

## **SUS**

### **Antes do SUS...**

Quem tinha dinheiro tinha assistência médica.

Quem não tinha dinheiro se ferrava.

### **Década de 20...**

Em 1923 criaram as CAPs (caixas de aposentadorias e pensões): cada categoria profissional criou a sua.

Contribuição de 3% do salário do empregado + 1% do lucro do empregador: pagavam assistência médica e aposentadorias para cada grupo profissional.

### **Década de 30...**

Vargas foi influenciado por idéias exteriores que pregavam que o governo devia assegurar assistência médica à sua população. Havia duas correntes:

- Européia: medicina preventiva... com postos de saúde.
- Americana: medicina curativa... construção de hospitais.

O Brasil seguiu a corrente americana.

Getúlio não tinha dinheiro e chamou os representantes das CAPS para pegar o dinheiro e contribuir com um pouco a mais para construir hospitais específicos para cada categoria...

Criaram-se os hospitais dos marítimos... dos bancários... dos plantadores de cana...

O povo adorou... Getúlio se amarrou...

Como estado passou a participar das CAPES, passaram a chamá-las de IAPs.

### **Década de 60...**

Militares perceberam que as caixinhas estavam cheias de dinheiro e que eles não tinham controle sobre isso.

Chamaram todas as categorias... por que ao invés de cada um ter o seu instituto não criamos um Instituto Nacional da Previdência Social? (INPS).

O povo adorou... podia freqüentar hospitais em vários lugares da mesma cidade e até mesmo do país... era só mostrar a carteirinha no país inteiro.

Os militares passaram a ter controle completo.

Vamos construir a maior usina hidrelétrica do mundo... Itaipu... a maior ponte do mundo... Rio-Niterói... a Transamazônica... tentaram construir e não conseguiram... Tudo utilizando o dinheiro da saúde.

O dinheiro foi indo embora.

Os hospitais da década de 30 começaram a ficar sucateados.

Os militares incentivaram a construção de hospitais... sob a condição de que os proprietários permitiriam o atendimento dos clientes do INPS às custas de um pagamento do governo.

### **Década de 70...**

As pessoas que contribuíram a vida inteira para aposentar se arrebatam, pois a previdência não tem mais dinheiro.

Em 1973, a previdência faliu: gastaram dinheiro que não deviam gastar; pessoas roubaram; financiaram o que não deviam ter financiado.

Os militares numa tentativa de marketing passaram a tentar controlar os gastos.

Em 1977, passaram a chamar de Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS): não mudou nada, além do estabelecimento de teto de procedimentos (hemograma, procedimentos), para segurar o dinheiro.

Apareceram bizarrices porque as pessoas sempre arrumavam maneiras de ganhar dinheiro: acabou a cota de RX e de hemograma, começaram a surgir hospitais com "surto de ca de pênis", por exemplo.

### **Os problemas...**

Acesso restrito: só tinha acesso quem pagava por ele... o INPS e INAMPS é um plano de saúde estatal (as pessoas eram descontadas ou você comprava o direito de freqüentar o hospital).

Ênfase na cura.

Ministérios... até existia ministério da saúde... que era responsável pelas ações preventivas e fazia calendário vacinal e saneamento... o ministério da previdência é quem fazia medicina curativa (a Previdência era Dona dos Hospitais).

Medicina ditatorial: existiam vários problemas.

### **As revoltas / discussões...**

Propuseram a Reforma Sanitária...

Propuseram inicialmente o Plano Conasp / AIS: os municípios deveriam executar a saúde porque estão mais perto e conhecem melhor a realidade. Dê um único dinheiro ao município para ele entregar as ações de prevenção; de cura; e de reabilitação.

VIII Conferência Nacional de Saúde (76): grande momento de reforma sanitária... saúde não é ausência de doença... saúde é um direito de todos e é dever do estado assegurar esse benefício à população.

SUDS (87): como forma de transição.

SUS (88): nasceu em 88 fazendo parte da Constituição.

### **As soluções...**

Acesso restrito → universalização.

Ênfase na cura → integralidade; equidade.

Ministérios → descentralização; regionalização/hierarquização.

Medicina ditatorial → participação social.

Em função dos problemas, os SUS trás os princípios/soluções.

## **Princípios do SUS**

### **Universalização**

Acesso a todos os cidadãos... não é restrito mais... saúde é um direito de todos...

As pessoas que pagaram INPS e INAMPS não gostaram porque compartilhavam a fila dos hospitais com quem não pagava nada.

O MS (não mais o ministério da previdência) considerava que todo mundo pagava imposto e tinha direito à saúde.

Universalização excludente: para o rico, o SUS não faz diferença (ele paga o particular); para classe média foi uma merda... ela passou a pagar não um plano de saúde estatal e sim um plano de saúde privado. É o momento do grande aumento dos planos de saúde privados no país (a classe média se sentiu excluída).

### **Integralidade**

Num sistema único devemos ser capazes de fornecer atendimento integral: que articule prevenção; cura e a reabilitação, com ênfase em prevenção.

### **Equidade**

"Significa erro em questão de prova."

Equidade dá idéia de igualdade... deixar o Brasil mais equilibrado.

Para atingir esse equilíbrio devemos reconhecer diferenças... devemos dar ênfase para áreas com maior necessidade. Devemos tratar, então, de forma desigual.

Tratamento DESIGUAL.

### **Descentralização**

Dividir poderes.

### **Regionalização**

Municipalização... nem que tenhamos que dividir os municípios em distritos sanitários.

### **Hierarquização**

Organizar os níveis de complexidade da assistência.

80-90% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na unidade básica de saúde: a porta de entrada não é o hospital e sim a unidade básica (posto de saúde). Se precisar de hospital de média complexidade, encaminhamos para o hospital.

### **Participação Social**

Dentro do SUS a participação social é feita pelos Conselhos e Conferências de Saúde.

### **Resolubilidade**

O SUS tem que ser capaz de resolver os problemas da sua população.

O primário tem que resolver o que é primário... o secundário tem que resolver o que é secundário...

### **Complementariedade**

Se o SUS através de seus equipamentos/instalações for incapaz de resolver seus problemas, nem que ele tenha que contratar o privado de forma integral, ele tem que prestar assistência à toda sua população.

Deve dar prioridade à uma instituição filantrópica, privado sem fins lucrativos. Mas, se precisar pode contratar privado lucrativo.

Mais de 90% das diálises feitas pelo SUS são feitas em hospitais particulares.

### **Princípios éticos / doutrinários**

- Universalização
- Integralidade
- Equidade

Começam com vogais.

### **Princípios Organizacionais / Operativos**

- Descentralização
- Regionalização
- Hierarquização
- Participação social
- Resolubilidade
- Complementariedade

Começam com consoantes.

### **Vínculo cerebral**

Acesso a todo é universalização

Fazer prevenção e cura é integralidade.

Tratamento desigual é equidade.

Dividir poder é descentralização.

Municipalização é regionalização.

Níveis de complexidade é hierarquização.

Conselho / Conferência é participação social...

### **A evolução do SUS...**

Foi criado em 1988 na Constituição...

O SUS é uma teoria... com alguns artigos da Constituição.

Ele é criado em 88, mas não é implantado porque ninguém tinha noção de como ele funcionaria.

Lei 8080 (lei orgânica da saúde): mostra objetivos e atribuições do SUS; em setembro de 1990, colocaram no papel, por escrito, as regras de funcionamento do SUS.

### **Lei orgânica da Saúde**

Lei 8080... objetivos e atribuições do SUS...

#### **Cabe à Direção**

- Nacional: definir... políticas, normas...
- Estadual: coordenar... participar da elaboração das normas/políticas...
- Município: executar... participar da elaboração das normas/políticas...

A direção nacional pode executar?

Pode! Vigilância de portos, aeroportos, fronteiras... ou em situações inusitadas.

Exemplo: Em 2008, o município não foi capaz de controlar a dengue no Rio de Janeiro. O Estado também não. O Nacional veio...

Fora as condições de exceção, existe alguma situação em que é a Direção Nacional quem executa?

A ANVISA (agência nacional de vigilância sanitária) é responsável pela execução em portos, aeroportos e fronteiras.

E o setor privado?

Hoje temos mais hospitais privados do que públicos... os gastos privados são maiores...

O privado pode atuar de forma livre e à vontade desde que siga as normas.

E mais, o privado participa de forma livre e de forma complementar ao SUS porque se o SUS não for capaz de resolver os problemas, ele deve contratar o privado.

Quando o SUS contrata um privado, ele não pode subvencionar/banciar uma instituição privada lucrativa... ele pode usufruir de um serviço que já existe... mas não financiar sua criação.

### **Obs**

O sangue é o único órgão que pode ser comercializado. Não podemos comercializar a captação do sangue (pagar para quem vai doar). A captação só pode ser por doação. O que podemos comercializar é a venda do sangue e seus derivados.

A doação é sempre sigilosa... por exemplo, a doação de medula óssea.

Empresas estrangeiras não podem participar do SUS.

### **A evolução do SUS...**

#### **Lei 8080 de setembro de 90**

Collor, presidente, vetou dois artigos que faziam parte da lei 8080: como o povo participaria do SUS e como repassar o dinheiro para o município.

Ele não sancionou a lei de forma completa.

#### **Lei 8142 de dezembro de 90**

Aparece uma nova lei com dois artigos: com participação popular e com distribuição dos gastos.

➤ Estabelece os Conselhos e Conferências...

➤ Estabelece a transferência regular e automática...

Não vamos pagar por produção (até então o município mostrava a conta e o Estado reembolsava... o município dizia que gastava muito mais) e sim por número de cabeças que existem lá. O Município não precisa nem pedir dinheiro... de forma regular o dinheiro vai do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde... mensalmente.

### **Conselhos de saúde**

Metade: profissionais de saúde (50%); prestadores de serviço (25%); representantes do governo (25%).

Metade: usuários (povo).

➤ Controlam a execução e os gastos da saúde na região.

O conselho tem caráter permanente... não fica mudando de eleição em eleição...

Os conselhos tem poder para deliberar: o que os Conselhos decidem não tem quem ser aprovado/consultado numa assembleia legislativa/câmara municipal/câmara estadual. Tudo isso para tirar o aspecto legislativo influenciador. O executivo só tem que carimbar e assinar (prefeito; governador e presidente).

➤ Os conselhos são permanentes e deliberativos.

➤ Reunião mensal.

### **Conferências de saúde**

Metade: usuários (povo)... a representação dos usuários é paritária (não majoritária) em relação aos demais componentes... assim como nos conselhos de saúde.

➤ Acontecem de 4 em 4 anos: geralmente o executivo convoca a conferência. Extraordinariamente, os conselhos podem convocar.

➤ Avalia a situação da saúde e cria diretrizes da política de saúde.

As questões misturam detalhes de conselhos com conferências de saúde...

**Controle social**

Poderes do conselho são permanentes e deliberativos.  
 Eles controlam os gastos e a execução.  
 A conferência acontece de 4-4 anos.  
 Elas criam diretrizes de saúde.  
 Os usuários são 50%.

**A evolução do SUS...**

Lei 8080 + Lei 8142 (acrescentando participação popular + gastos).  
 Lei de 8142 foi promulgada em 28 de dezembro de 90.  
 Foram sendo criadas normas para controlar o SUS.  
 Depois de 15 dias da Lei 8142 criaram a NOB 91.

**NOB 91**

Centraliza a gestão no nível federal... municípios se comportam como prestadores... prestadores públicos e privados recebem dinheiro do MS de acordo com a produção...  
 Puta que pariu... voltaram atrás em tudo?  
 É uma lei sem noção... que não acrescenta nada.

**Municípios em 91...**

Sempre prestaram serviços para o governo... eles não sabem executar... era peão que não sabia comandar...  
 A NOB91 não acrescenta nenhuma informação... foi uma maneira de aguardar o município passar a executar porque ele não estava pronto ainda.

**NOB 93**

- Municipalização...
- Municípios → gestores.
- Acontece a transferência regular e automática.
- Guerra das Vans: os municípios não deixavam as pessoas entrarem nas cidades porque se o cara vier de fora vai haver carência de dinheiro porque os municípios ganham dinheiro por cabeça da própria região. Observando isso, podia haver resolução entre a secretária de saúde e a comissão dos secretários de saúde (se for entre municípios do mesmo estado), por exemplo. Ou seja, surgiram as comissões.
- **Comissão intergestores bipartite (estadual):** comissão dos secretários municipais de saúde (município) e os estados.
- **Comissão intergestores tripartite (nacional):** MS x comissão nacional dos secretários estaduais de saúde (CONASS) x comissão nacional dos secretários municipais de saúde (CONASEMS). Tripartite tem que ter MS e "nas" de nacional.
- Cai na prova.

Em 92 ocorreu o impeachment do Collor.

O Collor tentou controlar a inflação tirando dinheiro de circulação: cortou acesso das pessoas às contas bancárias. O trabalho informal cresceu muito nessa época. As pessoas procuravam alternativas para ganhar dinheiro.

O Collor cortou repasse de verbas para os municípios: chegou a cortar 90% do repasse.

Dengue e cólera estavam fora do país. TB e Hanseníase estavam controlados. Aparecem as doenças reemergentes. Dengue voltou e ficou... Somos líderes em Hanseníase (bacana, superamos a Índia).

A classe médica é achatada... a situação da saúde estava um caos.

Itamar assume e coloca Jamir Adadi como ministro da saúde. Pressionados pelo caos, eles municipalizaram na marra...

Os municípios deveriam escolher entre gestão incipiente (o dinheiro vai para o Estado); parcial (o município faz parte da gestão); semi-plena... Não precisa decorar porque não é assim hoje...

**NOB 96**

3 anos depois da NOB 93; 8 anos depois que o SUS é criado.

O que ela fez, persiste até hoje.

➤ Poder pleno pelo município: até 92, o poder máximo era semi-pleno.

Os municípios tiveram que optar por duas formas de gestão:

➤ Gestão plena da atenção básica: responsável plenamente por toda atenção básica.

➤ Gestão plena do sistema municipal: responsável plenamente por toda atenção básica, de média e de alta complexidade.

Em 96, quais municípios eram responsáveis por dar atenção básica?

Todos. Porque atenção básica deve ter sempre.

Por isso criaram o piso da atenção básica (PAB).

➤ PAB: valor para financiar a atenção básica

10 reais / habitante / ano para cuidar de toda atenção básica.

Atualmente é de 17 reais / habitante / ano para cuidar de toda atenção básica.

➤ Podiam receber dinheiro a mais se fizessem saúde da família (PAC – programas de agentes comunitários); saúde de índios... saúde de presídios... saúde de outra coisa. Ou seja, existe o PAB fixo e o PAB variável (que varia se houver saúde bucal; indígena; presidiária; sendo fornecida pelo município).

O PAB fixo + variável é o teto que o município pode ganhar sendo responsável pela atenção básica.

PSF foi criado em 93 e implantado em 94.

Em 96 quando o poder passou a ser pleno... colocaram o PSF como carro chave... eles perceberam que era capaz de melhorar muito mais rápido os indicadores de saúde e era mais barato ter um profissional médico que fizesse GO; Pediatria; CM; Cirurgia; Geriatria do que ter esses especialistas nas Unidades de Saúde.

Foi o grande estímulo para o PSF.

## **NOAS 2001/2002**

Por José Serra.

Equidade nos recursos e no acesso à saúde.

Plano Diretor de Regionalização.

Acesso a saúde o mais próximo da residência.

Município referência = passa a receber dinheiro para a média complexidade. Ou seja, os municípios que recebem pacientes de outras regiões passam a receber um dinheiro a mais.

Alta complexidade: apenas por autorização para cada procedimento.

Criou o PAB ampliado: como se fosse um PAB variável... isso muda depois de 2001/2002... se além do mínimo (município cuidar de TB; hipertensão; diabetes; saúde para criança; saúde para mulher), o município fizer atenção básica ampliada (atendimento de urgência com observação por 6 horas; visita domiciliar por profissional de nível superior; cirurgias ambulatoriais especializadas; ações especializadas em odontologia; teste imunológico de gravidez e ECG... etc), ganhava um dinheiro extra.

## **Leis do SUS**

Lei 8080: funcionamento do SUS

Direção nacional executa vigilância de portos; aeroportos e fronteiras.

Sistema privado: livre e complementar.

Conselhos e conferências: Lei 8142.

Lei sem noção: NOB 91.

A NOB 93 criou comissão bi/tripartite.

A NOB 96 criou gestão plena/PAB.

A estratégia principal foi PSF/PACS.

A NOAS criou plano diretor de regionalização e PAB ampliado.

## **Pacto da Saúde – 2006.**

Dentro do Pacto da Saúde existe o plano nacional da atenção básica: o carro chefe seria o PSF/PACS.

A reabilitação faz parte da atenção básica? Sim.

Atenção básica deve incluir: promoção; proteção; prevenção; diagnóstico; tratamento; reabilitação e manutenção.

A atenção básica deve ser feita através de “elevada complexidade” e baixa tecnologia. Isto confunde... eles quiserem dizer que elevada complexidade significa que o médico do PSF (da atenção básica) deve ter muito conhecimento. Ou seja, não deve ser um médico recém-formado que não cria vínculo com a população.

BK, hanseníase, HAS, DM, saúde bucal, da criança, da mulher, do idoso, desnutrição infantil.

5 blocos de dinheiro – curiosidade do financiamento:

- Atenção básica (PAB fixo + variável).
- Atenção de média e alta complexidade.
- Vigilância da saúde (epidemiologia + sanitária).
- Ações farmacêuticas (básicas, estratégicas e excepcionais).
- Gestão do SUS: parte administrativa.

Em 2006 criaram:

- Pacto pela vida: saúde do idoso; ca colo/mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, BK, malária e influenza); promoção à saúde (qualidade de vida); atenção básica à saúde (PSF).
- Pacto em defesa do SUS.
- Pacto de gestão do SUS.

Depois de 2006, fizeram o pacto pela vida 2008... pacto pela vida 2009... e aí acrescentaram outras prioridades.

### **Pacto pela vida – 2008/2009**

- Saúde do idoso.
- Ca colo/mama.
- Mortalidade infantil e materna.
- Doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, BK, malária e influenza).
- Promoção à saúde: qualidade de vida.
- Atenção básica à saúde (PSF).

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Saúde mental.</li> <li>➤ Saúde do homem.</li> <li>➤ Saúde do trabalhador.</li> <li>➤ Pessoas com deficiências.</li> <li>➤ Pessoas em risco de violências.</li> <li>➤ AIDS + Hepatite.</li> </ul> |
|---|

O que está dentro do quadro é o que foi adicionado em relação ao pacto pela vida anterior.

### **Programa de saúde da família – PSF**

“Adscrição da clientela.”

5 princípios do PSF

- Equipe multidisciplinar

No mínimo quem compõe a equipe do PSF: médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; 6 agentes comunitários de saúde (ACS).

- Integral e hierarquizada: racionaliza a complexidade.

Integral: não tem privilégio para ninguém... é para todos...

Hierarquizada: envolve até reabilitação... o PSF é a porta de entrada.

O fluxo externo dos pacientes tem duas pernas:

Referência: mando para outro centro.

Contra-referência: avalio, quando o paciente retorna.

- Substitutivo

Promoção à saúde.

- Integral

40 horas semanais... o médico não deve ser privilegiado... ele também tem que exercer 40 horas.

➤ Territorialização (com vinculação)

Existe um território com baixa densidade demográfica: 3.000 pessoas e no máximo 4.000 (600 famílias)... pelo qual o profissional é o responsável... estabelece vínculo.

A população deve ser cadastrada uma a uma...

➤ Adscrição de clientela

É cadastrar/conhecer seus clientes.

O PSF não é para interiorizar o médico... não é para cidades mais carentes... não é para regiões pequenas...

É um projeto para o país inteiro... mas foi mais fácil implantar em cidade pequena/do interior.

O que aconteceu é que nas cidades grandes há maior facilidade médico-hospitalar... o acesso ao hospital é mais fácil...

### **Financiamento do SUS**

"O financiamento do SUS é responsabilidade comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios." Constituição Federal.

De onde vem dinheiro para:

MS: vem do orçamento da seguridade social (órgão que financia ministério da saúde e da previdência). E quem financia o orçamento da seguridade social? Os impostos como a Cofins e CSLL (CPMF foi abolida)... a maior fonte vem do desconto compulsório sobre a folha de salário dos trabalhadores... o problema é que esse dinheiro vai inteiro para a previdência... para pagar auxílio-acidente... auxílio-doente... aposentadoria por invalidez... por tempo de serviço... esse desconto não entra para saúde.

Do DPVAT, pago junto com o IPVA, metade vai para a seguradora para te indenizar e a outra metade vai para o SUS para atender às vítimas do acidente de trânsito.

### **Emenda constitucional número 29 de 2000**

É uma EC e não uma lei: está apenas há 9 anos esperando para ser votada pelo Congresso. Eles tentam vincular mais dinheiro para o SUS. Isto deveria ser aprovado em agosto de 2009, mas provavelmente não vai ser aprovado.

A EC diz quanto cada esfera de governo deve aplicar em saúde:

- União: o mesmo dinheiro que aplicou no ano anterior + variação de acordo com a correção do PIB.
- Estados: 12% da sua receita.
- Municípios: 15% da sua receita.
- Distrito federal: parte do dinheiro é de arrecadação municipal... parte estadual... o que ele ganha de imposto estadual ele aplica 12%... o que ele ganha de imposto municipal ele aplica 15%.