

A Municipalização da Saúde nos 20 Anos do SUS

José Ênio Servilha Duarte¹

O meu início na Saúde Pública aconteceu em 1964, quando tive aula com os Professores José da Silva Guedes e Geraldo Bourroul que, pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública, eram responsáveis pelo Curso de Saúde Pública ministrado aos alunos do 5º ano da Faculdade de Medicina da USP. Encantei-me com a abordagem tão diferente da que, até então, vinha tendo no meu Curso de Medicina e, a partir daí, engajei-me e passei a viver intensamente toda a evolução do sistema de saúde brasileiro e, principalmente, o paulista, nas últimas décadas.

No Curso de Saúde Pública, em 1966 e 1967, conheci o Prof. Walter Leser, então na sua primeira gestão como secretário estadual de Saúde e que nos prometeu, como palestrante de um seminário do curso, a criação da carreira de médico sanitário, no bojo da ampla reforma que estava realizando na Secretaria de Estado da Saúde. Promessa cumprida em 1969 permitindo a minha entrada nesta carreira em 1973, junto de vários outros sanitários que tiveram intensa atuação em todos os avanços do sistema de saúde em nosso Estado e no país, a saber:

- a continuação das mudanças na segunda gestão do Prof. Leser, com destaque para o fortalecimento da Atenção Básica no Estado, conseqüente à profunda reformulação da atuação da rede de Centros de Saúde, conduzida com firmeza e competência por Eurivaldo Sampaio de Almeida;
- a formação maciça de sanitários em uma parceria da Secretaria de Estado da Saúde com a Faculdade de Saúde Pública, que se engajaram rapidamente na Secretaria com grande repercussão na sua atuação;
- as grandes mudanças na primeira metade da década de 1980, que, no cenário das Ações Integradas de Saúde – proposta de integração da então Saúde Pública com o INAMPS – se iniciou em São Paulo, na gestão João Yunes, a descentralização do sistema de saúde, com os primeiros movimentos de municipalização da saúde e a descentralização da Secretaria de Saúde;
- e o surgimento, na segunda metade da década de 80, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, particularmente em São Paulo, graças aos avanços ocorridos anteriormente e à atuação de José Aristodemo Pinotti, então Secretário Estadual de Saúde, e de Guido Ivan de Carvalho na área jurídica, se aprofundou a integração da assistência com a saúde pública, agora sob comando único, e se avançou ainda mais no processo de municipalização, a partir do financiamento pelo gestor estadual, com recursos próprios e federal, dos planos municipais de praticamente todos os municípios do Estado.

Orgulho-me de ter participado, mesmo como coadjuvante, ora no plano regional, ora no central da Secretaria de Estado, de todas estas mudanças e avanços do sistema estadual de Saúde, como me orgulho fico contente também, que elas tenham contribuído para que se formulasse e se incorporasse à Constituição do país, uma das propostas de sistema de saúde mais avançadas do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, orgulho-me mais ainda do meu envolvimento, na última década, no processo da municipalização da saúde, condição sine qua non para que as diretrizes do SUS – descentralização, integralidade e controle social – realmente aconteçam. Envolvimento que se deu pelas minhas atividades como gestor municipal e como participante das entidades que representam e apóiam as Secretarias Municipais de Saúde – o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No país, a descentralização e o fortalecimento dos municípios são muito recentes, consequência da nossa pouca experiência com democracia – de 1946 a 1963 e de 1985 até hoje. Pouquíssimo tempo! Fora isso, sempre estivemos em regimes centralizadores. O conceito de descentralização, com o município forte, realmente com poder, faz parte da redemocratização.

Tomei conhecimento, em 1991, dos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, que propunha a descentralização e municipalização da saúde. Tive emoção ao conhecer saber que, o que

¹ Médico sanitário, Secretário Executivo do CONASEMS.

achamos hoje tão avançado e com grandes dificuldades para instituir, já tinha sido preconizado por sanitaristas – liderados por Mário Magalhães da Silveira - há 45 anos atrás, que, com o golpe militar e início da ditadura que ocorreu quatro meses depois da 3ª Conferência, foram afastados e perseguidos. O discurso passou a ser então que o município é frágil, se descentralizar o dinheiro o prefeito daria prioridade a fontes luminosas e, portanto, os recursos precisariam ficar centralizados no governo federal ou, no máximo, no Estado.

A partir de 1985, com as eleições diretas para governadores foi retomado o processo de descentralização e fortalecimento dos municípios, que em São Paulo foi diretriz e alvo de ações concretas do Governo Montoro. A Constituição de 1988 recuperou a idéia do Município como ente federado autônomo e incorporou, nos artigos 196 a 200, as diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

Esta Conferência foi o desaguadouro do movimento iniciado na 3ª Conferência Nacional, de formulações que ocorreram nas áreas acadêmicas de vários Estados e dos movimentos pioneiros de municipalização do final da década de 1970 e início da década de 1980 – em São Paulo, destaca-se as atuações de Sebastião de Moraes, Nelson Rodrigues do Santos e Gilson Carvalho, nos municípios de Campinas e São José dos Campos – e das iniciativas de várias Secretarias Estaduais de Saúde, como as de São Paulo, já referidas.

A questão é que a efetiva municipalização e a consequente regionalização ainda estavam muito aquém do desejável e necessário. Não é, ainda, hegemônica na nossa cultura político-administrativa. Séculos de centralização ainda fazem a cabeça de nossos dirigentes e mesmo de algumas áreas acadêmicas.

O desenvolvimento do SUS, a partir das Leis Orgânicas da Saúde, se deu pautado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB/91, apesar de muito criticada, por incorporar muito pouco das diretrizes constitucionais e das leis orgânicas e tratar os Estados e municípios como prestadores, era o possível naquele momento inicial de implantação do SUS, com o INAMPS, apesar de transferido para o Ministério da Saúde, muito ativo e concentrando a maior parte dos recursos do Ministério. De outro lado, mesmo sendo por convênio e por produção, estes recursos permitiram que vários municípios iniciassem ou avançassem na organização de seus sistemas municipais de saúde.

A NOB/93 é o marco do surgimento do município como gestor do sistema local de saúde, como determinado pela Constituição e apesar de relativamente poucos terem assumido a gestão simplificada, os que a assumiram e passaram a receber recursos fundo-a-fundo e não por convênio, tiveram grandes avanços nos seus sistemas com grandes benefícios para as populações abrangidas. Surgiram os primeiros exemplos “do SUS que dá certo”.

A NOB/96 permitiu uma aceleração da organização e assunção pelos municípios de seus sistemas de saúde ao instituir as gestões plena da atenção básica e plena do sistema, bem como ao propor a Programação Pactuada Integrada (PPI) trouxe a discussão da regionalização, prevista na Constituição e na lei 8080/90, que deve ser implementada pelos municípios e pelos Estados. O Piso da Atenção Básica (PAB) foi uma proposta interessante, talvez a mais importante da NOB 96. Pela primeira vez, tivemos o repasse per capita, o que muito contribuiu para o avanço e a qualificação da atenção básica, junto da a estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Entretanto, se com esta NOB tivemos avanços significativos na Atenção Básica, na regionalização muito pouco se avançou. Então, surgiu a proposta de se fazer a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que não revogou a NOB 96, mas complementou-a ao trazer uma abordagem mais ampla e detalhada da regionalização – criou-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), numa tentativa de se retomar e avançar este processo. Foram feitas muitas reuniões, encontros regionais e debates entre os vários gestores, mas concretamente pouco se avançou, inclusive por resistência dos municípios. Os municípios não aderiram por vários motivos, mas um dos que mais se destacou foi o do financiamento que, na época, como hoje, era insuficiente.

Outra crítica importante à NOAS foi a sua excessiva normatização, o que dificultou o seu entendimento pelos gestores e a resposta às grandes diversidades nas várias regiões do país.

Com a mudança do Ministério da Saúde, em 2003, a nova equipe passou, em articulação com os secretários estaduais e municipais de Saúde, a discutir o SUS pós-NOBs, que culminou com a construção do Pacto pela Saúde em 2006.

O Pacto pela Saúde acabou com a rigidez dos modelos de regionalização da NOAS, permitindo modelos que se adaptem às diferentes regiões do país, deu mais poder às CIB, estabeleceu como pressuposto a relação solidária e não hierárquica entre os entes, iniciou o processo de unificação do recurso federal, avançou na definição de responsabilidades de cada ente e, entre tantos outros avanços, a proposta dos Colegiados de Gestão Regionais, que considero a mais importante e estrutural do Pacto.

Com estas experiências, positivas e negativas, de 20 anos de implantação do SUS, e considerando ainda os 20 anos de pré-SUS, ao se tomar como marco a 3ª Conferência Nacional de Saúde, e, o Pacto pela Saúde, podemos concluir que estamos amadurecidos para os avanços e a consolidação do nosso sistema de saúde, tão generoso, inclusivo e equânime. De imediato, os nossos dois grandes desafios são o financiamento e a melhoria da nossa capacidade de gestão, com destaque para a regionalização.

Quanto ao financiamento, estamos na reta final da aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional 29 pelo Congresso Nacional. Provavelmente não será a regulamentação dos nossos sonhos, mas, como vem acontecendo com frequência no SUS, o possível no momento, e que não impedirá a retomada de propostas mais consistentes de financiamento, principalmente no âmbito da Seguridade Social.

Já o aperfeiçoamento da gestão está na governabilidade dos três gestores do sistema e passa hoje pela organização dos sistemas regionais de saúde, intra e inter municípios, a partir da existência de uma atenção básica que contemple todos os princípios e diretrizes da Conferência de Alma Ata (1978). O Pacto pela Saúde já deu todos os caminhos, urge agora que o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios façam os pactos e priorizem às suas execuções, sem ignorar que em curto prazo ainda haverá um horizonte de subfinanciamento.

Sinto que o SUS, com toda a sua ousadia e sendo modelo mundial de política pública de saúde, ainda não foi entendido e apropriado por grande parte da população e nem por nossos dirigentes – Executivo, Legislativo e Judiciário. A votação contra a CPMF demonstrou isso! “A saúde não precisa de mais dinheiro, precisa gastar melhor”, era uma fala frequente, ignorando os grandes avanços e benefícios que o SUS, nos últimos 20 anos, tem trazido para a população brasileira. Recentemente o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, apresentou, com muita clareza, no Palácio do Planalto, a um grupo significativo de dirigentes deste país – Presidente, Governadores, Senadores, Deputados e Ministros – os fundamentos do nosso sistema de saúde, com o objetivo de se apresentar o PAC da Saúde e mostrar a importância da CPMF para a consolidação e avanço do SUS. Se para a aprovação da CPMF não adiantou, acho que para elevar o conhecimento dos nossos dirigentes sobre o SUS foi um sucesso.

Precisamos avançar nesse no processo de envolvimento da sociedade brasileira e de seus dirigentes no debate sobre o SUS, principalmente dos Prefeitos e Vereadores, pois com eles estão a maior responsabilidade na execução das ações de saúde e a participação crescente, inclusive acima das exigências mínimas legais, no financiamento do SUS.

Ainda vale ressaltar a importância do controle e da participação social no SUS, pilares do SUS, que precisam ser mais bem entendidos pelos Conselhos de Saúde e pelos gestores, pois são indispensáveis para assegurar uma atenção de qualidade para toda a população.