

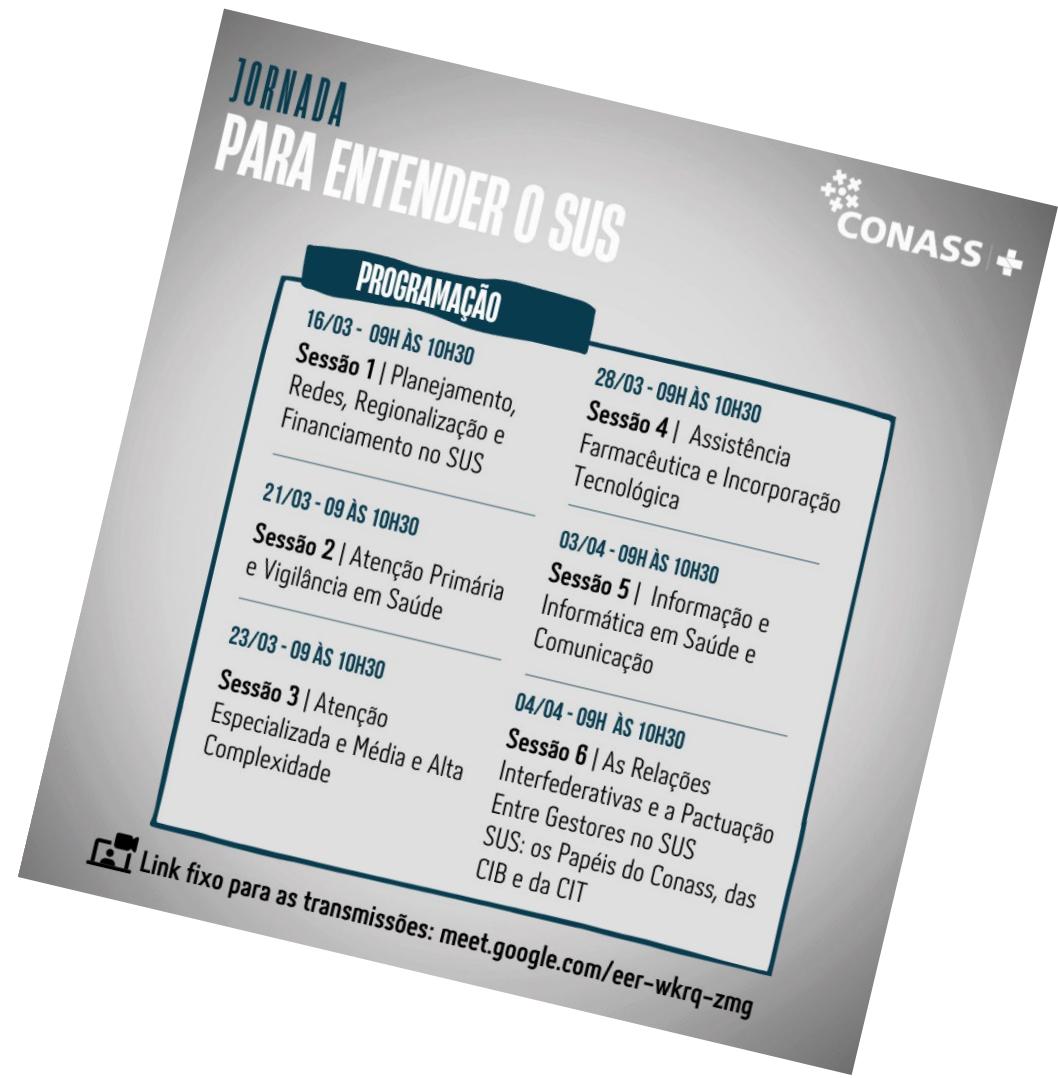
JORNADA: PARA ENTENDER O SUS

SESSÃO 6 - Relações Interfederativas e a pactuação entre gestores no SUS: os papéis do Conass, das CIBs e da CIT

Bsb, 4.4.2023

Então Objetivos

- ❖ Compreender a estrutura e os princípios do SUS: uma visão geral do sistema, incluindo o seu funcionamento, organização, políticas e princípios orientadores, como a universalidade, equidade e integralidade.
- ❖ Acolher os novos membros da ***Câmara Técnicas*** e preparar para os trabalhos que serão realizados durante o ano.
- ❖ Entender o papel dos diferentes atores do SUS. A formação pode destacar o papel dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde, dos usuários e da sociedade civil.
- ❖ Nesse sentido, o propósito aqui é organizar e ampliar o conhecimento, para facilitar o diálogo entre as diversas instâncias do sistema.



Saúde no Atual Contexto

- ❖ SISTEMA DE SAÚDE - é o conjunto de recursos e organizações, públicas e privadas, destinados a manter, reabilitar ou melhorar a saúde dos habitantes de um país. *M. Mrejen, C. Millett e T. Hone, in A Saúde do Brasil, 2022*
- ❖ Os sistemas de saúde são essenciais à saúde dos povos e são responsáveis por parte significativa do PIB Mundial (± 10%), no entanto, carecem de trato correspondente a importância que têm
- ❖ O mundo vive uma crise global de democracia representativa, os partidos ficaram velhos, as políticas sociais estão ameaçadas e os sistemas de saúde também. (*A ordem liberal está desmoronando? – Roberto Mugabe e Taylor Owen*) (IBM-2007, Espanha e Portugal -2008, Canadá-2017, UK-2018 e 2022)
- ❖ A saúde do Brasil está ameaçada? **SIM!**
=> É preciso descobrir o que temos em comum e trabalharmos para fortalecer o SUS e colocarmos a saúde em todas as políticas. É preciso reinventar a crença no Brasil e entender o que a modernidade pode fazer, mas com equilíbrio.
- ❖ É preciso discutir saúde olhando para a política
 - ➔ Os governos, para funcionar, precisam de estabilidade, de escola, de tecnologia da informação, de ciência, de cultura, de organização e trabalho. Enfim, “o mundo precisa de desempenho, não de mando.”

O SUS

- ❖ Em quase três décadas e meia de existência, o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira.
- ❖ São inegáveis os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que preste serviços de qualidade a toda a população brasileira.

A Crise na Assistência

Crise do Modelo Assistencial - Enquanto mais de 75% da carga de doença são compostas por condições crônicas de saúde, os Sistema de Saúde são feitos para pacientes agudos.

Tripla carga de doenças

- ❖ Agenda não concluída de infecciosas, problemas nutricionais e saúde reprodutiva (TMM)
- ❖ Forte predominância relativa de doenças crônicas e de seus fatores de risco como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas;
- ❖ Crescimento das causas externas (violência interpessoal e acidentes de trânsito)

Fragilidades do SUS

- ❖ Modelo Institucional esgotado?
- ❖ Modelo Assistencial fragmentado e com foco em doenças agudas
- ❖ Gestão do Trabalho – formação de profissionais com o perfil inadequado + inadequação na gestão de pessoas
- ❖ Ciência e Tecnologia - incorporação tecnológica desregrada, Complexo Industrial frágil e Judicialização crescente
- ❖ Participação Social – centrada na vigilância do gestor, baixo conhecimento do sistema de saúde e baixa capacidade propositiva
- ❖ Financiamento insuficiente, burocrático e gestão ineficiente

A Gestão do SUS

- ❖ Apesar de ser um sistema de saúde de concepção marcadamente social e com o “objetivo de proteger e qualificar a saúde da população, como posto na CF-1988 ‘SAÚDE COMO DIREITO’ (Sônia Fleury), “todas as tentativas de organização do sistema foram pautadas pelo financiamento federal e não pelas necessidades da população’ (LS e OM)
- ❖ A lógica dessa organização, pautada no financiamento, nos permite afirmar que a luta permanente dos que conceberam o SUS e dos que o sustentam é entremeada por conflitos permanentes entre a necessidade de conquistar o que está posto nos princípios fundantes da Carta Magna e os que obstruem o percurso até a conquista desses direitos.
- ❖ O que fortalece nesse contexto é a gestão tripartite, posta nas normativas do SUS e consolidadas nas Leis 8.080/90, 8.142/90, 12.466/11, LC 141/12 e Decreto 7.508/11

SUDS como Precursor

- ❖ Programa de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (*Decreto-lei n.94.657, de 20.jul.**1987***) – manteve-se até a edição da NOB 91
 - Fundava-se na cooperação intergovernamental prevista no art.13, CF de **1967** (... os entes podem celebrar convênios para execução de leis, serviços... etc) e no Decreto Lei 200/67 (...as atividades federais podem ser descentralizadas... delegadas mediante convênios com órgãos estaduais e municipais) =>> **(1967 -> 1987)**
- ❖ O SUDS era o precursor das ideias postas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (RSB)
 - Unificação das ações de saúde
 - Organização administrativa descentralizada
 - Direito à saúde independente do cidadão ser ou não trabalhador
 - Princípios e diretrizes únicos
 - Financiamento integrado e intergovernamental

Fonte: O espaço da gestão inovadora dos consensos interferetivos – Lenir Santos e Odorico Monteiro)

As Normas Operacionais Básicas

❖ NOB-SUS 01/91 (financiamento pautado pelo INAMPS)

- Visava assegurar o poder do INAMPS no SUS e minimizar o poder da RSB
- Aprovada pela Resolução nº258/91 do presidente do INAMPS – dispunha sobre a política de financiamento do SUS, INCOPORADO como departamento do MS. (cultura inampiana presente no MS)
- A ‘cultura ‘inampiana’ está presente no MS, principalmente no SNA e no financiamento fragmentado

Os convênios SUDS perdura(M)ram até 1991 (?) (protegidos pela Lei 8080/90 até que fossem absorvidos pelo SUS) **vide => PT GM N°2699/2020**

❖ NOB-SUS 01/92 (a que não saiu do papel)

- buscava descentralizar as ações dos serviços de saúde em colegiados de gestores, criados pela PT MS nº1.180, 22.jan.1992
- Editada por Portaria nº 234, 7.fev.1992, foi influenciada pelo movimento municipalista, precursora do documento ‘A ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei’, publicado pelo MS em 1993.
- Alocação de recursos do INAMPS para compor as receitas do FNS

As Normas Operacionais Básicas

❖ NOB-SUS 01/93 (“A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”)

- *Vitória do ‘movimento municipalista’ e primeira a ser editada pelo MS sem a participação do INAMPS*
 - *A influência do movimento influenciou na 9ª Conf. Nacional de Saúde: Municipalização é o Caminho (1992)*
 - *Os sanitaristas foram para o MS; situação política se agravou; o SUS ficou mais de 100 dias sem receber repasses da área econômica; CONASS e Conasems entraram com representação na PGR devido ao atraso nos repasses de recursos*
 - *Em atendimento ao proposto pela 9ª CNS, criou-se no MS um Grupo Especial de Descentralização (GED) ->> foi o documento “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei’*
 - *Documento propôs a construção de um ‘novo modelo assistencial’, que superasse o modelo liberal privatista, de influencia americana*
- ➔ *A CIT, criada em 1991 (colocada em prática apenas em 1992 após a renúncia do pr.Collar) e as CIBs passaram a ter papel relevante na organização do SUS*

Fonte: O espaço da gestão inovadora dos consensos interferetivos – L. Santos e O. Monteiro

NOB 01/93 – Marco Histórico

- ❖ Considerou que estados e municípios são gestores do SUS e não prestadores de serviço do Ministério da Saúde
- ❖ Transferir recursos pela modalidade ‘fundo a fundo’
- ❖ Adotar o critério global de repasse de parcela dos recursos da União
- ❖ Adotar a Cit e Cibs como fórum de negociação intergestores
- ❖ Possibilitar estados e municípios a serem gestores dos seus sistemas , independentemente da condição de gestão que viessem a ter, bastando ter capacidade de responder pela saúde da população

Fonte: O espaço da gestão inovadora dos consensos interferetivos – L. Santos e O. Monteiro

As Normas Operacionais Básicas

- ❖ NOB-SUS 01/96 (inversão do modelo de atenção à saúde hegemônico no país)
 - *Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*
 - ✓ Gestão plena da atenção básica
 - ✓ Gestão plena do sistema municipal
 - *Avançou do campo da assistência, a NOB 96 avançou na responsabilização da saúde para 3 CAMPOS:*
 - ✓ Assistência
 - ✓ Intervenções ambientais
 - ✓ Políticas externas do setor saúde (determinantes sociais)
 - *E mais ...*
 - ✓ Relação entre os sistemas municipais; papel do gestor estadual e federal; as bases para um novo modelo de atenção à saúde; financiamento das ações e serviços de saúde; transferências intragovernamentais e contrapartidas; PSF e PACS; programação, avaliação, controle e auditoria;

As Normas Operacionais Básicas

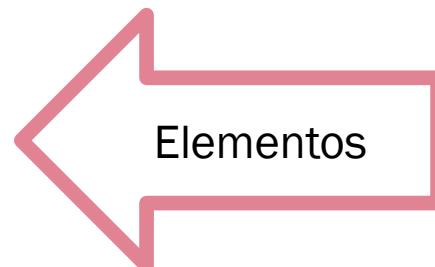
- ❖ NOAS.SUS 2001 (uma tentativa de ordenar a regionalização)
 - *A partir de 1998 houve intensificação do processo de descentralização, com 99% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão, com 90% em GP-AB*
 - *A avaliação mostrava a necessidade de agregação de algumas ações para melhorar a eficiência, tendo como base as microrregiões fundada em 3 princípios*
 - Descentralização, com ampliação da responsabilidade sobre a sua gestão
 - Regionalização, com ênfase no planejamento territorial
 - Hierarquização, por meio da estrutura de redes assistenciais
- NOB 01/96 – Diretrizes*
 - O processo de regionalização assistencial
 - O fortalecimento da capacidade de gestão do SUS
 - Atualização do critérios de habilitação de estados e municípios (PDR, qualificação em Regiões e Microrregiões de Saúde,
- ❖ NOAS 01 2002 – CONTINUIDADE DA NOAS 01 correções na hipertrofia normativa, ampliar a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica e mecanismos para o processo de regionalização que tivesse como estratégia a hierarquização dos serviços de saúde, visando à equidade

Fonte: O espaço da gestão inovadora dos consensos interfederativos – L. Santos e O. Monteiro

O Pacto Pela Saúde

- ❖ O esgotamento dos modelos de regulamentação da organização e funcionamento do SUS, pautado pelo financiamento fracionado e fortemente regulado, transformou estados e municípios em GESTORES de projetos e programas federais. Novas bases de gestão compartilhada se fizeram necessárias. Após ampla e demorada discussão foi publicada a PT nº 399, em 22 de março de 2006 criando o **PACTO PELA SAÚDE 2006** com novas bases para
 - *Financiamento*
 - *Definição de responsabilidades*
 - *Metas sanitárias*
 - *Compromissos entre gestores baseado em termos de compromissos com metas e planos operativos REVISADOS ANUALMENTE*
 - Pacto pela Vida
 - Pacto em Defesa do SUS
 - Pacto de Gestão do SUS

- Descentralização
- Regionalização
- Planejamento
- PPI
- Financiamento
- Regulação
- Controle Social
- Gestão do Trabalho e Educação em Saúde



A Gestão por Consenso

- ❖ O SUS carrega consigo todos as características de uma administração publica diferenciada
 - *Descentralizada*
 - *Conselhos de Saúde*
 - *Relação público e privado*
 - *Valorização do cidadão usuário*
 - *Transparência na gestão*
- O SUS DE BASE MUNICIPAL CHEGOU AO SEU LIMITE.
- A INTEGRALIDADE SÓ SE COMPLETA NA REGIÃO DE SAÚDE, EM SERVIÇOS ORGANIZADOS EM REDES, APOIADAS NA APS RESOLUTIVA!
- ❖ A concepção do SUS exige novas e constantes mudanças no arranjo administrativo e político (conversar sempre e pactuar sempre de espírito aberto para aceitar o diferente)
- ❖ Os municípios têm ordens de problemas em relação às suas competências
 - *Os afetos ao próprio município*
 - *A integralidade da atenção à saúde*
 - *A regionalização*

Colegiados Interfederativos

- ❖ Os COLEGIADOS INTERFEDERATIVOS, criados em 1991, cumprem papel relevante na gestão do SUS e são decisivas para o cumprimento das bases normativas estabelecidas
- ❖ Conass, Conasems e Cosems são reconhecidos pela Lei 8.142/90, Lei 8080 (Lei.12.466/2012) e por diversas portarias ministeriais
- ❖ As decisões dessas instâncias (CIT, CIB, CIR) são tornadas públicas através de Resoluções ou portarias
- ❖ Os colegiados Interfederativos têm normatização própria
- ❖ O SUS é o exemplo acabado de federalismo cooperativo. Os interesses são comuns e indissociáveis.

Participação SOCIAL

- ❖ Os Conselhos de Saúde, instalados em todos os estados e em todos os municípios, buscam autonomia e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.
 - ❖ As Conferências de Saúde, convocadas pelo poder executivo, compostas pela representação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores, avaliam a situação da saúde e propõem diretrizes para a formulação da política de saúde.
 - ❖ A participação da sociedade, através dos seus Conselhos e nas Conferências de Saúde, é vital para o fortalecimento do SUS e para as boas práticas de governança nele instaladas.
- 17º Conferência Nacional de Saúde, julho de 2023, em Brasília

Conclusão

- ❖ Fortalecer o **Pacto Federativo**, que no caso do SUS tem que ser como sempre foi: SOLIDÁRIO e COOPERATIVO -> Ex. Pandemia (+ | -)
- ❖ Fortalecer a **Gestão Colegiada** -> (CIR, CIB, CIT) + Conselhos
 - Respeito às decisões pactuadas
 - Superação das dificuldades administrativas
 - Cumprimento das metas acordadas
- ❖ Cumprir as Resoluções Nº 23/2017 e nº 37/2018 – Estruturar o SUS com base nas **Regionalização da Saúde**, estabelecendo NOVA GOVERNANÇA
- ❖ **Financiamento** regular e suficiente
- ❖ Construção de **Novo Contrato Social** para superar a grave crise política, econômica e fiscal para a superação da crise política, econômica e fiscal

“Caminhante, não há caminho,
o caminho se faz ao caminhar”

Antônio Machado