

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS,
DESAFIOS E
REAFIRMAÇÃO DE PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – AGOSTO/2002

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
II-COMPROMISSOS COM A CIDADANIA E PELA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	5
III-CONTEXTUALIZAÇÃO: CONDIÇÕES SÓCIO-SANITÁRIAS NOS DOZE ANOS DO SUS.....	15
IV-AVANÇOS NA CONSTRUÇÃO DO SUS.....	21
V-DESAFIOS E REAFIRMAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.....	25
1. Construção da Equidade;	
2. Adequação da Oferta de Serviços de Saúde ao Perfil das Necessidades e Prioridades da População;	
3. Responsabilidades e Atribuições na Definição das Necessidades da População por Serviços do SUS;	
4. Implementação do Caráter de Porta de Entrada dos Serviços de Atenção Básica à Saúde;	
5. Reordenamento Organizacional e Programático dos Serviços de Média Complexidade, segundo a Racionalidade do SUS;	
6. Investimento Estratégico e Utilização da Capacidade Instalada;	
7. Reestruturação dos Programas e Projetos Federais Especiais;	
8. Planejamento da Oferta e Remuneração dos Serviços;	
9. Financiamento e Orçamentação;	
10. Reorientação da Política de Recursos Humanos no SUS;	
11. Construção do SUS como Expressão de Saúde Pública e sua Responsabilidade Regulatória	
VI-AGENDA PARA EFETIVAÇÃO DO SUS E DO CONTROLE SOCIAL – RELATÓRIO DA XI CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	44
ANEXOS.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	60

I- INTRODUÇÃO

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde – CNS, enquanto órgão colegiado deliberativo da Direção Nacional do SUS, que inclui e articula a diversidade dos segmentos da sociedade organizada e do Governo, pretende, através desta avaliação e reafirmação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, dar conseqüência à constatação unânime que realizou em dezembro/2001, da inadiabilidade de uma avaliação mais aprofundada e permanente do desenvolvimento do SUS.

Obviamente, os princípios e diretrizes da Universalidade, Eqüidade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização/Regionalização e Participação, tanto na sua compreensão quanto na sua realização prática e estratégica, balizaram esta avaliação. O desenvolvimento do SUS foi discutido pelo CNS durante sete reuniões ordinárias mensais, de fevereiro a agosto/2002, a partir de subsídios e versões parciais formuladas por Grupo de Trabalho Especial de Conselheiros, em processo extremamente rico que obteve a participação crescente de todos os conselheiros e a aprovação unânime na Reunião Ordinária de Agosto.

Os avanços e desafios relacionados neste documento devem ser debitados e exigidos simultaneamente aos gestores executivos e aos conselhos de saúde, ambos compelidos a construir conjuntamente a gestão participativa, conforme dispõem as Leis n.os 8.080/90 e 8.142/90. Vale lembrar que o cenário de construção do SUS, base deste documento, são os quase doze anos de esforços e aprendizados intensos e permanentes, durante três gestões do Governo Federal e respectivas gestões dos Governos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais. Vale, também, reconhecer que esta avaliação contém limitações e equívocos inevitáveis, em vista da variedade e complexidade dos aspectos abordados, o que confirma o caráter permanente e infindável do processo de avaliação e formulação de estratégias do sistema de saúde enquanto política pública.

Este documento tem dois objetivos: um, imediato, visando contribuir com os candidatos e programas partidários, no atual processo sucessório, e deles obter compromissos públicos; e, outro, na seqüência, visando estabelecer um ponto de partida para a elaboração de indicadores de acompanhamento do desenvolvimento do SUS pelos Conselhos de Saúde.

No cumprimento do segundo objetivo, mudanças conjunturais poderão justificar elaboração de novas versões que seguirão o mesmo processo de discussão e aprovação.

Os capítulos IV e V, referentes aos avanços e aos desafios do SUS, constituem o núcleo central do documento, mas torna-se imprescindível, para a sua compreensão e reflexão, a contextualização expressa no capítulo III.

II – COMPROMISSOS COM A CIDADANIA E PELA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE -SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo em construção, com base nos direitos de cidadania, não havendo condições, nem fundamentação válida que permita retrocesso. Esta construção implica na complexa e gradativa desconstrução/substituição do modelo anterior à Constituição de 88, que não parte dos direitos da cidadania da população e permanece dependente dos interesses mercantis, corporativistas e de políticas públicas excludentes, modelo este substituído legalmente, mas, na prática, só em parte, mantendo-se ainda hegemônico em vários aspectos fundamentais.

Os compromissos a seguir relacionados são reafirmados pelo Conselho Nacional de Saúde ao atual Governo, nas suas três esferas, ao Legislativo, ao Judiciário ao Ministério Público Federal e, em especial, aos candidatos e aos programas partidários envolvidos nas eleições de 2002.

Estes compromissos referem-se diretamente às dificuldades e desafios apontados no presente documento que, por sua vez, encontram-se contextualizados, junto aos avanços do SUS, no quadro sócio-sanitário do país, e nas disposições da 11ª Conferência Nacional de Saúde.

· Compromisso 1: Construção da equidade

Com nova relação Estado/Sociedade que permita a retomada de políticas públicas de construção da cidadania, em especial com relação à distribuição da renda e da terra, ao trabalho e emprego, habitação, segurança alimentar, qualidade do ensino, saneamento e meio ambiente, segurança pública, lazer e, na saúde, à efetivação do acesso universal às ações preventivas e curativas com qualidade, humanização e resolutividade e à redução das desigualdades.

A construção da equidade na área da saúde consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido.

Este desafio tem precedência sobre os demais, por se constituir no princípio e no objetivo estratégico central, que perpassa os demais desafios, tornando-se estratégia para a Universalidade e aumento da eficácia do sistema. Por isso, o desafio da Equidade expõe a imperiosidade do pleno exercício do controle social pelos Conselhos de Saúde e o decidido reconhecimento e construção do seu caráter deliberativo.

• Compromisso 2: Adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades e prioridades da população Adoção, pelos Gestores do SUS (nível federal, estadual e municipal), das prioridades definidas pelas necessidades de saúde da população e, a partir delas, planejar a oferta de serviços, invertendo, dessa forma, a relação prevalente no modelo anterior ao SUS, que dependia, no caso da assistência, de séries históricas de produção, apresentadas pelos prestadores de serviços, atreladas, quase que exclusivamente, aos seus interesses próprios.

O mapeamento das necessidades e prioridades de saúde da população, de acordo com as realidades e peculiaridades regionais e microrregionais, sob critérios epidemiológicos e sociais, deve transformar - se, após a aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde, no grande eixo condutor da oferta de serviços, da qualidade e da resolutividade das ações de promoção, de proteção e recuperação da saúde, nos Municípios, Regiões, Estados e DF. Este compromisso coloca a estratégia da Regionalização como imprescindível na realização dos próximos quatro compromissos.

• Compromisso 3: Responsabilidades e atribuições na definição das necessidades da população por serviços do SUS A adequação dos parâmetros assistenciais nacionais, a ser feita pelos gestores do SUS, deve atender à diversidade regional e microrregional. A oferta de serviços deve ser definida segundo metas pactuadas na Programação Pactuada Integrada – PPI, no Plano Diretor Regional – PDR e nos Planos Municipais de Saúde e sua disponibilidade será regulada através de Centrais de Regulação, órgãos de Gestão e submetida a controles de qualidade, de resultados, e acompanhada pelos respectivos Conselhos de Saúde.

· Compromisso 4: Implementação do caráter de porta de entrada dos serviços de atenção básica à saúde Efetivação da Atenção Básica à Saúde como instrumento fundamental, não só para garantir o acesso universal ao primeiro nível de atendimento, mas, também, como forma facilitadora do acesso aos serviços de maior complexidade e custo, vindo a ser a “porta de entrada” principal do Sistema Único de Saúde, executando o seguinte leque de ações:

a) Ações intersetoriais, de Promoção da Saúde, planejadas e executadas de forma articulada desde o nível das pequenas comunidades e das famílias até o nível dos Governos Municipais, Estaduais e Nacional, com prioridade à Educação, Saneamento, Alimentação, Habitação, Meio Ambiente, Segurança, Lazer, trabalho (urbano e rural), Emprego e Renda. A imagem-objetivo de “municípios saudáveis” é, nesse sentido, um importante eixo para a gestão pública da cidadania, inclusive a construção da cultura de Paz, no bojo da construção da política pública de cidadania;

b) Ações setoriais, de Proteção Específica, a segmentos da população expostos a situações de risco, como as pessoas idosas, os trabalhadores (urbanos e rurais), a população indígena, as gestantes e mulheres de um modo geral, as crianças, os jovens desempregados e outros;

c) Diagnóstico e tratamento precoces;

d) Atendimento de urgências de baixa complexidade;

e) Cuidados básicos a doentes crônicos, egressos de internações e portadores de deficiências;

f) Referência para serviços de média e alta complexidade, após esgotada a resolutividade da rede de unidades básicas, o que pode alcançar pelo menos 85% dos problemas de saúde, e

g) Atingir a predominância do atendimento por responsabilidade sanitária, sobre o mero atendimento da demanda.

· Compromisso 5: Reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, segundo a racionalidade do SUS Repactuação com os prestadores de serviços e profissionais ligados às especialidades dos grupos de procedimentos de diagnose e terapia de média complexidade. Regular e facilitar o acesso a estes serviços, evitando o congestionamento da demanda, com as inevitáveis filas de espera, bem como o grande percentual de exames e atendimentos desnecessários. A lógica organizacional do SUS, para este nível de atendimento, pressupõe sua qualificação como suporte à rede de unidades básicas – como referência assegurada e não porta de entrada substitutiva -, dotando-os de acessibilidade e resolutividade, mediante o planejamento criterioso da oferta dos serviços.

- Compromisso 6: Investimentos estratégicos e utilização da capacidade instalada
 - a) Dar prioridade à realização de investimentos estratégicos, expandindo a capacidade instalada de serviços de forma planejada, fator fundamental para garantir o acesso universal e equitativo de toda a população: no local, para a atenção básica; na microrregião/região, para os serviços de média complexidade; e na região/macrorregião, para os de alta complexidade. Estes investimentos são, hoje, o mais importante fator para a construção da equidade, e devem ser orientados pelos Planos Regionais de Investimento, aprovados nas Bipartites e nos Conselhos Estaduais de Saúde.
 - b) Possibilitar a participação do SUS na formulação da política Científica, Tecnológica e Industrial do país, visando a autonomia nacional na produção de vacinas, hemoderivados, imunobiológicos, medicamentos essenciais e outros insumos básicos.
 - c) Possibilitar participação especial do SUS na definição das estratégias e diretrizes nacionais em Ciência e Tecnologia em Saúde que contribuam para a redução das desigualdades em saúde e para o aumento da capacidade tecnológica do país.

. Compromisso 7: Reestruturação dos programas e projetos federais especiais
Reconhecimento e priorização do papel dos Conselhos de Saúde para deliberar, e das Comissões Intergestores Tripartite -CIT e Bipartites -CIBs para articular e pactuar sobre as prioridades de controle de endemias, de assistência à saúde, de atendimento de demandas reprimidas, de provisão de recursos, de admissão e qualificação de profissionais, tanto no âmbito nacional como no estadual e regional, inclusive na responsabilização das três esferas de governo pela provisão dos recursos necessários para capacitação, atualização dos trabalhadores de saúde e o financiamento da Atenção Básica e de Média Complexidade, estruturando-as de modo permanente. Este reconhecimento e priorização, sem prejuízo das prerrogativas intransferíveis de responsabilidade nacional do Ministério da Saúde, substituem, necessariamente, as verticalidades programáticas ainda bastante presentes, que entendem os Estados e Municípios como meros executores.

- Compromisso 8: Planejamento da oferta e da remuneração dos serviços
Abrir discussão transparente, objetiva e conclusiva entre os gestores do SUS das três esferas, na Tripartite e Bipartites, e com os Conselhos de Saúde, visando a formulação de estratégias e mecanismos coerentes com a lógica do SUS, quanto a:
 - a) Modalidades das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, (atualmente por convênio e fundo a fundo), e;
 - b) Modalidades de remuneração, pelos gestores do SUS, dos serviços prestados, tanto por prestadores públicos como privados conveniados e contratados (profissionais e instituições). As modalidades atuais, na quase totalidade, foram herdadas do Ministério da Saúde e do ex-INAMPS, que as praticavam há mais de meio século, e que já não predominam nos sistemas de saúde de países mais próximos dos direitos de cidadania.

- Compromisso 9: Financiamento e Orçamentação
 - a) Prosseguir com a discussão nos Conselhos de Saúde, visando a determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições, dos seguintes conjuntos de itens: (i) custeio; (ii) investimentos; (iii) atenção básica; (iv) média complexidade; e (v) alta complexidade.
 - b) Executar o orçamento de forma regular, evitando os congestionamentos da execução no final do ano e as perdas através de restos a pagar não liquidados.

c) Cumprir a Emenda Constitucional n.º 29, conforme ficou consubstanciado na Resolução CNS n.º 316/02 exaustivamente negociada entre o CNS, Ministério Público, Tribunais de Contas dos Estados, MS, CONASS, CONASEMS, Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. (Anexo III).

d) Atuar vigorosamente na defesa da retomada do desenvolvimento sócio-econômico e da elevação da atual porcentagem do PIB destinada à saúde, incrementando, principalmente, a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde, para além de dos atuais quase 50% do gasto nacional em saúde, muito aquém dos mais de 70% no Canadá e na maioria dos países europeus. Este compromisso deve estar explicitado na elaboração e aprovação da Lei Complementar definida pela EC n.º 29. Sem esta perspectiva de aumento do gasto público com saúde não há como alcançar uma Atenção Básica à Saúde universal e efetiva, resolvendo cerca de 85% dos problemas de saúde sob responsabilidade do SUS, nem atingir o novo papel para os serviços de média complexidade, nem, também, realizar os investimentos estratégicos a ponto de direcionar a construção do SUS para a equidade, nem fornecer o suporte imprescindível a uma nova política de recursos humanos para a saúde, embasada na lógica do SUS.

· Compromisso 10: Reorientação da política de recursos humanos do SUS

a) Implantar os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, aprovados na 11ª Conferência Nacional de Saúde e deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde. Estes princípios e diretrizes (NOB/RH-SUS) têm por finalidade primordial estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS. Ao compatibilizá-los com as diferentes realidades e situações institucionais, busca-se superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS. Os Recursos Humanos no setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento. Sabe-se que o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema. O quadro atual é de profunda desregulação, evidenciada pela disparidade de salários entre as diversas instâncias de gestão, contratações que não respeitam a legislação vigente, burla do concurso público como única forma de acesso ao serviço público, falta de reposição de pessoal, incentivo a demissões voluntárias promovidas pelo Governo Federal e alguns Governos Estaduais, causando desativação de serviços e falta de assistência à população. A Lei de Responsabilidade Fiscal, ao impor limites de gastos com folha de pagamento, tem restringido contratações em áreas essenciais à assistência à população.

Os principais temas a serem implementados são os seguintes:

1) Gestão do Trabalho no SUS:

a) Participação na Gestão do Trabalho;

b) Ordenação do Trabalho;

c) Competência e Responsabilidade de Contratação;

d) Elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS's).

2) Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS:

a) Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS;

- b) Avaliação do Desenvolvimento do Trabalhador do SUS.
- 3) Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS;
- 4) Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS:
 - a) Gestão Participativa e com Controle Social:
 - b) Fóruns de Deliberação sobre a Política de Gestão do Trabalho no SUS:
 - c) Impacto na Qualidade das Ações e Serviços de Saúde:
As novas relações de trabalho, com base num novo modelo de gestão, devem propiciar:
 - a) Satisfação com o trabalho e fixação e continuidade dos profissionais prioritários e básicos, com queda efetiva da desastrosa rotatividade hoje existente;
 - b) Aprofundamento da gestão ao nível do micro-processo de trabalho, no âmbito da relação pessoal e profissional do profissional de saúde com o usuário.
 - c) Reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS;
 - d) Reconhecimento da responsabilidade social do pessoal de saúde e do setor saúde como utilizador de mão-de-obra intensiva;
 - e) Concurso Público e Plano de Cargos, Carreiras e Salários;
 - f) Valorização, nos PCCS do SUS, dos perfis profissionais generalistas e do trabalho em equipe (através de adicionais de desempenho e resultados para a saúde da população).
 - g) Capacitação permanente visando os perfis profissionais orientados pelas necessidades da população em cada realidade regional e nível de complexidade.
 - h) Reformulação dos currículos das escolas de saúde, através de diretrizes adequadas à lógica e às necessidades do SUS.
 - i) Reconhecimento das Mesas de Negociação como espaço democrático de equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho.

- Compromisso 11: Construção do SUS como Expressão da Saúde Pública e sua Responsabilidade Regulatória do SUS O Sistema Único de Saúde deve ser entendido como expressão da Saúde Pública e responsabilidade maior do Estado, e por isso, a saúde da população é o critério central para a organização/gestão do sistema. Dentre as funções essenciais da Saúde Pública este desafio refere -se estrategicamente a três responsabilidades intransferíveis do SUS:
 - a) Informação em Saúde para a gestão, para a capacitação de recursos humanos e para o controle social,
 - b) Regulamentação da legislação vigente, inclusive no que diz respeito à adequação dos atos legais que criaram agências executivas e reguladoras na área da saúde, à Lei Orgânica da Saúde (Leis n.os 8.080/90 e 8.142/90), vinculando todos esses dispositivos legais à realização dos princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização e Participação Social.
 - c) Aclarar e objetivar, junto aos poderes competentes, os papéis, atribuições e compromissos dos gestores do SUS na “macro-regulação” do sistema, na regulação da prestação de serviços (prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo poder público), das operadoras dos planos privados de saúde, e da regulação dos preços dos fabricantes e vendedores de medicamentos, equipamentos médicoodontológicos, imunobiológicos e outros insumos básicos para a Saúde.

III – CONTEXTUALIZAÇÃO: CONDIÇÕES SÓCIO-SANITÁRIAS NOS DOZE ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SUS

“Os dados de emprego e renda na década de 1990-2000 expressam uma retração na oferta de postos de trabalho, decorrentes de condições estruturais relacionadas às mudanças tecnológicas dos processos produtivos, mas, sobretudo, de fatores recessivos associados às políticas de ajuste econômico. Estas foram caracterizadas por juros elevados, baixa prioridade à expansão do mercado interno, baixa remuneração do trabalho assalariado e crescimento do trabalho informal, com precarização das relações de trabalho (segundo o IBGE, mais de 50% da força de trabalho empregada não tem carteira de trabalho, superando a média dos últimos 20 anos). Além disso, aprofundou-se a desigualdade social manifesta pela elevação crescente da concentração da renda, com repercussões sobre o agravamento das situações de pobreza e exclusão social, tanto dos que estão fora do mercado trabalho quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e de remuneração”. “A persistência de importantes bolsões de fome e miséria, e a crescente violência no campo e na cidade ainda compõem um quadro dramático que envergonha a nação, principalmente quando comparados os indicadores de crescimento econômico e financeiro com os índices de desenvolvimento humano”.

“Políticas fundamentais para a saúde da população, como as de saneamento básico, não se expandiram, no ritmo desejável para atender às necessidades de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Multiplicam-se as agressões ao ambiente”.

“Os impactos deste cenário sobre a situação de vida e saúde da população são evidentes. Estudos sobre o perfil nutricional de recém-natos e crianças nos primeiros anos de vida são reveladores de profundas desigualdades: 8% de crianças com baixo peso ao nascer provêm de regiões desenvolvidas como Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal e, além disso, considerando-se a média para o país, 5% das crianças de 0-5 anos apresentam déficit ponderal”.

“A expansão dos serviços municipais de saúde, a implantação exitosa do Programa de Saúde da Família e a ampliação dos quadros técnicos vinculados às Secretarias Municipais de Saúde levaram a um relativo aumento na oferta de cuidados básicos, embora ainda persistam grandes lacunas de cobertura a serem preenchidas. A conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade dos cuidados ainda está por ser construída. As distorções e carências ainda persistem nos níveis mais complexos de assistência”.

“As despesas públicas com assistência médica mostram uma tendência favorável à expansão dos cuidados básicos e ambulatoriais, embora uma parcela significativa do incremento de gasto se deva ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, não evidenciando um aumento significativo em investimento e em custeio para o setor”.

“A busca da equidade é tímida, persistindo a concentração de recursos no Sul e Sudeste, embora seja proposta a interiorização de pessoal de saúde com base na estratégia da família e nas articulações do Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde e Universidades”. “Por outro lado, os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e equidade. Quando se tenta avaliar a qualidade e a resolubilidade dos serviços, essa distância aumenta”. “A coexistência de regiões com elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a persistência da desnutrição e da pobreza, as ameaças recorrentes de surtos epidêmicos, a cronicidade

das endemias, associada a um padrão demográfico caracterizado por um aumento da população de jovens (especialmente nas regiões sul e sudeste) e de idosos e, ainda, a brutal expansão de acidentes e da violência urbanas, apontam mais desafios para o SUS”.

Os parágrafos com aspas referem-se ao documento da ABRASCO apresentado na 11ª Conferência Nacional de saúde.

O quadro de desigualdades econômicas e sociais que caracteriza a sociedade brasileira tem expressão na área da saúde, tanto nos quadros epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços.

Também se reflete na configuração institucional do Sistema de Saúde, que, desde o início do século até a década de oitenta, foi marcado pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais e caracterizado por um padrão institucional dual que distinguia e separava “saúde pública” e “medicina previdenciária”.

O Ministério da Saúde, ao qual estavam vinculadas as instituições responsáveis pelo controle de endemias, ações de vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis, era responsável pelas ações de saúde pública. A assistência médico-hospitalar era disponibilizada, no âmbito do setor público, apenas aos segurados do sistema de Previdência Social, integrados ao mercado formal de trabalho. A legislação que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde², em 1975, consagrou essa divisão entre “ações de alcance coletivo”, de saúde pública, com caráter sanitário e preventivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e “ações individuais”, de natureza curativa, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

O processo de redemocratização do país, na década de oitenta, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. O Movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que reuniu pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária. Como consequência desse fortalecimento político, o Movimento conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, “mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (art. 196, CF 1988).

Para assegurar esse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde – SUS, sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90).

O sistema público existente na época, que oferecia assistência apenas à parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, passou a atender a demanda de todos os cidadãos brasileiros, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição do gasto público. Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta, e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, o resultado foi a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos.

Esse período corresponde, como contrapartida à crise do sistema público, à forte expansão do sistema de planos e seguros privados de saúde, para o qual migraram os trabalhadores do mercado formal de trabalho, em geral subvencionados pelos empregadores. A cobertura do sistema supletivo privado alcançava, em 1998, 29 milhões de pessoas. Essa cobertura beneficia, particularmente, os estratos de maior renda, que correspondem, também, aos segmentos mais hígidos: na faixa de renda familiar mensal superior a 20 salários mínimos, o percentual de população coberta alcançava 76%, enquanto no estrato com renda até um salário mínimo essa cobertura era de apenas 2,6%. A maior parte da população de menor renda depende do sistema público de saúde: na faixa de renda de até 2 salários mínimos, o percentual de não cobertos por planos de saúde é superior a 95%; na faixa de 2 a 5 salários mínimos é de 85%³.

Apesar dessas dificuldades, a implementação do dispositivo constitucional que criou o SUS ganhou crescente apoio político na década dos noventa, o que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde.

2 Lei nº 6.229/75

3 IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998

Os resultados desse esforço começam a ser percebidos. Em 1999, 97% dos municípios brasileiros já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis pela operação de quase 62% dos estabelecimentos de saúde existentes no país, predominantemente direcionados à provisão de serviços de atenção básica. Essa maior proximidade entre os beneficiários da política de saúde e o locus de decisão tem permitido responder melhor a quadros epidemiológicos loco-regionais, adequar as ações às necessidades da população, ampliar a cobertura e disponibilizar serviços a áreas antes desprovidas.

O estado da saúde da população e a responsabilidade de intervir com eficácia na elevação dos seus baixos patamares constituem a única razão da concepção e do desenvolvimento do SUS.

Os maiores desafios atuais estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da saúde pública, subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os Princípios Éticos da Universalidade, Equidade e Integralidade.

Em decorrência, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, elevação da resolutividade da rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e à garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradualmente, superar as desigualdades de acesso existentes.

IV – AVANÇOS NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da promulgação das Leis 8080/90 e 8142/90 muitos avanços, reiterados na 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, foram conquistados, palmo a palmo, pelas gestões municipais, estaduais e federal. Entre esses avanços destacam-se:

1 - Descentralização da gestão (estadualização e municipalização) com criação das Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartites), fóruns de pactuação e geração de Normas Operacionais Básicas pelas três esferas de Governo, que, além de conferir maior legitimidade e realismo às decisões, permitem maior velocidade nas respostas às demandas da população;

- 2 – Criação e desenvolvimento dos Fundos de Saúde: Nacional, Estaduais e Municipais;
- 3 – Criação e crescimento da modalidade de repasse “fundo a fundo”;
- 4 – Criação e funcionamento de Conselhos de Saúde em todos os Estados, Distrito Federal e na grande maioria dos Municípios, em processo de pleno desenvolvimento e capacitação no exercício do controle social e da gestão participativa;
- 5 – Fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente, os de Atenção Básica;
- 6 -Aumento da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase especial na Atenção Básica, por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), abrindo mais um espaço de mudança de modelo de atenção, que possibilita passar do atendimento de demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária;
- 7 – Implementação, de maneira sistemática, de articulações e de ações intersetoriais visando a promoção e proteção da saúde, incluindo o conceito e a prática da política de “Municípios Saudáveis”;
- 8 - Aumento da cobertura e início do processo de regulamentação dos transplantes de órgãos e tecidos;
- 9 - Continuidade do desenvolvimento do controle da AIDS, política modelar entre os países não desenvolvidos;
- 10 – Ampliação da cobertura vacinal, em parte pela estratégia dos dias nacionais de vacinação, e, em parte, pela expansão da rede de serviços;
- 11 – Incremento da cobertura às gestantes e à infância, com diminuição regional da mortalidade materna e infantil, ainda que persistam níveis bastante insatisfatórios;
- 12 - Elevação da capacidade de gestão pública, especialmente entre os municípios. A grande maioria assumiu a Gestão Plena da Atenção Básica à Saúde e, várias centenas deles, a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde;
- 13 – Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;
- 14 – Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- 15 – Facilitação do acesso às informações de saúde via internet;
- 16 – Absorção, pelas três esferas de Governo, das funções e serviços do extinto INAMPS;
- 17 – Crescimento de 25% para 42% da participação dos Estados e Municípios no financiamento do SUS nos anos 90;
- 18 – Resistência à política de cortes, contingenciamentos e às baixas execuções orçamentárias, através da conquista de suplementações, da mobilização pelas aprovações da CPMF, da Emenda Constitucional n.º 169 e da Emenda Constitucional n.º 29. Luta contínua pela manutenção dos avanços obtidos, configurada nas mobilizações pela queda do parecer da Advocacia Geral da União, de Dezembro/2000, pela regulamentação da aplicação da E C n.º 29, e contra os futuros estrangulamentos orçamentário-financeiros que a política econômica vigente continua impingindo ao Sistema Único de Saúde;
- 19 - Início da implementação da diretriz constitucional da hierarquização/regionalização da assistência à saúde através do avanço da repactuação dos papéis das três esferas de Governo, ao nível das Comissões Intergestores Tripartite, Bipartites e dos Conselhos de Saúde em torno da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS;
- 20 – Criação e início de funcionamento do Banco de Preços na Área Hospitalar;
- 21 – Criação e início de funcionamento do Registro Nacional de Preços de Medicamentos Básicos;
- 22 – Início da aplicação da política de medicamentos genéricos;

23 – Início da implantação do Cartão SUS como instrumento de facilitação do acesso, de planejamento, avaliação e controle dos serviços médico-sanitários universais e de desenvolvimento do Sistema Nacional de Informações de Saúde;

24 – Amplo reconhecimento e legitimação pela Sociedade, Governo e Partidos, dos Princípios e Diretrizes do SUS;

25 – Incorporação da Vigilância Sanitária na Agenda Prioritária do SUS, assim como o surgimento dos primeiros reflexos positivos por meio da descentralização para as gestões estaduais e municipais, e definição da política desse setor, com base nos resultados da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

26 – Reconhecimento dos acertos iniciais da regulação dos planos privados de saúde. O grande destaque é que o conjunto de avanços comprova insofismavelmente a adequação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS e que a sua construção, na prática, é um processo positivo em andamento, não devendo ser admitido qualquer tipo de retrocesso, apesar das conjunturas adversas que continuam envolvendo sua construção. Requer, por isso, além da grande dedicação e esforço de dirigentes e técnicos dos Municípios, dos Estados e da União, assim como dos profissionais e representações da sociedade civil, também o aprofundamento das estratégias formuladas com plena participação dos Conselhos de Saúde, visando atingir as estruturas do sistema, orientando efetivamente o modelo de atenção à saúde na direção da Equidade, Universalidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social.

V - DESAFIOS E REAFIRMAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Nos doze anos de vigência das Leis n.os 8.080/90 e 8.142/90, as dificuldades à construção do SUS decorrem não só das resistências aos avanços realizados até o momento, que tentam manter interesses e estruturas do modelo anterior de atenção à saúde, como, também, das medidas, em curso, de reforma do Estado, de corte neoliberal, que agridem profundamente as políticas públicas sociais e o desenvolvimento de recursos humanos para a efetivação dessas políticas. As dificuldades dizem respeito não somente às agendas inconclusas da construção do SUS, devido à insuficiência de recursos, mas, muitas vezes, à baixa experiência da gestão pública. Dizem respeito, também, a entendimentos equivocados, senão desviantes, de alguns setores da gestão pública, sobre algumas das diretrizes do SUS, traçadas pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde.

Considerando a grande complexidade de se identificar as causas das dificuldades e dos desvios de rumos, optou-se por denominá-los, genericamente, de desafios. Desafios colocados para os Gestores e para os Conselheiros de Saúde, na visão de Gestão Participativa.

Os desafios aqui apresentados colocam a construção do SUS sob o ângulo da estruturação do novo modelo de atenção à saúde, e não somente do aumento da eficiência de estruturas do modelo anterior que, apesar de comportarem desejáveis avanços no acesso, cobertura, equidade, integralidade, descentralização e participação, são avanços estruturalmente limitados e com custos cada vez menos sustentáveis. A condução estratégica desses avanços pode ser estruturante, rompendo o velho modelo, ou enganosa, reproduzindo-os e reforçando-os com novos visuais. O Conselho Nacional de Saúde reconhece as inconclusividades, desvios de rumos, fragilidades de gestão e do próprio controle social, sem o que se distanciaria das imprescindíveis correções.

Reconhece, por outro lado, que os princípios e diretrizes do SUS e sua tentativa de concretização, nos últimos doze anos, encontram-se inequivocamente dificultados pela política econômica vigente nestes últimos anos, que privilegia o sistema financeiro, o mercado e um paradigma de Estado de baixíssimo compromisso com políticas públicas redistributivistas, desenvolvimentistas, de pleno emprego e de ações intersetoriais, visando a qualidade de vida e os direitos de cidadania, no que tange à alimentação e segurança alimentar, saneamento, meio-ambiente, educação, trabalho (urbano e rural), emprego, renda, habitação, segurança pública, cultura, lazer e, também, a saúde. O SUS, nesse contexto, é um conjunto de atores sociais e institucionais que vem se desenvolvendo na contra-mão dessas políticas controversas, hoje responsáveis pelas maiores causas das dificuldades à sua implantação e que deverão ser superadas pela própria sociedade.

1. Construção da Equidade

A construção da equidade na área da saúde consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido.

Este desafio tem precedência sobre os demais, por se constituir no princípio e no objetivo estratégico central, que perpassa os outros desafios, tornando-se estratégia para a Universalidade e aumento da eficácia do sistema. Por isso, o desafio da Equidade expõe a imperiosidade do pleno exercício do controle social pelos Conselhos de Saúde e o decidido reconhecimento e construção do seu caráter deliberativo.

Algumas considerações sobre o alcance da equidade:

1.1 – Os indicadores para acompanhamento da construção da equidade não podem e não devem ser reduzidos, de forma simplista, à diminuição das defasagens ou uniformização dos per capita financeiros, estaduais e regionais, para saúde. Esta simplificação se agrava quando são considerados somente os per-capitas para custeio dos serviços, não se atentando para a necessidade de recursos para investimentos estratégicos e para fixação de profissionais capacitados.

1.2 – Os indicadores de aferição da equidade devem abranger a qualidade de vida, a exposição específica aos riscos para a saúde, a morbi-mortalidade por estratos da população, a capacidade instalada e a resolutividade da atenção básica à saúde e da atenção de média complexidade, o grau de utilização desses serviços e outras variáveis, além dos per capita financeiros para custeio e investimento.

1.3 – Os repasses de recursos federais são altamente indutores, especialmente nas regiões mais atrasadas, mas não devem ser avaliados isoladamente dos aportes de recursos estaduais e municipais. Lembra-se que os Estados, DF e Municípios participam, hoje, com 42% do financiamento do SUS.

1.4 – A análise das desigualdades, quando restrita aos espaços das macrorregiões ou dos estados, é insuficiente para orientar a construção da equidade. As desigualdades devem ser analisadas no âmbito de cada estado (entre os municípios) e até mesmo no âmbito de microterritórios (bairros e vilas urbanas, vilas rurais, bolsões de favelas, barracos e as várias formas de invasões), uma vez que, se não forem corrigidas as desigualdades nesses níveis, será inevitável a reprodução das desigualdades, apesar do aumento da aplicação de recursos. Ademais, deve ser levado em conta que um dos fatores que contribuem para o reforço das desigualdades é a ausência de modelos de intervenção para a atenção à saúde dos grupos populacionais em desvantagem social,

devendo ser desencadeada uma discriminação positiva, com aporte de recursos e ações diferenciadas.

1.5 – Sob o ponto de vista das condições da saúde da população brasileira, o princípio da equidade encontra-se, ainda, extremamente distante da sua efetivação. A maior causa é intersetorial, com a iniquidade e desigualdade da oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros. O resultado do esforço do SUS seria seguramente bem melhor, caso as políticas públicas referentes aos demais setores estivessem também sob a lógica dos direitos de cidadania, como a do SUS.

2. Adequação da Oferta de Serviços de Saúde ao Perfil das Necessidades e Prioridades da População.

2.1 A Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a implementação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) com os Planos Diretores Regionais (PDR's), não conseguiram, até agora, oferecer referenciais regionais seguros para orientar: a) o número, o perfil e a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde, desde as mais simples Unidades Básicas de Saúde às unidades hospitalares e laboratoriais mais complexas; b) a produção, distribuição, alocação e grau de utilização dos equipamentos hospitalares, laboratoriais e ambulatoriais, dos medicamentos, reagentes e imunobiológicos; e, c) o número, o perfil e distribuição dos profissionais de saúde e dos seus processos de trabalho.

2.2 O perfil das necessidades e prioridades de saúde da população deve ser determinado a partir de informações epidemiológicas (situações de risco e morbi-mortalidade), vis a vis as informações e demandas trazidas pelas entidades representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde, e não somente pelos prestadores de serviços e pelos profissionais. Este perfil será referência para o planejamento da oferta de serviços, em nível regional e muitas vezes microrregional, devido à marcante diversidade sócio-econômica e epidemiológica entre as regiões, no país.

2.3 O planejamento da oferta de serviços deve contemplar as seguintes modalidades de ações: a) intersetoriais de promoção da saúde; b) de proteção específica a segmentos populacionais expostos a riscos determinados; e, c) de recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade. Este perfil, configurado em nível regional e, se necessário, microrregional, deve constituir-se na base dos planos municipais e regionais de saúde, contendo, obrigatoriamente, metas de produção, qualidade e resultados, sob a égide das diretrizes da universalidade, integralidade e equidade.

2.4 Este desafio coloca a estratégia da Regionalização como imprescindível na realização dos próximos quatro desafios.

3. Responsabilidades e Atribuições na Definição das Necessidades da População por Serviços do SUS.

3.1 – A “encomenda” da provisão de serviços deve ser feita pelos Gestores aos Prestadores (públicos e privados complementares), segundo as metas pactuadas na PPI, no PDR e nos Planos Municipais de Saúde. A provisão dos serviços deve ser regulada pelo gestor por meio de Centrais de Regulação e submetida a controles de qualidade, avaliação dos resultados e acompanhada pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.2 – As unidades prestadoras de serviços (governamentais e privadas conveniadas/contratadas) devem participar na definição das necessidades/prioridades, através das suas representações nas instâncias gestoras municipais e regionais, assim como nos Conselhos de Saúde, e não devem “impor” à Gestão, a “sua” produção ambulatorial, os “seus” Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico –

SADT, a “sua” clientela, as “suas” vagas, valendo-se da autonomia e quase exclusividade que o sistema anterior delegava aos prestadores, dos quais era mero refém-pagador.

3.3 – A adequação regional dos parâmetros assistenciais nacionais deve balizar-se no novo enfoque do perfil da oferta de serviços e na marcante diversidade regional e microrregional. Essa adequação, com exceção de casos pontuais, está longe de ser a regra. A regra é, ainda, a definição das necessidades/prioridades pelos prestadores de serviços e pelo ângulo medicalizado da demanda, com baixa incorporação do controle da qualidade dos serviços e avaliação dos resultados, e descomprometida com a implementação de ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde.

4. Efetivação do caráter de Porta de Entrada dos Serviços de Atenção Básica à Saúde. A Atenção Básica à Saúde ainda não constitui a porta de entrada principal aos serviços de saúde, perdendo este papel para os ambulatorios especializados de Média Complexidade – MC e para os serviços de urgência (Pronto-Socorros).

Nos últimos anos, houve expressiva ampliação da oferta de serviços básicos em todo o país, através da extensão da rede municipal de UBS's e da implementação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família – PACS/PSF, abrindo acesso ao SUS a grande segmento populacional, rural e urbano, antes excluído. Contudo, a Atenção Básica, com exceção de um número ainda inexpressivo de situações, pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada UBS, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população, não alcançando o parâmetro universal de resolução de 85% dos problemas de saúde demandados neste nível. É condição imprescindível, para a resolutividade do sistema, que se resguarde o direito de cidadania do acesso aos serviços de saúde, dentro da lógica que leve em conta as diretrizes da universalidade, equidade e integralidade, mediante a expansão de ações passíveis de serem realizadas tão somente a partir dos serviços de Atenção Básica à Saúde. É neste espaço estratégico e privilegiado de porta de entrada que o novo modelo de atenção à saúde deve incorporar e construir a responsabilidade sanitária, não somente através da sua territorialização, mas da adscrição de clientela, do acolhimento e vínculo, valendo-se de instrumentos importantes, como o planejamento estratégico, os cadastramentos, o geoprocessamento, entre outros.

4.1 – A estruturação da Atenção Básica deve contemplar:

4.1.1 Rede de Unidades Básicas de Saúde – UBSs, com suas equipes atuando nas próprias unidades e nas comunidades abrangidas, com adscrição de clientela;

4.1.2 Ações: (i) intersetoriais, de Promoção da Saúde, planejadas e executadas de forma articulada desde o nível das pequenas comunidades e das famílias, até o nível dos Governos Municipais, Estaduais e Nacional, com prioridade à Educação, Saneamento, Alimentação, Habitação, Meio Ambiente, Segurança, Lazer, trabalho (rural e urbano), Emprego e Renda. A imagem-objetivo de “municípios saudáveis” é, nesse sentido, um importante eixo para a gestão pública da cidadania, inclusive a construção da cultura de Paz, no bojo da construção da política pública de cidadania; (ii) setoriais, de Proteção Específica a segmentos da população expostos a situações de risco, como as pessoas idosas, os trabalhadores (urbanos e rurais), a população indígena, as gestantes e mulheres de um modo geral, as crianças, os jovens desempregados e outros; (iii) Diagnóstico e tratamento precoces; (iv) Atendimento de urgências de baixa complexidade; (v) Cuidados básicos a doentes crônicos, egressos de internações, e portadores de deficiências;

(vi) Referência para serviços de média e alta complexidade, após esgotada a resolutividade da rede de unidades básicas, o que pode alcançar pelo menos 85% dos problemas de saúde, e

(vii) Atingir a predominância do atendimento por responsabilidade sanitária sobre o mero atendimento da demanda.

4.2 – Consolidação (física e funcional) da Rede de UBSs enquanto componente central da porta de entrada, na lógica do modelo de atenção do SUS, e respectivas decisões político-administrativas do Governo e Conselhos de Saúde, priorizando e efetivando a:

a) Fixação, adesão e capacitação adequada dos profissionais necessários, configurando um novo corpo profissional, reconhecido e respeitado;

b) Consolidação do vínculo profissional e funcional da equipe de Saúde de Família e Agentes Comunitários de Saúde a uma UBS, com vistas à ampliação da adscrição de famílias e pessoas da comunidade e articulação com os demais membros da equipe da UBS;

c) Realização de investimentos estratégicos em cada microrregião e localidade, visando oferecer serviços básicos de acesso fácil, universal e igualitário para toda a população;

d) Elevação do grau de resolutividade da Atenção Básica à Saúde, não somente quanto ao seu componente assistencial, mas igualmente, às ações de promoção e proteção da saúde;

e) Captação massiva dos usuários que necessitam de serviços básicos, que ainda hoje utilizam os serviços de média complexidade como porta de entrada, congestionando-os e desviando-os de sua função primordial de referência e suporte da rede de UBSs.

5. Reordenamento Organizacional e Programático dos Serviços de Média Complexidade, segundo a Racionalidade do SUS.

Estes serviços, em regra, constituem ainda a porta de entrada real ao sistema, absorvendo diretamente a maior parte da demanda que, por sua baixa complexidade, deveria ser resolvida na rede de UBS's.

Os Ambulatórios de Especialidades, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Hospitais Gerais e Serviços de Urgência devem inserir-se no sistema de maneira compatível com as necessidades microrregionais.

Esse procedimento implica em:

5.1 – Efetivação da transição do perfil “porta de entrada de demanda eletiva”, para o perfil “referência e suporte” da atenção básica.

5.2 – Incorporação, na cultura assistencial e na rotina do atendimento da Média Complexidade, de:

a) Protocolos e diretrizes de condutas técnicas (diagnósticas e terapêuticas), sua aplicação e controle, incluindo critérios de requisição de exames diagnósticos e de encaminhamentos, com vistas ao controle dos altíssimos índices de procedimentos evitáveis, como exames e condutas desnecessárias.

b) Mecanismos eficazes de referência e contra-referência com as UBSs da área de abrangência, em coerência com o perfil das necessidades/prioridades de saúde da população.

5.3 – Participação em atividades permanentes de capacitação e atualização dos profissionais das UBSs.

5.4 – Planejamento e preparação dos serviços de média complexidade para atender os encaminhamentos da Rede de UBS's, referentes às demandas antes reprimidas.

6. Investimento Estratégico e Utilização da Capacidade Instalada Existente.

Os critérios ainda predominantes para os investimentos em saúde encontram-se ligados diretamente às pressões pontuais (muitas vezes legítimas e bem intencionadas, mas desarticuladas da construção do SUS) de Prestadores de Serviços, Prefeitos,

Governadores e de políticos por meio de emendas parlamentares. É ainda eventual a coincidência desses critérios com as prioridades de investimentos e re-investimentos planejadas no âmbito da Atenção Básica e do atendimento de Média e Alta Complexidade para garantir o acesso universal da população aos serviços em todos os níveis de complexidade, em cada Região, Unidade Federada e Macrorregião do país, incluindo projetos do REFORSUS. O mesmo atraso verifica-se, também, nos investimentos para dar autonomia ao país na produção de fatores de coagulação e outros hemoderivados ainda importados, assim como imunobiológicos e medicamentos básicos, todos com tecnologias já incorporadas ou facilmente incorporáveis. O recente sucesso da incorporação tecnológica para produção de medicamentos contra o vírus da AIDS prova que é possível, mas que está longe de ser regra e decisão política efetiva. Sempre orientados pelo princípio da equidade, investimentos em serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) devem ser feitos nos âmbitos microrregional e regional, elevando a oferta destes serviços da população usuária para diminuir a demanda reprimida. Essa expansão deve incluir:

6.1 – A fixação e capacitação dos profissionais correspondentes, visando assegurar acessibilidade igualitária de toda a população aos serviços de referência;

6.2. – Coerência com os Planos Regionais de Investimentos.

6.3 – O suporte às ações de Vigilância Sanitária (Rede de Laboratórios de Saúde Pública e de Centros de Controle de Qualidade);

6.4 -A autosuficiência nacional na produção e fornecimento de hemoderivados, imunobiológicos, medicamentos essenciais e outros insumos críticos.

7. Reestruturação dos Programas e Projetos Federais “Especiais”.

7.1 – Por intermédio dos chamados programas especiais busca-se, historicamente, aumentar o acesso aos serviços de saúde por parte de grupos populacionais mais vulneráveis e/ou excluídos, sob especificidades epidemiológicas de natureza nacional, assim como sob impacto de gestão de atividades-meio específicas. Os componentes da parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB) e outros programas especiais são também portadores dessa lógica. Ex.: PACS, PSF, Controle do Câncer de Colo Uterino, da Catarata, da Tuberculose, da Hanseníase, da Carência Nutricional, da Hipertensão, do Diabetes, da Saúde da Mulher, da Interiorização do Trabalho em Saúde e da Farmácia Básica. Essas iniciativas, hoje com caráter ainda vertical, devem limitar-se à definição de diretrizes, sob a ótica da epidemiologia social e regional, e alcançar efetividade mediante pactuações intermunicipais nas regiões e Unidades Federadas, estruturando a Atenção Básica à Saúde à rede de UBSs, assim como as referências regionais de média e alta complexidade.

7.2 – Os programas e projetos centralizados, paralelos aos planos, realidades e prioridades locais e regionais, que utilizam a Gestão Estadual e Municipal e a Rede de UBS's somente como executores, mediante repasses fragmentados de recursos, como regra, têm impacto e visibilidade somente inicial. Desestimulam, por outro lado, os esforços de qualificação da Atenção Básica e acabam por ser ineficazes, focais, em grande parte efêmeros, e, por is so, desestruturantes da própria Rede de UBS's e do SUS. Os programas e projetos que se tornam eficazes e permanentes, com resultados importantes para a população, são os que se inseriram, sem descontinuidade, na rotina da rede de UBS's e da rede suporte de MC, conforme as realidades locais e regionais. Programas e projetos com estas características, estimulados com recursos adicionais inespecíficos, tornam-se irreversíveis e estruturando o SUS de baixo para cima. Mas, infelizmente, tal comportamento ainda não constitui a regra.

7.3 – A inserção pactuada desses programas e projetos deve ser negociada nas Comissões Intergestores, obedecendo aos preceitos da Gestão Descentralizada do SUS

e de sua incorporação à rotina da Rede de UBSs. Na sua operacionalização é imprescindível a adequação às realidades loco-regionais, através do planejamento ascendente: Plano Municipal e Plano Diretor Regional, acompanhado pelos Conselhos de Saúde até sua execução. Os reforços técnicos e de recursos devem ser permanentes, visando elevar a resolutividade geral da atenção básica e da rede suporte de MC.

7.4 -Programas e Projetos Nacionais de Saúde referentes à áreas complexas e polêmicas devem ser obrigatoriamente discutidos, com a necessária antecedência, na CIT, nas CIB's, nos Conselhos de Saúde e no Poder Legislativo. Exs.: Projeto de Lei nº 4.147, que trata do Saneamento Básico em todo o país; Projeto "Alvorada" que financia o saneamento, através da FUNASA/MS; Medida Provisória que altera a regulação dos Planos Privados de Saúde (retirada); Projeto de Lei da ABIFARMA, apresentado na Câmara Federal, sobre Assistência Farmacêutica; Medida Provisória sobre Assistência Farmacêutica (em discussão interna no MS); Medida Provisória que cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças e outras.

8. Planejamento da Oferta e Remuneração dos serviços.

8.1 – Cada modalidade de repasse de recursos Federais a Estados, Distrito Federal e Municípios possui estímulos diferentes na indução do modelo prestador de serviços: o repasse por convênio e o repasse fundo a fundo. Os objetivos estratégicos de utilização dessas modalidades, contudo, não vêm sendo adequadamente discutidos e formulados na CIT, nas CIB's e nos Conselhos de Saúde. Menos ainda, os critérios com que os Gestores Estaduais e Municipais utilizam os repasses Fundo a Fundo, para remunerar os prestadores de serviços e os profissionais, no setor público e no privado complementar.

8.2 – Quanto às modalidades de remuneração dos serviços, sobretudo daqueles serviços com alta frequência na sua utilização e adequada previsibilidade frente às necessidades/prioridades da população, as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartites) e Conselhos de Saúde devem posicionar-se sobre diferentes alternativas, dentre elas: a) Remuneração por produção, através das extensas tabelas com valores por atos/procedimentos "do prejuízo", "do custo" e "do lucro", sem sinalização para o uso mais eficiente dos recursos, o que obriga o estabelecimento de tetos financeiros por gestor e por unidade prestadora. A remuneração por produção de ações de alta frequência pode ter o significado subliminar da lógica do mercado contra a meta pública.

b) Orçamento compartilhado, com o estabelecimento pactuado de metas prioritárias, custos e correspondente remuneração global regular, com incentivos ao cumprimento de metas de qualidade e de resultados, o que levaria os Gestores e Prestadores à condição de parceiros "Poupadores" e "Construtores do SUS". Nesta alternativa, o SIA-SUS e SIH-SUS permaneceriam imprescindíveis como base de informação, e não de remuneração.

c) Compartilhamento de riscos, entre gestores e provedores, com o estabelecimento de valor per capita para a remuneração de serviços definidos a clientelas também definidas.

d) Combinações de duas ou mais alternativas anteriores, a depender do serviço que esteja sendo prestado (hospitalização, atendimento ambulatorial geral ou especializado).

O desdobramento dessas alternativas, levado às últimas conseqüências, expõe o elo final da cadeia produtora dos serviços, que são as condutas e ações de cada profissional perante o usuário ou grupos de usuários. A desejável margem de autonomia, iniciativa e criatividade de cada profissional, deve proporcionar o direito de cidadania, a qualidade, a resolutividade, o acolhimento solidário e a humanização. É no âmbito da gestão do processo de trabalho, cujo desenvolvimento já se inicia em vários municípios, que devem ser incorporados novos comportamentos, sob pena de se reproduzir, nesse nível, o modelo privatista e excludente.

9. Financiamento e Orçamentação

9.1 – A grande conquista da Emenda Constitucional n.º 29, que vincula montantes mínimos dos orçamentos municipais, estaduais e da União, ao SUS, teve a sua aplicação ofuscada por mais de um ano pelos pareceres do Ministério da Fazenda e da Advocacia Geral da União, superados somente em janeiro de 2.002, com grande esforço do Conselho Nacional de Saúde, entidades que o integram, TCU e STF. Apesar dos pareceres do TCU e STF, resgatando o preceito Constitucional da EC n.º 29, e anulando os efeitos do parecer da AGU, até o presente momento o Ministério do Planejamento mantém para cálculo do Orçamento do MS em 2.003 a base fixa do orçamento de 1.999. A Resolução do CNS n.º 316, de Abril/02, fruto de entendimentos com os Tribunais de Contas, Ministério Público Federal, Consultorias Legislativas do Senado Federal e Câmara do Deputados, CONASS, CONASEMS e MS, recoloca a aplicação de EC n.º 29 no objetivo da sua aprovação no Congresso Nacional e subsidia a discussão de Lei Complementar correspondente. (Ver Anexo III)

9.2 – Os montantes orçamentários destinados ao SUS, mesmo após o pleno cumprimento da EC n.º 29, são constitucionalmente os montantes mínimos. Atualmente esses montantes são muito baixos, resultando em que os gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, especialmente os Municípios-Pólo, sofram pressões, dos prestadores, dos profissionais e da população usuária, para romperem prioridades definidas nos planos de saúde e aplicarem os recursos em demandas prementes, em qualquer nível de complexidade, e a dar prioridade ao município -pólo em detrimento da demanda referida de outros municípios. O próprio avanço da Regionalização está assim restringido. Além dos montantes mínimos garantidos pela EC n.º 29, deve haver compromisso do Governo e da Sociedade para o país elevar os recursos para a saúde, hoje bastante inferiores ao patamar mínimo praticado em bons sistemas de saúde e inferior até mesmo a vários países latino-americanos. Os gastos públicos das três esferas de governo com saúde caíram aproximadamente de 3,5% do PIB, em 1995, para 3,3% em 2000. A participação do orçamento público no gasto nacional com saúde é equivalente a menos de 50%, percentual bem inferior ao aplicado pelo Poder Público na grande maioria dos países desenvolvidos (Canadá e países europeus, por exemplo).

9.3 – É impossível não associar o baixo gasto público com saúde no país ao volume e ao crescimento irrefreável da canalização dos recursos públicos para sustentar a Dívida Consolidada da União, suas Amortizações e seus Juros: segundo dados da Secretaria do Tesouro Nacional – MF, de 1999 a 2001, essa dívida saltou de R\$ 646,2 para R\$ 997,7 bilhões, e no mesmo período, as amortizações e juros saltaram de R\$ 72,5 para R\$ 107,4 bilhões, prosseguindo um quadro que vem se agravando desde 1995. (Ver anexo I)

9.4 – A definição de prioridades e estratégias, coerentes com os princípios do SUS, é missão fundamental para os Gestores e Conselhos de Saúde e, a partir disso, devem analisar os itens orçamentários de custeio e de investimento. É fundamental, também, comparar o conjunto dos itens que se referem à Atenção Básica da Saúde, incluindo ações e serviços de Promoção e Proteção à Saúde e os conjuntos de itens referentes às ações e serviços de Média e Alta Complexidade Assistencial, para formular estratégias e prioridades em cada realidade local e regional.

9.5 – Nas planilhas oficiais apresentadas aos Conselhos, geralmente, há muito baixa visibilidade dos itens referentes ao custeio, ao investimento e a cada nível de complexidade dos serviços a serem ofertados, o que dificulta ou impossibilita os gestores, técnicos e Conselhos de Saúde exercerem suas atribuições quanto aos planos de saúde, suas metas, os orçamentos e a execução orçamentária.

9.6 – Os itens orçamentários atuais encontram-se freqüentemente superpostos em relação aos mesmos campos de gastos, e muitos deles apresentam, no final do ano, baixíssimas execuções, o que possibilita que os respectivos saldos, muitas vezes em quantitativos financeiros elevados, sejam reutilizados em outros itens, nem sempre com os critérios de prioridades que geraram a peça orçamentária no início do ano e sem participação das estruturas do SUS – Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde na discussão desses critérios. Não raro os saldos sequer são reaplicados, o que somados aos Restos a Pagar acumulados não liquidados e cancelados, traduz, na prática, cortes orçamentários. Somente no item Restos a Pagar o valor acumulado no Orçamento do Ministério da Saúde para 2003 (desde 1998) situa-se acima de R\$ 3 bilhões.

10. Reorientação da Política de Recursos Humanos no SUS O SUS e seus recursos humanos vêm padecendo, nos últimos anos, de intensa e crescente precarização das relações de trabalho, reflexo da política geral de corte neoliberal terceiro-mundista, tanto no setor público como no setor privado. A ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública expressa nos princípios e diretrizes Constitucionais da Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, com a escassez de recursos, os dois maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS. Os princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de recursos Humanos, recém-aprovados no Conselho Nacional de Saúde, constituem um marco em torno do qual o MS, o CONASS e o CONASEMS, através da Tripartite, deverão assumir, perante a atual política governamental de recursos humanos, sua parte no equacionamento desta decisiva questão. Os itens abaixo ilustram sinteticamente o disposto nos Princípios e Diretrizes para NOB-RH, formulados pelo CNS:

10.1 – As novas relações de trabalho deverão propiciar:

- a) Reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS;
- b) Satisfação com o trabalho, fixação e continuidade dos profissionais prioritários e básicos, com queda efetiva da desastrosa rotatividade hoje existente;
- c) Aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos em relação ao processo de trabalho, no âmbito da relação pessoal e profissional do profissional de saúde com o usuário;
- d) Reconhecimento da responsabilidade social do pessoal de saúde e do setor saúde como utilizador de mão-de-obra intensiva;
- e) Concurso Público e Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);
- f) Valorização, nos PCCS do SUS, dos perfis profissionais generalistas e do trabalho em equipe, mediante adicionais de desempenho e de resultados para a saúde da população;

10.2 – Educação permanente no trabalho visando os perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade.

10.3 – Reformulação dos currículos das escolas de saúde, através de diretrizes adequadas às necessidades do SUS.

11. Construção do SUS como Expressão e sua Responsabilidade Regulatória

O Sistema Único de Saúde deve ser entendido como expressão da Saúde Pública e responsabilidade maior do Estado, e por isso a saúde da população é o critério central para a organização/gestão do sistema. Dentre as funções essenciais da Saúde Pública este desafio refere -se estrategicamente a duas responsabilidades intransferíveis do SUS:

11.1 – Informação em Saúde

11.1.1 – Informação para Gestão;

11.1.2 – Informação para Capacitação de Recursos Humanos;

11.1.3 -Informação para o Controle Social.

11.2 – Responsabilidade Regulatória:

11.2.1 – A pré-condição da construção da responsabilidade regulatória do SUS é a imprescindível clareza da Política Pública na área da saúde, conservando seus princípios e diretrizes legais, enquanto imagem-objetivo a ser alcançada, e norte para a formulação das estratégias de construção do novo sistema.

11.2.2 – No âmbito do disposto no item anterior, torna-se importante o reconhecimento das tarefas regulatórias como parte integrante das estratégias de estruturação e funcionamento do SUS, no contexto de novos modelos de gestão de sistema e gerência de unidades de saúde (das mais simples às mais complexas). Abre-se, aqui, a relevante questão da relação entre os gestores financiadores do SUS (União, Estado, DF e Municípios) e os provedores/prestadores de seus serviços (unidades de saúde estatais com autonomia administrativa e privadas contratadas/conveniadas). A modernização desejável desta relação implica, de um lado, no estabelecimento de metas de produção, de qualidade com humanização e resolutividade, em função das necessidades/prioridades da população, explicitadas, discutidas e aprovadas nos Conselhos de Saúde, e, de outro, na pactuação com os provedores dos serviços, explicitada em termos de compromissos e contratos de gestão do gestor/financiador com cada provedor/prestador. A regulação, tarefa do gestor, deve abranger a eficácia, os custos, a eficiência, a qualidade, a resolutividade e a cobertura, todas previamente pactuadas. 11.2.3 – A aceitação do controle da sociedade pelos Conselhos de Saúde, nos marcos da Lei nº 8.142/90, enquanto “macroregulação” no âmbito de uma desejável relação Estado-Sociedade, deve se estender a todas as ações e instituições vinculadas ao sistema. Esta responsabilidade é exercitada no âmbito da formulação de estratégias e diretrizes e no controle da execução das políticas. As Agências Reguladoras, na área da saúde, são Autarquias Especiais que, como qualquer outra modalidade de administração pública indireta, devem estar subordinadas às instâncias gestoras públicas maiores, como o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Tripartite, no âmbito das responsabilidades intransferíveis de Estado.

11.2.4 – A regulação da prestação de serviços envolve as questões relacionadas ao caráter financiador, regulador e provedor do Estado brasileiro, incluindo a questão dos contratos de gestão, dos estímulos orçamentários de eficácia e de eficiência, abrangendo:

- a) Unidades Públicas com ou sem autonomia gerencial;
- b) Unidades Privadas conveniadas e contratadas pelo Poder Público, integrantes do SUS;
- c) Mercado produtor e vendedor de insumos para o SUS (equipamentos, medicamentos, fármacos, imunobiológicos, reagentes e outros), que envolve política pública industrial nacional, de ciência e tecnologia e de regulação de preços;
- d) O papel dos órgãos de Avaliação, Controle e Auditorias.
- e) A “Saúde Supletiva” – Operadoras privadas de Planos de Saúde, Prestadores de Serviços das Operadoras, Profissionais de Saúde e Consumidores. As competências legais da Direção do SUS na sua regulação encontram-se expressas no Art. 197 da Constituição Federal (relevância pública), no Art. 15 da Lei nº 8.080/90 (atribuição das três esferas de governo na regulação) e no Art. 22 da Lei nº 8.080/90 (Normas da Direção do SUS)⁴, devendo ser regulamentadas e efetivadas as prerrogativas do Controle Social.

f) As Centrais de Regulação: seu papel no conjunto do processo regulatório;

11.2.5 – A regulação do sistema, em cada uma das três esferas de Governo na saúde, deve deixar claro:

- a) O papel dos Conselhos de Saúde;
- b) O papel das Comissões Intergestores (Tripartite, Bipartites Estaduais e Bipartites Regionais);
- c) O papel dos Tribunais de Contas, do Ministério Público e do Poder Legislativo;

VI – AGENDA PARA EFETIVAÇÃO DO SUS E DO CONTROLE SOCIAL – RELATÓRIO DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, reuniu em Brasília 2.500 delegados vindos de todo o país, que analisaram e deliberaram sobre proposições relativas ao tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Suas recomendações correspondem às expectativas da sociedade em relação às políticas estatais na área da saúde. Suas principais recomendações foram:

1. Melhorar as condições de saúde mediante a construção de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população;
2. Fortalecer o exercício da cidadania através do Controle Social pela sociedade como um todo e, em especial na área de saúde, através das Conferências e de Conselhos de Saúde deliberativos e paritários com respeito às suas decisões.
3. Buscar fontes de financiamento definidas e suficientes para a área de saúde. Lutando por esta recomendação, a partir da PEC n.º 169 conquistou-se a EC n.º 29/00, que precisa ser cumprida e regulamentada urgentemente, a fim de atender à demanda de recursos financeiros que viabilizem o sistema.
4. Suspender e proibir quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública, a exemplo de organizações como o PAS e assemelhados, atendendo ao preceito explicitado pela Procuradoria Geral da República.
5. Implementar a política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação através de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nesta perspectiva, é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das Mesas Nacional, Estaduais e Municipais de Negociação do SUS.
- 4 “Mais importante que o próprio momento institucional da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, é saber se funcionará efetivamente, para fazer da medicina privada um suplemento eficiente para os serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, havendo entre ambos uma dinâmica virtuosa – pela eficiência, qualidade, ética, minimização das injustiças etc., ou se sua existência acabará sendo mais uma fase no processo histórico da privatização da atenção da Saúde no Brasil” – Brasil/Radiografia da Saúde – Introdução. Instituto de Economia e NEPP/UNICAMP.
6. Propiciar o acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, garantindo o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.
7. Organizar a porta de entrada do sistema, através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica, tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a articulação e a integração com os demais níveis de atenção à saúde.

8. Consolidar o SUS, alicerçado nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, para que normas e procedimentos não extrapolem os dispositivos legais e sejam respeitadas as competências de cada uma das esferas de Governo.

ANEXO I

AÇÕES DAS AUTORIDADES DA ÁREA ECONÔMICA COM REPERCUSSÕES SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS

1. Desconsideração do preceituado nas Disposições Transitórias da Constituição Federal: 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS. (1990 a 1993).;
2. Exclusão da arrecadação previdenciária sobre as folhas de pagamento, fonte do orçamento da Seguridade Social, para efeito de financiamento do SUS, descumprindo disposição Constitucional e contribuindo para a ruptura do preceito Constitucional da Seguridade e Proteção Social. (1993);
3. Omissão ou oposição ao processo de votação e aprovação, no Congresso Nacional, da CPMF como contribuição social vinculada ao SUS (1995 e 1996);
4. Utilização dos recursos da CPMF em substituição a outras fontes de financiamento do SUS, logo após sua aprovação no Congresso Nacional, neutralizando, na prática, seu vínculo e acréscimo esperado de recursos do SUS.
5. Oposição franca à votação e aprovação da EC nº 169 e, a seguir, da EC nº 29, que vinculou recursos mínimos, federais, estaduais e municipais, ao financiamento do SUS.
6. Canalização prioritária dos resultados do esforço arrecadatário para o pagamento do serviço da dívida, subtraíndo-os de setores decisivos do desenvolvimento social: entre 1995 e 1999 a arrecadação federal cresceu em 80%; se esse crescimento fosse utilizado, em 1999, no Orçamento do Ministério da Saúde, resultaria em R\$ 38 bilhões, e não os R\$ 22 bilhões dotados.
7. Interpretação explicitamente capciosa da aplicação da EC nº 29, logo após a sua aprovação no Congresso Nacional, através de parecer da Advocacia Geral da União, de dezembro/2000, que neutralizava, na prática, o pretendido (e votado) aumento da contrapartida da União no financiamento do SUS. Com a aplicação desse parecer, o patamar orçamentário, já do ano 2000, ficava rebaixado em R\$ 1 bilhão e 84 milhões.
8. Elaboração, em andamento, de alternativas do interesse da Política Econômica, após a neutralização do parecer inicial da Advocacia Geral da União (dezembro/2000), por meio de Decisão do TCU e Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) de 2002.
9. Manutenção do financiamento Federal do SUS sob controle do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) enviado, anualmente, pelo Poder Executivo, ao Congresso Nacional, e das solicitações de suplementações do Ministro da Saúde durante o segundo semestre de cada ano.

ANEXO II

PORCENTAGEM DOS RECURSOS PRÓPRIOS DOS ESTADOS E DF DESTINADA AO SUS EM 2000 (*)

(Dados do SIOPS)

5 (cinco) Unidades Federadas atingiram ou ultrapassaram os 12%

(4 – Norte e 1 – Nordeste) 8 (oito) Unidades Federadas estão próximas: entre 8,1 e 10,3% (Cumprirão a EC nº 29 com pequeno esforço) (1 – Norte, 3- Nordeste, 2 – Centro Oeste, 1 – Sudeste e 1 – Sul) 4 (quatro) Unidades Federadas estão atrasadas: entre 6,6 e 7,8% (Cumprirão a Ec nº 29 com médio esforço) (2 – Norte, 1 – Sudeste e 1 – Sul)

9 (nove) Unidades Federadas estão muito atrasadas: entre 1,5 e 5,5% (Cumprirão a EC nº 29 com bastante esforço) (4- Nordeste, 2 – Centro Oeste, 2 – Sudeste e 1 – Sul) (*)
Média Nacional dos Estados: 7,1% e dos Municípios: 15,1%

Observações:

1-O grau de desempenho da Gestão Estadual no Sistema Único de Saúde guarda uma distribuição independente do grau de participação dos seus recursos próprios no financiamento do SUS. Este último se encontra, provavelmente, mais dependente da história da política econômica e orçamentária de cada Estado.

2-Um número importante de Secretarias Estaduais de Saúde carecem de um salto no seu desenvolvimento institucional e na sua gestão pública, com vistas ao cumprimento de novas funções com o advento do SUS.

ANEXO III

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 316, DE 04 DE ABRIL DE 2002.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Décima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de abril de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e conforme estabelecido no artigo 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, Considerando:

- a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, vinculando os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde;
- serem os dispositivos da Emenda Constitucional nº 29 auto-aplicáveis;
- a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal;
- a necessidade de haver ampla discussão pública para a elaboração da Lei Complementar prevista no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, de forma a disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional nº 29;
- os esforços envidados pelos gestores do SUS, com a realização de amplas discussões e debates sobre a implementação da Emenda Constitucional nº 29, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica dos ditames constitucionais;
- as discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON, resultando na elaboração do documento “Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29”; e
- os subsídios colhidos nos seminários sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000:

DA BASE DE CÁLCULO PARA DEFINIÇÃO DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Primeira Diretriz: A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o Art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I – Para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

II – Para os Estados:

· Total das receitas de impostos de natureza estadual:

ICMS, IPVA, ITCMD

· (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do FPE

Cota-Parte do IPI – Exportação

Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

· (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

· (+) Outras receitas correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

· (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:

ICMS (25%),

IPVA (50%),

IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Para os Municípios:

· Total das receitas de impostos municipais:

ISS, IPTU, ITBI

· (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

· (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

· (+) Receitas de transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

· (+) Outras Receitas Correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

IV – Para o Distrito Federal:

Base de Cálculo Estadual Base de Cálculo Municipal

ICMS (75%)

IPVA (50%)

ITCD

Simplex

Imposto de Renda Retido na Fonte
Quota-parte FPE
Quota-parte IPI-exportação (75%)
Transferência LC 87/96 -Lei
Kandir (75%)
Dívida Ativa Tributária de Impostos
Multas, juros de mora e
correção monetária
ICMS (25%)
IPVA (50%)
IPTU
ISS
ITBI
Quota-parte FPM
Quota-parte IPI-exportação (25%)
Quota-parte ITR
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir
(25%) Dívida Ativa Tributária de Impostos
Multas, juros de mora e correção monetária

DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Segunda Diretriz: Para a União, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deverá ser observado o seguinte:

I - a expressão “o valor apurado no ano anterior” , previsto no Art. 77, II, b, do ADCT , é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior;

II - em cada ano, até 2004, o valor apurado deverá ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária (a ser identificada no ano em que se executa o orçamento).

Terceira Diretriz: Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no Art. 77, do ADCT.

§ 1º Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a sete por cento deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subseqüentes, conforme o quadro abaixo.

Percentuais Mínimos de Vinculação

Ano Estados Municípios

2000 7% 7%

2001 8% 8,6%

2002 9% 10,2%

2003 10% 11,8%

2004 12% 15%

§ 2º Os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Quarta Diretriz: O montante mínimo de recursos a serem aplicados em saúde pelo Distrito Federal deverá ser definido pelo somatório (i) do percentual de vinculação correspondente aos estados aplicado sobre a base estadual definida na primeira diretriz com (ii) o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal definida na primeira diretriz, seguindo a regra de progressão prevista no artigo 77 da ADCT, conforme abaixo demonstrado:

Ano Montante Mínimo de Vinculação

2000 0,07 ´ Base Estadual + 0,070 ´ Base Municipal

2001 0,08 ´ Base Estadual + 0,086 ´ Base Municipal

2002 0,09 ´ Base Estadual + 0,102 ´ Base Municipal

2003 0,10 ´ Base Estadual + 0,118 ´ Base Municipal

2004 0,12 ´ Base Estadual + 0,150 ´ Base Municipal

Parágrafo Único: Aplica-se ao Distrito Federal o disposto no § 2º da Terceira Diretriz.

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

- I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados, por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II - vigilância sanitária;
- III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar, promovida no âmbito do SUS;
- IV - educação para a saúde;
- V - saúde do trabalhador;
- VI - assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade;

VII -assistência farmacêutica;

VIII -atenção à saúde dos povos indígenas;

IX -capacitação de recursos humanos do SUS;

X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI -produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde, no âmbito do SUS, e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

§ 1º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas, a partir de 01/01/2000, para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II -assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III -merenda escolar;

IV -saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que, excepcionalmente, executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V -limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na Primeira Diretriz.

§ 1º No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

DOS INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

Oitava Diretriz: Os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde – SIOPS serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo Único: Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo SIOPS.

Nona Diretriz: O Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, criado pela Portaria Interministerial nº 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembléias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Décima Diretriz: Na hipótese de descumprimento da EC nº 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC nº 29 no exercício anterior. Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

Resolução aprovada, por unanimidade, pelo Plenário do CNS na 118ª Reunião Ordinária, em 04 de abril de 2002, com as alterações sugeridas e incorporadas na 120ª Reunião Ordinária, em 06 de junho de 2002.

BIBLIOGRAFIA

- 1-“Indicadores e dados Básicos para a Saúde no Brasil – IDB” – Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs – anos 1999, 2000 e 2001.
- 2-“Boletins e Relatórios de 2001 e 2002” – Sistema de Acompanhamento dos Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS/SIS/MS.
- 3-“Relatórios da Comissão de Orçamento e Finanças do CNS”.
- 4-“Acesso e Utilização de Serviços de Saúde” – IMS-UERJ -2001.
- 5-“Avaliação da Descentralização dos Recursos do Ministério da Saúde para Gestão Plena da Atenção Básica” NEEP -UNICAMP-2000.
- 6-“Tabulação de Dados da Pesquisa sobre o Perfil do Endividamento dos Hospitais no Brasil” – FBH-2001.
- 7-“Encaminhamento de Procedimentos Conjuntos do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde” – CNS -1999.
- 8-“Estrutura dos Gastos do SUS, ao Nível Nacional, vis a vis Diretrizes da Universalidade, Equidade, Integralidade e Descentralização” – CNS -1999.
- 9-“Diretrizes Estratégicas para Orçamentação e Execução Orçamentária da Direção do SUS na “Lógica SUS”: Direção Nacional” – CNS – 2000.
- 10-“Informações e Mecanismos para o acompanhamento do SUS pelo CNS” – CNS – 2000.
- 11- “Alocação Equitativa de Recursos no SUS”. Sílvia Porto – ENSP/FIOCRUZ – Novembro de 2001.
- 12-“Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal” IMS – UERJ – 2001.

- 13-“Critérios Epidemiológicos para Definição de Prioridades” CENEPI – FUNASA – 2000.
- 14-“Brasil: Radiografia da Saúde” – Instituto de Economia e Núcleo de Políticas Públicas da UNICAMP – 2001 – Coletânea de 21 pesquisas e textos. Organizadores: Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni.
- 15- “Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro (Estudo DELPHI)” – IPEA – 2001. Coordenador: Sérgio Francisco Piola.
- 16-“Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil” – IPEA e OPAS/OMS – 2001 – André Nunes, James R. S. Santos, Rita B. Barata e Sólon M. Vianna.
- 17- “Funções Essenciais da Saúde Pública”. Organização Pan-americana da Saúde – 2000.
- 18-“Atualizando a Agenda da Reforma Sanitária Brasileira” – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO – Contribuição à 11ª Conferência Nacional de Saúde – 2000.
- 19- “Principais Avanços e Problemas do SUS Apontados por Debatedores Convidados” – Seminário Organizado pela SAS/MS – Janeiro/2002.