta ao assumir um caráter seletivo nas suas intervenções no chamado momento crítico, construindo diversas modalidades de intervenção para os diversos ciclos da vida. Talvez esteja também correta ao delinear uma "população-alvo" para cada programa voltado para um ciclo de vida específico (embora o caráter excessivamente restrito dessa população-alvo possa ser objeto de questionamentos). E talvez o Ministério da Saúde esteja correto ao zelar para que os recursos do Governo federal sejam utilizados em consonância com os critérios de seletividade estabelecidos.

Porém existem situações em que o gestor municipal, na perspectiva de gestão plena sobre a atenção básica, reconfigura seu programa, ampliando sua abrangência e elevando sua participação no seu financiamento, de modo a melhor adequá-lo às necessidades locais. Esse parece ser o caso de Natal. Pode-se defender que essa sintonia fina com as necessidades de saúde (e sociais) e esse maior engajamento municipal, que envolvem uma capacidade institucional de formular e implementar políticas locais, são de fato desejáveis, a ponto de merecerem ser incentivados, ativamente e permanentemente.

Talvez aqui resida uma questão central das possibilidades de diálogo entre os diversos níveis de governo. O Governo federal pode no seu diálogo com as instâncias subnacionais de governo, incentivar a construção de duas alternativas nessas instâncias de formulação e implementação de políticas: a) numa perspectiva que controle as condições mínimas de aplicação e prestação de contas dos recursos federais alocados no programa; b) numa perspectiva de ampliar a capacidade de gestão autônoma dessa política ou programa.

Enquanto no primeiro caso há uma ênfase no cumprimento das normas e diretrizes federais, no segundo, o enfoque é dado na capacidade de construir normas e diretrizes adequadas à realidade local.

No que diz respeito à “horizontalização”, duas questões surgem como fundamentais. A primeira diz respeito às limitações do modelo tradicional de organização da atenção básica, centrado em unidades com um corpo multiprofissional, e a segunda, às vantagens do PSF como um novo modelo de organização da atenção básica. Entre essas vantagens, talvez uma das mais importantes seja a possibilidade de que as equipes (cotidianamente) possam confrontar os critérios de seletividade e as diversas diretrizes programáticas com as demandas que se manifestam na comunidade a que assistem. Tal confronto irá permitir que suas práticas assistenciais sejam orientadas pela integralidade e pela compreensão das reais necessidades de saúde no nível local onde atuam.

Porém, para que tal vantagem se manifeste de forma plena, talvez seja necessário que o PSF não seja considerado como um programa especial, com a mesma inserção institucional do PCCN, por exemplo. E, como mais um desafio posto ao SUS, torna-se necessário que a estratégia da atenção básica tenha uma tal inserção institucional que assegure sua capacidade de normatizar sobre as ações dos diversos programas que poderiam ser realizadas nas áreas cobertas. Caso isso seja considerado importante, não seria interessante aprimorar os dispositivos de financiamento existentes para que sejam menos propícias as apreensões e verticalizações intramunicipais e mais amistosas com a integração e a integralidade?

2) Da Política Institucional

No segundo eixo, destaca-se a vertente político-institucional que se apresentou como um dos importantes elementos de análise desta política social.

Como já foi visto, tanto o PCCN como o PACS e o PSF são tratados no arcabouço institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Natal como programas especiais. Tal inserção tem conseqüências de duas ordens. Por um lado, configuram-se repartições distintas para cada programa especial, sendo

cada qual responsável pela implantação do respectivo programa. Por outro, tal inserção institucional opera uma certa verticalização intramunicipal, na qual o zelo pelo cumprimento das diretrizes normativas do programa parece ocupar mais a atenção do que as oportunidades e possibilidades de contribuição das ações específicas no aperfeiçoamento da atenção básica.

Esse desenho institucional talvez em parte advinha dos próprios dispositivos do PAB Variável, na medida em que a adesão do gestor municipal às propostas específicas está associada à oportunidade da obtenção adicional de recursos. É como se o gestor municipal, diante dessa oportunidade, organizasse uma estrutura administrativa específica para zelar pelo programa específico, inclusive para cumprir as exigências burocráticas necessárias à obtenção dos recursos. Desse modo, os programas especiais funcionam com certa independência, ou de forma paralela aos principais fluxos de decisão da Secretaria, como se fossem projetos semi-autônomo.

É claro que tal arranjo institucional está presente em situações, onde o PSF não se constituiu no modelo de reorganização da atenção básica.

Assim como o PCCN, o PSF foi considerado como um programa especial, situado no mesmo patamar do PCCN e, conseqüentemente, sem guardar as desejáveis relações de hierarquização entre as suas ações programáticas e as outras da atenção básica (inclusive as de nutrição). Esse arranjo de estrutura da atenção básica que guarda relação com dispositivos de financiamento se constituiu no instrumento definidor de um certo rumo de tensões e da conseqüente falta de aproveitamento de oportunidades geradas pelo modelo do PSF, que explicitamente enuncia o princípio da integralidade do SUS e a noção de problema enquanto conjunto (indivíduo, família e meio social).

É interessante destacar que no desenho das políticas de saúde no âmbito federal, o PCCN nasce no momento em que se assumia a estratégia saúde da família como um modelo substitutivo da tradicional forma de organização da atenção básica. No contexto dessa nova estratégia do MS, as funções do PCCN deveriam ser realizadas de modo integrado as ESF.

Note-se que o caráter inovador do ICCN não se refere especificamente aos conteúdos do PCCN, o qual de certa forma dá continuidade a programas anteriores de suplementação alimentar para crianças menores de cinco anos, como o “Leite é Saúde”. Portanto, como inovação pode-se considerar a incorporação dos dispositivos de financiamento de programas de suplementação alimentar, como parte integrante do componente variável do PAB, no âmbito das políticas de saúde que o Governo federal deseja incentivar.

Porém, esse incentivo, apesar de inaugurar uma nova era de dispositivos de financiamento que dispensam os atributos convenientes e de cumprir a sua finalidade enquanto instrumento indutor de políticas, catalisou a formação de nichos profissionais de nutricionistas em torno das normas técnicas operacionais e dos seus dispositivos de prestação de contas. Tudo isso tende a dificultar que os serviços de saúde façam uma leitura das necessidades que se colocam em seu território e enfatiza a necessidade de manter sob acompanhamento e controle *stricto sensu* as atividades ofertadas aos subgrupos populacionais selecionados tecnicamente em uma população alvo. O modelo nos pareceu valorizar as ações setoriais e específicas, o monopólio do programa (e dos seus recursos) e a conseqüente formação de nichos técnicos institucionais de nutricionistas, em detrimento de um arranjo global da organização dos dispositivos e incentivos mais amistosos com a integração entre os demais programas da atenção básica (PACS/PSF) e a integralidade de suas ações.

Em suma, o que se verificou neste trabalho é que, no arcabouço do Programa de Combate às Carências Nutricionais, aconteceu o fortalecimento da inserção do grupo técnico de nutricionistas, competente o suficiente para construir e garantir a inserção da nutrição no modelo de atendimento de atenção básica multiprofissional. Nesse modelo tradicional, a desnutrição é de responsabilidade do núcleo específico de trabalho dos nutricionistas, não se configurando enquanto problema do núcleo profissional compartilhado com os demais profissionais. Em decorrência da forma de inserção institucional do PSF na SMS de Natal, enquanto programa especial situado no mesmo patamar do PCCN (e não como estratégia da atenção básica para substituição do modelo), se estabeleceram no município dois modelos concorrentes de atenção básica.

Além disso, a base financeira do programa permitiu a apreensão dos recursos federais e municipais pelo grupo técnico profissional competente, o que nos pareceu minimizar o impacto do componente do incentivo do PAB variável destinado ao PSF, sendo responsável por um certo efeito de tensão entre os programas.

Reafirma-se também que o maior interesse institucional está concentrado na tentativa de manter e expandir os programas, fato este que serviria de justificativa para a sua existência enquanto órgão governamental e para a alocação de um maior volume de recursos. Na maioria dos casos são estas instituições as responsáveis pelo emprego e renda de uma parcela significativa da população dos diferentes municípios da federação.

3) Da Integração

No terceiro eixo de análise foi priorizado o tratamento conferido à questão alimentar e nutricional no Brasil, na década de 90, no sentido da integração entre as ações programáticas de nutrição e a estratégia de saúde da família (PACS/PSF), voltada para a reorganização do modelo assistencial vigente.

Nesse sentido, uma das expectativas apresentadas - de que a política de alimentação e nutrição, implantada no contexto de descentralização dos serviços de saúde, poderia revelar uma integração institucional com a política de saúde (e seus programas) - parece pouco factível na sua implementação. Verifica-se um claro hiato entre a formulação na esfera federal e sua efetiva implementação municipal. Talvez na própria formulação da política não foram devidamente valorizada a pluralidade de elementos envolvidos na realidade local e que parecem ser decisivos para a efetividade dessas ações.

A atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição está constitucionalmente integrada à Política Nacional de Saúde (MS,1999). Como vimos, o setor saúde teria importante atuação no chamado momento crítico – o ICCN inscreve-se nessa perspectiva, sendo um dos pontos de interseção dessas duas políticas.

Por outro lado, o PCCN, apesar de se encontrar formalmente inserido no setor saúde, apresenta, pelo menos no caso estudado, uma frágil integração institucional e de organização interna com o PACS e o PSF, no âmbito de suas coordenações programáticas (apesar de ocupar o mesmo espaço físico na SMS de Natal).

Considerou-se que a integração não pode ser compreendida apenas enquanto espaço físico reunindo os programas. Para sua consecução, há necessidade de um tempo institucional adequado, da implementação de formas de administração distintas da modalidade “rotina/crise” e da sua efetiva incorporação às práticas desenvolvidas no nível local. Por outro lado, o programa passou a ser visto como “mais uma” iniciativa do Ministério da Saúde, com a finalidade específica de alcançar uma “nova” integralidade no âmbito das práticas de saúde e nutrição.

Na ausência da adoção do PSF como o modo de organização de toda a rede básica, e diante da reduzida articulação estabelecida com outras ações estratégicas de saúde, o PCCN (ainda) não conseguiu ultrapassar os limites de um programa vertical tradicional. Seus implementadores tendem a priorizar a dimensão eminentemente técnica, afastando-se de uma preocupação mais abrangente de suas práticas, debates, da política e do “olhar” a participação social.

Isso se expressa no cotidiano das suas atividades, onde são predominantes as ações voltadas para a execução do *Manual de Rotinas Técnicas*. A conformação encontrada na área da nutrição se deve ao maior desenvolvimento de conteúdos no campo técnico, em detrimento do sócio-político, durante o curso de graduação desses profissionais. Essa dicotomia dificulta sobremaneira sua integração com as outras ações sociais (em especial as de saúde) e tende a exacerbar o corporativismo presente entre as distintas áreas profissionais. A implementação da ação programática passa a ser percebida e entendida como uma responsabilidade técnica e exclusiva de profissionais nutricionistas.

Note-se que o PCCN implantado no município de Natal se conforma muito mais como uma política construída no município do que como proposta do

Governo federal: ele é mais abrangente do que as diretrizes nacionais do Ministério da Saúde e seu financiamento advém, predominantemente, de recursos municipais. Fica claro que os recursos do Governo federal contribuem para criar no município um nicho institucional, no interior da Secretaria de Saúde, a partir do qual se desenha uma política específica de suplementação alimentar. É como se os profissionais nutricionistas aproveitassem essas oportunidades para consolidar um espaço de atuação no âmbito das equipes multiprofissionais que configuram o modelo tradicional da atenção básica. Conseqüentemente, nesse arranjo fica dificultada a integração do PCCN com um outro modelo das práticas de atenção básica, de base territorial (e de constituição de vínculos), como o PSF.

Contudo, torna-se interessante notar que, mesmo diante de tamanhas dificuldades de integração, equipes de saúde da família (e seus agentes comunitários), na ponta da assistência, mostram ser possível um conjunto de práticas norteadas pela integralidade, que se traduz tanto numa leitura abrangente dos problemas nutricionais, como por uma abordagem que transcende as diretrizes técnicas do próprio programa municipal.

4) Da Integralidade

No quarto eixo, privilegia-se a dimensão da **integralidade das ações de nutrição nas práticas de saúde**, onde se procurou identificar signos de integralidade produzidos pelos ACS¹⁶², na sua atuação junto às famílias, nos Distritos Sanitários do município de Natal.

No curso das visitas domiciliares, verificou-se que apesar da existência nos serviços de saúde de normas verticais de programação em nutrição (e saúde), o “olhar” avaliativo dos ACS voltou-se para a situação real das famílias, extrapolando a redução normativa imposta às ações e aos serviços de saúde.

Como exemplo, observou-se que, no primeiro momento de aproximação com as famílias, os agentes não faziam avaliações baseadas nos padrões nutricionais (clínicos): faixa etária, estado fisiológico e/ou presença de

¹⁶² A escolha desses atores como possíveis agentes de práticas integrais de saúde encontra-se justificada na apresentação do trabalho (metodologia).

patologias¹⁶³. Buscavam, muito mais, uma avaliação mais abrangente daquela família nos seus aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais. Além disso, existia forte grau de interação entre os agentes e as famílias das suas áreas de risco. O fato de os ACS residirem no mesmo bairro, na mesma comunidade, compartilhando dos problemas locais, sendo procurados pela população nos finais de semana ou durante as folgas gerou uma forte interação entre eles e a comunidade local.

Mas essa atitude mais abrangente dos profissionais da ponta parece encontrar alguns obstáculos, quer nas cobranças das diretrizes programáticas, quer na dificuldade das equipes de atenção básica, sobretudo as desenhadas numa perspectiva tradicional, para dar respostas às demandas trazidas pelos agentes que atuam na comunidade em base territorial.

A superação da programação vertical pela programação horizontal de atividades, na busca de estruturação de agendas locais de saúde, representa importante signo na construção da “nova” integralidade produzido. No entanto, essa atitude mais integral percebida nos agentes não vem tendo ressonância nos serviços de saúde locais, que seguem com práticas mais tradicionais. Pode-se constatar que algumas das necessidades apreendidas pelos agentes não têm suscitado respostas adequadas nos serviços.

Por outro lado, nem todos os agentes (e suas equipes) pareciam ter aquele olhar abrangente, que aqui foi tomado como um signo da integralidade. Verificou-se também a existência de ACS que desenvolviam os seus trabalhos de forma isolada (“descolados” da enfermagem e/ou da equipe multiprofissional) com uma clara tendência de reprodução do modelo assistencial curativo.

Já havia sido constatado, em estudo anterior sobre o tema, que a equipe saúde da família e os ACS estavam fortemente relacionados à concepção e ao

¹⁶³ “(...) Nós olhamos com mais frequência para as crianças menores de 02 anos porque somos mais cobrados pela enfermeira; mas, se tiver outros casos de desnutrição na família encaminhamos para as unidades de saúde (para a enfermeira ou nutricionista). Fazemos a pesagem das crianças e anotamos no cartão “sombra”; se a criança estiver desnutrida, encaminhamos para a Nutricionista da unidade de saúde. Temos também um caderno para anotar tudo o que acontece com os “nossos” diabéticos, hipertensos e famílias.

trabalho conduzido pelo médico¹⁶⁴. Porém, no presente estudo, em Natal, identificou-se que a atuação da equipe saúde da família e dos ACS depende muito da concepção e do trabalho conduzido pela enfermagem, a qual se constitui no fio condutor do trabalho em equipe. Essa articulação nos apontou certa identificação dos ACS com as suas estruturas normativas e de qualificação profissional.

Responsáveis pela Coordenação do Pólo de Capacitação de Saúde da Família do Estado do RN (UFRN/SESAP) ofereceram, em 2001, sete seminários para 1.041 ACS de Natal e do RN, os quais foram estruturados em alusão às comemorações dos dez anos de criação do Programa¹⁶⁵.

É preciso lembrar que as dificuldades encontradas na integração dessas práticas também estão associadas a uma série de medidas implementadoras de políticas, que atingem outros princípios fundamentais do SUS – universalidade e equidade.

Por exemplo, na área de Alimentação e Nutrição, no que se refere à cobertura de sua população-alvo, os sucessivos redimensionamentos identificados nos quantitativos de beneficiários do programa registram as dificuldades apresentadas pelo gestor municipal em arcar com (a maior parcela) do seu custo operacional. O próprio MS, ao adotar políticas sociais pautadas em repasses financeiros “mínimos”, atenua o sofrimento “dos mais pobres dos pobres”. Porém, deixa à margem do acesso ao benefício uma massa populacional que em nada se diferencia da parcela social eleita como beneficiária da ação.

O fato de a Política Social de Alimentação e Nutrição assumir um caráter seletivo nas suas intervenções, voltado para populações “alvo” (crianças menores de 05 anos e gestantes em risco nutricional), dificulta sobremaneira a inclusão social de significativos segmentos da sociedade, o que gera aumentos substantivos na dívida social (da saúde) do país. Mas esses vários redimensionamentos das populações-alvo feitos a partir das restrições financeiras se expressam, na prática, na forma de uma maior ênfase na aplicação dos

¹⁶⁴ Para mais detalhes, consultar SOUZA (2001), em seu trabalho “A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa Saúde da Família”.

¹⁶⁵ O Pólo apresenta, como meta para 2002, atingir 85% dos ACS através do estabelecimento de parcerias com as prefeituras, secretarias de Saúde, o COSEMS, CEFOPE, dentre outros.

critérios de inclusão (e de exclusão) de pessoas no programa. Tal ênfase talvez dificulte o desenvolvimento daquela visão mais abrangente dos agentes sobre as necessidades da população a qual assistem.

Todavia, no confronto diário desses profissionais com o contexto no qual concretamente a desnutrição se produz e se resolve, os membros das equipes do PSF parecem estar mais aparelhados a contextualizar as próprias diretrizes programáticas, adaptando-as aos cenários familiares concretos, ao mesmo tempo em que apreendem outras necessidades articuladas à desnutrição e não abrangidas pelo programa.

A associação entre a violência intrafamiliar (contra a criança ou contra a mulher), o alcoolismo e a desnutrição, como emergiu no relato desses profissionais ao longo do trabalho de campo, são evidências dessa abordagem mais integral possibilitada pelo novo (e ainda incipiente) arranjo da atenção básica.

Portanto, as dificuldades e as incipientes práticas de integralidade das ações em saúde, via ACS, são (extremamente) dependentes de um conjunto de fatores, sobressaindo-se o modelo de atenção dominante.

Por tudo isso, o presente estudo não pretende esgotar o total de variáveis envolvidas no tema – integração e integralidade – mas espera suscitar discussões, definições de novos arranjos institucionais e de dispositivos financeiros para estimular a processo de reorganização do modelo assistencial vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. O Conceito de Dívida Sanitária. *Canal Saúde*, n. 10. 2001.

ALMEIDA, E. S. *Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia de norma operacional básica 1/93*. São Paulo, 1995. Tese (Livre Docência). Departamento de Práticas de Saúde Pública da USP. Universidade de São Paulo, 1995. Mimeografado.

ANDRADE, F. *O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 1998. 220p.

ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001. 279p.

ARAÚJO, R. *O Médico da Família: uma proposição de reorganização do serviço no Centro de Saúde de Brasília Teimosa – Natal/RN – Estudo de Caso*. Natal, 1988. 45 p. Mimeografado.

BATISTA FILHO, M.; BATISTA, L.V. *Alimentação e Nutrição no Nordeste Semi-árido: Situação e Perspectivas*. Feira de Santana, 1996. Ed. Especial

BITTENCOURT, A. S.; CAMACHO, L.A.B.; LEAL, M.C. *et al.* Desnutrição nos sistemas de informação de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, XVI, 2001, Salvador. *Anais do XVI Congresso Brasileiro de Nutrição. Alimentação e Nutrição: atualidades, realidade e perspectivas*. Salvador, 2001.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 7. n. 3. p. 401 – 412. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

BOSI, M.L.M. *Profissionalização e conhecimento: a Nutrição em questão*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 205 p.

BRAGA, J.C.S; PAULA S.G. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES, HUCITEC, 1981.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, n.24, p. 30-50.1990.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)*. 3.ed. São Paulo: Ed. UNICAMP, 2001. 330 p.

CASCUDO, L. C. *História da Alimentação no Brasil*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia/São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1983. v.1.p. 30-34.

CASTRO, I. R. R. *Vigilância Alimentar e Nutricional: Limitações e interfaces com a rede de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

CASTRO, J. *Geografia da Fome*. 10. ed. Rio de Janeiro: Antares, Achiamé, 1980. _____ . *Homens e caranguejos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 188 p.

CECÍLIO, L.C. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHAMBERS, Erve. Applied ethnography. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. 2. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications, c. 2000. Cap. 33, p.852-869.

DAIN, S. Experiência internacional e especificidade brasileira. In: BARROS, P. L. BARROS; AFONSO, R.; ÁLVARES, B. (orgs.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 13-40.

_____. *Do direito social à mercadoria*. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular) - Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

FARIA, T.W. *Dilemas e Consensos: a Seguridade Social Brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das microrrelações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social - UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997. Mimeografado.

FAVERET FILHO, P; OLIVEIRA, P. J. A Universalização Excludente. Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 3, 1990.

GUEDES, A. E. L. *A implantação do Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional em Natal*. Rio de Janeiro, 2000. 115 fl. Dissertação. (Mestrado). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

_____. *A implantação do Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional em Natal*. Natal/Recife: MS/IMIP/DN/UFPE, 2001. 115 p.

_____. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 127-156.

_____. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: do financiamento de ações estratégicas de saúde às práticas assistenciais. In: _____. *Experiências Inovadoras no SUS: Produção Científica: Doutorado e Mestrado*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 21- 67.

HAQ, C. *et al*. Donde no hay médico da familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana*. Washington, v. 120, n.1. p. 44-58, 1996.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Saúde Para Debate*, n. 2, p. 29-35, dez. 2000.

INAN.FIBGE.IPEA. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: resultados preliminares*. Brasília, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000: resultados preliminares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KORNIS, G.E.; ROCHA, P. M. *A saúde no Brasil dos “Tucanos”: quo vadis?* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 144).

L'ABBATE, S. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil – I, período de 1940 a 1964. *Revista Nutr.* Campinas, n. 1, p. 87-138, 1988.

_____. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil – II, a partir dos anos 70. *Revista Nutr.* Campinas, n. 2. p. 7-54, 1989.

LEVCOVITZ, E.; ARRUDA, D. M. C.; GARRIDO, N. G.M. *A Responsabilidade Sanitária de Estado: duas ou três coisas que sei dela*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994. Série de Estudos em Saúde Coletiva n. 85.

LEVCOVITZ, E. *Transição X Consolidação: O dilema estratégico da construção do SUS*. Rio de Janeiro, 1997. 289 fl. Tese. (Doutorado). Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997. Mimeografado.

LEVCOVITZ, E. *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 6, n. 2. p. 269 – 291. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ*. Rio de Janeiro, 1999. 183 fl. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999. Mimeografado.

LIMA, E. S. *Mal de fome e não de raça: gênese, constituição e ação política da educação alimentar*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000. 288p.

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde. Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas/IPEA*, n. 14, p. 75-156, 1996.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instrumento e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MATTOS, R. A. *Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Rio de Janeiro, 2000. 280 fl. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

_____. O incentivo ao PSF e seu Impacto sobre as Grandes Cidades. In: *Phisys: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 2002.

- MERHY, E. E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. Campinas, 1999. Mimeografado.
- MINEIRO, Fernando. *Natal em Perfil*. Natal: Econômico, 1999.
- MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 1, n. 1, p. 28-39, 1998.
- MONTEIRO, C.A. Evolução do perfil nutricional da população brasileira. *Saúde em Foco*, n. 18, p. 4-8, 1999.
- MONTEIRO, C. A *et al.* Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP, 1975-1985. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.20, n. 6, p. 446-53, 1986.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Revista Saúde Pública*, v. 34, Supl. 6, p. 52-61, 2000.
- NASCIMENTO, C. C. R. *O Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) e suas conseqüências sobre as políticas de nutrição locais: O caso de Macaé*. Rio de Janeiro, 2002. 60 fl. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado.
- NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. *AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à Saúde*. In: GUIMARÃES, R & TAVARES, R. (orgs). *Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ ABRASCO/ IMS/UERJ, 1994. p. 71-111.
- PELIANO, A. M.; BEGHIN, N. *O papel do Estado na área de Alimentação e Nutrição: relatório Interno 7/92*. Brasília: IPEA / Coordenação de Políticas Sociais. 1992. 11 p. Mimeografado.
- PELIANO, A. M. *Quem se beneficia dos Programas Governamentais de Implementação Alimentar?* Brasília: IPEA, 1990. Mimeografado.
- PINHEIRO, M. C. C. M. *Da segurança alimentar à vigilância da fome: delineando a história de um hiato*. Rio de Janeiro, 1996. 184 fl. Dissertação (Mestrado).

Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996. Mimeografado.

PINHEIRO, R. *Da Defesa do Aço à Defesa da Vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde: o caso de Volta Redonda*. Rio de Janeiro, 2000. 244 fl. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

RIVERA, M. A. A.; COSTA, M. J. C. *A Nova Nutrição*. João Pessoa: Ed. Universitária, 2000. 243p.

ROCHA, N. S. P. D. *Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal – RN: Inovações Assistenciais?* Rio de Janeiro, 2000. 169 fl. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

ROCHA, P. M. No Limiar do século XXI: Globalização e Saúde. *Os desafios da proteção social no Brasil dos anos 90*. Rio de Janeiro, 1997. 304 fl. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997. Mimeografado.

SCHRAIBER, L. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1990. 226p.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1998. 143 p. (*Saúde em Debate 11, Série Didática 7*).

SILVA, S. F. da. *Municipalização da Saúde e Poder Local – sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: HUCITEC, 2001. 293p.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2002. 217 p.

SILVA, D. O. *et al. Instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: o diagnóstico coletivo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 187p.

SOUSA, M. F. *Gestão da Atenção Básica: redefinindo contextos e possibilidades. Divulgação em Saúde em Debate*. v. 21, p. 7-14, dez. 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Política de Formação de Recursos Humanos em saúde: conjuntura e perspectivas. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, n. 12, 1997.

TEIXEIRA, C.F. *O Futuro da Prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 114 p.

VALENTE, F. L. S. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. *Revista do NEPA/UNICAMP*, Campinas, v.4, p. 66-88, 1996 (Cadernos de Debate).

VASCONCELOS, F. A. G. A Política Social de Alimentação e Nutrição: *Acumulação de capital e reprodução da fome/desnutrição*. João Pessoa, 1988. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, 1988. Mimeografado.

VASCONCELOS, F. A. G. Acumulação de capital, corrupção e fome. *Revista Saúde em debate*. Londrina, n. 39, p. 48-52, 1993.

VASCONCELOS, E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, Sobral: Edições UVA, 2001. 336 p. *Saúde em Debate* n. 130.

VATER, M.C. A proposta de Política de Saúde do Governo Geisel. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996. Mimeografado.

VIANA, A. L. D. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, v.32, n.2, p. 23-33, 1996.

_____. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 2, 1996.

_____. *Metodologia para análise de programas sociais*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. Mimeografado.

_____. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: HUCITEC/PFAPESP, 2000 (Série *Saúde em Debate*, n. 129).

_____. *Projeto de avaliação do Programa Saúde da Família: IV Relatório Parcial: terceira versão do Paper e análise dos dados*. Brasília, 2000. 46 fl. Mimeografado.

VIANNA, M. L. T. W. *Articulação de interesses, estratégias de Bem-Estar e Políticas públicas: a americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1995. Doutorado (Tese). IUPERJ, 1995. Mimeografado.

FONTES DOCUMENTAIS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. Senado Federal, 1988.

_____. *Lei 6.229 de 17 de julho de 1975: organiza o sistema nacional de saúde e estabelece as principais competências e atribuições às distintas esferas do governo*. Brasília, 1977.

_____. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Lei de Responsabilidade Fiscal*. Brasília, 2000.

_____. Congresso Nacional. CPI da Fome. *Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a examinar as causas da fome e a iminente ameaça à Segurança Alimentar*. Brasília: Câmara dos Deputados, 1991.

_____. Congresso Nacional. *Emenda Constitucional da Saúde: orientações quanto à participação da União, Estados e Municípios nos gastos com a Saúde*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCN*. Brasília: Secretaria Executiva, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do programa Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília. Secretária de Políticas de Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002/GM*. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS-NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001/GM*. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS-NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Bolsa-Alimentação*. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS*. Brasília: Secretaria Executiva, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: Secretaria Executiva, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: 50 milhões de brasileiros atendidos*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria da Assistência à Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição *As ações de saúde contra a seca*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição. *Informe da Atenção Básica*. Brasília, 2001.

_____. Ministério do Planejamento. IPEA. *O Mapa da Fome II: informações sobre a indigência por municípios da federação*. Brasília: IPEA, 1993 b.

_____. Ministério do Planejamento. IPEA. *O Mapa da Fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar*. Brasília: IPEA, 1993a.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação Qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994, 72 p.

_____. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei*. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional: "Leite é Saúde"*. Brasília, 1993. 15 p.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Ministério do Planejamento. IPEA. *Plano de Combate à Fome e à Miséria: princípios, prioridades e mapa das ações de governo*. Brasília, 1993c.

_____. Presidência da República. *Lei nº 8.234*. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. Brasília, 1991.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR. *Ação da Cidadania*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 1, Brasília, 1994. *Relatório Final*. Brasília, 1994. 201p.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. *Resolução nº 200/98*: dispõe sobre o cumprimento das normas de definição de atribuições principal e específicas dos Nutricionistas, conforme área de atuação. Brasília: CFN, 1998.

NATAL. Câmara Municipal. *Lei Orgânica do Município de Natal*. Natal, 1990.

NATAL. Prefeitura Municipal. *Síntese de Informações de Saúde do município de Natal*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

NATAL. Prefeituras da Grande Natal. Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Norte. *Plano Estratégico Natal Terceiro Milênio*. Natal: FIERN, 1999.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. *Código Sanitário de Natal*. Natal, 2000.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Serviço de Atendimento Médico às Urgências*. Natal, 2001. Mimeografado.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais*. Natal, 2001. Mimeografado.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Quadro de Metas 2002*. Natal, 2001. Mimeografado.

_____. Prefeitura Municipal. Companhia de Serviços Urbanos de Natal. *Histórico da Urbana*. Natal: CAERN, 2002. Mimeografado.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Transporte e Trânsito Urbano. *Dados Estatísticos*. Natal: STTU, 2002. Mimeografado.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-americana de Saúde. *Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e suas equipes de saúde*. Genebra/Brasília, 2000.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. *A situação da criança no Rio Grande do Norte*. Natal: UNICEF, 1990.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública. *Perfil dos agentes comunitários de saúde do Rio Grande do Norte*. Natal, 1998. Mimeografado.

_____. Companhia de Águas e Esgotos do RN. *Mapa Cadastral com o Desenvolvimento de Metas de Saneamento na Cidade do Natal*. Natal: CAERN, 2001.

_____. Secretaria de Educação, Cultura e Desporto. *Censo Escolar*. Natal: SECD, 2001.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública. *Planilha das microrregiões por URSAP*. Natal: SESAP, 2001. Mimeografado.

_____. Companhia de Águas e Esgotos do RN. *Situação dos Poços de Abastecimento da CAERN*. Natal: CAERN, 2002. Mimeografado.

SEPLAN.SEHAC. *Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes*. Brasília, 1986. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Projeto do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família no Rio Grande do Norte*. Natal, 2000. Mimeografado.

SITES CONSULTADOS

www.abeso.com.br

www.abccam.com.br

www.datasus.gov.br

www.ibge.gov.br

www.ipea.gov.br

www.saude.gov.br/programas

ANEXO 01

Regulamentação da NOB-SUS 01/96 a partir da atenção básica à saúde (publicações em Diário Oficial da União).

ANO DE 1998

1) GAB/MS - 30/07/98

Incentivo PACS/PSF

Portaria nº 3.375 – Publicação: 04/08/98

Qualifica municípios de Natal e Mossoró ao PACS/PSF.

Portaria nº 3.395 – Publicação: 05/08/98

Estabelece novas metas físicas e financeiras dos estados, referentes ao Incentivo ao PACS/PSF.

2) GAB/MS - 28/07/98

Carências nutricionais

Portaria nº 3.258 – Publicada no dia 07/08/98

Qualifica os municípios do Estado do RN a receber os incentivos para ações de combate às carências nutricionais e dá outras providências.

3) GAB/MS - 20/08/98

Incentivo ao PACS/PSF

Portaria nº 3.476 – Publicação: 21/08/98

Estabelece novas metas físicas e financeiras dos estados, referentes ao incentivo ao PACS e ao PSF.

4) GAB/MS - 20/08/98

Habilitação

Portaria nº 3.481 – Publicação: 21/08/98

Prorroga prazo de habilitação nos termos da NOB SUS 01/96, para os municípios habilitados na Gestão Semiplena.

5) GAB/MS - 02/09/98

Alimentação e Nutrição

Portaria nº 3.560 – Publicação: 04/09/98

Subordina as atribuições da área técnica de Alimentação e Nutrição à SPS/MS.

6) SAS - 03/09/98

Teto financeiro anual

Portaria nº 148 – Publicação: 08/09/98

Altera os tetos financeiros anuais dos municípios de Natal e Parnamirim, habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

7) GAB/MS - 11/09/98

Qualificação de Incentivo – PACS/PSF

Portaria nº 3.607 – Publicação: 14/09/98

Qualifica os municípios do RN ao incentivo ao PACS/PSF.

8) GAB/MS - 18/09/98

Incentivo para ação de combate às carências nutricionais

Portaria nº 3.633 – Publicação: 23/09/98 e 30/10/98

Qualifica os municípios do RN para receberem o referido incentivo.

9) GAB/MS - 18/09/98

Incentivo ao PACS/PSF

Portaria nº 3.640 - Publicação: 21/09 e 23/09

Estabelece novas metas físicas e financeiras para os estados e o Distrito Federal, referentes aos incentivos financeiros dos programas PACS/PSF.

Incentivo para ação de combate às carências nutricionais

Portaria nº 3.645 – Publicação: 21/09 e 23/09

Qualifica os municípios do Estado do RN, declarados em situação crítica devido à seca, a receberem os incentivos para ação de combate às carências nutricionais e dá outras providências.

Portaria nº 3.646 – Publicado nos dias 23/09, 09/11 e 30/10

Qualifica os municípios do RN a receberem os incentivos para ações de combate às carências nutricionais.

10) SAS - 22/09/98

Tetos financeiros anuais – Gestão Plena do Sistema Municipal

Portaria nº 161 - Publicação: 23/09/98

Altera os tetos financeiros anuais dos municípios do RN, habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

11) Secretaria Executiva / MS - 23/09/98

Descentralização das dotações orçamentárias do MS

Portaria nº 261 - Publicação: 30/09/98

Altera modalidade de aplicação de dotações orçamentárias.

12) GAB/MS - 20/10/98

Incentivo ao PACS/PSF

Portaria nº 3.770 – Publicação: 22/10/98

Qualifica os municípios do RN para recebimento do Incentivo ao PACS/PSF.

13) GAB/MS - 05/11/98

Descentralização das Unidades de Saúde da FNS

Portaria nº 3.842 - Publicação: 09/11/98

Define o repasse de recursos correspondente à descentralização das Unidades de Saúde da FNS.

14) GAB/MS - 30/10/98

PACS/PSF

Portaria nº 3.901 - Publicação: 10/11/98

Estabelece novas metas físicas e financeiras para os Estados e o Distrito Federal, referentes aos incentivos financeiros ao PSF e PACS.

15) GAB/MS - 25/11/98

Carências Nutricionais

Portaria nº 3.941 – Publicação: 26/11/98

Altera o prazo final para regularização documental dos municípios para o dia 15 de dezembro de 1998.

Portaria nº 3.942 – Publicação: 26/11/98

Qualifica os municípios a receberem recursos relativos ao incentivo para ações de combate às carências nutricionais.

PACS/PSF

Portaria nº 3.944 - Publicação: 26/11/98

Qualifica os municípios com efeitos financeiros a partir de 11/09/98.

16) GAB/MS - 14/12/98

Carências Nutricionais

Portaria nº 4.028 - Publicação: 17/12/98

Qualifica municípios do RN a receberem os incentivos para ações de combate às carências nutricionais e dá outras providências.

17) GAB/MS - 14/12/98

Habilitação

Portaria nº 4.036 - Publicação: 21/12/98

Habilita os municípios do Estado do RN na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e publica os respectivos valores financeiros relativos à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB).

ANO DE 1999

18) GAB/MS - 08/01/99

PACS/PSF

Portaria nº 18 – Publicação: 11/01/99

Qualifica municípios a receberem incentivo ao PACS e PSF.

19) SAS - 21/01/99

Tetos financeiros anuais

Portaria nº 17 - Publicação: 22/01/99

Altera os tetos financeiros anuais dos municípios do RN, habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

20) Secretaria Executiva /MS - 02/02/99

PSF – Projeto de Pesquisa

Portaria nº 41 - Publicação: 04/02/99

Aprova Plano de Trabalho de Apoio às ações de Saúde relativas ao desenvolvimento do Projeto de Pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF”.

21) GAB/MS - 05/02/99

SISVAN

Portaria nº 101 – Publicação: 08/02/99

Qualifica os municípios do Estado do RN a receberem os incentivos para ações de combate às carências nutricionais e dá outras providências.

22) SAS/MS - 03/03/99

PACS/PSF

Portaria nº 61 – Publicação: 04/03/99

Estabelece que os efeitos financeiros da qualificação de municípios aos incentivos do PSF e PACS passem a vigorar a partir da competência seguinte ao mês de estudo da Declaração de Incentivo no Ministério da Saúde.

23) GAB/MS - 14/04/99

Atenção Básica (PAB)

Portaria nº 476 – Publicação: 22/04/99

Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação de Atenção Básica em relação ao PAB.

24) GAB/MS - 30/04/99

Teto Financeiro de Assistência (TFA)

Portaria nº 531 – Publicação: 03/05/99

Define os recursos federais destinados ao financiamento das ações de serviços de saúde que compõem o TFA à saúde dos estados e Distrito Federal.

25) GM/MS - 10/06/99

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Portaria nº 710/99 - Publicação: 11/06/99

Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e dá outras providências.

26) GM/MS - 10/06/99

Qualificação de municípios – PACS/PSF

Portaria nº 730/99 – Publicação: 11/06/99

Qualifica municípios do RN a receber incentivos aos Programas PACS/PSF.

Plano de Combate às Carências Nutricionais

Portaria nº 709/99 – Publicação: 11/06/99

Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos municípios.

27) GM/MS - 23/06/99

PACS/PSF

Portaria nº 791 – Publicação: 25/06/99

Qualifica os municípios do RN a receberem incentivos ao PACS/PSF.

28) GM/MS - 22/07/99

Tetos financeiros

Portaria nº 933/99 – Publicação: 23/07/99

Aumenta os limites financeiros anuais na área de Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Hospitalar, estabelecidos na Portaria nº 831/99 de 24/06/99.

PACS/PSF

Portaria nº 939/99 – Publicação: 23/07/99

Qualifica os municípios do RN a receberem incentivos aos programas PACS E PSF.

29) SAS/MS - 10/08/99

Tetos financeiros (alterações)

Portaria nº 412 – Publicação: 12/08/99

Altera os tetos financeiros anuais dos municípios habilitados na condição a Gestão Plena do Sistema Municipal.

30) GM/MS - 19/08/99

PACS/PSF

Portaria nº 1.051 – Publicação: 20/08/99

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos aos programas PACS e PSF.

Carências Nutricionais

Portaria nº 1.052 – Publicação: 20/08/99

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos às ações de combate as carências nutricionais.

31) GAB/MS - 20/09/99

Incentivo PACS/PSF

Portaria nº 1.191 – Publicação: 24/09/99

Qualifica os municípios do RN a receberem recursos-incentivos ao PACS/PSF.

32) GAB/MS - 17/09/99

PAB (Parte Fixa)

Portaria nº 1.183 – Publicação: 21/09/99

Divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.

33) SAS/MS - 27/09/99

Alteração Teto Financeiro – Natal

Portaria nº 557/99 – Publicação: 28/09/99

Altera excepcionalmente na competência junho/99, o teto financeiro anual de Natal.

34) GAB/MS - 20/10/99

Incentivo PACS/PSF

Portaria nº 1.299/99 – Publicação: 22/10/99

Qualifica os municípios constantes no anexo II a receberem Incentivos ao PACS e PSF.

35) SAS/MS - 27/10/99

Teto Financeiro – Gestão Plena do Sistema Municipal

Portaria nº 588/99 – Publicação: 11/11/99

Altera teto financeiro dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

36) GM/MS - 12/11/99

PSF

Portaria nº 1.329/99 – Publicação: 16/11/99

Estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao PSF.

37) GM/MS - 18/11/99

PACS/PSF

Portaria nº 1.356/99 – Publicação: 19/11/99

Define critérios para a transferência de recursos dos incentivos financeiros aos programas PSF e PACS do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais de Saúde.

38) Secretaria Executiva - 17/11/99

Teto financeiro

Portaria nº 46 – Publicação: 23/11/99

Publica teto financeiro mensal dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema.

39) GM/MS - 16/12/99

Incentivo PACS/PSF

Portaria nº 1.412/99 – Publicação: 17/12/99

Qualifica os municípios constantes no Anexo II a receberem os incentivos ao PACS/PSF.

ANO DE 2000

40) SAS/MS - 27/01/00

Teto financeiro

Portaria nº 27/00 – Publicação: 28/01/00

Altera excepcionalmente na competência de 02/99 os tetos financeiros de Natal e São José de Mipibú.

41) GM/MS - 10/02/00

PACS/PSF

Portaria nº 105/00 – Publicação: 14/02/00

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos do PACS e PSF.

42) Secretaria Executiva - 16/02/00

PSF – Incentivo Financeiro/ cobertura populacional

Portaria conjunta nº 4 – Publicação: 17/02/00

Define faixas populacionais e valores mensais de incentivo financeiro do PSF – competência dezembro/99.

Portaria conjunta nº 5 – Publicação: 17/02/00

Define faixas populacionais e valores mensais de incentivo financeiro do PSF – competência novembro/99.

43) GM/MS - 16/02/00

PACS/PSF - SPS

Portaria nº 124/00 – Publicação: 18/02/00

Dispõe sobre a transferência das ações relativas a PSF/PACS para a Secretaria de Políticas de Saúde/MS.

44) GM/MS - 25/02/00

Incentivo PACS/PSF

Portaria nº 187 – Publicação: 28/02/00

Qualifica municípios a receberem incentivos ao PACS e PSF a partir da data de publicação desta Portaria e retroativos a dezembro/99.

45) GM/MS - 01/03/00

Qualificação PACS/PSF

Portaria nº 198/00 – Publicação 02/03/00

Qualifica municípios do RN a receberem incentivo ao PACS/PSF.

46) SAS/MS - 06/04/00

Teto financeiro

Portaria nº 111/00 – Publicação: 07/04/00

Altera o teto financeiro mensal do município de Natal.

47) GM/MS - 27/04/00

PACS/PSF

Portaria nº 450/00 – Publicação: 02/05/00

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos ao PACS e PSF.

48) GM/MS - 17/05/00

PACS/PSF

Portaria nº 504 – Publicação: 19/05/00

Qualifica os municípios do RN a receberem incentivos do PACS e PSF.

49) GM/MS - 07/07/00

PACS/PSF

Portaria nº 751 – Publicação: 12/07/00

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos do PACS/PSF.

50) GM/MS - 14/07/00

Processo de Avaliação de Atenção Básica

Portaria nº 779 – Publicação: 17/07/00

Revoga o artigo 3º da Portaria nº 12/00 – GM/MS de 07/01/2000, que trata da Avaliação da Atenção Básica. Publica indicadores a serem pactuados pelo Estado e Municípios.

51) GM/MS - 14/09/00

Incentivos ao PACS/PSF

Portaria nº 1.632 – Publicação: 15/09/00

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos do PACS/PSF.

52) GM/MS - 10/10/00

PACS/PSF

Portaria nº 1.140 – Publicação: 13/10/00

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos do PACS/PSF.

53) GM/MS - 20/11/00

PACS/PSF

Portaria nº 1.248 – Publicação: 22/11/00

Qualifica municípios (RN) a receberem incentivos do PACS/PSF.

54) Secretaria Executiva/MS - 29/11/00

Ações de Média e Alta Complexidade

Portaria nº 874 – Publicação: 01/12/00

Aprova as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, Distrito Federal e municípios, na área de Vigilância Sanitária.

55) GAB/MS - 11/12/00

Habilitação

Portaria nº 1.359 – Publicação: 12/12/00

Habilitação automática na condição de Gestão Plena de Atenção Básica para os municípios que se encontram na condição de Gestão Plena do Sistema.

ANO DE 2001

56) Secretaria Executiva/MS - 29/12/00

PSF

Portaria nº 894 – Publicação: 02/01/01

Aprova Plano de Trabalho de Apoio às Ações de Saúde objetivando montagem e distribuição de kits de medicamentos para subsidiar o PSF.

57) GM/MS - 31/01/01

Atualização do PAB Fixo

Portaria nº 142 – Publicação: 01/02/01

Atualiza o PAB Fixo em função das alterações nas populações dos municípios.

Teto Financeiro

Portaria nº 143 – Publicação: 01/02/01

Divulga os tetos financeiros dos ESTADOS referentes aos Programas PACS e PSF.

58) GM/MS - 27/03/01

Habilitação

Portaria nº 368 – Publicação: 28/03/01

Define data de apreciação dos processos de habilitação para a Gestão Plena do Sistema Municipal que deram entrada na Tripartite até o dia 28/02/01.

59) GM/MS - 06/04/01

Habilitação e desabilitação

Instrução Normativa nº 1 e 2 - Publicação: 09/04/01

Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, estados e Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criados pela NOAS/SUS 01/2001.

60) GM/MS - 04/04/01

PACS/PSF

Portaria nº 485 – Publicação: 10/04/01

Qualifica municípios do RN a receberem os incentivos ao PACS/PSF, com efeito financeiro a partir de 1º/04/01.

61) GAB/MS - 10/05/01

Ações de Saúde Bucal no PSF

Portaria nº 718 – Publicação: 14/05/01

Qualifica municípios constantes no anexo, a receberem o incentivo às ações de Saúde Bucal, no âmbito do PSF.

Incentivo ao PACS/PSF

Portaria nº 722 – Publicação: 14/05/01

Qualifica municípios do Estado, a receberem os incentivos ao PACS e PSF.

63) GAB/MS - 18/06/01

PACS/PSF

Portaria nº 890 – Publicação: 19/06/01

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos aos programas PACS/PSF.

Ações de Saúde Bucal

Portaria nº 891 – Publicação: 19/06/01

Qualifica municípios do RN a receberem o incentivo às ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF.

64) SE/MS - 07/07/01

Implantação e Ampliação da REFORSUS (Rede de Serviços do SUS)

Portaria nº 73 – Publicação: 10/07/01

Altera modalidade de aplicação de dotações orçamentárias aprovadas na Lei Orçamentária Anual (LOA), visando implantação e ampliação da REFORSUS e atender estudos e pesquisas na área da Saúde da Família.

65) GAB/MS - 08/07/01

Incentivo às Ações de Saúde Bucal/PSF

Portaria nº 1.052 – Publicação: 19/07/01

Qualifica os municípios de Almino Afonso, Frutuoso Gomes, Natal, etc a receberem o incentivo às ações de Saúde Bucal, no âmbito do PSF.

Incentivo ao PACS/PSF

Portaria nº 1.053 – Publicação: 19/07/01

Qualifica municípios do RN, entre eles Natal, a receberem os incentivos ao PACS/PSF.

66) Secretaria Executiva/MS - 09/07/01

Lei Orçamentária Anual (LOA)

Portaria nº 80 – Publicação: 10/08/01

Promove alteração de modalidade de aplicação de dotações orçamentárias aprovadas na LOA e em seus créditos adicionais.

67) GAB/MS - 08/08/01

Habilitação NOAS/01/2001

Portaria nº 1.158 – Publicação: 09/08/01

Estabelece componentes para avaliação de atenção básica dos municípios pleiteantes à habilitação segundo a NOAS 01/2001.

68) GAB/MS - 17/08/01

Incentivos PACS/PSF

Portaria nº 1.201 – Publicação: 20/08/01

Qualifica municípios do RN a receberem os incentivos ao PACS e PSF.

Incentivo às ações de Saúde Bucal/PSF

Portaria nº 1.202 – Publicação: 20/08/01

Qualifica municípios do RN a receberem incentivo às ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

69) SAS/MS - 12/09/01

Teto Financeiro

Portaria nº 377 – Publicação: 13/09/01

Altera os tetos financeiros mensais dos municípios de Natal, São Gonçalo do Amarante e Parnamirim, habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

70) GAB/MS - 12/09/01

Valores e Tetos Financeiros Anuais do PAB Fixo

Portaria nº 1.634 – Publicação: 14/09/01

Atualiza os valores do PAB Fixo e define o valor do Teto Financeiro Anual do PAB Fixo para os Estados e Distrito Federal.

71) GAB/MS – 12/09/01

Assistência Farmacêutica Básica

Portaria nº 1.635 – Publicação: 14/09/01

Atualiza os valores para Assistência Farmacêutica Básica, utilizando a população da Resolução nº 7 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicada no Diário Oficial da União em 29 de Agosto de 2001, que trata da estimativa da população para estados e municípios para o ano de 2001.

73) SE/MS - 20/09/01

Piso de Atenção Básica – PAB Fixo

Portaria nº 130 – Publicação: 21/09/01

Atualiza os valores do PAB-Fixo, utilizando a população da Resolução nº 07 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicada no D.O.U., em 29/02/01, que trata da estimativa da população para estados e municípios para o ano de 2001.

74) GAB/MS - 20/09/01

Bolsa Alimentação

Portaria nº 1.770 – Publicação: 24/09/01

Estabelece instruções para implantação e funcionamento do Programa Nacional de Renda Mínima Vinculado à Saúde: “Bolsa Alimentação”.

75) GAB/MS - 15/10/01

Incentivo ao PACS/PSF

Portaria nº 1.892 – Publicação: 16/10/01

Qualifica municípios do RN a receberem incentivos ao PACS/PSF.

76) SGIS – 20/08/01

CAD-SUS

Portaria nº 62 – Publicação: 23/08/01

Publica a adesão de municípios ao Cadastramento Nacional de Usuários do SUS.

77) GM/MS – 12/09/01

Incentivo financeiro

Portaria nº 1.636 – Publicação: 14/09/01

Considera a necessidade de se atualizar os valores do incentivo para Vigilância Sanitária Básica, em função das alterações na população dos municípios.

78) SE/MS – 20/09/01

Atualização PAB-FIXO

Portaria nº 130 – Publicação: 21/09/01

Atualização dos valores do Piso de Atenção Básica (PAB FIXO), em função das alterações na população dos municípios.

79) SE/SAS – 24/09/01

Financiamento da média e alta complexidade de vigilância sanitária

Portaria nº 151 – Publicação: 26/09/01

Aprova as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, distrito federal e municípios, na área de vigilância sanitária.

80) GAB/MS – 15/10/01

Epidemiologia e Controle de Doenças

Portaria nº 1.896 – Publicação: 16/10/01

Altera os valores referentes à parcela correspondente a 1/12 dos valores dos Tetos Financeiros da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) homologado do Estado do Rio Grande do Norte e dos 06 municípios conforme o Anexo 1 desta Portaria com vigência a partir de outubro.

ANEXO 02

A Divisão Administrativa (e por Distritos Sanitários) do município de Natal.

ANEXO 3

Mapa Cadastral com o Desenvolvimento das Metas do Saneamento Básico do município de Natal

