

Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP
Especialização em Gestão em Saúde

POLÍTICAS DE SAÚDE: FUNDAMENTOS E DIRETRIZES DO SUS

Antônio Ivo de Carvalho
Pedro Ribeiro Barbosa



2012
2ª edição

© 2012. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Todos os direitos reservados.

A responsabilidade pelo conteúdo e imagens desta obra é do(s) respectivo(s) autor(es). O conteúdo desta obra foi licenciado temporária e gratuitamente para utilização no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Brasil, através da UFSC. O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

1ª edição – 2010

C331p Carvalho, Antônio Ivo de
Políticas de saúde : fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – 2. ed. reimp. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração /UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2012.
84p.

Inclui bibliografia
Especialização em Gestão em Saúde
ISBN: 978-85-7988-059-9

1. SPolíticas de Saúde – Brasil – História. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil).
3. Saúde Pública. 4. Educação a distância.
I. Barbosa, Pedro Ribeiro. II. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). III. Universidade Aberta do Brasil. IV. Título.

CDU: 614:35

Catálogo na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS

Universidade Federal de Santa Catarina

METODOLOGIA PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Universidade Federal de Mato Grosso

AUTORES DO CONTEÚDO

Antônio Ivo de Carvalho
Pedro Ribeiro Barbosa

EQUIPE TÉCNICA

Coordenador do Projeto – *Alexandre Marino Costa*

Coordenação de Produção de Recursos Didáticos – *Denise Aparecida Bunn*

Capa – *Alexandre Noronha*

Ilustração – *Igor Baranenko*

Projeto Gráfico e Finalização – *Annye Cristiny Tessaro*

Editoração – *Rita Castelan*

Revisão Textual – *Barbara da Silveira Vieira*

Claudia Leal Estevão Brites Ramos

Mara Aparecida A. R. Siqueira

SUMÁRIO

| | |
|-------------------|---|
| Apresentação..... | 7 |
|-------------------|---|

Unidade 1 – Antecedentes do SUS: breve trajetória

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 13 |
| As Origens da medicina previdenciária..... | 15 |
| Anos de 1970: expansão e crise do modelo médico-assistencial privatista..... | 17 |
| Anos de 1980: a transição para a seguridade social..... | 20 |

Unidade 2 – Configuração Legal e Técnica do SUS

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 31 |
| O SUS como um novo pacto social..... | 34 |
| O SUS como um novo desenho político-institucional..... | 37 |
| O SUS como um novo modelo técnico-assistencial..... | 41 |

Unidade 3 – Os Anos de 1990 e a Implantação do SUS: desafios e inovações

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 49 |
| NOB-SUS 91 e NOB-SUS 93 – descentralização e gestão pública..... | 51 |
| NOB-SUS 96 – reorganização do modelo de oferta de serviços..... | 57 |
| Concepção ampliada de saúde..... | 58 |
| O fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada..... | 59 |

Unidade 4 – O SUS Atual e Perspectivas para o Futuro

| | |
|---|----|
| A Norma Operacional de Atenção à Saúde – NOAS-SUS 2002..... | 65 |
| As estratégias da NOAS-SUS 02..... | 66 |
| A regionalização das ações em saúde..... | 67 |
| O fortalecimento da capacidade de gestão do SUS..... | 69 |
| Financiamento..... | 70 |
| | |
| Considerações finais..... | 77 |
| | |
| Referências..... | 80 |
| | |
| Minicurriculo..... | 84 |

APRESENTAÇÃO

Caro estudante,

Estamos iniciando a disciplina *Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS*, na qual discutiremos o sistema de saúde vigente no País. O atual sistema de saúde brasileiro foi modelado há relativamente pouco tempo, a partir de um processo de mudanças que remonta à década de 1970 e que acelerou o passo ao longo dos anos de 1980 adquirindo estatuto institucional na Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988, e regulamentação por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Embora resulte de um processo interno de forte densidade política e social, também foi influenciado por diversos modelos externos, em particular por aqueles vigentes no *welfares states* (Estado-Providência).

Esse sistema ficou conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), e é assim denominado justamente porque sua formulação corresponde à unificação dos vários subsistemas até então existentes, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública etc.) quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual, municipal), e distinguindo o setor estatal do setor privado.

Ao estabelecer os princípios de universalidade, de equidade e de integralidade da atenção como diretrizes organizacionais da descentralização e da participação da sociedade, o SUS rompeu com o sistema anterior e fundou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para o provimento das ações e dos serviços de saúde no País, considerados como



direito universal do cidadão e dever do Estado. O SUS foi desenhado e institucionalizado na contramão de uma tendência que, no plano internacional, apontava para uma revalorização do mercado como alternativa ao modelo clássico do *welfare state*, tido como inviável em razão da crise fiscal e da legitimidade do Estado à época.

Enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção dos gastos públicos; no Brasil, expandiam-se os direitos sociais e ampliava-se a responsabilidade estatal com o seu provimento. Por isso, se naquele momento a conjuntura interna de reconstrução democrática e resgate da dívida social legada pelos anos de ditadura dava suporte à expansão de direitos sociais, entre os quais os da saúde, era inevitável que, ao ser implementado, o SUS se visse diante das limitações materiais e ideológicas impostas pela agenda da reforma do Estado, introduzida no País no início dos anos de 1990, que ameaçava vetos às generosidades universalistas da Constituição de 1988.

Sendo assim, veremos nesta disciplina que o atual sistema de saúde no Brasil não é nem a aplicação literal do desenho legal do SUS, nem o resultado de prescrições estipuladas fora do processo social que o originou. Para evidenciar tal situação, estudaremos as principais características desse sistema, não como um retrato estático de suas regras e preceitos, mas como o processo de construção de um modelo brasileiro de sistema de saúde ainda em curso e chamado a dar resposta efetiva aos desafios sanitários do País.

O SUS também não foi constituído numa proveta social, como fruto da mente criativa de planejadores e políticos. Ao contrário, sua arquitetura institucional altamente inovadora corresponde a um processo social rico, no qual se chocaram interesses e valores sociais diversos que suscitaram a renovação de crenças cognitivas relevantes, algumas delas inéditas na tradição de políticas públicas no Brasil.

Buscando no passado a origem e as explicações para a sua configuração inovadora, é possível discriminarmos na



genealogia do SUS dois movimentos tendenciais fortes que presidiram a evolução das políticas de saúde nos últimos 30 anos:

- ▶ o primeiro, de caráter geral ao campo das políticas de proteção social, apontou em direção à sua universalização, ou seja, ao reconhecimento de direitos sociais vinculados à cidadania plena. Resultou na migração do modelo de **seguro social** que caracterizou, desde sua origem, o sistema previdenciário brasileiro, para o modelo de **seguridade social**, finalmente adotado na Constituição de 1988; e
- ▶ o segundo, de caráter específico ao setor da Saúde, em busca de uma maior efetividade sanitária, envolveu a adoção para si de uma concepção mais ampla. Apontou para a transição de um modelo de **atenção curativa** à demanda para um modelo de **atenção integral** à população.

Para organizarmos este material e facilitarmos o seu estudo, dividimos o livro-texto em quatro Unidades que objetivam desenvolver sua capacidade profissional, como gestor público em saúde, de forma a situá-lo diante do sistema de saúde em seu contexto socioeconômico, cultural e político brasileiro, bem como possibilitar o seu conhecimento acerca dos fundamentos político-ideológicos e técnicos do SUS, suas características como um novo pacto social, como um novo modelo de gestão e um novo arranjo técnico-assistencial.

Não temos a pretensão de esgotar o tema desta disciplina, mas sim o de apresentar um olhar entre os inúmeros que abordam os assuntos aqui discutidos, por isso dedique-se a pesquisar as indicações de leitura que oferecemos ao longo das Unidades e, especialmente, a bibliografia referenciada ao final do livro-texto.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

Professores Antônio Ivo de Carvalho e Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE 1

ANTECEDENTES DO SUS: BREVE TRAJETÓRIA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Identificar a sequência histórica dos modelos de políticas de saúde no Brasil;
- ▶ Debater a lógica da articulação entre políticas de saúde e padrões de organização social; e
- ▶ Identificar os conflitos, interesses e necessidades sociais que deram origem ao SUS.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Vamos iniciar o nosso estudo tratando das origens da medicina previdenciária fazendo uma síntese da expansão e da crise do modelo médico-assistencial privatista dos anos de 1970 e também da sua transição para a seguridade social ocorrida nos anos de 1980.

Faça uma leitura cuidadosa desta Unidade, anote suas reflexões, visite o AVEA do curso e, em caso de dúvida, consulte seu tutor. Lembre-se de que estamos aqui para auxiliá-lo. Bons estudos!

É conhecido o fato de que, até o final da década de 1980, a definição de direitos sociais estava restrita à sua vinculação ao sistema previdenciário, sendo definidos como cidadãos os indivíduos pertencentes às categorias ocupacionais reconhecidas pelo Estado e que contribuíam para a Previdência Social. Isso porque, desde as décadas de 1930 e 1940, no período populista de Getúlio Vargas, o desenvolvimento das políticas sociais se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos da classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do País. Esse projeto teve grande visibilidade e impacto político, embora não tenha conseguido, de fato, eliminar a pobreza ou implementar uma redistribuição significativa de renda.

Nesse contexto, as categorias mais importantes de trabalhadores lograram, desde cedo (anos de 1930), formar os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social no País.

Entretanto, o acesso a elas e às suas sucessoras estava limitado apenas aos membros da comunidade, localizados nas ocupações definidas em lei e que contribuíam para a Previdência Social.

A extensão da cidadania foi feita mediante essa vinculação profissional, e não pelo reconhecimento da condição de membro da comunidade nacional. Não bastava ser brasileiro para gozar de direitos de cidadania social; antes era necessário “ter carteira de trabalho assinada” e contribuir financeiramente para a Previdência Social, mediante uma modalidade de seguro (recebem benefícios somente aqueles que pagam por eles).

Havia, de fato, o estabelecimento de uma cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical. Dessa forma, acabaram excluídos da cidadania todos os indivíduos que não possuíam ocupação reconhecida por lei, como os trabalhadores da área rural e os trabalhadores urbanos cujas ocupações não estavam reguladas.

Contudo, a tensão entre a manutenção de uma estrutura de privilégios e a necessidade de extensão dos chamados direitos sociais foi expressiva no Brasil. Essa tensão ocorreu não apenas entre as categorias profissionais privilegiadas – bancários, comerciários, industriários e funcionários públicos, que mostravam marcantes diferenças de acesso entre si – como entre elas e o restante da população.

Vamos ver agora como esse processo ocorreu na área da saúde, em que a mesma lógica modelou o caráter médico-assistencial privatista que prevaleceu até os anos 1980.


AS ORIGENS DA MEDICINA PREVIDENCIÁRIA

A partir de 1945, com a industrialização crescente e com a liberação da participação política dos trabalhadores, ocorreu um aumento significativo e progressivo da demanda por atenção à saúde, incidindo sobre todos os institutos.

Tal processo de expansão culminou com a promulgação da **Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)**, em 1960, que promoveu a uniformização dos benefícios, ou seja, padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem filiados. Como a uniformização dos benefícios não foi seguida da unificação dos institutos e nem significou a universalização da atenção à saúde para toda população, o resultado foi o aumento da irracionalidade na prestação de serviços, ao mesmo tempo que a população não previdenciária continuava discriminada, não podendo ser atendida na rede da Previdência Social.

Por força de uma resposta à demanda crescente por serviços de atenção individual, a política previdenciária de saúde, à época, já apresentava como características marcantes uma elevada concentração de rede própria nas grandes cidades do País e o caráter exclusivamente curativo do modelo de atenção médica.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais, significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão



Conheça a Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960, que dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social, disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1960/3807.htm>.

da oferta de serviços. Progressivamente, foram sendo desativados e/ou sucateados os serviços hospitalares próprios da Previdência Social, ao mesmo tempo que era ampliado o número de serviços privados credenciados e/ou conveniados. No entanto, o atendimento ambulatorial continuou como rede de serviços próprios e expandiu-se nesse período.

As consequências dessa política privatizante apareceram rapidamente, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade:

- ▶ de um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como um “cheque em branco”, tendo a Previdência Social de pagar as faturas enviadas após a prestação dos serviços; e
- ▶ de outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas.

Ao lado dessa situação, explodiam os custos do sistema, tanto em razão da opção pela medicina curativa, cujos custos eram crescentes em função do alto ritmo de incorporação tecnológica, quanto em razão da forma de compra de serviços pela Previdência Social, realizada por meio das chamadas unidades de serviços (US), que, além de valorizarem os procedimentos mais especializados e sofisticados, eram especialmente suscetíveis a fraudes, cujo controle apresentava enorme dificuldade técnica.

ANOS DE 1970: EXPANSÃO E CRISE DO MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA

A década de 1970 foi marcada por uma ampliação constante da cobertura do sistema, o que levou ao aumento da oferta de serviços médico-hospitalares e, conseqüentemente, a uma pressão por aumento nos gastos. Ao mesmo tempo, foram intensificados os esforços de racionalização técnica e financeira do sistema.

A expansão da cobertura adveio tanto pela incorporação de novos grupos ocupacionais ao sistema previdenciário (empregadas domésticas, trabalhadores autônomos, trabalhadores rurais) quanto pela extensão da oferta de serviços à população não previdenciária. O aumento da demanda por serviços de saúde ocorreu no bojo de um processo político de busca de legitimação do regime militar que, principalmente a partir de 1974 com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, implementou um esforço de incorporação da dimensão social em seu projeto de desenvolvimento econômico.

As tentativas de disciplinar a oferta de serviços de saúde, por meio de mecanismos de planejamento normativo, como o [Plano de Pronta Ação](#) de 1974 e a Lei do Sistema Nacional de Saúde de 1975, não foram capazes de fazer frente aos



Saiba mais

Plano de Pronta Ação

O Plano de Pronta Ação foi formulado em 1974 com o objetivo de universalizar o atendimento médico, principalmente o atendimento de emergência. A Previdência Social comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente, Fonte: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

problemas apontados, já que se restringiam a delimitar os campos de ação dos vários órgãos provedores.

Curiosamente, tais tentativas disciplinadoras, além de terem apresentado baixo impacto em termos de racionalização da oferta, causaram o efeito paradoxal de expandi-la, já que propunham a remoção de barreiras burocráticas para o atendimento médico, o que na prática viabilizou o atendimento a clientela não previdenciárias, representando uma espécie de universalização informal do acesso.

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1977, deu-se em um contexto de aguçamento de contradições do sistema previdenciário, cada vez mais pressionado pela crescente ampliação da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica no modelo privatista e curativo vigente.

A nova autarquia representou, assim como o conjunto do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. Sob a orientação de uma lógica sistêmica, o Inamps pretendeu simultaneamente articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto das políticas de proteção social. No primeiro caso, por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS); no segundo caso, por meio do Sinpas. Como componente simultâneo do SNS e do Sinpas, esperava-se do Inamps o cumprimento do papel de braço assistencial do sistema de saúde e de braço da saúde do sistema de proteção social. O SNS foi criado pela Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975, visando a superar a descoordenação imperante no campo das ações de saúde.

O SNS foi constituído pelo “[...] complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde [...] organizados e disciplinados nos termos desta lei [...]”.

Conheça a Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977, que institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1977/6439.htm>>.

(BRASIL, 1975, Art. 1º) Em relação à política pública de saúde, essa lei atribuiu ao Ministério da Saúde (MS) a sua formulação, bem como a promoção ou execução de ações voltadas para o atendimento de interesse coletivo, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por meio do INPS (depois Inamps), foi responsabilizado, principalmente, pelas ações médico-assistenciais individualizadas.

Malgrado sua pretensa racionalidade sistêmica, tal projeto jamais chegou a ter importância significativa na solução ou na prevenção da crise que se avizinhou. O SNS, de fato, foi mais um protocolo de especialização de funções do que um mecanismo de integração dos dois principais órgãos responsáveis pela política de saúde. Embora fosse atribuída ao MS a função reitora na formulação da política de saúde, na prática, foi o MPAS que, por deter a maior parte dos recursos públicos destinados à área de saúde, predominou na definição da linha política setorial.

Por sua vez, o Inamps, como o braço da Saúde do Sinpas, teve suas ações condicionadas ou limitadas pela disponibilidade dos recursos existentes, já que os benefícios previdenciários (aposentadorias, pensões e outros benefícios), por sua natureza contratual, tinham primazia na alocação dos recursos do sistema. As despesas do Inamps, que em 1976 correspondiam a 30% do orçamento da Previdência Social, em 1982 atingiram apenas 20% do total, o que correspondeu a perda de um terço da participação nos gastos.

Perceba que os anos de 1970 marcaram a glória e a ruína do sistema de saúde brasileiro, tal como foi desenhado em meados dos anos de 1960, no bojo do processo de modernização conservadora experimentada pelo Estado brasileiro sob a vigência do regime autoritário.

Você sabe como naqueles anos a crise financeira brasileira abriu caminho para a reforma do sistema? Vamos verificar?

ANOS DE 1980: A TRANSIÇÃO PARA A SEGURIDADE SOCIAL

O Inamps entra na década de 1980 vivendo o agravamento da crise financeira no País e tendo de equacioná-la não simplesmente como o gestor da assistência médica aos segurados da Previdência Social, mas como o responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população. Ou seja, a crise deveria ser enfrentada em um contexto não apenas de extensão de benefícios a alguns setores, mas de universalização progressiva do direito e do acesso aos serviços de saúde.

O aumento de serviços e gastos, decorrentes dessa ampliação de cobertura, teria de ser enfrentado em um quadro de redução das receitas previdenciárias, provocado pela política econômica recessiva que, desde 1977, reduzia a oferta de empregos, a massa salarial e levava ao esgotamento as fontes de financiamento baseadas na incorporação de contingentes de contribuintes.

Nesse quadro, a estratégia racionalizadora privilegiou de um lado o controle de gastos via combate a fraudes e outras evasões e, de outro, a contenção da expansão dos contratos com prestadores privados, passando a privilegiar o setor público das três esferas governamentais:

- ▶ para o combate às fraudes, já havia sido criada no MPAS a Empresa de Processamento de Dados da Previdência (Dataprev), encarregada de processar também as contas hospitalares. Com instrumentos cada vez mais sofisticados de controle, a Dataprev visava a reduzir o volume de fraudes, ainda que tais

mecanismos fossem incapazes de reduzir o custo da atenção prestada; e


- ▶ na área da assistência médica, o esforço de adequar oferta e demanda, sem aumentar o déficit financeiro da Previdência Social, foi direcionado ao estabelecimento de convênios com outros órgãos públicos de saúde, pertencentes ou às secretarias de saúde, ou ao MS, ou às universidades públicas. Além de prestarem os serviços a um custo inferior ao da rede privada, a forma de repasse de recursos do Inamps para os serviços públicos conveniados, via orçamento global, permitia maior controle e planejamento dos gastos.

Dessa forma, o Inamps iniciava um processo de integração da rede pública que viria a culminar com a dissolução das diferenças entre a clientela segurada e a não segurada.

Em 1981, o agravamento da crise financeira da Previdência Social provocou uma intensificação do esforço de racionalizar a oferta de serviços, o que acentuou a tendência anterior de integração da rede pública de atenção à saúde.

Nesse sentido, o marco inicial desse período foi a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), por meio do Decreto n. 86.329/81. Composto de notáveis da medicina, de representantes de vários ministérios e de representantes dos trabalhadores e dos empresários recebeu a missão de reorganizar a assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento da assistência médico-hospitalar. Estabeleceu um conjunto de medidas racionalizadoras, fixou parâmetros de cobertura assistencial e de concentração de consultas e hospitalizações por habitante, além de medidas para conter o credenciamento indiscriminado de médicos e hospitais (Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982).

Os dois programas mais importantes do CONASP foram o de implantação do **Sistema de Atenção Médico-Hospitalar**



Para conhecer o Decreto n. 86.329, de 2 de setembro de 1981, acesse ao endereço eletrônico: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_86329-81.pdf>.

da Previdência Social (SAMHPS) e o de implantação das **Ações Integradas de Saúde (AIS)**. O primeiro voltado a disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada; e o segundo, com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das três esferas governamentais, até então completamente desarticuladas.

Enquanto o SAMHPS permitia melhorar os controles institucionais sobre os gastos hospitalares, viabilizando maior racionalidade para planejar, as AIS constituíam o principal caminho de mudança estratégica do sistema. A partir desse último programa, o sistema caminhou progressivamente para a universalização de clientela, para a integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos municípios.

Sob a pressão da crise financeira foi gestado, no interior da Previdência Social e do Inamps, um processo de reforma que, embora inicialmente movido pela necessidade de contenção financeira, terminou ampliando e incorporando elementos críticos sobre a estrutura do sistema, fosse pelo seu caráter privatista, fosse pelo seu caráter médico-hospitalocêntrico.

Isso aconteceu em um quadro de perda crescente de legitimidade social e política do sistema, em razão de sua ineficiência e de sua baixa efetividade, e foi viabilizado pela presença de técnicos e intelectuais progressistas no interior da máquina burocrática, inspirados nas propostas de equidade e expansão do direito à saúde, então sintetizados no lema internacional “Saúde para Todos até o Ano 2000”.

Embora as AIS fossem financeiramente um programa marginal do Inamps – em 1984, representavam 6,2% do orçamento, enquanto

a rede privada contratada recebia em torno de 58,3% –, por meio delas foi construída a base técnica e foram formulados os princípios estratégicos que resultaram nas mudanças institucionais ocorridas no final da década. Na Secretaria de Planejamento do Inamps, encarregada de cuidar dos recursos financeiros e legais da relação com os Estados e os municípios, foram elaborados os instrumentos precursores do que seria um planejamento nacional integrado das ações de saúde, pactuado entre as três esferas governamentais.

A chamada **Programação e Orçamentação Integradas (POI)** desempenhou um papel pioneiro na consideração dos Estados e municípios como cogestores do sistema de saúde, e não simplesmente como vendedores de serviços ao sistema federal. Embora frequentemente atropelado pelas limitações orçamentárias e pelas injunções da política clientelista, esse instrumento de programação muito contribuiu para a mudança da cultura técnica institucional.

As AIS demarcaram, também, o início de um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada entre as esferas de governo e entre os órgãos setoriais do governo federal. A partir da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), composta dos Ministérios da Previdência, da Saúde, da Educação e, mais tarde, do Trabalho, e das Comissões Interinstitucionais Estaduais, Regionais e Municipais (CIS, CRIS, CIMS etc.), foi consolidado um espaço institucional de pactuação de políticas, metas e recursos dos gestores entre si e desses com os prestadores, e até mesmo com os usuários, visto que, em algumas dessas comissões, houve a participação de associações de profissionais e de moradores.

Além do fato de que os representantes institucionais não dispunham de autonomia decisória (a descentralização administrativa ainda era incipiente), havia uma evidente assimetria de poder entre os parceiros, você imagina o porquê?

Porque o financiamento dos serviços era dado por meio de repasses financeiros do Inamps aos Estados e municípios convenientes, com base na sua produção de serviços, dentro de tetos orçamentários preestabelecidos de acordo com a capacidade instalada.

O advento da Nova República, em 1985, representou a derrota da solução ortodoxa privatista para a crise da Previdência Social e o predomínio de uma visão publicista, comprometida com a reforma sanitária. O comando do Inamps foi assumido pelo grupo progressista, que disseminou os convênios das AIS por todo o País, aprofundando seus aspectos mais inovadores. Os 130 municípios signatários em março de 1985 passaram para 644 em dezembro e para 2.500 no final de 1986.

Esse movimento de expansão das AIS, no biênio 1985/1986, correspondeu ao período de maior efervescência dos debates sobre as formas de organização das políticas sociais na Nova República, que terminaram por fazer prevalecer a estratégia da descentralização de competências, de recursos e de gerência relativos aos diversos programas setoriais. Expresso no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, o princípio da descentralização, cuja implementação foi liderada pela Saúde, ao mesmo tempo que impulsionou e fortaleceu o modelo de reorganização da assistência expresso pelas AIS, começou a colocar em “xeque” o próprio Inamps, uma vez que nele permaneceu concentrado um amplo poder baseado principalmente no monopólio do relacionamento com o setor privado, que continuava representando a maior parte tanto da oferta hospitalar quanto dos recursos financeiros.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, alcançou grande representatividade e cumpriu o papel de sistematizar tecnicamente e de disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado à universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade.

Em 20 de julho de 1987, foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), por meio do Decreto n. 94.657. Os debates e as iniciativas de reorganização do pacto federativo

no País, assim como os resultados eleitorais de novembro de 1986, criaram o clima favorável a essa medida que apontava os Estados e os municípios como os gestores do futuro sistema de saúde.

O programa dos SUDS representou a extinção legal da ideia de assistência médica previdenciária, redefinindo as funções e atribuições das três esferas gestoras no campo da saúde, reforçando a descentralização e restringindo o nível federal apenas às funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação do relacionamento com o setor privado. Quanto ao Inamps, o programa estabeleceu a progressiva transferência aos Estados e aos municípios de suas unidades; de recursos humanos e financeiros; das atribuições de gestão direta, de convênios e de contratos assistenciais; e de sua completa reestruturação para cumprir as funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.



Saiba mais Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)

Na prática, o SUDS promoveu a celebração de convênios entre o Inamps e os governos estaduais, mas não era uma ação obrigatória. A participação da Secretaria Estadual de Saúde ou do Governo do Estado, era opcional. Se o Estado não concordasse em participar do SUDS, era o INAMPS que continuaria executando suas funções. Fonte: <<http://www.scribd.com/doc/14703364/O-sistema-unico-de-Saude>>. Acesso em: 2 ago. 2010.

A nova Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei n. 8.080 e da Lei n. 8.142.

O ano de 1989, entretanto, junto com o retrocesso político ocasionado pelo fracasso de sucessivos planos econômicos de

combate à inflação assistiu ao recrudescimento das resistências do setor privado e da burocracia federal e à dissolução das atribuições e dos recursos do Inamps nas esferas estadual e municipal. Por conseguinte, o grupo progressista foi deslocado do comando do órgão por grupos conservadores que tentavam estabelecer uma última trincheira pela preservação de sua estrutura e de suas funções. A ausência de um projeto claro de restauração do sistema anterior, assim como o crescente peso político de novos atores na arena setorial, como os secretários municipais e estaduais de saúde, organizados em entidades nacionais, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), fizeram com que tais resistências tivessem pouco fôlego.

Em 7 de março de 1990, na última semana do governo Sarney, o Inamps foi finalmente transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, por meio do Decreto n. 99.060. A partir daí, a presidência da autarquia passou a ser exercida pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em uma progressiva diluição de sua identidade institucional. O processo de formatação e operacionalização do SUS nos Estados e municípios, por meio da Norma Operacional Básica 1991 (NOB-SUS 91) e da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 93), formalizou a transferência da gestão da saúde a essas esferas governamentais, tendo nas Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites o espaço institucional de distribuição pactuada de recursos e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

A extinção legal do Inamps, em julho de 1993, ocorreu de forma quase natural, como consequência de seu desaparecimento orgânico e funcional no emergente SUS.

Resumindo



Nesta Unidade descrevemos a sequência histórica dos modelos de políticas de saúde no Brasil entre 1900 e 2010. Apontamos e discutimos ainda a lógica que articula esses modelos aos sucessivos padrões de organização social, assim como identificamos os interesses, conflitos e necessidades sociais que deram origem ao SUS.



Atividades de aprendizagem

Agora é sua vez. Amplie sua reflexão sobre os temas aqui discutidos realizando a atividade a seguir.

1. Assista ao vídeo sobre o *SUS: Marilu*, disponível no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA). Interrompa o filme a cada período e tente lembrar o que você sabe sobre ele. Na sequência discuta com seus colegas as informações relevantes sobre o período e sobre os acontecimentos que marcaram a construção do SUS em nosso País.

UNIDADE 2

CONFIGURAÇÃO LEGAL E TÉCNICA DO SUS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Descrever as dimensões técnicas e político-institucionais do SUS;
- ▶ Debater o arcabouço constitucional e infraconstitucional; e
- ▶ Discutir os aspectos inovadores do SUS como política pública.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,
Queremos convidá-lo a dar mais um passo em nosso aprendizado sobre *Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS*. Nesta Unidade, você vai conhecer ou rever, caso já conheça, a configuração legal e técnica do SUS. Para compreender a importância básica do tema é fundamental que você reflita sobre os tempos em que vivemos.
Bons estudos!

A nova institucionalidade do setor Saúde começou a ser desenhada em 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, com cerca de três mil participantes, dos quais mil deles eram delegados votantes, representando diversos segmentos da sociedade. Nessa conferência, precedida de sessões nos Estados, foram estabelecidos os fundamentos do futuro SUS.

Realizada em meio a amplos debates na imprensa, nos sindicatos, nos partidos políticos de oposição, nas instituições de ensino e pesquisa, em movimentos populares, a Conferência contribuiu decisivamente para formar consensos quanto ao diagnóstico crítico sobre o sistema de saúde vigente e quanto a uma agenda de mudanças, que ficou conhecida como a **Agenda da Reforma Sanitária**. Seu relatório geral resultou de discussões em plenária e em grupos de trabalho. Consagrou a saúde como direito universal e como dever do Estado, tendo como fundamento a noção de cidadania. No plano das relações entre os níveis de governo, a estratégica das AIS, seguida pelos SUDS, prevaleceu como diretriz básica para assegurar a descentralização e a mudança de ênfase no financiamento ao setor. O amplo consenso então formado foi a base do futuro texto constitucional.

Todo esse processo possibilitou que o debate na Assembleia Nacional Constituinte sobre saúde fosse pautado por uma proposta de mudanças mais orgânicas e articuladas do que a maioria dos outros setores de políticas públicas. Com a Constituição de 1988 foi fundado o arcabouço jurídico-institucional do SUS, consagrando em grande parte os preceitos acordados por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde. Tal arcabouço está estabelecido no capítulo sobre a Seguridade Social da Constituição Federal de 1988 e detalhado na Lei n. 8.080/90, que dispõe sobre a organização dos serviços, e na Lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a participação comunitária e o financiamento do sistema.

Diversas portarias ministeriais regulamentaram o SUS, especialmente as que originaram as NOBs de 1991, 1993 e 1996. A implantação do SUS no conjunto do País passa a acontecer de forma gradual ao longo dos anos 1990.

A Constituição de 1988 apresenta, na sua Seção II, os preceitos que governaram a política setorial nos anos seguintes. Sob o lema “Saúde: direito de todos, dever do Estado”, seus princípios podem ser resumidos em alguns pontos básicos:

- ▶ as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu 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.

E, além disso, o sistema deverá ser custeado, essencialmente, por recursos governamentais originários da União, Estados e municípios. Os serviços de caráter empresarial comprados devem ser complementares e devem estar subordinados às estratégias mais gerais da política setorial. As ações governamentais serão submetidas a organismos colegiados oficiais, como os Conselhos de Saúde (representação paritária entre usuários e prestadores dos serviços) e serão consagradas à descentralização político-administrativa e a participação social.

A Lei n. 8.080/90 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”, ou seja, detalha o conteúdo constitucional. Essa lei define os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde. Com relação ao modelo proposto, o caráter automático e imediato das transferências entre os diferentes Fundos de Saúde ficou prejudicado em função de veto governamental, sendo retomado pela [Lei n. 8.142/90](#), que instituiu os Conselhos de Saúde e conferiu *status* público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais, como o Conass e o Conasems.

Falaremos dessas entidades mais adiante, e também das Comissões Intergestores, mas lembre-se de que as articulações entre as esferas de governo já vinham sendo realizadas desde os anos de 1980, à época das AIS.

Podemos dizer, para fins analíticos, que o conjunto dos princípios políticos e técnicos do SUS, assim como suas diretrizes operacionais, podem ser agrupados como um novo pacto social, um novo desenho político-institucional e um novo modelo técnico-assistencial, você concorda?



Saiba mais

Lei n. 8.142/90

A Lei n. 8.142/90 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Fonte: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 jul. 2010.

O SUS COMO UM NOVO PACTO SOCIAL

O novo pacto social envolve o duplo sentido de que a saúde passa a ser definida como um “direito de todos”, integrante da condição de cidadania social, e a ser considerada um “dever do Estado”, o que implica na responsabilidade e na solidariedade do conjunto da sociedade. Distingue-se do modelo anterior, que se baseava na ideia de seguro social, em que o direito estava restrito às clientelas envolvidas diretamente com o financiamento do sistema por meio das contribuições sociais previdenciárias, por configurar o modelo da Seguridade Social, em que as clientelas são beneficiadas independentemente de sua contribuição ao financiamento do sistema porque ele é assumido pelo conjunto da sociedade.

O SUS corresponde a uma requalificação do direito à saúde, que deixa de ser privilégio dos contribuintes da Previdência Social e passa a ser de todos os cidadãos, e a uma requalificação da responsabilidade do Estado, que deixa de ser uma mera agência do seguro social em saúde e passa a ser o responsável pela sua garantia a todos os cidadãos.

No plano do arcabouço legal, o direito de todos é manifestado na garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, isto é, nos preceitos de **universalidade** e de **equidade**. O dever do Estado se expressa em um pacto de solidariedade do conjunto da sociedade e funda-se em um **novo modelo de financiamento**.

A Constituição Federal estabelece:

[...] 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 sua 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 execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988).

Quanto ao novo modelo de financiamento, a Constituição Federal de 1988 estabelece que a responsabilidade pelo financiamento do SUS

[...] é das três esferas de governo, e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo **Fundo de Saúde**. Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de Contribuições Sociais.

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 – Cofins) e o Lucro (Fonte 151 – Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do MS e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 – Recursos Ordinários, provenientes principalmente da

receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 – Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com pessoal e encargos sociais.

Dentro da previsibilidade das contribuições sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, é criada, ainda que em caráter provisório, uma fonte específica para financiamento do SUS – a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja essa e todas as demais bases tributárias e financeiras do governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos municípios. (BRASIL, 1997, p. 16-17).

Alguns autores relacionam a universalização da atenção pública com a expansão de clientela dos planos e seguros privados, apontando que a deterioração dos serviços de saúde, decorrente do desinvestimento na rede pública, sobrecarregada com usuários até então excluídos, teria pressionado setores de classe média e os trabalhadores especializados a buscarem melhor qualidade de atendimento na esfera privada. A isso chamaram “universalização excludente” (FAVERET; OLIVEIRA, 1990). Na verdade, a expansão dos planos foi muito facilitada por incentivos governamentais, como o abatimento do Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas.

O SUS COMO NOVO DESENHO

POLÍTICO-INSTITUCIONAL

O novo desenho político-institucional faz referência à ideia de que a implantação do novo sistema de saúde, agora universal, deveria se dar de forma inovadora, com estruturas ágeis e compatíveis com as novas tarefas e os novos compromissos do sistema. Deveria superar, do modelo anterior, a fragmentação institucional, o centralismo gerencial, o padrão burocrático de decisão e a execução de ações. A remodelação institucional proposta foi concebida sob a inspiração de um novo padrão de relação Estado-sociedade, de forma a viabilizar a responsabilidade pública sobre a saúde.

Ao desenhar uma nova forma de exercer a gestão pública da saúde buscando melhorar o desempenho do Estado, podemos dizer que a **Reforma Sanitária** antecipou alguns dos preceitos que mais tarde estariam presentes na **Agenda de Reforma do Estado**, pelo menos nas suas prescrições mais voltadas a melhorar o desempenho estatal no exercício da responsabilidade pública. E buscou um novo formato de Estado, de modo a favorecer sua agilidade e permeabilidade à sociedade.

Além da **unificação** dos comandos institucionais, as categorias que deram eixo ao novo desenho foram a **descentralização** e a **participação**. Os marcos aqui são dados pela Lei n. 8.080/90 e pela Lei n. 8.142/90, que detalham o desenho e estabelecem os mecanismos operacionais para a descentralização político-administrativa e para a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde. Quanto à **unificação/descentralização**, a legislação é bastante

clara ao definir a situação-objetivo da direção única em cada esfera de governo. A Lei n. 8.080/90 define em seu artigo 7º diversos princípios, entre os quais:

[...] 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.

Na sua operacionalização que, como vimos, já se desenvolvia desde os SUDS, o processo de **descentralização** engendrou, para resolver o problema das relações entre as esferas governamentais, novos espaços institucionais que foram chamados de Comissões Intergestores: uma no plano federal, chamada Tripartite (reunindo em igual número representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems); e uma no âmbito de cada unidade federada, chamada Bipartite (reunindo em igual número representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do COSEMS de cada unidade federada).

A **participação** é manifestada na obrigatoriedade da constituição de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e na sua definição como membros do Poder Executivo. A Lei n. 8.142/90, como vimos, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Em seu artigo 1º, parágrafo 2º, constatamos que

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Na próxima Unidade veremos com mais detalhes, como se desenvolveu o processo de descentralização na Saúde.

Sendo assim, podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um organismo oficial do Poder Executivo. O chamado caráter paritário decorre de regras de composição dos Conselhos: a metade do conselho deve ser constituído de representantes dos usuários e a outra, de setores que oferecem e executam os serviços, ou seja, um conjunto composto pelos profissionais, pelos prestadores de serviços e pelos representantes governamentais.

Vejam os alguns aspectos da natureza e do funcionamento do Conselho de Saúde.

- ▶ Quanto à sua **competência**, a legislação é clara sobre seu caráter deliberativo em relação à política de saúde. Alguns temas, como o aumento salarial de servidores e a realização de obras, podem envolver outras políticas de governo, nesse caso, as propostas do Conselho têm caráter indicativo. Por isso, em muitas cidades do País foi instituído o orçamento participativo para dar conta do conjunto das políticas públicas.
- ▶ Quanto à sua **identidade**, ela é claramente a de um organismo do Poder Executivo, o que a difere da câmara dos vereadores (Poder Legislativo), do Ministério Público e do Poder Judiciário. Como a questão saúde passa comumente por esses três níveis de poder, são esperados conflitos, mas também reforço mútuo entre as iniciativas dessas esferas.
- ▶ Quanto à sua **dinâmica**, ela é compreendida na implementação desses organismos e na construção gradual de relações mais firmes entre os governos eleitos e os representantes de segmentos sociais. As Conferências de Saúde, cuja realização é prevista pela legislação a cada dois anos, representam um momento privilegiado nessa construção, tanto no tocante à legitimidade das políticas quanto no que diz respeito à representatividade dos conselheiros. Um grande número de municípios brasileiros já realizou pelo menos duas Conferências de Saúde e alguns estão marcando a sexta.

Como tem sido o desempenho dos Conselhos de Saúde no Brasil, considerando o que discutimos até aqui?

Não temos números exatos, mas como existem muitas pesquisas em andamento, alguma coisa já pode ser apontada. Os Conselhos de Saúde, apesar de sua rápida multiplicação pelo País, têm tido desempenhos diferenciados: alguns se concentram em disputar acirradamente espaços políticos com os prefeitos e secretários de Saúde, outros são assimilados politicamente pela Administração Pública Municipal. Porém, muitos Conselhos de Saúde funcionam como interlocutores privilegiados da Administração Pública Municipal e da sociedade. Como tais, têm sido capazes de impulsionar com êxito ações e políticas em sua região. Alguns obstáculos são muitas vezes apontados para a efetiva participação dos Conselhos de Saúde no processo decisório da política de saúde: resistências do Executivo, renúncia de grupos sociais à participação cotidiana, falta de informações para um funcionamento adequado ou insuficiência de capacitação dos conselheiros.

Além dos Conselhos de Saúde, temos também o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, em seus quase dez anos de existência, firmou-se como um fórum privilegiado no processo decisório do setor. O início dos anos 1990 marcou a proliferação veloz de Conselhos, os quais vem se disseminando rapidamente pelo País.

Entre 1991 e 1993 foram constituídos cerca de dois mil Conselhos de Saúde, o que significa um ritmo de praticamente dois novos Conselhos de Saúde por dia. Em julho de 1996 uma estimativa baseada no número de municípios já habilitados à municipalização da Saúde apontou que cerca de 65% deles dispunham de Conselhos de Saúde, correspondendo a mais de 80% da população brasileira.

Hoje, esses organismos encontram-se largamente disseminados no País e estimamos que já existam em mais de quatro mil municípios, envolvendo algo em torno de 80 a 100 mil postos de conselheiros de Saúde, número equivalente ao de vereadores no conjunto do País. Somemos a isso a existência de Conselhos Estaduais de Saúde em todas as unidades da Federação.

O SUS COMO NOVO MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

O novo modelo técnico-assistencial é baseado em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, em que o acesso a bens e aos serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas, capazes de prover qualidade de vida.

Distingue-se do modelo anterior por associar inteiramente as ações preventivas às ações curativas e a saúde coletiva à atenção individual e por não centrar o atendimento à demanda por assistência médica.

Além do artigo 196, que vincula o direito à saúde à implementação de “[...] políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL, 1988), a Constituição estabelece:

Art. 198. 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. (BRASIL, 1988).

A Lei n. 8.080/90, em diversas passagens, especifica o que entendemos por atenção integral:

Art. 7º. 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. (BRASIL, 1990).

O segundo princípio citado no artigo 7º da Lei n. 8.080/90 nos fala de integralidade de assistência, mas o que seria integralidade? Como você entende esse termo?

A integralidade da assistência em saúde inclui quatro ações:

- ▶ A articulação entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção e também as de assistência a doentes.
- ▶ A articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contrarreferência.
- ▶ A articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta.

- ▶ A oferta de serviços cuja organização atenda à demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários.

A integralidade importa, assim, em uma oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos necessários para prevenir ou para resolver problemas de saúde, dos indivíduos ou das coletividades. No entanto, esse talvez tenha sido o aspecto menos desenvolvido no SUS. Nem a legislação é exaustiva a respeito, nem as sucessivas NOBs lograram enfrentar a questão da reformatação dos processos de trabalho no interior do SUS, haja vista a grande pressão provocada tanto pela tradição assistencial dos profissionais quanto pela demanda reprimida por assistência médica.

Resumindo



Nesta Unidade descrevemos as características técnicas e político-institucionais do SUS, assim como o seu arcabouço constitucional e infra-constitucional. Também destacamos e discutimos os aspectos inovadores do SUS como política pública.



Atividade de aprendizagem

Vamos verificar como foi seu entendimento até aqui? Uma forma simples de fazê-lo é você realizar a atividade proposta a seguir.

1. Qual a diferença entre o SUS e o modelo anterior de sistema de saúde? Elabore uma síntese com base na sua leitura desta Unidade e a envie ao seu tutor.

UNIDADE 3

OS ANOS DE 1990 E A IMPLANTAÇÃO DO SUS: DESAFIOS E INOVAÇÕES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender a dinâmica sinuosa e contraditória do processo de implantação do SUS;
- ▶ Discutir os aspectos conflitivos entre as agendas da reforma sanitária (publicista) e da reforma do Estado (mercado); e
- ▶ Identificar os ajustes programáticos e institucionais ocorridos.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Estamos iniciando a Unidade 3, nossa preocupação agora é a de mostrar a você os desafios e as inovações que cercaram a implantação do SUS nos anos 1990.

Não perca tempo, inicie sua leitura e lembre-se de que você não está sozinho nessa caminhada.

Bom estudo!

Os anos de 1990 são aqueles em que o modelo de sistema de saúde proposto enfrenta o teste da realidade. É interessante notarmos que o processo de regulamentação do SUS, feito por meio de NOBs, foi gerando efeitos sobre sua configuração institucional, ora confirmando e reforçando aspectos previstos, ora desvirtuando seu desenho original e, muitas vezes, apontando para mudanças importantes em sua lógica. É claro que isso sempre ocorre nas políticas públicas, já que elas incidem e geram efeitos sobre indivíduos e grupos sociais que têm interesses e valores próprios e lutam por eles, mesmo que não o façam de forma organizada ou ativa.

A implantação do SUS foi desenvolvida em uma conjuntura muito diferente daquela em que se deu a sua concepção e institucionalização. Em função disso, nos primeiros anos da década de 1990, o SUS viveu momentos paradoxais, resultado das tensões suscitadas por sua implementação.

Nascido no ambiente democratizante da Nova República, característico do final dos anos de 1980, sua operacionalização teve de enfrentar os ventos desfavoráveis do ajuste estrutural da economia, da crise fiscal e de legitimidade do Estado que, já há alguns anos, estava situado no epicentro das sociedades europeia e americana, manifestando-se na maré do pensamento e das práticas do neoliberalismo.

Os movimentos nesse período foram presididos por dois instrumentos legais editados pelo Ministério da Saúde, a saber: as NOBs 01/91 e 01/93, chamadas respectivamente de NOB-SUS 91 e NOB-SUS 93.

NOB-SUS 91 E NOB-SUS 93 – DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA

A NOB-SUS 91, publicada em janeiro de 1991, expressava o novo clima político nacional caracterizado pela eleição para presidente da República de Fernando Collor, em fins de 1989. Foi criada com a finalidade de disciplinar e padronizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo e de combater a propalada ineficiência das redes públicas federal, estadual e municipal, acusadas de ociosas e caras. Para tanto, universalizou nas relações intergovernamentais o pagamento por produção de serviços em substituição ao pagamento por orçamento, até então vigente por meio de convênios. As unidades próprias de Estados e municípios, inclusive as transferidas, passaram a ser financiadas de acordo com a sua produção, com a mesma sistemática e as mesmas tabelas de procedimentos vigentes para a rede privada contratada e conveniada ao SUS.

A NOB-SUS 91 foi o primeiro ato normativo de envergadura nacional no âmbito do SUS e teve impacto significativo sobre o funcionamento do SUS. De um lado, representou um retrocesso na medida em que voltou a centralizar o sistema para o plano federal, retirando a pouca autonomia dos gestores estaduais e municipais, submetendo-os, como meros prestadores de serviço, aos preceitos e tabelas federais de remuneração dos serviços, o que fez com que perdessem sua condição de cogestores ou parceiros na gestão do SUS; e estimulou um produtivismo médico-assistencial em que, junto com eventuais melhorias de produtividade, foram embutidos os aumentos de exames negativos, procedimentos desnecessários e até mesmo atitudes fraudulentas de faturamento.

De outro, impulsionou a capacitação municipal para a gestão, à medida que criou a configuração do município e do Estado de forma a estarem “habilitados” à gestão descentralizada, exigindo para o acesso aos recursos financeiros federais o cumprimento de pontos considerados fundamentais para a implantação do SUS, como a gestão municipalizada de unidades federais e estaduais, o funcionamento do Conselho de Saúde e do Fundo de Saúde e o desenvolvimento de uma estrutura técnica de gestão, tais como os sistemas de informação e de vigilância epidemiológica.

A adesão à NOB-SUS 91 foi lenta e os incentivos financeiros inconstantes, mas os passos rumo à efetiva descentralização do sistema estavam dados e, após dois anos de vigência, mais de mil municípios brasileiros encontravam-se habilitados a formar a base das condições de uma gestão progressiva, a partir de 1993.

Podem ser considerados os seguintes efeitos positivos nesse período:

- ▶ um enorme incremento, sobretudo na esfera municipal, de capacidade institucional e técnica para a gestão da Saúde, inédita na história e na cultura municipal do País; e
- ▶ a emergência de novos atores sociais na arena da Saúde com peso crescente no processo decisório, como os secretários municipais e os diversos grupos de usuários, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde.

A NOB-SUS 93, editada em maio de 1993, foi publicada em um contexto político bastante diferente do da NOB-SUS 91, visto que o governo Itamar Franco, por intermédio do Ministro Jamil Haddad, procurava restaurar o compromisso com a implementação do SUS, tal como originalmente tinha sido desenhado. Assim, as resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, às vésperas do *impeachment* de Fernando Collor e com o lema “Municipalização é o caminho”, representaram a base política e técnica para a nova NOB.

Partindo da premissa de que era preciso reunir vontade política para a implementação do SUS, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993, originando a NOB-SUS 93, que instituiu os níveis progressivos de gestão local do SUS e representou um divisor de águas nos anos de 1990. Partindo do documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*, do Conselho Nacional de Saúde, de abril de 1993, a NOB-SUS 93 introduziu um conjunto de estratégias que consagraram a descentralização político-administrativa na Saúde.

A NOB-SUS 93 estabeleceu uma municipalização progressiva e gradual, em estágios, de forma a contemplar os diversos graus de preparação institucional e técnica dos municípios para assumir a gestão da Saúde. A cada estágio correspondia certo número de requisitos gerenciais a serem cumpridos pelo município, ao qual cabia uma autonomia crescente na gestão dos recursos, incluindo os da rede privada contratada.

Com a NOB-SUS 93 o SUS teve a sua execução descentralizada por níveis de gestão, começando progressivamente pela **incipiente**, seguida pela **parcial** e culminando com a **semiplena**. Essa progressão decorreu do comprometimento de Estados e municípios com a organização da atenção à saúde, com a sua adequação a parâmetros de programação e refletiu em maior autonomia local para dispor de recursos. Na prática, a gestão parcial não gerou maiores consequências. A semiplena, ao final de 1996, havia sido alcançada por quase 150 municípios, abrangendo cerca de 20% da população brasileira, e representou a transferência direta de recursos para esses municípios, com maior autonomia na sua utilização.

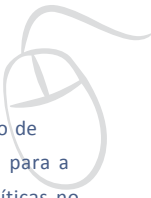
Além disso, foram consagrados os organismos colegiados, no espírito das AIS, porém com um grau bem mais elevado de autonomia, **as Comissões Intergestores**, que se firmaram como instâncias fundamentais de pactuação. Essas comissões existem hoje em todos os Estados.



Saiba mais

Comissões Intergestores

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS [...] tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde [...]. Fonte: MS (1993).



A CIT tem servido de principal espaço para a definição de políticas no âmbito do SUS.

A **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** tem caráter paritário, nela estão representados o Ministério da Saúde, o Conass e o Conasems, tendo

[...] por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. (MS, 1993).

como consta da NOB-SUS 93.

No âmbito estadual, as **Comissões Intergestores Bipartite (CIB)** são formadas paritariamente de dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de Saúde do Estado,

[...] sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS [...] cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual. (MS, 1993).

Em suas reuniões, as CITs e as CIBs têm tratado de temas diversos que passam pelo enquadramento de municípios, pela elaboração de portarias; pela apresentação de projetos e programas do MS; pelas sucessivas revisões da tabela de pagamentos do SUS; pela formação de grupos técnicos de trabalho para temas específicos, como no caso da criação do Sistema Nacional de Auditoria; pela intervenção em conflitos no âmbito regional e municipal; entre outros.

Essas reuniões são sistemáticas e mensais, realizadas em Brasília e organizadas pelo Ministério da Saúde. Muitos itens tratados são remetidos ao CNS ou decorrem de deliberações ou solicitações desse organismo. Em geral, as decisões adotadas pela CIT resultam em portarias do MS e servem para regular o sistema sanitário, refletindo uma dinâmica que muitas vezes entra em conflito com o CNS. Nas atas de reuniões do CNS podemos verificar protestos que incluem algumas propostas de extinção da CIT

colocadas em discussão, mas não aprovadas, como ocorrido na X Conferência Nacional de Saúde.

A NOB-SUS 93, quando criou as Comissões Intergestores, previu que as representações municipais teriam uma atuação destacada por reconhecerem nelas a oportunidade única de equilibrar as relações dos municípios com os mecanismos de decisão concentrados no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais.

Diante do exposto, podemos dizer que, em meados da década de 1990, o SUS apresentou um balanço positivo do seu processo de implantação, apesar de as opiniões serem muito diversas e refletirem o crescimento de estudos sobre ela. Além disso, as discussões sobre a saúde extrapolam o limite acadêmico e aparecem nos meios de comunicação, pois interessam aos políticos, às lideranças sociais, aos médicos, aos enfermeiros, aos sociólogos, aos economistas e a muitos outros. Podemos tentar, apesar dessa diversidade, apontar algumas constatações, se não unânimes, ao menos consistentes e muito comuns.

A ameaça da “crise” ronda o SUS desde o seu nascedouro e reflete aspirações sociais não contempladas. Por um lado, ao longo dos anos de 1990, o SUS sem dúvida contabilizou alguns pontos favoráveis:

- ▶ a grande extensão de programas de saúde pública e de serviços assistenciais para o conjunto da população, incorporando itens de alta complexidade que outrora estavam restritos aos contribuintes da previdência social;
- ▶ o desencadeamento de um efetivo processo de descentralização política e administrativa, que pode ser observado pela progressiva municipalização do sistema e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais;
- ▶ a incorporação de usuários ao processo decisório, especialmente a partir da disseminação de Conselhos de Saúde; e
- ▶ a imensa ampliação das discussões sobre saúde na sociedade.

Por outro lado, precisamos reconhecer os problemas que ele ainda não conseguiu resolver. Dentre os principais estão a falta de mecanismos mais eficientes para a transferência financeira de recursos; a necessidade de mais clareza nas regras para o comprometimento dos orçamentos da União, dos Estados e dos municípios com as políticas de saúde; a desigualdade da qualidade dos serviços prestados; e o que funciona adequadamente é dissolvido em um mar de irregularidades, na falta de serviços essenciais e nas dificuldades encontradas pelos usuários em se deslocarem no interior do SUS, principalmente quando necessitam de tratamentos mais complexos.

As falhas do SUS repercutem, portanto, em seus mais visíveis pontos fracos – o acesso e a utilização dos serviços – formando um consenso entre os atores relevantes a respeito da:

- ▶ questão do financiamento, tanto na definição de montantes e fontes quanto na divisão de responsabilidades entre as esferas de poder e entre os diversos segmentos da sociedade. É sabido que a composição das fontes que sustentam a Saúde é ainda fortemente regressiva, refletindo as distorções do sistema fiscal brasileiro. Hoje, os recursos são insuficientes; e
- ▶ questão da oferta, que deveria ser reorientada no sentido de garantir ou de facilitar o acesso das populações mais necessitadas aos serviços e propiciar tanto a resolutividade quanto o acesso dos segmentos mais necessitados aos serviços de maior complexidade.

NOB-SUS 96 – REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE OFERTA DE SERVIÇOS

Fruto do processo de implementação e dos progressos anteriores do SUS, expressos na cultura e na prática da gestão descentralizada e pactuada, a NOB-SUS 96 foi exaustivamente debatida na CIT, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, submetida à X Conferência Nacional de Saúde e, finalmente, publicada em 11 de novembro de 1996.

A NOB-SUS 96 apareceu na base do consenso sobre a necessidade de consolidar o modelo da gestão descentralizada e pactuada, de avançar na autonomia municipal, reforçando as instâncias colegiadas (tripartites e bipartites), e de induzir, em escala nacional, mudanças na lógica do modelo assistencial e na organização da oferta de serviços.

A NOB-SUS 96 acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos Estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas e criou incentivos explícitos às mudanças na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o PACS, e às práticas fundadas em uma nova lógica assistencial, como o PSF.

A NOB-SUS 96 fixou como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do Poder Público Municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, Incisos V e VII; e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal de 1988), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

O município passou a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

O NOB-SUS 96 buscou, dessa forma, a plena responsabilidade do Poder Público Municipal, que tanto se responsabiliza como pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal aparecem sempre como corresponsáveis na respectiva competência ou ausência da função municipal (inciso II, artigo 23 da Constituição Federal de 1988). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos na promoção, proteção e recuperação da saúde.

CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE

De forma inédita, a NOB-SUS 96 incorporou a concepção de saúde constitucionalmente estabelecida, mas jamais operacionalizada, ao considerar que a atenção à saúde encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos:

- ▶ o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que são prestadas nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- ▶ o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de

vetores e de hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

- ▶ o das políticas externas ao setor Saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes as questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e à qualidade dos alimentos. A NOB-SUS 96 acrescentou as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle –, como inerentes e integrantes ao contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais.

Nessa perspectiva, as ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde. É importante assinalarmos que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos pela agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de outras próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

O FORTALECIMENTO DAS INSTÂNCIAS COLEGIADAS E DA GESTÃO PACTUADA E DESCENTRALIZADA

A NOB-SUS 96 estabeleceu uma divisão e um compartilhamento formal de responsabilidades entre as esferas de governo, reforçando o esquema decisório criado pela NOB-SUS 93 e consagrado na prática – Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde.

O desempenho dos papéis que cabem aos gestores foi concretizado mediante um conjunto de responsabilidades que

caracterizaram a palavra-chave do novo modelo: a **responsabilização** de cada gestor, de cada instância de governo.

Esse novo paradigma de gestão configurou um instrumento altamente favorecedor na implantação de um novo modelo de atenção à saúde, até então centrado na doença. Nessa transformação, destacamos a atenção integral, uma vez que o modelo abarca o conjunto das ações e dos serviços de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. **Esse foi um diferencial entre a NOB-SUS 96 e as anteriores, nas quais foco era a assistência.**

Entre os novos conceitos introduzidos pela NOB-SUS 96, podemos ressaltar os relativos **à gestão e à gerência**. Pois, assumir a gestão significa apropriar-se do comando do sistema, o que é de exclusiva competência do Poder Público.

São gestores do SUS o prefeito e o secretário municipal de Saúde, o governador e o secretário estadual de Saúde e o presidente da República e o ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

No que se refere à gerência, assumi-la significa responsabilizar-se pela administração de uma unidade ou órgão prestador de serviços de saúde – ambulatório, hospital, instituto, fundação etc. – que presta serviços ao sistema. Dessa forma, a gerência de estabelecimentos prestadores de serviços pode ser estatal ou privada, essa última desde que seja conveniada ou contratada por um gestor do SUS.

Resumindo



Nesta Unidade apresentamos e discutimos a dinâmica sinuosa e contraditória do processo de implantação do SUS. Identificamos ainda os aspectos conflitivos entre as agendas da reforma sanitária (publicista) e da reforma do Estado (mercado). E por fim apresentamos os ajustes programáticos e institucionais ocorridos no período.



A *Atividades de aprendizagem*

Chegamos ao final de nossa Unidade, para verificar o seu entendimento sobre o que abordamos nela faça a atividade proposta e em caso de dúvidas consulte seu tutor por meio do AVEA.

1. Considerando as definições contidas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas 8080 e 8142, identifique e discuta as principais inovações ocorridas no processo de implantação do SUS, ao longo da década dos anos de 1990.

UNIDADE 4

O SUS ATUAL E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Descrever as diretrizes vigentes de regionalização das ações e de fortalecimento da capacidade das instâncias gestoras;
- ▶ Conhecer e discutir as inovações no modelo de financiamento e transferências de recursos entre gestores;
- ▶ Identificar as diretrizes e as prioridades contidas no Pacto pela Vida, no Pacto em Defesa do SUS e no Pacto de Gestão; e
- ▶ Discutir os novos desafios de desenvolvimento do SUS.

A NORMA OPERACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE – NOAS-SUS 2002

Um novo instrumento normativo de assistência à saúde foi editado em janeiro de 2001 e reeditado em janeiro de 2002, substituindo a então vigente NOB-SUS 96. O atual instrumento normativo do SUS é a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 02).

A NOAS-SUS 02 surgiu a partir da avaliação, realizada pela CIT e pelo CNS, do processo de descentralização, implementado por meio da municipalização das ações em saúde em todo o País, induzido pela NOB-SUS 96. Essa norma, por um lado, foi importante para o aumento da capacidade gerencial dos municípios e para a melhoria no acesso às ações de saúde, que se tornaram mais descentralizadas, promovendo a expansão do SUS e, por outro, obteve pouca funcionalidade nos pactos entre Estados e municípios na divisão de responsabilidades e de gestão das unidades na organização dos sistemas municipais/microrregionais.

A pouca funcionalidade dos pactos produziu uma **atomização*** dos serviços e também a limitação do acesso dos usuários aos níveis de média e alta complexidade, uma vez que poucos são os municípios brasileiros capazes de ofertar todas as ações em saúde. A maioria dos municípios no País responsabiliza-se somente pela atenção primária. Além disso, a NOB-SUS 96, ao induzir a municipalização e os repasses de recursos diretamente entre o governo federal e o governo municipal, provocou a desarticulação e a perda de autoridade das Secretarias Estaduais de Saúde.

***Atomização** – divisão de algo em frações menores, pulverização. Fonte: Houaiss (2009).

Se no período em que foi criada a NOB-SUS 96 era importante a expansão do SUS para todos os municípios, no momento em que foi criada a NOAS-SUS 02 era necessário aglutinar municípios vizinhos, em sistemas microrregionais de saúde, para garantir a oferta de todos os serviços e produzir a economia de escala, resgatando o papel de articulação das Secretarias Estaduais de Saúde.

Nesse contexto, após consenso da CIT e do CNS, foi editada a NOAS-SUS 02 com o objetivo de definir o papel do gestor estadual como articulador de uma política de integração entre sistemas municipais de Saúde.

Essa integração deve ocorrer no processo de regionalização, com a reafirmação da necessidade de referências e contrarreferências pactuadas entre os municípios que ofertam todos os serviços e aqueles que ofertam somente a atenção primária, de modo a promover uma melhor resolutividade e integralidade da atenção.

O financiamento e os critérios de alocação de recursos devem ser orientados pelas necessidades da população, evitando a pulverização dos serviços de saúde com a economia de escala e a garantia de acesso em todos os níveis de atenção.

AS ESTRATÉGIAS DA NOAS-SUS 02

O objetivo geral dessa nova norma é o de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção. As estratégias definidas na NOAS-SUS 02 para alcançar tais objetivos são:

- ▶ ampliar as responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica: a condição mínima de habilitação passa a ser a Gestão da Atenção Básica Ampliada (GABA), incorporando algumas ações de média complexidade a serem ofertadas pelos municípios;
- ▶ lançar os fundamentos da regionalização, como macroestratégia de reorganização assistencial;
- ▶ criar mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS; e
- ▶ atualizar os critérios de habilitação de Estados e municípios.

A REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

A regionalização é entendida como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Alguns instrumentos devem ser utilizados para sua implementação:

- ▶ **Plano Diretor de Regionalização (PDR):** divide e organiza os Estados em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, com definição de municípios-polo e municípios-sede e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, de acordo com a capacidade instalada e as necessidades da população. Para a definição desses níveis de complexidade, é fundamental que sejam estabelecidos os recursos assistenciais já existentes, as perspectivas de implantação de serviços (a ampliação de oferta de serviços deverá ser condicionada a um Plano Diretor de Investimentos, com cronograma e fonte de recursos) e as características geográficas, populacionais, assistenciais e políticas dos Estados. O PDR deve

contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual com a definição de fluxos de referência para todos os níveis de assistência à saúde, por meio de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) e de mecanismos de relacionamento intermunicipal.

- ▶ **Ampliação da atenção básica:** a NOAS-SUS 02 institui como categoria de habilitação mínima em cada município a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB), que deverá garantir pelo menos as ações de controle da tuberculose, da hipertensão arterial e da diabetes; de eliminação da hanseníase; de saúde da criança, de saúde da mulher e de saúde bucal; e as ações mínimas de média complexidade, como as dos módulos assistenciais (ambulatoriais e leitos hospitalares para atendimento em clínica médica, pediátrica e obstetrícia). As demais podem ser realizadas no âmbito microrregional, regional ou estadual. A PPI, coordenada pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para garantia de acesso dos usuários aos serviços não disponíveis em seu município de residência. A alocação de recursos decorre da PPI e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, com separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.
- ▶ **Qualificação das microrregiões na assistência à saúde:** define um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade com referência intermunicipal, ofertado em um ou mais módulos assistenciais. As atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico serão financiadas por um valor *per capita* nacional mínimo; e as internações hospitalares, serão financiadas por intermédio de um

acordo estabelecido na PPI, com exceção das microrregiões não qualificadas (ou habilitadas), onde o pagamento se fará por produção. A PPI é um importante mecanismo de articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais.

- ▶ **Política de alta complexidade/alto custo:** o MS tem como atribuição a definição de normas e de diretrizes nacionais e de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, por intermédio da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade. O gestor estadual é responsável pela política estadual e o gestor municipal, com gestão plena do sistema, organizará os serviços em seu território, assegurando o comando único sobre os prestadores.

O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO SUS

Para o seu fortalecimento, o SUS conta com as secretarias Estaduais de Saúde que são responsáveis pela coordenação da PPI; pela operacionalização do PDR e pelas estratégias de regulação do sistema intermunicipal; pela alocação de recursos baseada nas necessidades da população e não nos interesses dos prestadores de serviços; e pela garantia de acesso da população referenciada aos serviços.

E, ainda, com as secretarias municipais responsáveis por melhorar o comando sobre os prestadores de serviços, por participar da PPI e por promover a articulação com outros municípios. Mas esse fortalecimento não para por aí, todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde (processos de

gestão, forma de organização, modelo de atenção) utilizando como instrumento o Relatório de Gestão. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores responsáveis pelas urgências, consultas, leitos etc.

FINANCIAMENTO

O Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA) é o novo fator de financiamento da atenção básica definido pelo acréscimo de procedimentos ao PAB-fixo (da NOB-SUS 96), para os municípios que antes recebiam abaixo do novo PABA. Para a média complexidade, o limite financeiro para as ações ambulatoriais de apoio diagnóstico passa a ser o valor *per capita* nacional mínimo, definido em portaria ministerial. A PPI deve discriminar os recursos alocados para internações destinados à população municipal e os recursos voltados para o atendimento da população referida ao município.


Os serviços de alta complexidade serão financiados pelo Estado, com recursos do Teto Financeiro de Assistência (TFA) estadual definidos na PPI e do MS, a partir de regulação específica.

O financiamento é um obstáculo importante ao desempenho público do SUS, pois os recursos são insuficientes, as fontes não são estáveis e a divisão de responsabilidades no seu provimento não são claras. Foi implementado, por meio da Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS cujos objetivos são: a melhoria da gestão e da avaliação dos gastos públicos em saúde; o fortalecimento do controle social; o dimensionamento da participação dos Estados e municípios no financiamento da Saúde; e o acompanhamento da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. A Portaria Conjunta n. 1.163/00 foi substituída em 16 de março de 2004 pela Portaria Interministerial n. 446.

A Emenda Constitucional n. 29/00 pretendeu comprometer efetivamente a participação das três esferas de governo no financiamento da Saúde, por meio da implantação do SIOPS: os Estados devem alocar 12% das receitas de impostos e de transferências constitucionais, os municípios 15%, e a União deverá aumentar em 5% o seu repasse e depois corrigi-lo pela variação nominal do PIB (valores válidos até 2004), indicando uma perspectiva de fontes estáveis, mas sem garantia de aumento de recursos, pois estão atreladas às receitas públicas e ao crescimento econômico, que nos municípios pobres continuarão pequenas. Com a utilização do SIOPS, podemos obter transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor Saúde. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no País é uma iniciativa que vem proporcionar a toda população, em especial àquela parcela que de alguma forma tem vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do País tem aplicado na área.

É importante destacarmos que os repasses federais aquém das necessidades dos sistemas locais induzem a ajustes na agenda da Saúde por meio de inovações organizacionais relacionadas à contenção de custos, ao uso de recursos próprios, ao orçamento prospectivo, ao teto orçamentário, a contratos de gestão e à flexibilização da gestão pública.

Para seu melhor entendimento dessa organização da assistência, observe com atenção a Figura 1 que traz um módulo assistencial contendo um município-sede.



Conheça melhor o SIOPS
acessando ao site <[http://
siops.datasus.gov.br](http://siops.datasus.gov.br)>.

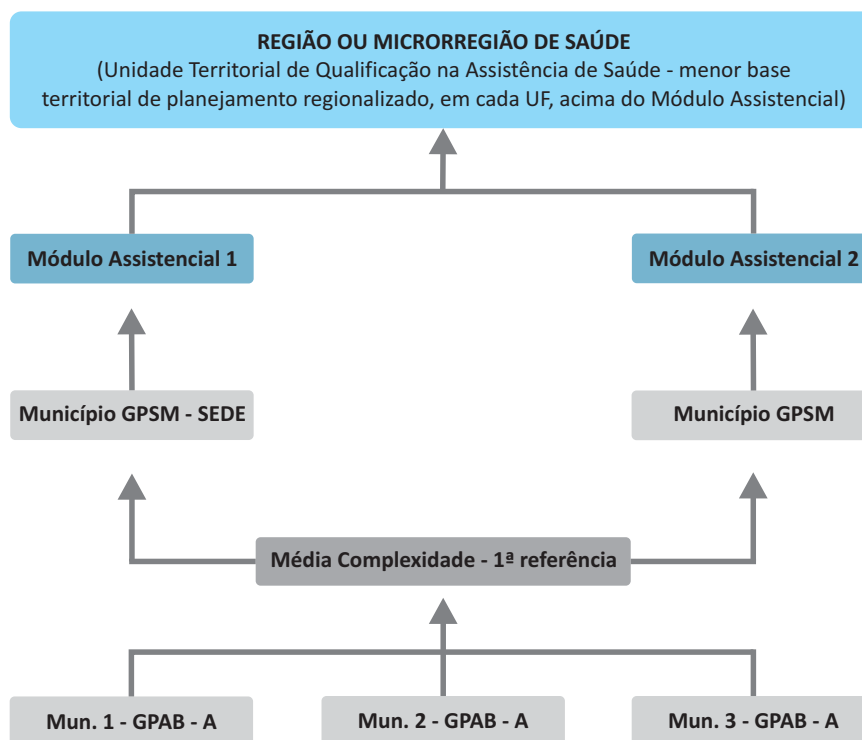


Figura 1: Organização da assistência de saúde
Fonte: Elaborada pelos autores deste livro

Em síntese, podemos afirmar que a NOAS-SUS 02 aprimora as prescrições inovadoras da NOB-SUS 96 ao estender para a média complexidade o pagamento por capitação e estimular gestores municipais e estaduais a melhorarem suas capacidades de negociação, articulação, regulação e pactuação com o objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a todos os serviços assistenciais necessários.

Corroborando com essa síntese, Santos e Andrade (2007) apresentam que a:

[...] articulação dos entes federativos esteve historicamente focada em processos de habilitação, voltados para exigências burocráticas e sobre o enquadramento nos níveis de gestão preconizados pelas normas ora em vigência. Concomitante ao processo institucional e normativo do SUS

fica evidente a necessidade de uma orientação gestora voltada para o compartilhamento de responsabilidades, a partir da ótica de negociação e pactuação, e que estivesse inserida nas especificidades locais e regionais. A normatização da regionalização pela NOAS chega a um processo de esgotamento justamente no ponto do agir político sobre a conformação de redes de serviços, agora a serem desenhadas em necessidades percebidas ou expressadas, e não induzidas. A lógica das transferências dos recursos federais apoiada nesta normatização homogeneizante dissemina a abertura de lacunas entre as necessidades reais e as ações gestoras, estendendo no tempo a burocratização do sistema e seus processos cartoriais de habilitação gestora.

A evidenciação política da necessidade da atualização normativa culmina na publicação em 22 de março de 2006 da portaria n. 399 que ‘Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto’. Este passa ser o novo instrumento de gestão interfederativo do SUS, onde a habilitação é substituída pelo termo de compromisso de formalização dos acordos entre os gestores de saúde.

O Pacto pela Saúde 2006 apresenta três componentes: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está estruturado em compromissos sanitários e nas prioridades definidas pelos diferentes entes federativos. Os compromissos neste componente estão baseados em indicadores oriundos das análises das situações de saúde; priorizam resultados qualitativos dos serviços acompanhados das respectivas previsões orçamentárias e financeiras.

O Pacto em Defesa do SUS visa reforçar a política de Estado que se expressa no SUS através do fortalecimento dos direitos civis relacionados e da universalidade; do aumento dos recursos setoriais e na consolidação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (Portaria MS n. 675, de 30 de março de 2006).

O Pacto de Gestão do SUS explicita as competências concorrentes dos entes federativos e a necessidade do atendimento e do reconhecimento das diferenças locais e regionais. Para tanto estabelece como um de seus objetivos a regionalização do SUS na forma de pactuações e negociações voltadas a conformação de regiões sanitárias e suportadas política e tecnicamente por colegiados de gestão regional. A portaria GM n. 204 de 2006 criou cinco blocos de financiamento no fundo de saúde: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Cada um destes blocos deve constituir uma conta respectiva e movimentada conforme as disposições expressas no termo de compromisso. Cabe lembrar que a Portaria n. 366/2006 expressa que enquanto não ocorrer a formalização do Termo de Compromisso ficarão mantidas as prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados na Norma Operacional Básica – NOB/01/96 e na Norma Operacional da Assistência da Saúde – NOAS 01/2002.

Resumindo

Nesta Unidade descrevemos as principais políticas indutoras da regionalização das ações de saúde, do reforço da capacidade gestora de estados e municípios e de novos modelos de financiamento e repasse de recursos. Foram também apresentadas as diretrizes contidas nos pactos intergestores que passaram a presidir as relações entre as esferas governamentais em saúde, a saber, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.



Atividade de aprendizagem

Chegamos ao final desta disciplina. Para verificar seu entendimento sobre os temas abordados responda a atividade a seguir. Em caso de dúvidas não hesite em conversar com seu tutor.

1. Considerando as diretrizes e as prioridades contidas no Pacto pela Vida, no Pacto em Defesa do Sus e no Pacto de Gestão elenque alguns dos novos desafios de desenvolvimento do SUS. Compartilhe sua resposta com os colegas no fórum disponível no AVEA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caro estudante, chegamos ao final de nossa disciplina. Por meio dela ampliamos o seu conhecimento a respeito das políticas de saúde e evidenciamos que hoje o SUS representa, inequivocamente, o sistema mais avançado entre os que já tiveram vigência no País. Sua importância em um país como o Brasil, marcado pelas desigualdades e carências, é pouco questionada. Tanto que, apesar das restrições ao seu desenho universalista e mesmo considerando suas óbvias imperfeições, não parece haver nenhum segmento hoje disposto a propor a sua extinção ou a sua substituição por outro sistema, de caráter segmentado ou excludente.

Por isso, vale a pena fazermos um rápido balanço, tomando como referência as três dimensões do SUS tal como foram propostas nesse texto, a título de ensaiarmos uma agenda de temas desafiantes para os próximos anos. Como novo **pacto social**, voltado a garantir o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos, o SUS certamente tem ainda uma longa trajetória a cumprir.

Embora tenha um caráter claramente redistributivo, na medida em que acolhe amplos segmentos populacionais antes excluídos, a partir de recursos do conjunto da sociedade, tais recursos são ainda insuficientes em um contexto econômico geral que reproduz a desigualdade. Por isso, o principal obstáculo ao seu desenvolvimento como pacto solidário está situado na questão do financiamento, que é a área em que finalmente a sociedade concretiza seu padrão de solidariedade.

Vimos ainda que a discussão deve abarcar dois aspectos absolutamente interdependentes:

- ▶ de um lado, a questão do volume de recursos destinados à saúde, hoje claramente abaixo do mínimo necessário; e
- ▶ de outro, a questão da divisão de responsabilidades no seu provimento, seja entre as esferas governamentais, seja entre o Estado e os diversos segmentos sociais.

Contudo, é importante destacarmos que há anos existe em tramitação a proposta da Emenda Constitucional n.169, que regulamenta os recursos destinados à Saúde no interior da Seguridade Social, buscando conferir transparência, responsabilidade e progressividade ao financiamento setorial. Nesse sentido, uma reforma fiscal que possa inverter ou pelo menos minorar o caráter regressivo do atual sistema ainda está a espera de quem a formule e a proponha.

Também devemos lembrar do desafio de regular e estabelecer relações com o setor privado suplementar, que, nos últimos anos, experimentou um crescimento exponencial, sendo hoje responsável pela cobertura de cerca de um quarto da população brasileira. Os esforços recentes em direção à sua regulamentação podem abrir novos horizontes para uma redefinição de papéis no pacto nacional da saúde.

Como novo **desenho político-institucional**, o SUS certamente representa uma experiência altamente inovadora, indicativa do quanto a descentralização e a participação podem contribuir para o melhor desempenho da gestão pública. O desenho das parcerias envolvidas na cultura da gestão descentralizada e pactuada, seja no interior do Estado ou entre as esferas, sugerindo um padrão inovador de pacto federativo (Comissões Intergestores), seja entre o Estado e a sociedade, compartilhando responsabilidades e decisões (Conselhos de Saúde), pode servir de modelagem para outras áreas de políticas públicas.

É evidente aqui que há muito o que caminhar em direção a mecanismos mais ágeis e efetivos para, a partir de transformações no Estado e na sociedade, gerar maiores graus de *accountability*,

retroalimentando a responsabilidade pública. De qualquer forma, a experiência da Saúde e do SUS tem o significado de desenhar uma proposta ou agenda de reforma do Estado que prescreva não a sua redução, mas o seu melhor desempenho público, ou seja, sua maior capacidade de expressar e de exercer o interesse público.

Embora a questão da remodelação do Estado tenha se mantido presente desde os primeiros momentos do programa da Reforma Sanitária, é na experiência viva desse processo que a Saúde – o SUS – pode estar gerando uma contribuição efetiva para uma proposta de reforma democrática do Estado.

Como novo **arranjo técnico-assistencial**, o SUS apenas agora começa a experimentar concretamente. Entretanto, as limitações no financiamento podem aqui ter um efeito dramático caso os ganhos em cobertura da atenção básica, alcançando populações até então excluídas, não sejam acompanhados de ganhos em resolutividade e qualidade da atenção. Teríamos, assim, não um modelo da atenção integral, mas um modelo perverso em que as populações marginais teriam acesso parcial e subalterno ao sistema, sem nenhuma chance de resolver problemas mais complexos. O sistema se eximiria da atenção de média e alta complexidade, deixando-as a cargo do mercado, em que estariam acessíveis apenas aos setores que pudessem comprá-las.

Nossa pretensão com essa disciplina não é a de esgotar o assunto, mas sim de instigar você a pesquisar mais sobre ele por meio das indicações de leitura que constam ao longo das Unidades e ao final do livro, na seção de Referências. Ficamos por aqui, desejando sucesso a você, futuro especialista em Gestão em Saúde.

Professores Antônio Ivo de Carvalho e Pedro Ribeiro Barbosa.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. *Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987*. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1987/94657.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Emenda Constitucional n. 29, 13 de setembro de 2000*. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960*. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1960/3807.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975*. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977*. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1977/6439.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96*. Brasília, DF, 1997. 34 p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do MS. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Brasil). *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB–SUS 91*. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2010.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.º 3, pp: 139-162, junho, 1990. IPEA.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

LIMA, N. T. *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Portaria n. 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. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/portarias_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000*. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20SIOPS%201163.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Portaria Interministerial n. 446, de 16 de março de 2004.*
Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria_446.PDF>. Acesso em: 20 jul. 2010.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. 1. ed. Campinas: Idisa-Conasems, 2007. v. 1. 167 p.

MINICURRÍCULO

Antônio Ivo de Carvalho

Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1974), possui especialização em Saúde Pública (1975) e mestrado (1994) pela Fundação Oswaldo Cruz, e residência médica pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1975). Atualmente é pesquisador/professor da Fundação Oswaldo Cruz e diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Conselhos de Saúde, Controle Social, Participação Social.



Pedro Ribeiro Barbosa

Bacharel em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1979), mestrado em Administração pela Fundação Getúlio Vargas – Rio de Janeiro (1993) e doutorado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP-Fiocruz, cuja tese teve por tema: *Inovação em Serviços de Saúde: dimensões analíticas e metodológicas na dinâmica de inovação em hospitais*. Exerce a função de Vice-Presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional (DOU – Seção 2 Página 40 ISSN 1677-7050, n. 178, quinta-feira, 17 de setembro de 2009 – Fundação Oswaldo Cruz – Portarias de 14 de setembro de 2009 – n. 451) e de Diretor Executivo da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC (fundação de apoio a FIOCRUZ). É Tecnologista Sênior da Fundação Oswaldo Cruz, atuando como professor, pesquisador e consultor. Principais áreas de interesse e atuação: gestão hospitalar, planejamento em saúde e gestão da inovação em saúde.

