

UNIDADE 3

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

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

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

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

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

Bom estudo!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Podem ser considerados os seguintes efeitos positivos nesse período:

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

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

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

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

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

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



Saiba mais

Comissões Intergestores

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



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

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

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

como consta da NOB-SUS 93.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE

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

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

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

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

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

O FORTALECIMENTO DAS INSTÂNCIAS COLEGIADAS E DA GESTÃO PACTUADA E DESCENTRALIZADA

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

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

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

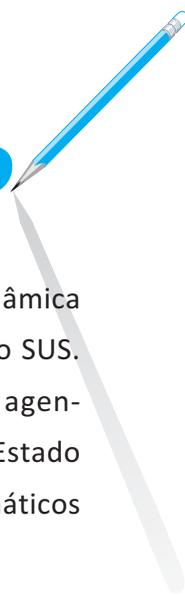
Esse novo paradigma de gestão configurou um instrumento altamente favorecedor na implantação de um novo modelo de atenção à saúde, até então centrado na doença. Nessa transformação, destacamos a atenção integral, uma vez que o modelo abarca o conjunto das ações e dos serviços de promoção, de proteção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

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

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

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

Resumindo



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



Atividades de aprendizagem

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

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