

Políticas públicas de saúde

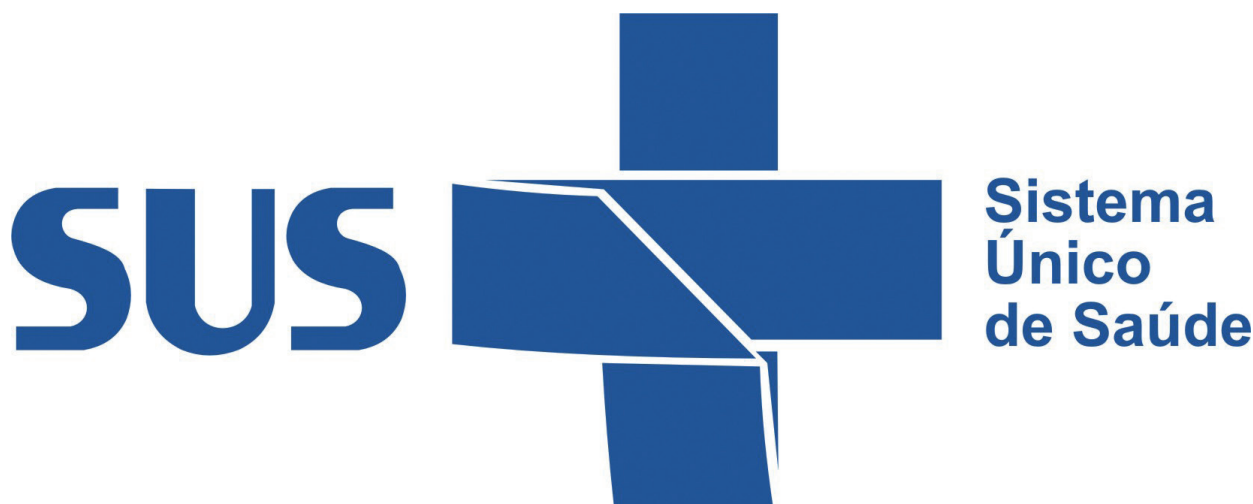
Denizi Oliveira Reis
Eliane Cardoso de Araújo
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Sumário

Apresentação	2
Os impasses ou dificuldades do SUS	13
O Pacto pela Saúde (buscando saídas para os problemas e impasses)	16
Referências	17

Políticas públicas de saúde

Apresentação



O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, é a tradução prática do princípio constitucional da **saúde como direito de todos e dever do Estado** e estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda aos seguintes **princípios**:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

As **diretrizes** do SUS são, portanto, o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município. Entre as principais **diretrizes**, podemos lembrar:

- Diretrizes para a Atenção Psicossocial: Portaria MS/GM no 678, de 30/3/2006
- Diretrizes nacionais para o saneamento básico: Lei no 11.445, de 05/01/2007
- Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostromizadas (instituídas pela Portaria MS/SAS no 400, de 16/11/2009)

- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004
- Diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Portaria no 3.252/2009
- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde
- Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores
- Diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PRO-FAPS). Portaria no 3.189/2009
- Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, 2006
- Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso, 2006
- Diretrizes para o fortalecimento para as ações de adesão ao tratamento para as pessoas que vivem com HIV e AIDS
- Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase (Portaria MS/GM no 3.125, de 07/10/10)
- Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial
- Pacto Nacional: Um mundo pela criança e o adolescente do semiárido
- Pacto Nacional pela Redução Mortalidade Materna e Neonatal, 2007.
- Lei no 11.445, de 05/01/2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico

As diretrizes apontadas como exemplo, apesar de parecerem uma coisa técnica demais, acabam tendo bastante influência no modo como os sistemas municipais de saúde são organizados, até mesmo porque, de uma maneira geral, elas são acompanhadas de recursos financeiros para a sua execução.

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos **cuidados em saúde** que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. Todos os investimentos e esforços visando à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do nosso país – inclusive este curso do qual você está participando – só podem ser entendidos no contexto da consolidação do SUS e da extensão dos seus benefícios para milhões de brasileiros.

O presente texto está organizado em três partes. Na primeira, convidamos você a percorrer uma linha do tempo que remonta, de forma sintética e inacabada, momentos da história que criaram as bases para a construção do SUS. Queremos, com isso, compartilhar com você uma ideia do quanto o SUS é fruto de uma construção histórica de décadas, com seus avanços e recuos, mas que, afinal, resultou no atual sistema de saúde brasileiro. Finalizam essa parte alguns dados que dão uma dimensão do SUS e sua importância como política pública. Na segunda parte, apontamos algumas das dificuldades e impasses vividos pelo SUS, com destaque para aquelas que, de modo mais ou menos direto, impactam no seu cotidiano como membro de uma equipe de Saúde da Família. Por fim, na terceira parte, apontamos os principais componentes do Pacto pela Vida, tal como formulado pelo Ministério da Saúde, por meio de um intenso diálogo com setores organizados da sociedade brasileira, buscando um reordenamento do SUS a partir da retomada dos princípios mais fundamentais da **Reforma Sanitária Brasileira**.



Saiba mais...

“Reforma Sanitária” é a designação que se dá à plataforma política defendida pelo “Movimento Sanitário Brasileiro”, que representou uma ampla articulação de atores sociais, incluindo membros dos departamentos de medicina preventiva de várias universidades, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos (CEBES), fundado em 1978, movimentos sociais de luta por melhores condições de saúde, autores e pesquisadores, militantes do movimento pela redemocratização do país nos anos 1970 e 1980 e parlamentares que faziam a crítica às políticas de saúde existentes no Brasil. A “Reforma Sanitária” incluía em sua pauta uma nova organização do sistema de saúde no país – com várias características que o SUS afinal adotou –, em particular uma concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema público de assistência à saúde, gratuito com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros.

Este texto foi elaborado por três professores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, médicos de formação com especialização em Saúde Pública e atuação de longa data no planejamento, na organização e na gestão de serviços públicos de saúde. Trata-se de docentes em disciplinas de graduação, pós-graduação e extensão, sempre na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, militantes da Reforma Sanitária Brasileira, cuja principal bandeira tem sido a construção do SUS no nosso país. Nos últimos anos têm estado intensamente engajados em múltiplas atividades voltadas para a formação de profissionais de saúde comprometidos com a defesa do SUS como política pública e com a produção do cuidado por equipes multiprofissionais com práticas orientadas pelos princípios da integralidade, qualidade e defesa intransigente da vida em todas as suas dimensões.

Linha do tempo

Apresentamos a você um conjunto de datas que marcaram o longo caminho da constituição do SUS como a principal política pública de saúde brasileira, destacando as contribuições dadas por esses eventos na construção de nosso Sistema Único de Saúde. As datas são marcadas por momentos de definição de políticas governamentais, traduzidas em **legislações específicas, que de alguma forma “pavimentaram” o caminho para o SUS**. Nesta linha do tempo, deixamos de lado outros importantes marcos na história do SUS, por preferir listar os fatos que mais se relacionam com nosso estudo.

Boa leitura!

1923

Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP)

A Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde.

1932

Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)

Os IAPs foram criados no Estado Novo de Getúlio Vargas. Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado.

1965**Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**

Resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.

1977**Criação do SINPAS**

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (**SINPAS**), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (**INAMPS**), criado em 1974 e que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. É possível dizer que tal lógica do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, ainda se reproduz no interior do Sistema Único, mesmo passados mais de 20 anos desde sua criação.

1982

Implantação do PAIS

Em 1982 foi implementado o **Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS)**, que dava particular ênfase à Atenção Primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos, a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle, a racionalização do uso de procedimentos de custo elevado e o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Podemos reconhecer nas AIS os principais pontos programáticos que estarão presentes quando da criação do SUS.

1986

VIII Conferência Nacional de Saúde

A realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde**, com intensa participação social, deu-se logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da **saúde como direito universal e como dever do Estado**, atributos seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988. A VIII CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, no 8.080/90 e no 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, os quais propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

Registro da 8ª Conferência,
realizada em 1986



Fonte: http://cvirtual-bvs.bireme.br/tiki-read_article.php?articleId=63

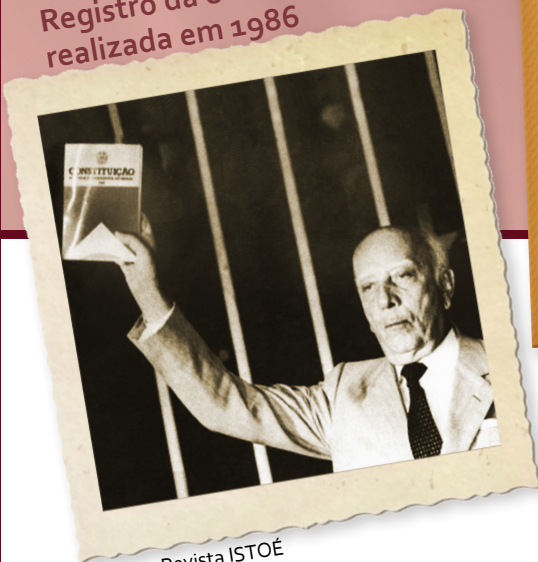
1987

1987 - Criação dos SUDS

Nesse ano foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As Secretarias Estaduais de Saúde foram muito importantes nesse movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar nos **SUDS** os antecedentes mais imediatos da criação do SUS.

1988

Registro da 8ª Conferência,
realizada em 1986



Fonte: Revista ISTOÉ

Constituição Cidadã

Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “**Direito de todos e dever do Estado**” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

1990**Criação do SUS**

A Criação do Sistema Único de Saúde (**SUS**) se deu através da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A primeira lei orgânica do SUS detalha: os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente **estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde**, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

1991**Criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)**

Criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) para o acompanhamento da implantação e da operacionalização da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo.

1993**NOB-SUS 93**

Nesse ano foi publicada a **NOB-SUS 93**, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias que consagra a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) (BRASIL, 1993).

A população foi a grande beneficiada com a incorporação de itens de alta complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência. Com a grande extensão de programas de saúde pública e serviços assistenciais, deu-se o início efetivo do processo de descentralização política e administrativa, que pode ser observado pela progressiva municipalização do sistema e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais.

A participação popular trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

1994

Marca Oficial



Saúde da Família

O Programa Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como “Estratégia Saúde da Família”, por não se tratar mais apenas de um “programa”, teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia Saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de Atenção à Saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior – calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado – encontram, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira, verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um “novo modo de fazer saúde”.

No Brasil, a origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria no. 648, de 28 de março de 2006, na qual ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica – que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011, a portaria GM no. 2.488/2011 revogou a portaria GM no 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_Saúde_da_Família

1996

NOB 96

A edição da **NOB 96** representou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de Atenção. Para isso, ela acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criando incentivo explícito às mudanças, na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo (pagamento por produção de serviços, como o INAMPS usava para comprar serviços do setor privado) e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (**PACS**), e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como o Programa de Saúde da Família (**PSF**). As principais inovações da NOB 96 foram: a) a concepção ampliada de saúde – considera a concepção determinada pela Constituição englobando promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc.; b) o fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada – consagrada na prática com as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde; c) as transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB 96), com base na população e em valores per capita previamente fixados; d) novos mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, nos quais os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996). Na gestão plena da Atenção Básica, os recursos são transferidos de acordo com os procedimentos correspondentes ao PAB – Piso da Atenção Básica. A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar continuam financiadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). No caso dos municípios em gestão plena do sistema, a totalidade dos recursos é transferida automaticamente.

2002

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS)

No ano 2002 é editada a **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS)**, cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais, estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços. Como veremos adiante, o Pacto pela Vida tem sua grande força, exatamente em um novo ordenamento dos processos de regionalização do SUS (BRASIL, 2002).

Como dissemos anteriormente, outras linhas do tempo poderiam ter sido construídas. Por exemplo, o atual SUS tem uma vertente importante na sua constituição, que é aquela formada pelas políticas de combate às grandes endemias que inauguram a genealogia das políticas de saúde no Brasil, ainda no final do século XIX. Um bom exemplo disso foi a polêmica campanha contra a febre amarela conduzida por Oswaldo Cruz naquele século, com armas próprias da Saúde Pública, em particular o uso da epidemiologia, e medidas mais amplas de saneamento, vacina e educação sanitária, muito menos do que assistência médica propriamente dita. Seria possível, portanto, construir outras linhas do tempo nas quais a questão da assistência médica propriamente dita teria menos importância. Na verdade, o SUS pode ser visto como desaguadouro tanto de uma linha do tempo que enfatiza a dimensão assistencial – como a que está sendo apresentada neste texto – quanto de uma linha do tempo que contaria a história das vigilâncias epidemiológica e sanitária e suas contribuições para o que hoje denominamos de “vigilância em saúde”. Sabemos que essas duas vertentes do SUS ainda permanecem como água e óleo, ou seja, não conseguem realmente misturar-se para produzir a integralidade do cuidado. Entre as muitas expectativas colocadas na Estratégia Saúde da Família, uma delas é que consigamos um experimento dessa tão desejada “mistura”.

2006

Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde). Mais informações sobre o Pacto pela Saúde serão apresentadas na última parte do texto.



Destaque

Para finalizar esta primeira parte e compartilhar com você o orgulho dos avanços do SUS nestes seus 20 anos de criação, nada melhor que o balanço feito por Nelson Rodrigues dos Santos, militante histórico do Movimento Sanitário Brasileiro, em 2008:

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidas por 27 mil equipes de Saúde de Família. Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado de aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (SANTOS, 2007).

Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007).

Os impasses ou dificuldades do SUS

Apesar dos seus inegáveis avanços, como atestam os números citados anteriormente, a construção do SUS encontra vários entraves, entre os quais destacamos, para os propósitos do presente texto, apenas dois, até porque eles com certeza impactam diretamente no seu trabalho como membro de uma equipe de Saúde da Família: a) o subfinanciamento; b) as insuficiências da gestão local do SUS.

a) **O subfinanciamento**, isto é, os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades. Para Nelson Rodrigues dos Santos:

a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. Mantém o financiamento público anual per capita abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do praticado no Canadá, países europeus, Austrália e outros. Também é fundamental ter presente que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, como era previsto nas Disposições Constitucionais Transitórias (DCT) da Constituição, era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com Universalidade, Igualdade e Integralidade. Se tivesse sido implementada tal medida, hoje haveria R\$ 106,6 bilhões para o financiamento do sistema, e não aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008. O financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão em função do cumprimento dos princípios Constitucionais (SANTOS, 2007).

Para quem trabalha na Estratégia Saúde da Família, tal insuficiência é sentida, principalmente, quando há necessidade de se acessar os outros níveis de maior complexidade do sistema, cuja oferta parece sempre aquém das demandas.

Por outro lado, o autor destaca que:

houve também a opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do IR, do cofinanciamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizava mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas (SANTOS, 2007).

b) As insuficiências da gestão local do SUS. A gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte – sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes. A gestão municipal é idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz, porque “estaria mais próxima dos cidadãos” e mais sensível aos seus anseios. O SUS denomina como “gestão local” o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização, na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares, das grandes diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde.

Pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo realizaram recente pesquisa em 20 pequenos municípios de duas regiões de saúde próximas a São Paulo. Por serem municípios pequenos, estes funcionaram como um verdadeiro “laboratório” de observação das reais condições de operacionalização em muitos municípios brasileiros, já que pouco mais de 80% dos municípios do país têm menos de 20 mil habitantes. Vejamos alguns dados sobre a operacionalização real do SUS mostrados pelo estudo (CECÍLIO et al., 2007):

- **A baixa resolutividade da rede básica de serviços** montada no país desde a década de 1980, mas acelerada nos anos 1990, fruto de uma gestão do cuidado desqualificada, em particular pela realização de uma clínica degradada, pela baixa capacidade de construção de vínculo e produção de autonomia dos usuários. Tem havido grande dificuldade de produção de alternativas de cuidado ao **modelo biomédico** e sua poderosa articulação com o complexo médico-industrial e acelerado processo de incorporação tecnológica. Isso tem resultado em encaminhamentos desnecessários e excessivos e alimenta as filas de espera em todos os serviços de média e alta complexidade, além de resultar: na fragmentação dos cuidados prestados; na repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; numa perigosa poliprescrição medicamentosa; na confusão e no isolamento dos doentes; e inclusive na perda de motivação para o trabalho por parte dos clínicos da rede básica.



Saiba mais...

O modelo biomédico (biomedicina) é construído a partir da forte ênfase e valorização da materialidade anatomofisiológica do corpo humano e a possibilidade de se produzir conhecimentos objetivos sobre seu funcionamento normal e suas disfunções, o que permitiria “intervenções” para a volta à “normalidade”. Esse seria o papel principal da medicina. Metaforicamente, podemos dizer que o corpo é pensado como uma “máquina”. É inegável que a medicina tecnológica, mesmo operando com tal modelo “reducionista”, tem contribuído para uma formidável melhoria nos indicadores de saúde, inclusive para o aumento da perspectiva de vida. No entanto, hoje temos a compreensão de que é necessário operar com uma combinação mais complexa de saberes, enriquecida por outras contribuições além da biomedicina (psicanálise, psicologia, ciências humanas, saberes populares etc.), se quisermos ampliar no sentido de produzir um cuidado mais integral.

- Os modelos assistenciais e consequentes modos de organização de processos de trabalho adotados na rede básica de saúde têm resultado, quase sempre, em pouca flexibilidade de atendimento das necessidades das pessoas e em dificuldade de acesso aos serviços em seus momentos de maior necessidade, fazendo aumentar a demanda desordenada pelos serviços de urgência/emergência.
- **Deficiência na formação dos profissionais de saúde**, ainda muito centrada em práticas curativas e hospitalares, com consequente dificuldade de desenvolvimento de práticas mais integrais e resolutivas de cuidado, incluindo a capacidade de trabalhar em equipe, implementar atividades de promoção e prevenção em saúde e ter uma postura mais ética e cuidadora dos usuários do SUS.
- **Deficiência na gestão dos sistemas locais e regionais de saúde** que se traduz em: a) baixa capacidade de fazer uma adequada regulação do acesso aos serviços de saúde voltada para seu uso mais racional e produtivo; b) baixíssima ou quase nula capacidade de gestão do trabalho médico, em particular avaliação e acompanhamento

da produtividade, qualidade do trabalho e resolutividade desses profissionais; c) baixa capacidade de planejamento/programação de serviços a partir de indicadores epidemiológicos e estabelecimento de prioridades para alocação de recursos; d) pouca ou nenhuma prática de priorização de “gestão de casos” em situação de alta vulnerabilidade dos pacientes com o objetivo de garantir o uso dos múltiplos recursos necessários para o cuidado de forma mais racional e integrada.

- O forte protagonismo dos usuários, que ainda fazem uma clara valorização do consumo de serviços médico-hospitalares; a garantia de acesso ao atendimento mais rápido em serviços de urgência/emergência; e a busca por segurança e satisfação na utilização de tecnologias consideradas mais potentes, em particular a utilização de fármacos; a realização de exames sofisticados; e o acesso a especialistas. Tais percepções seriam componente importante da explicação da demanda sem fim por atendimento médico que desqualifica todos os parâmetros de programação e planejamento dos serviços de saúde.

Todas essas explicações talvez pudessem ser dispostas na forma de uma complexa rede causal que, mesmo tendo seus “nós críticos”, acabam todas, de uma forma ou de outra, contribuindo para a formação de filas, demora no acesso e longas esperas. Em última instância, reforçando a reconhecida insuficiência de recursos necessários para o atendimento às necessidades das pessoas.



Destaque

Santos, falando das dificuldades do SUS (SANTOS, 2007), aponta para problemas parecidos. Observe:

- a) a atenção básica expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade, não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais;
- b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal);
- c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela do SUS na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade;
- d) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e conseqüente agressividade de captação de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;
- e) as diretrizes da integralidade e equidade pouco ou nada avançam;
- f) a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta da população aprofunda a iniquidade e a fragmentação do sistema;
- g) o modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados.



Saiba Mais

Entende-se como **judicialização do acesso** a utilização de ações judiciais, amparadas no princípio constitucional da **saúde como direito de todos e dever do Estado**, para garantir o acesso a medicamentos e procedimentos de alto custo. Apesar de ser, em princípio, a realização de um preceito constitucional, vários gestores e autores apontam para distorções provenientes da articulação entre os interesses das indústrias de medicamentos e equipamentos e alguns médicos que fariam a “justificativa” de suas indicações sem critérios técnicos bem definidos. Outro problema apontado é que os estratos mais pobres da população, com menos acesso a um advogado, acabam sendo preteridos em relação àqueles com melhores condições econômicas, resultando na iniquidade apontada pelo autor.

O autor continua, ao afirmar que:

ao lado dos inestimáveis avanços da inclusão, com a expansão dos serviços públicos, atendendo necessidades e direitos da população, permanece ainda um inaceitável percentual de ações e serviços evitáveis ou desnecessários, bem como de tempos de espera para procedimentos mais sofisticados, geradores de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis. Só de hipertensos temos 13 milhões e de diabéticos, 4,5 milhões na espera de agravamento com insuficiência renal, doenças vasculares e outras, mais de 90 mil portadores de câncer sem acesso oportuno à radioterapia, 25% dos portadores de tuberculose, hansenianos e de malária sem acesso oportuno e sistemático ao sistema, incidências anuais de 20 mil casos novos de câncer ginecológico e 33 mil casos novos de AIDS, entre dezenas de exemplos de repressão de demandas (SANTOS, 2007).

Santos ainda aponta que:

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos. A reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco. Este contexto extremamente adverso e desgastante não justifica, contudo, passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes constitucionais, na gestão descentralizada do SUS nem ao nível central. O modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito.

O Pacto pela Saúde (buscando saídas para os problemas e impasses)

Na breve linha do tempo que vimos anteriormente, muitas iniciativas foram tomadas para a implementação do SUS, a partir de 1990, com forte ênfase na descentralização e municipalização das ações de saúde. Esse processo de descentralização ampliou o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, política e administrativa do país. Evidenciaram-se, com maior clareza, as diferenças regionais, tornando mais complexa a organização de uma rede de serviços que atendesse às diferentes necessidades dos brasileiros. Em princípio, a responsabilidade pela gestão do SUS era dos três níveis de governo, e as normas operacionais vinham regulamentando as relações e responsabilidades dos diferentes níveis até 2006, momento em que se instituiu o **Pacto pela Saúde**, um conjunto de reformas nas relações institucionais e no fortalecimento da gestão do SUS. O pacto introduziu mudanças nas relações entre os entes federados, inclusive nos mecanismos de financiamento, significando, portanto, um esforço de atualização e aprimoramento do SUS. Para a adesão dos gestores ao pacto, é assinado um termo de compromisso, no qual se estabelecem compromissos entre os gestores em três dimensões: **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**.

No **Pacto pela Vida** são firmados compromissos em torno de medidas que resultem em melhorias da situação de saúde da população brasileira. A partir dele, definem-se prioridades e metas a serem alcançadas nos municípios, regiões, estados e país. Atualmente são seis as prioridades em vigência:

1. Saúde do idoso;
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama;
3. Redução da mortalidade infantil e materna;
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
5. Promoção da saúde;
6. Fortalecimento da Atenção Básica.

O **Pacto em Defesa do SUS** firma-se em torno de ações que contribuam para aproximar a sociedade brasileira do SUS, seguindo estas diretrizes:

1. A repolitização da saúde, como movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, atualizando as discussões em torno dos desafios atuais do SUS;
2. Promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como direito;
3. Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

Na dimensão do **Pacto de Gestão** são abordados:

1. A regionalização;
2. A qualificação do processo de descentralização e ações de planejamento e programação;
3. Mudanças no financiamento.



Saiba Mais

As mudanças se dão com a intenção de fortalecer os processos de cooperação e solidariedade entre entes federados (União, estados e municípios) e reafirma os princípios constitucionais do SUS. As inovações estão presentes na ênfase dada às pactuações regionais celebradas e gerenciadas nos colegiados regionais de saúde, na medida em que se toma a regionalização como eixo estruturante de organização das redes de Atenção à Saúde que possibilite atenção integral ao usuário. São mais bem definidas as responsabilidades sanitárias dos três níveis de governo na implantação de políticas estratégicas como Regulação, Educação na Saúde, Gestão do Trabalho, Participação e Controle Social, entre outras. No financiamento, os repasses de recursos federais antes feitos por programas específicos passam a ser realizados em cinco blocos: Atenção Básica, Atenção Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, garantindo maior adequação às realidades locais.

Na adesão ao pacto, os gestores assinam em conjunto o **Termo de Compromisso**, no qual constam nos eixos prioritários as metas a serem atingidas anualmente ou bianualmente. Existe um sistema informatizado de monitoramento, o SISPACTO, que contém indicadores e metas atingidas do ano anterior e as pactuadas para o ano seguinte. São em torno de 40 indicadores, tais como: coeficiente de mortalidade infantil; cobertura de Programa de Saúde da Família; proporção de internação por complicação de diabetes; proporção de sete consultas ou mais de pré-natal; cobertura de primeira consulta odontológica programática, entre outros.

Esse é mais um esforço para se traduzir, na prática, as grandes diretrizes do SUS construídas ao longo de muitos anos. Sem a atuação concreta dos gestores municipais, do controle social, e, principalmente do aperfeiçoamento do trabalho de cada equipe, o SUS permanecerá “no papel”, sem ter um papel realmente transformador no cuidado aos brasileiros. Esse é o desafio ao se pensar o SUS como política. Não uma abstração, mas um conjunto de ações concretas capazes de transformar, para melhor, a vida das pessoas.

Após a leitura desta unidade, gostaríamos que você pudesse refletir, em profundidade, sobre o que está ao seu alcance e da equipe com a qual você trabalha, para a concretização dos princípios de integralidade, equidade e qualidade estabelecidos pelo SUS. O SUS depende da atuação concreta de milhares de trabalhadores das equipes da ESF espalhadas por todo o país, para que suas possibilidades de defesa da vida tornem-se realidade para milhões de brasileiros e brasileiras!

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica- SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

CECÍLIO, L. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-293, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2012.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2012.