

Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde

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

MÓDULO POLÍTICO GESTOR

ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
da FAMÍLIA

Sumário

Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde	27
A construção do SUS como Política Pública: avanços e impasses	31
Linha do tempo.....	31
Os impasses ou dificuldades do SUS.....	40
O Pacto pela Vida (buscando saídas para os problemas e impasses)....	45
Referências	47

A construção do SUS como Política Pública: avanços e impasses

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 estes 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!

Linha do tempo

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 a demanda dos trabalhadores. Nascem 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 visto 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** e do **INAMPS**

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**), 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 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 na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava a 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 contra-referência 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; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o 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**; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.

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 neste 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 no **SUDS** os antecedentes mais imediatos da criação do SUS.

1988

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; estes 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”. 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 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

Neste 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 consagram 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).

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 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 Conselhos de Saúde;
- c. As transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB-SUS 96), com base na população, e com base em valores *per capita* previamente fixados;
- d. Novos mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, no qual 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 constituída 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 –, como 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 estas 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 de Saúde da Família, uma delas é que consigamos um experimento desta tão desejada “mistura”.

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 atendidos 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 ultra-sons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções 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 seções de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas.

“Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e 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 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**, isso é, os recursos destinados à operacionalização e financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades. Para Nelson Rodrigues dos Santos (SANTOS, 2007), “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”. Para quem trabalha na Estratégia da 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 co-financiamento 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 totalizada mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas”.

- 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” conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando a operacionalização, na prática e em seus contextos sócio-político-institucionais singulares, das grandes diretrizes política 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 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 anatomo-fisiológica 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”. Este 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 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 locoregionais 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 a avaliação e acompanhamento da produtividade, qualidade do trabalho e resolutividade destes 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, a demora no acesso e as longas esperas. Em última instância, reforçando a reconhecida insuficiência de recursos necessários para o atendimento às necessidades das pessoas.

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 aprofundam 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, na realização de um preceito constitucional, vários gestores e autores apontam para distorções provenientes da articulação entre os interesses das indústrias de medicamento 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 porcentual 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 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 Vida (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. Este 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 rede de serviços que atenda as diferentes necessidades dos brasileiros. Em princípio, a responsabilidade pela gestão do SUS é 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**, como um conjunto de reformas nas relações institucionais e 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, onde 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 das 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 as seguintes diretrizes:

- A repolitização da saúde, como movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, atualizando as discussões em torno dos desafios atuais do SUS;

- Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como direito;
- Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

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

- A Regionalização;
- A qualificação do processo de descentralização e ações de planejamento e programação;
- 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 melhor 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**, onde 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.

Este é mais um esforço para se traduzir, na prática, as grandes diretrizes do SUS construída 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. Este 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. 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 15 nov. 2009.

_____. 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 jun. 2009.

_____. 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: 27 jun. 2009.

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 mar. 2009.

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: 17 dez. 2008.

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: 17 dez. 2010.