

Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS*

Management in health care: from health reform to threat disassemble of SUS

JUSSARA MARIA ROSA MENDES**

MARIA LÚCIA TEIXEIRA GARCIA***

EDINÉIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA****

ROSA MARIA CASTILHOS FERNANDES*****



RESUMO – Situando o cenário social, político e econômico do Brasil nas últimas décadas, este artigo trata da reforma sanitária que se opera a partir do final da década de 1980 e das contradições pertinentes aos modelos de gestão da saúde no país. A realização de uma ampla revisão literária da produção sobre os modos de gestão na saúde permitiu a presente sistematização. Partindo de uma retomada histórica que contempla a formação da seguridade social brasileira, se discute a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e do Pacto de Saúde, firmado em 2006, no qual se redefinem diretrizes orçamentárias e competências de cada esfera administrativa – com uma acentuação da descentralização e a promoção da integralidade das ações em saúde por parte dos municípios. À guisa de conclusão, diversos desafios e perspectivas são problematizados, tendo como referência a gestão da política de saúde no cenário atual.

Palavras-chave – Gestão do SUS. SUS. Reforma Sanitária.

ABSTRACT – Situating the social, political and economical scenario of the past decades in Brazil, the article addresses the health reform that takes place in the end of the 1980s. Initiating with a historical resume concerning the development of the Brazilian social security, discusses the management of the Unified Health System (SUS) through the Basic Operational Norms (NOBs) and the Health Pact. Following the implementation of the NOBs, decentralization of health policy took place, culminating in the Health Pact in 2006, on which the budgetary guidelines and responsibilities of each administrative level were redefined – with an accent on decentralization and the promotion of integral health actions by the municipalities. In conclusion, many challenges and prospects are focused under the light of management in health policy on the current scenario.

Keywords: SUS Management. SUS. Sanitary Reform

* O presente artigo é parte de uma revisão bibliográfica da pesquisa intitulada Estudo dos Sistemas de Proteção Social Brasileiro e Cubano, financiada pelo CNPq e realizada pelos Programas de Pós-Graduação em Política Social (UFES), em Economia Política (PUCSP) e em Serviço Social (PUCRS) e a Universidade de Havana (Cuba).

** Docente do Curso de Graduação em Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional/UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho/UFRGS, Porto Alegre - RS, Brasil. *E-mail:* jussaramaria.mendes@gmail.com

*** Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social – UFES, Espírito Santo – ES, Brasil. Pesquisadora do Grupo de Estudos Fênix. *E-mail:* lucia-garcia@uol.com.br

**** Assistente Social, mestre em Política Social (PGPS/UFES), secretária municipal de saúde de Alfredo Chaves, Espírito Santo – ES, Brasil. *E-mail:* eoliveiranhos@yahoo.com.br

***** Assistente Social, mestre e doutora em Serviço Social pelo PPGSS, coordenadora de Desenvolvimento Social da Fundação Irmão José Otão - FIJO, Porto Alegre - RS, Brasil. *E-mail:* rmariacf@uol.com.br ou rosac@fijo.org.br
Submetido em: outubro/2011. Aprovado em: novembro/2011.

O cenário econômico, político e social que vem caracterizando essa primeira década do século XXI nos remete à reflexão crítica sobre os novos padrões de gestão das políticas públicas e sua conformação no Brasil. No caso da política social, em especial o foco desse estudo, o campo da Saúde no Brasil, vem sendo impactado pelas transformações societárias impostas pelo projeto neoliberal que ameaça o projeto da reforma sanitária e a política normativa do Sistema Único de Saúde – SUS.

Privilegiar a política de saúde significa observar o quanto neste campo são múltiplos os desafios que se colocam para os profissionais, sobretudo o da promoção e proteção da saúde da população brasileira, um direito conquistado pela sociedade no final dos anos 1980 e que vem sendo consolidado com a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Sabemos que a Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 no que se refere à proteção social e atende às reivindicações históricas da classe trabalhadora. A Seguridade Social é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, que representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas a que procedeu. Entretanto, as mudanças que se sucederam demonstram que, mesmo diante dos avanços no que diz respeito às políticas sociais como garantidoras de direitos, como forma de contribuir para melhorar as condições de vida das classes que vivem do trabalho, há de se reconhecer que não foi possível interferir significativamente na ordem econômica, ou seja, na estrutura do capitalismo, apesar de terem sido obtidas significativas mudanças num contexto de lutas democráticas, culminando na instauração da Constituição (BRAVO, 2009).

A Constituição redefiniu o papel do Estado republicano, sua forma de organização política e conformou direitos de cidadania civis, políticos e sociais, comprometendo-se com os ideais da democracia social presente nos princípios da reforma sanitária: “criação de infraestrutura de rede física de cuidados de saúde; descentralização de competências, recursos e gerência dos programas; instituição de órgãos colegiados de decisão; estímulo à participação social em serviços de saúde” (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007, p. 6).

Em 1990, a saúde se atualizou como dimensão de direito social a partir da redefinição constitucional e da regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS. Entretanto, as revisões constitucionais ocorridas nessa década reformaram o Estado, provocando mudanças nas funções estatais e no campo social, que haviam sido recém-definidas. “Essa contrarreforma na prática mudou a dimensão de direito social para uma concepção de um serviço não exclusivo do Estado” (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007, p. 6). Isso significa que estão em disputa dois projetos societários: um respaldado na reforma sanitária que atribui ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de constituir respostas às expressões da questão social e o outro baseado na concepção da democracia restrita, que restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo: “o enxugamento do Estado é a grande meta como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas” (BRAVO, 2009, p. 9).

Assim, se por um lado temos um sistema com significativos avanços e que tem sido de uma importância imensurável para a população brasileira, de outro há ainda gargalos que são produtos de uma cultura de dependência do setor privado ou dos prestadores de serviços do SUS (JÚNIOR, 2008). Então, é sob a égide do mercado que o sistema de saúde brasileiro vem se afastando dos princípios da reforma sanitária, que teve seu marco legal reconhecido na Constituição de 1988. Com isso, é fundamental afirmar que nenhuma forma de gestão no SUS garantirá o direito à saúde da população de maneira universal e democrática se, num curto prazo, não enfrentarmos o atual modelo de atenção, “que alimenta inexoravelmente a demanda pela alta complexidade, e não fortalecermos a rede estatal do SUS, de modo a diminuirmos sobremaneira a dependência do setor privado contratado” (JÚNIOR, 2008, p. 43).

Essa breve contextualização tem como intuito suscitar algumas inquietações pertinentes ao campo da Saúde no Brasil presentes nas revisões bibliográficas sobre o modelo de gestão da saúde

realizadas neste estudo, uma vez que se observa a afirmação das reformas de cunho neoliberal, defendidas pelas agências internacionais, que põe em risco a defesa dos SUS como direito de todos os cidadãos e, sobretudo, vem alterando o sistema de saúde brasileiro. Este artigo está dividido em duas partes, além da introdução. A primeira parte trata dos aspectos históricos da conformação da reforma sanitária e da implementação do Sistema Único de Saúde, destacando as questões relativas às históricas lutas sociais na saúde e as contradições pertinentes ao processo. A segunda parte discorre sobre os diferentes aspectos que se constituem em desafios, proposições e necessidades que requerem, para além de investimentos por parte do Estado e da Sociedade Civil, um controle social da gestão do SUS que seja capaz de fazer resistência ao modelo hegemônico neoliberal que ronda a política de saúde no Brasil.

No cenário histórico: os modelos de gestão da saúde em permanente disputa

A história da saúde no Brasil se desenrolou, no século XX, em um cenário de contradições e distintos interesses que transitaram do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, chegando ao projeto neoliberal, nos anos 1980. É uma trajetória que mostra que as políticas de saúde e de saneamento tiveram um papel importante no incremento substancial da penetração do Estado na sociedade e no território do país. Os estudos sobre a formação das políticas de saúde na Primeira República no Brasil (que predominaram desde o final do século XIX até a metade do século XX) tratam sobre a coletivização da proteção à destituição humana ou sobre a gênese de políticas sociais, demonstrando que esse processo depende da forma pela qual as elites enfrentaram os dilemas e impasses gerados pela interdependência social. Ao situar no tempo o surgimento das políticas de proteção social, pode-se constatar que estas emergem de uma articulação entre a consciência social das elites e seus interesses materiais a partir de oportunidades vislumbradas com a coletivização do bem-estar. Também se percebe que o formato organizacional e os conteúdos substantivos dessas políticas foram objetos de cálculo e barganha em torno dos custos e benefícios da estatização *vis-à-vis* os custos impostos pela interdependência. Uma política nacional de saúde pública no Brasil foi possível a partir do encontro da consciência das elites com seus interesses. Suas bases foram estabelecidas a partir de uma negociação entre os estados e o poder central, tendo como moldura político-institucional o federalismo (LIMA, 2006).

Com o crescimento da atenção médica da Previdência Social e o esvaziamento progressivo das ações campanhistas, passou-se a reforçar a conformação do modelo médico-assistencial privatista, pois o sanitarismo campanhista, como era chamado, já não mais respondia às necessidades de uma economia industrializada. No governo Juscelino Kubitschek, com o objetivo de criar uma Seguridade Social à brasileira, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, que garantiria a uniformização dos benefícios; como exemplo, em 1963 surgiu o Estatuto do Trabalhador Rural. Entretanto, ao mesmo tempo em que a Previdência Social ampliava o seu espectro de ação, revelava-se o caráter discriminatório da política de saúde. As evidências das desigualdades no que diz respeito ao acesso quantitativo e qualitativo aos serviços de saúde, entre os usuários do meio urbano e do meio rural, contribuíam para conformação da chamada “universalização excludente” (MENDES, 1999). Então, no final dos anos 1970, com o fim do período de expansão econômica e as iniciativas de abertura gradual da política, emergiam os questionamentos da política social do governo, entrando em cena novos atores políticos que iriam incidir no processo de mudanças na saúde.

Ainda que sucintamente, percorrer o cenário histórico anterior aos anos 1980 é imprescindível, pois há de se fazer referência ao esgotamento do modelo médico-assistencial privatista nos anos 1970 e à crise fiscal de Estado que repercutiu diretamente na Previdência Social, o que, conseqüentemente, apresentou fortes inadequações à realidade sanitária brasileira. O cenário era marcado por uma prática médica dominante que não se apresentava eficaz na alteração dos perfis de morbimortalidade, pois se baseava numa prática curativa e reabilitadora; os custos eram crescentes e inviabilizavam a sua expansão; havia uma falta de critérios para compras de serviços aos hospitais privados e; uma crescente

insatisfação da população usuária e trabalhadores da saúde com relação aos serviços prestados pela Previdência Social no atendimento às necessidades de saúde (MENDES, 1999).

Marcado por um processo de esgotamento econômico e crise política instaurada pelo regime imposto pela autocracia burguesa, o Brasil vivenciava no final da década de 1970 um processo de agitação política com a movimentação da sociedade civil a partir da qual despontam diversos movimentos sociais e entidades em variados âmbitos da vida social. Essas, apesar de possuírem diferenças em termos de direitos sociais, congregavam como sociedade civil organizada um ponto em comum: a oposição à ditadura militar e a defesa pela democratização do País (GERSCHMAN, 2004). Sader (2003) nos adverte que é necessário inscrever esse processo de aprofundamento e dependência econômica associado ao tipo de desenvolvimento construído entre o final dos anos 1960 e primeira metade dos anos 1970 pela ampliação de mecanismos de superexploração do trabalho – da terceirização ao trabalho precário, do trabalho doméstico ao trabalho infantil e semiescravo –, caracterizando muito evidentemente a combinação da mais-valia relativa com a mais-valia absoluta. Isso propiciou a extensão direta da jornada de trabalho e o barateamento permanente da mesma. Esse contexto de exploração fortalecerá a politização da classe trabalhadora brasileira, principalmente localizada nos grandes centros urbanos e será ela uma das responsáveis pela quebra da “espinha dorsal” da política econômica de arrocho salarial da ditadura, com greves que obtiveram amplo apoio popular no final dos anos de 1970 (SADER, 2003). À medida que as contradições começaram a tomar corpo dentro da própria autocracia burguesa, a sociedade ganha espaço e pressiona por mudanças políticas (GERSCHMAN, 2004).

É nesse contexto que os movimentos sociais vão apreendendo forças no Brasil. Esses passam a ser saudados como a contraface do Estado autoritário ou desagregador da crise brasileira. Suas reivindicações traziam conflitos e atores que reinventaram formas de espaços de luta e, coexistindo no espaço das ações coletivas, desvendaram um processo que se refere intimamente à existência de conflitos múltiplos, cuja legitimidade forma a própria possibilidade de uma democracia real. Neste país, eles eram novos, em vários sentidos, sobretudo em sua demanda de direitos, dignidade e cidadania (PAOLI, 1995). Dentre esses movimentos sociais surgiram aqueles relacionados diretamente a área da Saúde, como o movimento pela redemocratização da saúde ou movimento pela reforma sanitária.

O movimento da reforma sanitária surgiu em meados da década de 70 e foi fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulados a um movimento popular na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde. É preciso compreender que o movimento da reforma sanitária se caracteriza como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1995, p. 42).

É na arena sanitária (MENDES, 1999) que surgiram novos sujeitos sociais com interesses e visões de mundo diferentes e que iriam defender dois grandes projetos políticos no campo da Saúde, como já referido anteriormente, o da reforma sanitária (contra-hegemônico), que tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde – SUS, e o projeto neoliberal (hegemônico), que nada mais é do que uma reciclagem do modelo médico-assistencial privatista (BRAVO; PEREIRA, 2002).

Desta disputa emergiram as conquistas no campo jurídico e legal influenciadas pelos pressupostos e princípios da reforma sanitária, que culminou na conformação do Sistema Único de Saúde – SUS. A criação do SUS em 1988 tem sido analisada como a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático, tendo em vista seu caráter universal e igualitário (LIMA, 2006), apesar de ainda não ser uma realidade em todos os municípios brasileiros. A preocupação central deste sistema foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais e pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: a democratização do acesso, a universalização das ações, a

descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e a equidade das ações. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado, o que deixa evidente o significativo avanço constitucional promulgado na Constituição de 1988 – o SUS, integrante da Seguridade Social e uma das proposições da Reforma Sanitária – e regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8080 de 19 de setembro de 1990). O SUS, conforme o previsto na Constituição e na legislação vigente, é uma estratégia de reforma democrática de Estado que se encontra em permanente tensão com os ideários neoliberais.

Ao percorrer a literatura que trata das históricas lutas sociais no campo da Saúde, principalmente no que diz respeito aos modelos de gestão, constata-se que, para a análise e compreensão da complexa realidade da saúde no Brasil, alguns pressupostos devem ser considerados, tais como: a história das políticas de saúde está relacionada diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade; o setor saúde sofreu e sofre forte determinação do capitalismo nacional e internacional; as lutas sociais por saúde sofreram a influência dos movimentos e dos contextos, mas também influenciaram em vários momentos a construção social e política do Estado brasileiro (LIMA, 2006). Estes são, certamente, pressupostos que embasam a reflexão crítica sobre os modelos de gestão na saúde brasileira, pois as conquistas do final dos anos 1980 para cá sempre estiveram sob ameaça do capital, mesmo reconhecendo-se os investimentos feitos por parte dos governos na condução do SUS.

Outro aspecto que caracteriza a linha do tempo na implementação do SUS refere-se aos movimentos da descentralização da gestão nos diferentes territórios brasileiros, uma vez que a mesma atende à diretriz político-administrativa do sistema. Essa transferência de poder entre as instâncias estadual e municipal caracteriza o modo de organização dos serviços de saúde, com reflexo nas condições de saúde da população. Também a descentralização tornou-se um instrumento potencialmente estratégico de rompimento com as tendências centralizadoras, concentradoras e excludentes da política social, pois a instância colegiada de gestores, preconizada pelo próprio SUS, constitui-se num espaço para discussão e condução do processo de descentralização.

Neste sentido, estudos mostram o quanto historicamente já se trilhou um caminho no processo de municipalização da saúde e da construção do SUS. Em algumas cidades e realidades brasileiras se detectam avanços na oferta de serviços e nas conquistas, como, por exemplo, a participação dos trabalhadores nos mecanismos de controle social existentes. Entretanto, há de se reconhecer, e os estudos apontam, o quanto ainda deverá ser feito para que se avance na democratização da gestão da saúde e na criação de novos modos de produção em saúde.

A crise econômica e política no início dos anos 1990 foi o cenário de onde emergiram dois projetos alternativos no campo da política de saúde e que se encontra em permanente disputa: “um, portador da nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária” (MENDES, 1999, p. 20). Essa disputa permanente vem caracterizando a realidade da saúde ao longo da história e se acirra nesta primeira década do século XXI. A compreensão desta disputa histórica no campo da Saúde é fundamental para que se reconheçam os movimentos e as mudanças pertinentes à política da saúde no Brasil.

A citada mercantilização da saúde, bem como os processos de privatização dos serviços de saúde, são realidades de muitos municípios brasileiros que optam por um modo de condução do SUS que vai aos poucos contribuindo com o desmonte do mesmo. A reforma da Previdência Social inserida no bojo da reforma do Estado que vem sendo implantada paulatinamente – a contrarreforma, a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da Assistência Social, com forte expansão do setor privado na área das políticas sociais, são exemplos deste processo (BRAVO, 2007).

No campo da Saúde, além da restrição do financiamento público, é importante destacar a existência da dicotomia entre as ações curativas e as ações preventivas, que acaba contribuindo com o rompimento da concepção e da própria intenção da integralidade na saúde. Isto se dá através da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle (que se refere ao atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esses atendimentos não são de interesse do setor privado), e o subsistema de referência ambulatorial e especializada (que é formado por unidades de maior

complexidade, e a proposta é que sejam transformadas em Organizações Sociais para dar conta deste atendimento). Esse último é um aspecto polêmico e desafiador, pois Fundação Estatal e Contrato de Gestão podem ser vistos como modelos que possibilitam modernizar o Estado, além de reintroduzir o tema da reforma hospitalar na agenda governamental brasileira.

A contradição vigente no cenário delineia um modo de gestão na saúde no Brasil que atende a lógicas distintas. Como exemplo, a ênfase em programas focais: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas; essas medidas visam o estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o SUS restrito aos pobres, através do pacote mínimo para a saúde (BRAVO, 2007).

A contextualização dos aspectos históricos e as contradições pertinentes aos modelos de gestão da saúde no país nos permite avançar na reflexão deste texto, remetendo-nos à importância das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs) da política de saúde. Trata-se de um importante instrumento regulador e norteador de um modelo de gestão fincado em princípios e diretrizes que preconizam: a descentralização, a universalização, a participação social e a integralidade. Tais princípios, para serem postos em prática por meio de um sistema descentralizado, exigiram e exigem ainda um conjunto de ações e implicações de diferentes atores sociais na garantia da consolidação do SUS.

A gestão do SUS através das NOBs e do Pacto da Saúde

O Ministério da Saúde induziu estrategicamente à política de descentralização da saúde através das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs), que buscaram instruir e regular a nova organização do sistema definindo formas de transferências de recursos e modalidades de pagamento dos serviços de saúde, orientando o processo de descentralização, definindo tipos de assistência na oferta e definição do modelo de atenção (COTRIM, 2006). Esta estratégia de construir um sistema descentralizado por meio de portarias editadas pelo Ministério da Saúde implicou alta concentração de autoridade nesse nível de governo para formular as regras que definem as ações de saúde dos estados e municípios (ARRETICHE; MARQUES, 2007).

A descentralização da política de saúde foi associada à municipalização. Com as pressões exercidas na IX CNS para implementar o processo de descentralização, com a saída do governo Collor e com a extinção do INAMPS em abril de 1993 (Decreto-Lei n. 808), foi possível iniciar o processo de descentralização na saúde. O Ministério da Saúde passa a ter amplos poderes para a descentralização das ações de saúde e administração dos recursos orçamentário-financeiros, patrimoniais e humanos alocados ao SUS (GERSCHMAN, 2004).

A NOB/93 regulamentou a sistemática de transferência de recursos aos estados e municípios. Com a edição dessa NOB, estados e municípios puderam definir a própria condição de gestão do SUS, com base na sua capacidade técnica e operativa. Esta NOB estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS. Estados e municípios poderiam optar por três modalidades de gestão: gestão incipiente, parcial e semiplena. Os municípios enquadrados na gestão semiplena tiveram maior governabilidade sobre os recursos e a administração da política de saúde. Os municípios nesse tipo de gestão assumiram a responsabilidade total sobre a gestão da prestação de serviços, o gerenciamento sobre toda a rede pública em seu território (exceto da rede estadual e federal) e o recebimento mensal do total de recursos financeiros para custeio de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SOUZA, 2005). A NOB/93 garantiu o repasse de recursos para estados e municípios fundo a fundo de acordo com a condição de gestão dos mesmos (SANTOS; ANDRADE, 2007).

As duas NOBs (NOB/91 e NOB/93) reduziram a incerteza de transferência de recursos através de negociações, pois a partir delas ficaram estabelecidas regras universais para transferências de recursos. No entanto, as mesmas não atenderam às expectativas dos estados e municípios, pois até então o repasse de recursos era feito com a garantia de que estes prestariam serviços ao governo federal desenvolvendo as ações que caberiam ao último. Sendo assim, os primeiros ficavam impossibilitados de

priorizar ações em seu território de acordo com seu quadro epidemiológico (ARRETCHE, 2002). Sob a regulamentação da NOB/93, a descentralização caminhou a passos lentos. Esta NOB resultou na formulação de novas formas de gestão (incipiente, parcial e semiplena), na transferência de recurso fundo a fundo de acordo com a condição de gestão e na criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – com representantes do governo federal, estaduais e municipais – e da Comissão Intergestores Bipartite (CIBs), que passaram a ser instâncias de pactuação das decisões de alocação, redistribuição e operacionalização de recursos nos estados e municípios (COTRIM, 2006). A criação dessas comissões garante a participação dos estados e municípios, principais atores, no debate sobre definição de estratégias para implementação do sistema em instâncias de participação institucionalizadas.

A NOB/96 definiu duas modalidades de gestão: para os municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema e, para os estados, a Gestão Avançada do Sistema e a Gestão Plena do Sistema. Em ambos os casos, isso representava maior autonomia na definição das ações de saúde a serem implementadas. Essa NOB definiu a Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de gestão para as três esferas de governo. A PPI permite monitorar e avaliar as atividades assistenciais ambulatoriais e hospitalares, as ações da vigilância sanitária, epidemiológica e do controle e erradicação das doenças, apontando para um novo modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde e na atenção básica (UGÁ, 2005). Através da PPI ampliou-se a possibilidade de assistência nos níveis de maior complexidade. A PPI incentivou gestores a pactuar novos acordos no que diz respeito ao acesso a procedimentos assistenciais, estimulando a reorganização e hierarquização do sistema de serviços de saúde sob coordenação do estado e também possibilitou o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) como instância de pactuação entre gestores (COTRIM, 2006).

Além disso, essa NOB previu estratégias para efetivação de uma reorganização do sistema, a partir da priorização da atenção básica de saúde. Permitiu uma relativa mudança de curso do processo de descentralização da política de saúde. O relatório da X CNS traz propostas de modificações na terceira Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), aprovadas às vésperas da conferência de incorporação das deliberações dessa conferência. Em setembro de 1996 foi publicada no Diário Oficial a nova versão da NOB/96 (UGÁ, 2005).

A NOB/96 inovou no processo da gestão descentralizada do SUS. A maior novidade para os municípios foi a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB). Com o PAB foi instituído para os municípios um valor *per capita* habitante/ano, para os mesmos executarem ou gerenciarem as ações da atenção básica. Para isso foram condicionadas duas formas de gestão: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema. É importante destacar que os municípios não habilitados em nenhuma das duas condições encontravam-se fora da condição de credenciados do SUS. Nesse caso, o PAB desses municípios era gerido pelo governo do estado e o Ministério da Saúde efetua o pagamento direto aos prestadores estatais e privados (contratados ou conveniados) (MENDES, 2005).

Essa NOB criou um conjunto de instrumentos indutores de modelo assistencial que garantiu mudanças no sistema de transferência intergovernamental, através do Piso da Atenção Básica (PAB), podendo ser repassado para dois fins: a) custeio de procedimentos de atenção básica com valor *per capita* (PAB fixo); b) como incentivo para implementação de programas e ações específicas (PAB variável) (SANTOS; ANDRADE, 2007). Entretanto, o financiamento para procedimentos de média e alta complexidade, medicamentos e insumos seguiu a estrutura tradicional de repasse por produção de serviços, exceto para municípios em gestão plena do sistema, os quais o repasse seria feito fundo a fundo. Os mesmos autores afirmam que a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) não foi orientada pelos artigos inscritos na Constituição Federal de 1988 e nas leis que regulamentam o SUS (leis 8.080 e 8.142), mas pela lógica de transferência de recurso da união para estados e municípios, através das portarias ministeriais.

A implementação das NOBs transferiu para estados e municípios brasileiros boa parte das funções de gestão das ações de saúde. No final da década de 1990, a maior parte dos municípios brasileiros estava enquadrada em algumas das condições de gestão prevista pela NOB/96, significando

que estes assumiram funções de gestão da oferta local de serviços de saúde, anteriormente desempenhadas pela União (ARRETCHE, 2002).

Se por um lado houve um movimento real de descentralização no Sistema Único de Saúde (ainda que incompleto), por outro a delegação de responsabilidades tem sido maior que a de poder. Nos últimos 15 anos, o sistema de saúde brasileiro modificou-se bastante, ampliando a importância e as funções dos sistemas estaduais e municipais de saúde (WAGNER, 2006). Estados e municípios passaram a gerir praticamente toda a rede de serviços do SUS.

Na descentralização da política de saúde brasileira ocorreu a municipalização da atenção básica, entretanto não ocorreu descentralização da provisão nem da gestão dos serviços hospitalares (ARRETCHE; MARQUES, 2007). Historicamente, no Brasil a provisão pública de serviços hospitalares dependeu da rede privada e não esteve entre os objetivos da descentralização da política de saúde estatizar a produção de serviços hospitalares. Assim, a questão primordial da estratégia da descentralização não se refere à municipalização da rede hospitalar ou à provisão de serviços hospitalares, mas à municipalização da autoridade para gerir a rede hospitalar. Apesar de, constitucionalmente, a direção única do sistema ser do gestor, a rede privada não se subordina e/ou desconhece as normas que operacionaliza o sistema, ou seja, a gestão hospitalar não pertence ao gestor municipal, mas ao sistema privado que se encontra contratualizado ao SUS. Assim, no que tange à rede hospitalar, a direção do sistema de saúde deixa de ser única.

O sistema de saúde brasileiro adquiriu, assim, um desenho muito particular. Cada instância de governo teve sua função de gestão definida e diferentes papéis quanto à autoridade sanitária. Ao governo federal coube coordenar o Sistema Nacional de Saúde, assim como garantir parte do seu financiamento, através de repasses automáticos de custeio e novos investimentos. Através do Ministério, o governo federal, além de coordenar e financiar o sistema, encarrega-se de algumas ações de apoio aos estados e municípios, como: produção de fármacos e insumos estratégicos, desenvolvimento de recursos humanos, regulação da vigilância sanitária e epidemiológica. Cabe ao governo central oferecer auxílio técnico e financeiro aos governos subnacionais, definir as funções, coordenar as ações mais gerais e avaliar as políticas de cunho nacional. Quanto aos entes federados, estes devem investir em suas estruturas administrativas e em seus mecanismos de construção democrática (ABRUCIO, 2006). Os gestores estaduais responsabilizaram-se, através das secretarias estaduais de saúde, de coordenarem os sistemas de saúde do estado, bem como o processo de regionalização da atenção, além de garantir o fundo estadual de saúde. As secretarias municipais de saúde, como gestores únicos em seu território, além de coordenarem o sistema local, encarregaram-se da gestão da rede de serviços (WAGNER, 2006).

Apesar da inovação da NOB/96, o financiamento da saúde apresentava-se como um dos principais empecilhos para a consolidação e o fortalecimento de uma gestão descentralizada. Em resposta, o ministro do governo de Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, elaborou a proposta de criação de um imposto específico voltado para a saúde: a contribuição provisória sobre movimentação orçamentária (CPMF) e a Emenda Constitucional 29 (EC 29) de outubro de 2000, que propôs repasse de recursos para o setor saúde das três esferas de governo. Adib Jatene esforçou-se para garantir a contribuição provisória sobre as movimentações financeiras (CPMF). O recurso da CPMF acabou como substituto das receitas orçamentárias anteriores à aprovação da contribuição provisória. Quanto a Emenda Constitucional 29, apesar de ter representado um grande avanço na garantia de receita para a política de saúde (por definir a participação de cada esfera no financiamento do SUS com garantia de repasse de um percentual mínimo do montante dos recursos arrecadados em cada esfera de governo), não surtiu grandes efeitos. Isto se explica pelo fato da EC 29 não ter sido efetivamente cumprida desde sua proposição em setembro de 2000.

Em fevereiro de 2001, o Ministério da Saúde edita a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que regulamentou a estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde, ou seja, a distribuição regional da assistência de alta e média complexidade. Essa NOAS visou preencher as lacunas da NOB/96 no tocante à área assistencial. O processo de regionalização da assistência à saúde tinha como objetivo aprofundar a descentralização através da distribuição de recursos

e de serviços por regiões de saúde e da definição de responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada. Em atenção à NOAS, o governo aumentou gradativamente o repasse de recursos para procedimentos de média e alta complexidade e, em proporção menor, o repasse de recurso destinado à atenção básica (UGÁ, 2005). As regulamentações definidas na NOAS permitiram o aprofundamento do processo de descentralização.

O governo federal, através do Ministério da Saúde, é responsável pelas decisões mais importantes na política de saúde. As políticas implementadas pelos governos locais dependem fortemente de recursos federais e de regras definidas pelo Ministério da Saúde. A principal arena de formulação da política nacional tem sido o poder executivo e, marginalmente, o congresso nacional, utilizando como principal instrumento de coordenação a emissão de portarias ministeriais. Em grande parte, essas portarias condicionam as transferências federais à adesão de estados e municípios aos objetivos da política federal, aumentando, assim, a capacidade do governo federal em coordenar as ações dos governos estaduais e municipais (ARRETCHE, 2004).

Com o processo de descentralização, os governos locais tiveram a possibilidade de aumentar sua capacidade de inovação política para responder aos conflitos decorrentes das questões que envolvem a saúde. Entretanto, se por um lado os governos locais conquistaram maior autonomia da gestão (pois o governo federal não é o único a decidir como e o que fazer para implementar a política de saúde), por outro os municípios esbarram na limitação dos recursos financeiros destinados a responderem às questões de saúde (GERSCHMAN, 2004). O município é crescentemente responsabilizado pela gestão dos serviços de saúde e, conseqüentemente, pela execução das ações (MENDES, 2005). Mas, a implementação está condicionada à garantia de recursos suficientes para planejamento e execução dos serviços, ou seja, sem recursos, o gestor local encontra-se impossibilitado de gerir o sistema.

O processo de implementação do SUS exigiu grandes debates entre diferentes atores e permanente reformulação do sistema. As falhas nas estratégias de regulamentação do SUS, pautada por financiamento fracionado e fortemente regulado pelo Ministério da Saúde, transformaram estados e municípios em gestores de projetos e programas federais. Para mudança desse quadro, os entes federados passaram a discutir a necessidade de novas bases para construir uma gestão compartilhada do SUS e para garantir de forma menos iníqua recursos da União para estados e municípios (SANTOS, ANDRADE, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto pela Saúde através da portaria/GM n. 399 (de 22 de fevereiro de 2006). Este traz um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios). A proposta sustenta-se em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, como possibilidade de efetivar acordos entre as três esferas de gestão do SUS. Com este Pacto, os municípios e estados substituem suas habilitações previstas na NOB/96 e NOAS/2001 (que definia responsabilidades de acordo com o nível de gestão) e aderem de forma solidária aos termos de compromisso de gestão. Significa dizer que todos passam a ser totalmente responsáveis pela integralidade das ações, devendo garanti-las através da pactuação solidária entre estados e municípios. No termo de compromisso de gestão, municípios e estados definem as ações que realizam e estipulam prazos para realizá-las, como também pactuam recursos para viabilizar as ações. O termo de compromisso é uma declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sobre suas responsabilidades. O Pacto pela Saúde é resultado de um processo de negociação entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), negociação essa que durou dois anos (BRASIL, 2006).

O pacto visa estabelecer um novo acordo de financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e responsabilidade compartilhada pelas três esferas de governo na produção da saúde, levando em consideração a realidade de cada estado e município, ou seja, a condição de gestão (SANTOS; ANDRADE 2007). O pacto deve considerar reivindicações de gestores de estados e municípios e reconhecer sua autonomia. Sendo assim, deixa de existir as habilitações que, teoricamente, colocavam gestores estaduais e municipais submissos ao Ministério da Saúde, que poderia reconhecer ou não o

município e o estado como gestores da saúde em seu território. A habilitação é substituída pelo termo de compromisso, instrumento que vai formalizar os acordos e os pactos entre os gestores da saúde.

Um ponto crítico do Pacto de Gestão diz respeito aos blocos de financiamento (SANTOS; ANDRADE 2007). Estes constituem caixas de transferências de recursos vinculados aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde. Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde ainda encontram-se atrelados a programas como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabete, saúde da mulher e da criança, entre outros, sem garantia para outras ações que atendam ao quadro epidemiológico do município. Dessa forma, os municípios encontram dificuldades para definir em seus planos municipais de saúde estratégias próprias de construção da política de saúde local. Como afirma Mendes (2005), a política de financiamento do governo federal mina as autonomias política, financeira, operacional e administrativa da gestão local.

A atuação do Ministério da Saúde tem gerado condições e regras para o financiamento da atenção à saúde prestada pelos governos municipais (SOUZA, 2005). Com medidas fortemente indutoras, o nível central tem formatado o desenho dos sistemas municipais, privilegiando um modelo assistencial assentado na atenção básica e sobre determinados programas definidos pelo Ministério. Estes são objeto de incentivos financeiros atraentes ao nível local, como o programa do PACS e da ESF.

Ademais, até o momento não houve a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, ou o cumprimento da Lei 8.142, no que se refere às transferências de recursos da União para estados e municípios. O Pacto pela Saúde também não define o padrão de integralidade que será colocado à disposição da população no que depende de incorporação tecnológica e de seus parâmetros de custo. Dito de outra forma, o pacto não prevê a garantia da construção de uma rede assistencial regionalizada nas várias linhas do cuidado à saúde. Assim, concordamos com Santos e Andrade (2007) quando estes afirmam que a despeito de o Pacto ser o modelo mais acabado e o que mais atende ao princípio da regionalização/hierarquização de ações e serviços de saúde e a integralidade da atenção, ele não logrará o efeito pretendido se não livrar-se das formas de repasse fracionadas, do subfinanciamento e dos arranjos administrativos não institucionalizados.

O modelo de atenção à saúde no Brasil define a plena responsabilidade do poder público municipal que deve se responsabilizar, ainda que não isoladamente, pelas ações de saúde. A criação e o funcionamento do sistema municipal responsabiliza o município no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. Entretanto, a realidade dos municípios é muito diferenciada, caracterizando diferentes possibilidades de desenvolver ações, considerando a disponibilidade de recursos, capacitação gerencial e perfil epidemiológico (BRASIL, 2001). Segundo Souza (2005), em muitos casos, a gestão da política de saúde é repassada para a esfera municipal (em sua maioria municípios de pequeno porte com baixa capacidade financeira e administrativa).

Assim, é notório o quanto fica difícil fazer valer o princípio da universalização, pois as situações mostram que o mesmo não ocorre e os programas passam a ser focalizados. Também a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras, são algumas das dificuldades a serem superadas para o fortalecimento do SUS – política de saúde instituída no Brasil.

Desafios e perspectivas da Política da Saúde: aspectos a serem considerados no debate sobre gestão

Discorrer sobre as contradições pertinentes à condução da política de saúde no Brasil significa reforçar o quanto a construção e consolidação dos princípios da reforma sanitária permanecem como

desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor da saúde; para tanto é preciso considerar alguns aspectos: os desafios e perspectivas da gestão do SUS.

a) A institucionalização do SUS

A problemática da configuração institucional do SUS tem sido objeto de muitas pesquisas e estudos no âmbito da saúde. Torna-se fundamental, no cenário atual, a identificação de alguns nós críticos a serem enfrentados para a retomada do projeto da reforma sanitária brasileira. É preciso reconhecer que o processo de condução político-gerencial do sistema é parte da cultura organizacional do Estado brasileiro, patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizado por interesses privados. O “engessamento” da gestão, por conta das limitações legais estabelecidas em função da política econômica, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, a inadequação das “alternativas” subsidiárias das reformas gerencialistas, que geram a fragmentação do processo de gestão, o marcado amadorismo decorrente da insuficiência de quadros profissionalizados, a reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação de ocupantes dos cargos de direção em todos os níveis, caracterizam a política de saúde no Brasil. Neste contexto, apresentam-se argumentos favoráveis à introdução e consolidação de inovações institucionais, a exemplo das fundações estatais de direito privado, e discutem-se estratégias de fortalecimento da capacidade de governo das instituições gestoras do SUS, em particular a profissionalização da gestão e a formação profissional nesta área (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

b) O dilema das fundações

O recente documento do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão sobre fundações públicas, mais especificamente o Projeto Fundação Estatal: proposta para debate (MPGO, 2007) e a crise da área hospitalar colocaram novamente na agenda do SUS a questão dos modelos de gestão pública. A análise crítica sobre as formas jurídico-institucionais da administração pública sustentadas por estudos do MPGO iniciados em 2005 teve como objetivo desencadear ajustamentos legais em sintonia com os novos paradigmas e desafios impostos pela gestão pública. Sob este argumento é que nasce o Projeto Fundação Estatal: “da necessidade imperativa de, à luz das disposições constitucionais, produzir direito novo para dotar o Governo de agilidade e efetividade nos atendimentos das demandas sociais do País” (MPGO, 2007, p. 1). Esta discussão sobre as “fundações” no campo da Saúde tem mobilizado alguns segmentos da sociedade, ainda que de forma tênue, no sentido de questionar os fundamentos desta conformação da gestão na saúde, em especial no que diz respeito à área hospitalar. Entretanto, esta é uma questão dilemática que vai exigir, mais do que nunca, por parte dos gestores, trabalhadores da saúde, pesquisadores, sindicatos, conselhos de controle social, enfim dos usuários, o acirramento do debate. Para tanto, deve-se ter em mente os interesses que estão em jogo e as possíveis hipóteses de desmonte da lógica da reforma sanitária e do próprio SUS. Sem este debate e a criação dos espaços democráticos e compartilhados que garantam a participação da sociedade civil e o controle social nesta discussão, corremos o risco de nos submetermos a uma “forma ilusória para criar a relação com o mercado e de mercado nas políticas sociais” (GRANEMANN, 2008, p.39).

c) O debate do direito à saúde e ao acesso às informações

O Ministério da Saúde desenvolve projetos e serviços que visam garantir condições de maior acesso e transparência da informação pública. Destacam-se no portal <www.saude.gov.br>: o Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (SIPAR), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Sistema de Legislação e Saúde (Saúde Legis). A pesquisa realizada pela coordenação geral para a elaboração da carta dos direitos dos usuários da saúde no Brasil apresenta-se organizada e disponibilizada *on-line* e se caracteriza como

uma ação significativa para instrumentalizar o cidadão e o processo de participação social. É um compromisso entre os gestores do SUS para a efetivação de iniciativas que ampliem a mobilização social e promovam a cidadania, favorecendo o acesso e maior qualidade aos serviços de saúde no território brasileiro. É fundamental disseminar as informações relativas a estes direitos junto às instâncias gestoras, aos segmentos profissionais do setor, aos movimentos sociais, aos sindicatos e órgãos representativos da classe trabalhadora e, fundamentalmente, aos usuários do SUS. O primeiro volume reúne a legislação de âmbito federal relacionada à saúde, ou seja, leis ordinárias, complementares e delegadas, medidas provisórias, decretos e resoluções. Entretanto, ainda é preciso que os profissionais e gestores da saúde tenham compreensão da importância da sistematização desta carta dos direitos dos usuários da saúde e, mais do que isto, compreensão do direito à saúde e do seu significado, para que então possam realmente se comprometer com a defesa e efetivação destes direitos no campo da Saúde pública.

d) Retomada da trajetória das políticas públicas para a democratização da saúde

A necessidade de rever a trajetória das políticas públicas ajuda a pensar sobre a democracia que se tem e os esforços necessários para consolidá-la no contexto atual. Relacionar democracia e política pública exige: suporte de especialistas de excelente formação para garantir a satisfação de critérios democráticos; sustentar um grau satisfatório de igualdade política; fundamento do governo democrático; permanente desenvolvimento da educação cívica da população que é sua condição de adquirir uma compreensão esclarecida das questões na ordem social. A revisão bibliográfica que trata sobre as lutas sociais na saúde contribui com o reconhecimento da trajetória das políticas públicas, ao considerar a linha do tempo e seus aspectos sócio-históricos. Incluir nos processos formativos dos trabalhadores da saúde o conteúdo articulado que trata das políticas públicas e a democratização da saúde e o direito da cidadania no país, é um desafio posto a toda agenda formativa e também daquelas instâncias que formulam, executam, monitoram e avaliam a política de saúde no Brasil.

e) Avaliação em saúde

A saúde no Brasil apresentou mudanças expressivas nas últimas décadas, com incrementos na expectativa de vida, redução da mortalidade infantil, aumento de cobertura em programas de imunização e erradicação de doenças imunopreventivas e incorporação de tecnologias de ponta e resolutivas. Todas essas transformações produziram efeitos profundos nos indicadores epidemiológicos e econômicos no País. À medida que a responsabilidade e a demanda pelo sistema de saúde pública têm aumentado e os recursos se tornado cada vez mais escassos, o sistema de saúde tem sido forçado a reexaminar os benefícios e custos de suas ações para assegurar que haja uma implementação efetiva das intervenções e alocação eficiente de recursos. Mais recentemente, respondendo às necessidades dos atores envolvidos com a compreensão desses serviços e sistemas e acompanhando o desenvolvimento universal do campo, a saúde coletiva brasileira incorporou a avaliação em saúde, tema este presente em todos os campos de atuação humana. A análise de implantação ou de implementação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, como no campo da Saúde (HARTZ; SILVA, 2005). Diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva, com a participação dos conselhos e com as proposições deliberadas nas conferências da saúde sobre o tema avaliação em saúde. Inicialmente foram realizadas pesquisas acadêmicas, já atualmente o interesse em avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico, pois também o Ministério da Saúde demonstra interesse de consolidar a avaliação em saúde no SUS. O conjunto de trabalhadores da saúde, no campo das práticas ou da pesquisa, questiona a integridade, a qualidade e a integração das intervenções do SUS, demonstrando assim o interesse e a credibilidade dos resultados de sua implantação e dos seus efeitos sobre a saúde da

população (HARTZ; SILVA, 2005). Mesmo assim, ainda há escassez de avaliações em saúde em todas as esferas do sistema, em especial avaliação de impacto; falta de sistematização; difusão e intercâmbio de conhecimentos sobre conceitos e metodologias de avaliação em saúde e insuficiente estímulo às experiências de avaliação na área da Saúde, que se configuram como nós críticos para avaliação da saúde no Brasil.

f) Formação dos trabalhadores da saúde

A trajetória que vem sendo vivenciada pelos profissionais da saúde requer a imersão em processos formativos que lhes permitam a aquisição de competências para que possam monitorar e avaliar o modo de gestão da saúde, sob pena de perdermos o foco na garantia da saúde como um direito social dos cidadãos brasileiros.

É, então, nesse contexto de conflito entre ordens sociais contraditórias (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007) que a formação dos profissionais da saúde se constitui em uma estratégia para consolidar e defender os interesses societários que realmente atendam às necessidades de saúde postas pela população usuária do SUS, bem como daqueles que ainda não acionam o sistema. Sabe-se o quanto o uso dos saberes dos profissionais da saúde pode estar a serviço do favorecimento da defesa do direito e da justiça social ou do favorecimento da lógica da economia excludente ditada pelos setores dominantes da sociedade. Muitas foram as iniciativas no campo da gestão do trabalho e da formação dos trabalhadores da saúde implementadas e amplamente discutidas no território brasileiro, tendo como diretriz pedagógica a Educação Permanente. Resta-nos avançar na reflexão sobre as situações de trabalho na saúde considerando as especificidades locais para identificar os saberes que devem ser construídos e adquiridos para atender as necessidades dos usuários do sistema. É preciso investir na formação via experiencial, ocorridas nos processos de trabalho em que os profissionais da saúde estão inseridos, incentivando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, tão preconizada no debate da gestão da saúde no Brasil.

g) O reconhecimento do caráter contraditório do SUS

O Brasil possui o maior sistema público de saúde do mundo em termos de cobertura populacional e de risco. Identificam-se as deficiências do sistema: perversas desigualdades no acesso e utilização dos serviços (com prejuízo para os mais pobres), o mau atendimento, as filas de leitos hospitalares, a demora para a marcação de exames, inadequações entre o proposto arcabouço jurídico-legal do SUS e a realidade dos serviços; ao mesmo tempo em que possibilita a realização de transplantes de coração, acesso à hemodiálise, dispensação gratuita de medicamentos contra AIDS, muitas vezes não consegue garantir a distribuição de antibióticos ou a realização de consultas médicas básicas permitindo que pessoas se amontoem nas salas de espera das emergências sem atendimento adequado; traz a integralidade, mas é tratamento desumanizado, fragmentado e centrado nos procedimentos (LIMA, 2006). Por outro lado, recentemente, ao comemarmos os 20 anos do SUS, a Carta de Mobilização sinaliza o cenário sócio-histórico da conformação do SUS – que nasce com a redemocratização do país – os avanços alcançados e a referência que tem sido o SUS para outras políticas sociais. Contudo, mais de 20 anos de avanços não escondem a necessidade de tornar o SUS ainda mais qualificado e eficiente (BRASIL, 2008).

Por fim, o discurso de crise na saúde escamoteia o fato de que esta não ocorre em função do modelo de sistema, mas ao contrário, é fruto dos fatores “extra saúde”, relacionados às políticas macroeconômicas (UGÁ; MARQUES, 2005). Vivemos um momento marcado por mudanças impostas pelos ideários neoliberais que exigem cada vez mais o comprometimento e apoio de toda a sociedade para assegurar a superação dos desafios e garantir o êxito deste que é o sistema de saúde de todos os cidadãos brasileiros.

Referências

- ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 77-125.
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas Sociais. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.
- _____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. 2004.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 173-206.
- BRASIL. Ministério da saúde. Constituição Federal de 1988. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção à saúde. Política Nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Carta de Mobilização – SUS 20 anos. SUS patrimônio da sociedade brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 5 de agosto de 2008.
- BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: _____. PEREIRA, P. (Org.). *Política Social e democracia*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 43-66.
- COTRIM, R. de C. *A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil: um estudo comparativo*. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ – Rio de Janeiro, 2006.
- GERSCHEMAN, S. A. *Democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan./mar. 1991.
- GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 36-39.
- HARTZ, Z.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1831-1840, nov. 2007. Disponível em: Scielo.
- JÚNIOR, F. B. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. S.; et al. (Org.). *Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
- LIMA, J. C. Histórias das lutas sociais por saúde. *Revista Trabalho Necessário*, ano 4, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN4%20LIMA,%20J.C..pdf>>. Acessado em: 10 dez. 2009.
- MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1999.
- MENDES, A. N. *Financiamento, gasto e gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995–2001)*. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil, 2005.
- MERHY, E. E. *Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007. Disponível em: SciELO.
- PAOLI, M. C. P. M. Movimentos Sociais no Brasil: em busca de um estatuto político. In: HELLMANN, M. (Org.). *Movimentos sociais e democracia no Brasil*. São Paulo: Marco Zero, 1995. v. 1, p. 24-56.
- SADER, E. *A vingança da história*. São Paulo: Boitempo, 2003.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. (Org.). *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. São Paulo: Prisma Printer, 2007, p. 165.
- SANTOS, N. R. Regulamentar a EC n. 29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integralidade, equidade e participação. *Saúde em Debate*, v. 29, n. 71, p. 338-351, 2007.
- SOUZA, C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 187-212.
- UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N.T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 193-233.
- VIANNA, C. M. M. Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.
- WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.