



TEXTO DE REFERÊNCIA

Módulo II

Políticas Públicas e Direitos Humanos

Aula 2

Saúde

A SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Rose Marie Inojosa¹

Ementa

O propósito da abordagem do tema é propiciar que o participante elabore, a partir de um conjunto de informações e reflexões, uma visão da saúde e do sistema de saúde no país, que contribua para que, criticamente, possa fazer escolhas referentes a conquistas sociais a defender, questões a serem superadas e novas conquistas para uma sociedade mais equânime e sustentável. Oferece um panorama da situação de saúde e do sistema de saúde no Brasil, a construção histórica e social da situação atual, bem como informações que permitem refletir sobre oportunidades e desafios do Sistema Único de Saúde.

¹ Dra.em Saúde Pública (FSP/USP), trabalhou com consultoria, pesquisa e formação na área da Saúde, pela Fundap, de 1983 a 2000; coordenou o Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, no período de 2001-2003; foi Secretária Executiva do CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, no período de 2003-2005.



1. De que adoecemos e morremos?
 - 1.1. Esperança de vida
 - 1.2. Taxa de Mortalidade Infantil
 - 1.3. Perfil epidemiológico em transição
2. As dimensões do conceito de saúde
 - 2.1. Bem-estar físico, mental e social
 - 2.2. Assistência, proteção e promoção da saúde
3. A trajetória da Saúde no Brasil
 - 3.1. A Saúde no modelo agrário-exportador
 - 3.2. A industrialização e a assistência individual
 - 3.3. A saúde como direito de todos
 - 3.4. Os princípios do Sistema Único de Saúde
 - 3.5. A relação com o setor privado
 - 3.6. A regulação do setor privado
4. A rede de atenção à saúde
 - 4.1. A configuração da rede
 - 4.2. A inversão da rede a partir do SUS
5. A produção de serviços de saúde
 - 5.1. A produção de consultas
 - 5.2. A produção de internações
 - 5.3. Dados de condições que impactam a saúde
6. O emprego em saúde
 - 6.1. A expansão do emprego em saúde
 - 6.2. O Programa de Saúde da Família
 - 6.3. Tendências recentes
 - 6.4. A Lei de Responsabilidade Fiscal
7. O financiamento do SUS
 - 7.1. O respeito à vinculação de recursos para a saúde
 - 7.2. O que é gasto em saúde?
 - 7.3. O gasto privado



8. O SUS como sistema de negociação e pactuação
 - 8.1. Articulação interinstitucional e participação
 - 8.2. Pacto de gestão
9. Desafios e oportunidades na implementação do SUS
 - 9.1. Politização da Saúde
 - 9.2. Financiamento estável da Saúde
 - 9.3. Efetivação do Pacto entre gestores
 - 9.4. Radicalização da descentralização
 - 9.5. Aliança Saúde e Meio Ambiente
 - 9.6. Acolhimento do usuário e garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade
 - 9.7. Considerações finais: em defesa do SUS
10. Bibliografia



1. DE QUE ADOECEMOS E MORREMOS?

Um brasileiro que acaba de nascer no Nordeste tem uma esperança de vida ao nascer de 69 anos. Ele está sujeito a integrar o rol das 53,7 crianças em cada mil que nascem vivas e morrem antes de completar um ano de vida.

Se esse brasileiro estiver nascendo no Sul do país, sua esperança de vida será de pouco mais de 74 anos e seu risco de morrer antes de completar um ano é muito menor, pois a taxa de mortalidade infantil na região Sul é de 17,2 crianças por mil nascidas vivas.

Um brasileiro que mora em alguns municípios do Amazonas, se ficar doente, terá de se locomover de barco, por longa distância, até chegar a um serviço público de atendimento à saúde.

Um brasileiro de São Paulo perderá por volta de dois anos de vida por causa da exposição à poluição do ar, provavelmente terá problemas respiratórios na infância e, se viver na periferia, em sub-habitação, terá as mesmas doenças infecto-contagiosas que afligem o brasileiro do nordeste.

Os brasileiros que moram em áreas com grande índice de violência, do sexo masculino, têm a sua esperança de vida reduzida em três anos.

Esses exemplos ilustram a diversidade do perfil epidemiológico da população brasileira e sua diversidade. O perfil epidemiológico diz respeito a morbi-mortalidade da população, isto é, do que ela adoece e do que morre, e do diálogo desses eventos com as características demográficas, geográficas, sócio-econômicas e culturais de cada região e até micro-região do país.

A partir desse diálogo é que se procura entender os determinantes sociais das doenças, agravos e riscos à saúde, nos diferentes estratos sociais e condições de vida, compreendendo meio-ambiente, trabalho e atividades, moradia, faixa etária, gênero, raça e elementos culturais. E aí são reveladas as grandes desigualdades sociais entre países e no interior do nosso país.

1.1 Esperança de vida

Tabela 1 Evolução da esperança de vida, em anos, segundo as regiões do Brasil.

Região	2000	2005
Norte	69,5	71
Nordeste	67,2	69
Centro Oeste	71,8	73,2



Sudeste	72	73,5
Sul	72,7	74,2

Fonte dos dados: IBGE (www.ibge.gov.br)

No Brasil, em 1940 a esperança de vida na Região Sul era de 50,1 anos e no Nordeste de apenas 38,2 anos. Entre Sul e Nordeste havia uma diferença de quase 12 anos na esperança de vida. Esse fosso foi sendo reduzido, mas ainda é de cinco anos.

Hoje a esperança média de vida no Brasil é de 72,2 anos. A esperança de vida no Japão é de 76 anos para homens e 83 para mulheres; na Espanha é de 75 anos para homens e 81 para mulheres e, em Cuba, 74 anos para homens e 77 para mulheres.

1.2 Taxa de Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil é o número de crianças que morreram, antes de completar um ano de vida, a cada 1.000 nascidas vivas. É um indicador muito sensível das condições de vida e integra o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

O saneamento básico, a assistência ao pré-natal e ao parto e a escolaridade da mãe são fatores de grande peso na taxa de mortalidade infantil.

A taxa de mortalidade infantil por região mostra como esse fatores determinam diferenças importantes nesse indicador, assim como o fazem com outros aspectos da vida das pessoas.

A Taxa de Mortalidade Infantil vem baixando progressivamente no Brasil. De 2000 para 2005 baixou de 30,1 para 25,8.

Tabela 2: Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil, por região, em 1999 e 2005

Região	1999	2005
Norte	34,11	38,2
Nordeste	54,2	26,6
Centro Oeste	24,47	20,1
Sudeste	24,38	17,2
Sul	20,66	18,9

Fonte dos dados: Datasus (www.datasus.gov.br)

Houve uma significativa redução, perto de 50%, na taxa de mortalidade infantil da região Nordeste, de 1999 a 2005, porém uma elevação no Norte do país.



O Japão chegou, em 2004, à taxa de mortalidade infantil de 3 crianças por mil nascidas vivas. Alemanha, França e Itália a 4 crianças² e Cuba anunciou, em janeiro de 2006, ter alcançado a taxa de 5,3³, muito perto do 5 do Canadá.

Em 2004, a taxa de mortalidade infantil da Índia era de 62 crianças por mil nascidas vivas, da África do Sul, de 54 e da China 26.

1.3 Perfil epidemiológico em transição

O perfil epidemiológico no Brasil está em transição. Isso significa que a população ainda está sujeita, em muitas regiões e segundo as suas condições de vida, a doenças infecto-contagiosas, que deveriam estar superadas, pois já as conhecemos e sabemos, teoricamente, como evitar.

Essa população, cuja esperança geral de vida vem aumentando progressivamente nos últimos anos, também é afetada por males do chamado primeiro mundo, ou seja, as doenças cardio-vasculares e as crônico-degenerativas. A vida longa e a mudança importante em meio urbano de hábitos alimentares e do perfil de atividades ampliam o risco dessas doenças e aumentam os gastos com assistência médico-hospitalar.

Uma peculiaridade trágica do nosso perfil epidemiológico é que estamos perdendo, especialmente nas capitais e grandes cidades do Brasil, um grande número de homens jovens.

Segundo o Mapa da Violência 2006⁴, o Brasil ocupa o terceiro lugar mundial no número de homicídios de jovens, atrás de Colômbia e Venezuela. A taxa é de 51,7 homicídios por 100 mil habitantes jovens, sendo que 75% dos homicídios de jovens foi realizado com armas de fogo. Outro “dragão-da-maldade” é o trânsito das grandes capitais⁵.

São vidas poupadas pela redução progressiva da mortalidade infantil e que se perdem ou perdem qualidade por causa da violência

² Dados do Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD, 2006

³ Fonte: Jornal Granma, diário do Partido Comunista Cubano, citado pela imprensa brasileira <http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,AA1407455-5602,00.html>

⁴ Estudo da Organização de Estados Ibero-americanos (OEI), que trabalhou com dados do período de 1994 a 2004.

⁵ Na cidade de São Paulo, embora o número total de vítimas no trânsito tenha caído, entre os motociclistas o número subiu. A CET – Companhia de Engenharia de Tráfego informou que em 2005 foram registrados 345 óbitos e, em 2006, 380 óbitos, mais de um por dia.



2. AS DIMENSÕES DO CONCEITO DE SAÚDE

Quando trabalhamos o perfil epidemiológico concentramos nossa atenção nas doenças e nas causas de mortalidade. Mas o conceito de saúde é mais abrangente.

2.1 Bem-estar físico, mental e social

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é bem-estar físico, mental e social.

Esse é um esforço em pensar o conceito positivamente e não como ausência de doença.

Exige, também, que a atenção à saúde não se restrinja a assistência individual, para superar uma doença, mas que se dedique à proteção e à promoção da saúde, desse bem-estar físico, mental e social.

A Constituição e a Lei Orgânica da Saúde incorporam essa visão mais ampla, reconhecendo que “ a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (artigo 3º da Lei 8080/1990) e que, portanto, dizem respeito à saúde as ações que destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Isso configura a Saúde como um campo de trabalho necessariamente intersetorial, que implica o diálogo, a negociação e a articulação com outras políticas sociais e com a política econômica.

No entanto, perduram no cenário político-administrativo as clausuras setoriais, os interesses corporativos, os *lobbies* setoriais e o loteamento político-partidário dos cargos. Essas práticas dificultam a articulação e a ação cooperativa das políticas públicas, que, efetivamente, poderiam impactar mais ampla e rapidamente a qualidade de vida da população.

2.1 Assistência, proteção e promoção da saúde

De outro lado, o conceito de doença ainda pauta, predominantemente, as políticas, ações e até pesquisas em saúde. A assistência à saúde, que é a assistência para a recuperação de danos e agravos à saúde e para a prevenção de doenças, consome a maior parte dos recursos do sistema de saúde.



O tratamento de doenças foi incorporando tecnologias e ficando cada vez mais dispendioso. Medicamentos e exames exigem investimentos e tecnologias que os tornam progressivamente mais caros.

De todo modo, no seu espaço setorial, acenando para outras políticas em projetos pontuais, o Sistema de Saúde, ainda que bastante mobilizado pela assistência à saúde, tem buscado incorporar a proteção e a promoção da saúde.

Medidas de prevenção de riscos e agravos, destinadas a proteger a saúde, têm tradição na saúde. A prevenção de doenças – vigilância epidemiológica - é mais familiar à população, já habituada às vacinas e campanhas. Um aspecto menos conhecido e igualmente importante é o trabalho da vigilância sanitária – é o “SUS que ninguém vê” mas que é referência internacional em controle sanitário⁶.

A vigilância sanitária compreende o conjunto de ações “capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.” (parágrafo primeiro do artigo 6º da Lei 8080/1990). Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, isto é, alimentos, produtos domissanitários (limpeza), cosméticos, medicamentos. Abrange, ainda, o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. E, também, o controle de portos, aeroportos e recintos alfandegários.

A vigilância sanitária estabelece algumas pontes com outras políticas e áreas relacionadas à produção e ao meio ambiente.

As ações de vigilância sanitária são realizadas no âmbito das três esferas de governo, de acordo com a sua complexidade e abrangência. O governo federal criou, na reforma administrativa do Estado, em 2000, uma Agência reguladora, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A promoção da saúde, por sua vez, tem sido incorporada mais recentemente, ainda mais no discurso do que na prática.

Segundo RESTREPO (2001), o primeiro a utilizar o termo Promoção da Saúde foi Sigesrist, em 1940, cujo programa de saúde consistia em a) educação livre para toda a população, incluindo educação em Saúde; b) melhores condições possíveis de trabalho e vida para a população; c) melhores meios de recreação e lazer; d) um sistema público de saúde de acesso universal, com

⁶ Título de reportagem da Revista CONASEMS, ano II, nº 17, maio-junho 2006, p.37-45



pessoal médico, responsável pela saúde de uma determinada população, pronto e capaz de aconselhar e ajudar a manter a saúde na sua restauração, quando a prevenção falhar, e, e) Centros Médicos de investigação e capacitação.

A promoção da saúde é um processo intersetorial, social e político, que visa a fortalecer os indivíduos e comunidades para a sua intervenção sobre os determinantes da saúde, sociais, ambientais e econômicos, de modo a ampliar as condições de bem-estar. Exemplificando, uma comunidade que se mobilize para a preservação de mananciais, está contribuindo para a promoção da sua saúde e qualidade de vida.

No próximo item, vamos passear um pouco pela história da Saúde no Brasil, buscando perceber como o conceito de saúde foi se alargando e alcançando as três dimensões: assistência, proteção e promoção à saúde, no bojo de um processo político-social.

3. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

Antes da Constituição de 88, a saúde não era considerada “direito de todos e dever do Estado” no Brasil. Então, como era?

3.1 A saúde no modelo agrário-exportador

Desde o período colonial, entidades filantrópicas e religiosas – as Santas Casas - atendiam a população mais pobre e os outros segmentos utilizavam assistência médica privada.

Em 1727 começou a funcionar no Rio de Janeiro, o primeiro serviço hospitalar militar⁷

Os hospitais públicos surgem apenas no final do século XIX, com as grandes campanhas sanitárias e dedicados a especialidades, como o Hospital de Isolamento de São Paulo, em 1880, no âmbito do combate a um surto de varíola, que viria a ser o Emílio Ribas, e, no Rio de Janeiro, em 1889, o Hospital São Sebastião, especializado no tratamento de doenças infecciosas.⁸ Concomitantemente são criados hospitais públicos para doentes mentais, hospitais de isolamento, como o Pedro II no Rio de Janeiro (1852) e o Juqueri, em São Paulo (1898).

⁷ No Morro de São Bento. Deu origem ao Hospital Real Militar.

⁸ In História da Medicina Suplementar no Brasil, Capítulo 3, disponível no site da Revista Pangea Mundo <http://www.clubemundo.com.br/revistapangea>



Outro fenômeno são os Hospitais das colônias, iniciando, naturalmente, pela portuguesa, também no final do século XIX, e com o movimento de imigração do século XX, hospitais de outras colônias mais numerosas, como a italiana, a alemã e a japonesa⁹.

A ênfase da assistência à saúde ofertada pelo Estado continuou, até meados do século XX, limitada a ações de saneamento e de combate a endemias, como a peste, a varíola, a cólera. Até então, ação do Estado visava apoiar o modelo econômico agrário-exportador.

3.2 A industrialização e a assistência individual

Porém, desde os anos 20, outra ação se desenrolava, com as transformações provocadas pela industrialização. Em 1923, a Lei Elói Chaves, instituiu a Previdência Social, por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensão. E, a partir de 1933, começaram a se organizar os Institutos de Aposentadoria e Pensão, para os novos grupos de trabalhadores: bancários (IAPB), comerciários (IAPC), trabalhadores de transportes e cargas (IAPTEC), etc. Esses Institutos proviam assistência médica aos trabalhadores com carteira assinada.

Em 1948, o General Eurico Gaspar Dutra, na Presidência, criou o Plano SALTE: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Em 1953, o Ministério da Saúde seria separado do Ministério da Educação e Saúde (1930), dedicado a atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária.

Essa movimentação era uma decorrência das mudanças que ocorriam no mundo e no Brasil, com a transformação do modelo econômico, em função da industrialização e da emergência da classe trabalhadora urbana.

Em 1966, sob o regime militar, a Previdência é unificada e centralizada, e da fusão dos IAP nasce o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Dez anos depois, em 1977, a assistência médica desdobra-se do INPS, constituindo, ainda no sistema previdenciário, o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Durante os anos 60 e 70, o maior gasto em saúde no Brasil era para a assistência médica previdenciária. O modelo baseava-se na capitalização do setor privado, por meio do financiamento

⁹ O Real Hospital Português de Beneficência do Recife (PE), em 1855; o Hospital Português de Salvador (BA), em 1857; a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro e a Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência, em São Paulo, ambas em 1859. Já na virada do século, 1904, a colônia italiana inaugurou o Hospital Humberto Primo em São Paulo. Em 1923, em São Paulo, e em 1927, em Porto Alegre, a colônia alemã passou a contar com o Hospital Alemão. Em 1924, em São Paulo, a colônia japonesa inaugurou o Hospital Santa Cruz. Apenas muito mais tarde viriam, em São Paulo, o Hospital Sírio Libanês, em 1965, e o Hospital Israelita Albert Einstein, em 1971.



de investimentos pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para a construção de hospitais e unidades de atendimento à saúde, e do financiamento do custeio pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que comprava os serviços. O resultado desse modelo foi que 79,7% dos financiamentos concedidos pelo FAS, em 1977 e 1978, foram destinados ao setor privado e o número de leitos privados no país passou de 74.943, em 1969, para 348.255, em 1984 (LIMA & INOJOSA, 1988:7).

Essa expansão da medicina hospitalar se expressa, conforme Cordoni Júnior (1986) no percentual de pessoas internadas: em 1970 foram internados 2,9% da população brasileira, passando para 9,7% em 1980.

Enquanto esse modelo de assistência médico-hospitalar se estabelecia e consumia um grande volume de recursos, o Ministério da Saúde continuava com um papel marginal e um orçamento insignificante.

3.3 A saúde como direito de todos

Esse modelo, que consome um volume crescente de recursos, começa a dar sinais de crise no início dos anos 70, dada a conjuntura econômica adversa por que passa o país.

Nesse contexto, um grupo de intelectuais e profissionais de saúde, das universidades e dos serviços, começa a questionar o modelo. O marco inicial desse movimento é a fundação do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, em 1976, tendo como principal meio de difusão a Revista CEBES Saúde em Debate (Paulus Jr & Cordoni Jr, 2006).

Esse movimento, que será chamado de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, faz a crítica ao modelo vigente, constitui uma das oposições ao regime militar e constrói propostas olhando para experiências de outros países, especialmente Cuba e Itália. A proposta fundamental é um novo modelo assistencial com ênfase na atenção primária à saúde.

Em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde propõe o Prev-Saúde, plano que previa a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, por meio de uma articulação entre os serviços públicos e os privados, a regionalização da assistência, a hierarquização dos serviços e a padronização dos procedimentos. O Plano gerou reação dos grupos ligados à assistência médica e não conseguiu apoio do movimento social.



Em 1981, o governo cria o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, órgão colegiado com representantes dos diversos ministérios e dos sindicatos patronais e trabalhistas. O CONASP gera um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. Esse plano visa a racionalização dos gastos da previdência com assistência médica, mas também propõe mudanças mais amplas, que articulam as três esferas de governo.

Em 1983 começa a implantação de uma de suas propostas, o Programa das Ações Integradas de Saúde, as AIS. Durante a chamada Nova República, em 1985 e 1986, são assinados muitos convênios para a implementação das AIS.

Enquanto isso, o Movimento da Reforma Sanitária continua a produzir a proposta de um novo sistema de saúde e induz a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde seria semeado o Sistema Único de Saúde.

A 8ª Conferência se realizou em março de 1986, em Brasília, e, pela primeira vez, houve uma mobilização popular que reuniu mais de 4.000 delegados.

Várias das propostas discutidas são abrigadas no SUDS – Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, instituído pelo Decreto 94.657, de 20/07/1987. O SUDS prepara o caminho para o SUS – Sistema Único de Saúde, cuja proposta é arduamente defendida na Constituinte.

O SUS implicava a extinção do INAMPS e isso mobilizou muitos *lobbies* de interesses contrariados. A inserção do SUS da Constituição Federal de 1988 (artigo 198) foi uma vitória importante do movimento em defesa da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8080 de 1990. E a participação e controle social no SUS foi objeto da Lei nº 8.142 de 1990.

3.4 Os princípios do Sistema Único de Saúde

O princípio geral orientador do Sistema Único de Saúde é o de que “a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”, conforme expresso na Constituição.

Segundo o parágrafo 1º do artigo 2, da Lei 8080/90: “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” E o parágrafo 2º



ressalta que: "O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade."

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) estabelece um elenco de princípios do Sistema. Eles poderiam ser ordenados em dois grupos: os princípios nucleares ou ideológicos e os princípios organizacionais.

No primeiro grupo estão a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação.

O princípio da universalidade garante que todos os cidadãos têm direito à saúde, independente de qualquer condição e direito de acesso a todos os níveis de assistência à saúde.

O princípio da integralidade informa que esse direito é integral, abrangendo os aspectos de promoção, proteção e assistência à saúde física, psíquica e social, e garante o acesso a um "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (item II do artigo 7º da Lei 8080/1990)

O princípio da equidade informa que esse direito deve ser garantido de forma equânime, segundo as necessidades, com igualdade de acesso, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

O princípio da participação diz respeito à natureza democrática do SUS e é objeto de uma Lei especial, a 8.142 de 1990. Essa Lei garante espaços e mecanismos de participação e controle social por meio de Conselhos deliberativos em cada esfera de governo e da realização, a cada quatro anos, de Conferências municipais, estaduais e nacional de saúde, onde representantes dos usuários, trabalhadores e gestores deliberam sobre diretrizes e questões do Sistema Único de Saúde. Nos Conselhos e Conferências é garantido que metade das vagas devem ser ocupadas por representantes dos usuários e a outra metade dividida, igualmente, entre representantes dos trabalhadores da saúde e dos gestores da saúde. A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, teve, segundo o site do Ministério da Saúde, 104 mil participantes.

O segundo grupo é constituído pelos princípios de organização do sistema para realizar os princípios nucleares, que são: descentralização, regionalização e hierarquização da atenção.

O SUS envolve as três esferas de governo: federal, estadual e municipal, com comando único em cada esfera. A descentralização é um princípio organizativo do SUS, que informa que é na esfera municipal, mais próximo à população, que deve estar o poder de decisão do sistema. A Lei 8080/90, em seu artigo 18, define que à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos



de saúde. E que à direção estadual do SUS, além de promover a de a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, compete prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde (artigo 17).

O princípio da regionalização diz respeito a aproximar a oferta de serviços de seus usuários, bem como de prover a eficiência dos recursos, por meio da organização regional dessa oferta.

O princípio de hierarquização da rede de serviços de saúde dialoga com a questão da regionalização, pois diz respeito à organização da oferta por níveis de complexidade, que também objetiva a eficiência dos recursos e a garantia do acesso do usuário a todos os níveis de complexidade, porém de forma ordenada.

3.5 A relação com o setor privado

O artigo 199 da Constituição Federal define que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, isto é, podem ser instalados e oferecidos serviços privados à população mediante pagamento.

A Lei 8080/90, em seu artigo 4º, define que “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.” O SUS compra serviços do setor privado, especialmente internações hospitalares e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A oferta de serviços privados para usuários do SUS está sujeita aos mesmos princípios definidos na Lei para os serviços públicos.

Na verdade, em função da configuração da rede hospitalar no Brasil, o SUS não pode prescindir da compra de serviços privados. Embora tenha ocorrido uma redução progressiva no número de leitos privados nos últimos anos e um discreto aumento do número dos leitos públicos, 66% do total de leitos são do setor privado. Um terço dos leitos existentes pertence a hospitais privados filantrópicos.

Por outro lado, a iniciativa privada também não sobrevive sem a venda de serviços para o SUS. Estudo realizado, em 2004,¹⁰ com uma mostra aleatória de hospitais filantrópicos¹¹, em todo o país, mostrou que 94% prestam serviços ao SUS e que 75,2% das suas internações são realizadas para o SUS; 20% para planos e seguros de saúde e 4,3% para clientela particular.

3.6 A regulação do setor privado

¹⁰ PORTELA, LIMA, BARBOSA et al Caracterização Assistencial de Hospitais Filantrópicos no Brasil in Rev. Saúde Pública v.38 n.6 São Paulo dez. 2004

¹¹ 175 hospitais de um universo de 1.917,



A Lei 8080/1990 define, em seu artigo 15, que cabe à União, aos os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.

Em 1998, foi criado no Ministério da Saúde um Departamento de Saúde Suplementar, para regulação dos serviços privados. Com a reforma administrativa, em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde, a ANS.

A PNAD Saúde, 2003,¹² estimou que 43,2 milhões de pessoas (24,6% da população) tinham planos de Saúde. Nove milhões eram planos de assistência ao servidor público e os outros 34,2 milhões eram privados – individuais ou coletivos. O aumento em relação a pesquisa de 1998 foi de apenas 0,1%.

Veja o comportamento nas Regiões Metropolitanas e observe a redução percentual em todas elas, com exceção de Porto Alegre

Tabela 3

Tabela Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo Região Metropolitana, Brasil, 1998, 2003		
Região Metropolitana	1998	2003
Belém	31,37	28,5
Fortaleza	22,91	20,9
Recife	28,50	24,4
Salvador	33,21	26,8
Belo Horizonte	35,97	34,1
Rio de Janeiro	36,03	31,8
São Paulo	44,82	41,7

12 Disponível em

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=370&id_pagina=1



Curitiba	35,06	31,9
Porto Alegre	35,95	39,1

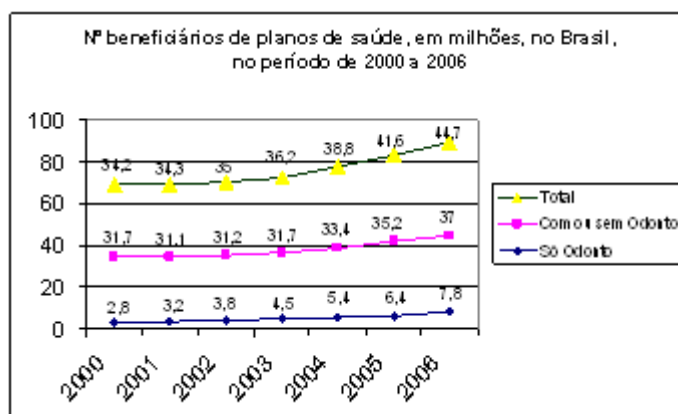
Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

Nota: Até o ano de 2003, informações não disponíveis para a área rural de RO, AC, AM, RR, PA e AP.

Em estudo feito para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, SANTOS (2003) mostra que o perfil do mercado de planos coletivos é de concentração de seus beneficiários nas grandes empresas empregadoras, na região sul e sudeste do Brasil, vinculados, principalmente, à indústria de transformação, de atividades sociais e administração pública. Já os que possuem plano individual exercem atividades no comércio e na prestação de serviços

A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, divulgou em maio de 2007, outro estudo que mostra o aumento de beneficiários de planos de saúde, para 44,7 milhões, ampliando a cobertura para 23,9% da população.

Gráfico 1



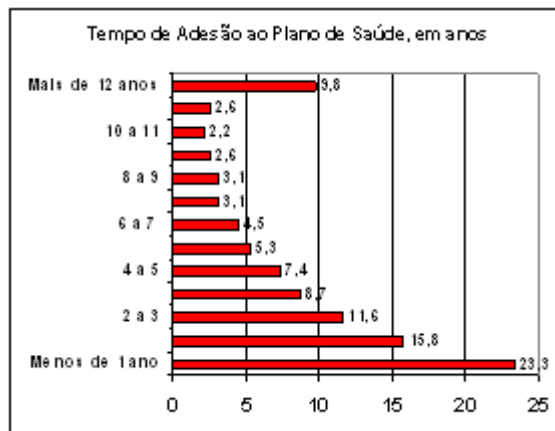
Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007

A concentração das adesões a planos de saúde continua sendo no Sudeste (37,5%) e no Sul (21,2%). Note-se que parte do incremento se deve aos planos exclusivamente odontológicos, que são mais baratos.

A ampliação ocorreu nos últimos anos, 23,3 % das adesões têm menos de um ano, como mostra o gráfico seguinte:



Gráfico 2



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007

SANTOS (2003), reportando-se a pesquisa de 1998, informa que a clientela que possui planos e seguros de saúde utiliza tanto os serviços públicos como os privados, pois somente 16 % dos entrevistados declaram não utilizar os serviços dos SUS.

As empresas gastam por volta de 5% da folha de salários com o pagamento de planos de saúde. A partir de 1982, o governo passou a permitir que elas declarem esses gastos como despesas operacionais no Imposto de Renda. Desse modo, repassam esse custo aos preços dos produtos.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) tem analisado os reajustes anuais praticados e considera que “a atuação da ANS, desde a sua criação, tem sido tendenciosa, permitindo aumentos acima da inflação e, com relação aos contratos antigos, até mesmo reajustes abusivos”¹³

Para amparar essa afirmativa o IDEC comparou os aumentos dos planos de saúde e o Índice de Custo de Vida do DIEESE, entre 2000 e 2005, e verificou que os planos de saúde subiram mais de 125% acima do índice geral inflacionário medido no mesmo período; usando o IPCA e o IPC-Br, no mesmo período, o reajuste dos planos para contratos novos individuais/familiares também superou os dois índices em mais de 10 pontos percentuais, e para os contratos antigos foi ainda maior.

¹³ <http://www.idec.org.br/emacao.asp?id=1131>

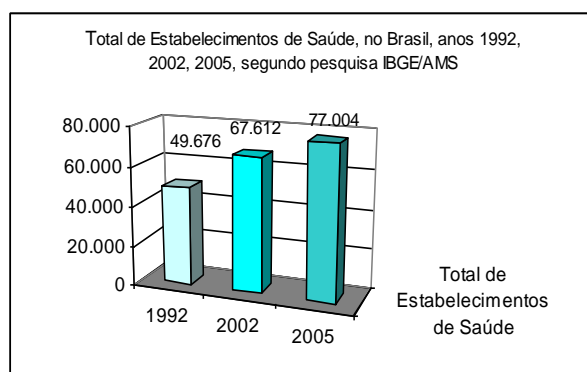


Segundo o IDEC “A política de omissão com relação aos contratos coletivos criou ambiente propício para que as operadoras desestimulassem a comercialização de planos individuais, em uma evidente tentativa de fuga do controle governamental. Hoje, dos contratos novos, 76,2% são coletivos, e esse percentual tem a aumentar a cada ano.”

4. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Brasil tem hoje quase oitenta mil estabelecimentos de saúde. Houve uma expansão significativa desde 1992.

Gráfico 3 Distribuição comparativa do total de estabelecimentos de saúde, no Brasil, nos anos de 1992, 2002 e 2005



Fonte dos dados: Pesquisa AMS/IBGE

O Setor público responde por 59% do total de estabelecimentos de saúde, segundo a Pesquisa AMS-IBGE de 2005. Assim como ocorreu com os postos de trabalho em saúde, a implementação do SUS provocou uma mudança no perfil da rede de atendimento à saúde.

5.1 A configuração da rede

Desde meados da década de 60 e pelos anos 70, a rede de atenção à saúde foi configurada a partir do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. O governo financiava o setor privado para



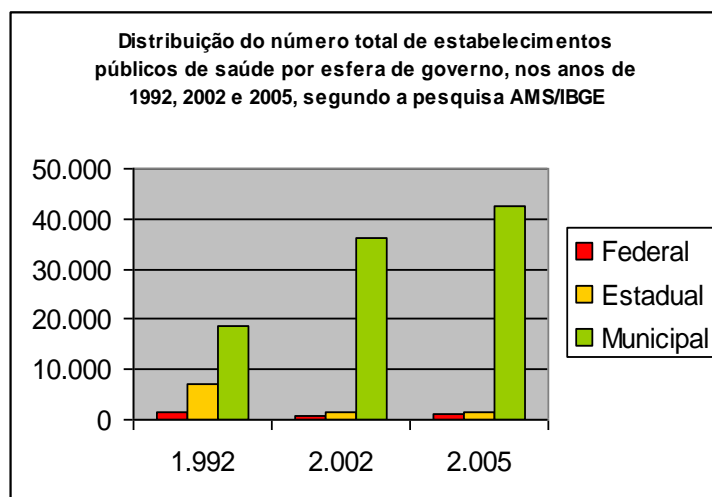
que instalasse equipamentos de saúde com internação (hospitais) e depois comprava seus serviços para o atendimento de segurados, isto é, de trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes. A distribuição dessa rede privada, financiada pelo governo federal, não seguiu planejamento com critérios epidemiológicos e populacionais. Os estabelecimentos eram propostos pela iniciativa privada, onde ela percebia oportunidades. Por isso, embora o número de leitos seja aceitável pelos padrões populacionais a sua distribuição é inadequada.

Nos anos 70 e 80, o atendimento básico, com mais ênfase na prevenção de doenças e na proteção à saúde, ficou a cargo dos governos estaduais, que mantinham centros de saúde com programas específicos de atendimento à mulher e à criança, e os governos municipais que mantinham postinhos de vacinação. As associações filantrópicas – Santas Casas – internavam quem não tinha carteira assinada.

5.2 A inversão da rede a partir do SUS

Com o SUS, os municípios criaram e expandiram redes de atendimento ambulatorial, para a promoção, proteção e atendimento básico à saúde de toda a população. A expansão da rede deu-se, sobretudo, no atendimento básico.

Gráfico 4 : Distribuição do número total de estabelecimentos públicos de saúde, por esfera de governo, nos anos de 1992, 2002 e 2005



Fonte dos dados: Pesquisa AMS/IBGE



Esse gráfico mostra a mesma inversão que já foi mostrada em relação aos postos de trabalho em saúde: o encolhimento dos governos federal e estadual e a expansão do governo municipal como gestor da rede de atenção à saúde.

Para dar conta dessa expansão, os governos municipais não só aumentaram progressivamente o percentual de seus orçamentos para a Saúde, como utilizaram outras estratégias, como o consórcio, para conseguir prover serviços de retaguarda (apoio diagnóstico e terapêutico e internações) para sua população.¹⁴

A pesquisa IBGE/AMS 2005 mostra que houve um aumento de 19,2% no número de estabelecimentos de saúde sem internação (55.328), em relação a 2002, e que o setor público é responsável por 74,6% desses estabelecimentos.

A expansão dos estabelecimentos especializados e com internação foi menor, pois exige investimentos maiores e a mais longo prazo. Com isso, manteve-se a distorção da distribuição de leitos. Em 2005, 66% dos leitos no Brasil são leitos privados. Total que vem sofrendo uma progressiva redução, desde 1992, ao lado de uma discreta expansão dos leitos públicos.

Tabela 4 Distribuição do total de Leitos no Brasil, pela condição de público ou privado, nos anos de 1992, 2002 e 2005.

Leitos	1992	2002	2005
Público	135.080	146.319	148.966
Privado	409.277	324.852	294.244
Total	544.357	471.171	443.210

Fonte dos dados: IBGE, Pesquisa AMS

Os parâmetros de cobertura vigentes em 1982 (Portaria 3.046), pré-SUS, para orientar a assistência médico-hospitalar prestada pelo INAMPS, vigoraram até 2002. Só então, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.101, foram adotados novos parâmetros. Pela nova portaria o parâmetro para o número de leitos hospitalares é de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. Isso significa que, com uma população de 150 milhões, o país deveria ter de 375.000 a 450.000 leitos. Tínhamos, em 1992, um excesso de leitos. Com a redução progressiva ficamos dentro do parâmetro. Porém, esse número não é suficiente para explicar a situação, pois os leitos são desigualmente distribuídos no território nacional.

¹⁴ A mais antiga experiência de consórcio de municípios para a Saúde no Brasil é a de Penápolis, no Estado de São Paulo



5. A PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A produção anual do SUS é impressionante: aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos.

O Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes.

Também é internacionalmente reconhecido pelo seu progresso no atendimento universal à AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.

Esses números globais precisam ser vistos na sua distribuição regional, dadas as desigualdades sócio-econômicas e as peculiaridades da rede e da gestão nas várias regiões do país e as diferenças intrarregionais.

5.1 A produção de consultas

Veja a produção de consultas, por habitante, segundo a unidade da federação, com dados de 2004, última informação disponível no site do Ministério da Saúde

Tabela 5 Consultas por habitante/ano, segundo Unidade da Federação, em 2004

UF	Consultas/hab
TOTAL BRASIL	2,45
Região Norte	1,84
Rondônia	1,72
Acre	1,7
Amazonas	1,97
Roraima	1,88
Pará	1,6



Amapá	1,68
Tocantins	2,39
Região Nordeste	2,17
Maranhão	1,7
Piauí	1,91
Ceará	2,25
Rio Grande do Norte	2,68
Paraíba	2,11
Pernambuco	2,19
Alagoas	2,47
Sergipe	2,09
Bahia	2,2
Região Sudeste	2,78
Minas Gerais	2,49
Espírito Santo	2,69
Rio de Janeiro	2,93
São Paulo	3,01
Região Sul	2,26
Paraná	2,5
Santa Catarina	2,27



Rio Grande do Sul	2,02
Região Centro Oeste	2,33
Mato Grosso do Sul	2,28
Mato Grosso	2,31
Goiás	2,16
Distrito Federal	2,57

Fontes:

Ministério da Saúde/SE/Datasus

IBGE - Base demográfica

5.2 A Produção de Internações

Tabela 6 Internações por 100 habitante/ano, segundo Unidade da Federação, em 2004

Região / UF	Intern/100 hab/ano
TOTAL BRASIL	6,33
Região Norte	6,55
Rondônia	6,02
Acre	7,12
Amazonas	5,1
Roraima	4
Pará	7,39
Amapá	6,17



Tocantins	6,98
Região Nordeste	6,64
Maranhão	6,29
Piauí	7,4
Ceará	6,55
Rio Grande do Norte	5,8
Paraíba	7
Pernambuco	5,99
Alagoas	7,1
Sergipe	6,12
Bahia	7,12
Região Sudeste	5,67
Minas Gerais	6,37
Espírito Santo	5,92
Rio de Janeiro	5,07
São Paulo	5,54
Região Sul	6,97
Paraná	7,18



Santa Catarina	6,47
Rio Grande do Sul	7,04
Região Centro-Oeste	7,54
Mato Grosso do Sul	8,12
Mato Grosso	7,15
Goiás	7,79
Distrito Federal	6,83

Fontes: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
IBGE - Base demográfica

Nota: Internações consideradas segundo local de residência.

5.3 Dados de condições que impactam a saúde

Para uma visão integrada dos caminhos que estamos trilhando, aos números de produção do setor Saúde é importante agregar outros dados referentes a condições que são determinantes para a saúde, como cobertura de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e taxa de analfabetismo, entre outras.

A cobertura de redes de abastecimento de água, no Brasil, em 2004, alcançava 80,64%, porém com uma distribuição muito desigual: em Rondônia é de apenas 34,9%.

A cobertura de esgotamento sanitário, no Brasil, em 2004, era de 66,30%. O percentual é baixo e, novamente, com grandes diferenças regionais. Em Alagoas a cobertura é de apenas 13,15 e no Amapá de 16,54%.

O dado de cobertura de coleta de lixo, no Brasil, em 2004, é de 82,9%. Além da desigualdade regional – no Piauí a cobertura é de apenas 48%, esse dado não revela as diferenças intrarregionais. A cobertura em São Paulo é de 97,9%, porém, nas áreas mais carentes do Estado e da metrópole de São Paulo, onde vivem milhares de famílias, se concentra a ausência ou a irregularidade da coleta de lixo.

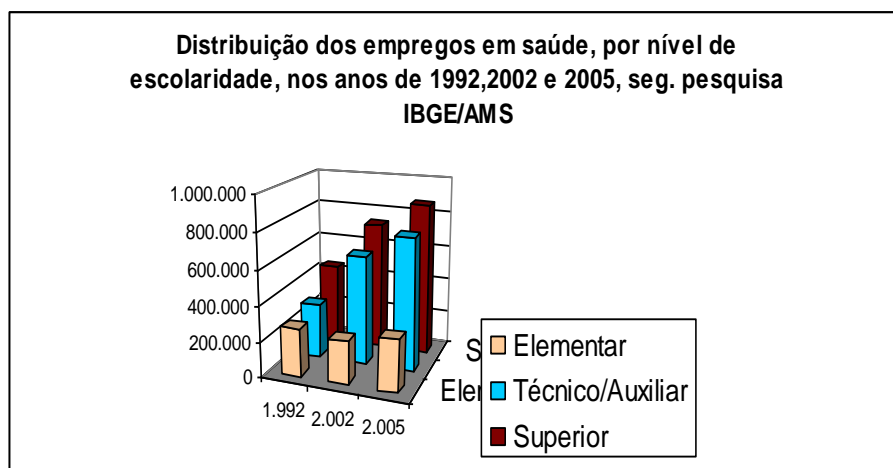


Outro dado importante é a Taxa de Analfabetismo. Sabe-se que cada ano de escolaridade da mãe tem grande impacto na redução da taxa de mortalidade infantil. A Taxa de Analfabetismo no Brasil, em 2004, calculada em relação à população de 15 anos e mais não alfabetizada, é de 11,39. Em Alagoas, no entanto, alcança 29,5 e, no Piauí, 27,3. Já em Santa Catarina é de 4,8.

6. EMPREGO EM SAÚDE

Segundo a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária de 2005 (IBGE) são 2.566.694 os empregos em saúde em todo o país. Eles representam cerca de 6% do mercado de trabalho formal, numa situação em que mais da metade (51%) da população economicamente ativa está na informalidade. De acordo com o World Employment Report, da OIT, em 1995, 30% de toda a mão de obra do mundo estava desempregada ou subempregada. Na década de 90 o emprego encolheu em todo o mundo e também no Brasil, entretanto, os empregos em saúde, no país, tiveram um crescimento de 56% em relação a 1992.

Gráfico 5 : Distribuição comparativa dos empregos em saúde, por nível de escolaridade, nos anos de 1992, 2002 e 2005



Fonte dos dados: Pesquisa AMS/IBGE

Tabela 7 : Distribuição dos empregos em saúde, em 2005, conforme a categoria profissional



Empregos por categorias profissionais	2005
Médicos	527.625
Enfermeiros	116.126
Odontólogos	71.386
Farmacêuticos	33.165
Fisioterapeutas/Ter.Ocupacionais	32.266
Nutricionistas	12.266
Assistentes Sociais	15.337
Psicólogos	20.091
Fonoaudiólogos	10.112
Bioquímicos/Biomédicos	33.165
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	563.083
Atendentes	45.587
Agentes Comunitários de Saúde	191.990
Categorias Administrativas	650.052
Outras Categorias	244.437

Fonte dos dados: Pesquisa AMS/IBGE, 2005

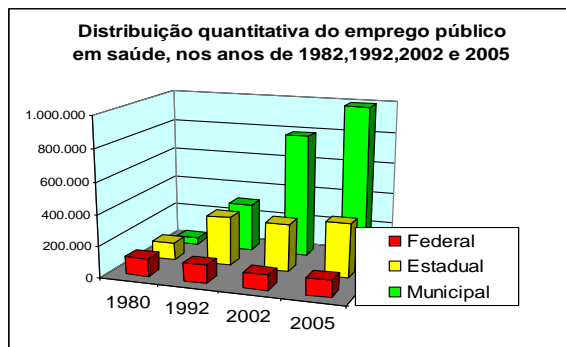
Em relação à distribuição desses empregos, em 2005, 44% estão na rede privada e 56% na rede pública. E 52% estão em estabelecimentos com internação e 48% em estabelecimentos sem internação.

5.1 A expansão do emprego em saúde

O que explica o crescimento do emprego em saúde num período em que, em todo o mundo e também no Brasil, o emprego encolheu?

A implementação do SUS, a partir da Constituição de 1988, realiza-se, sobretudo, com a municipalização das ações e serviços de saúde. Os municípios recebem a responsabilidade constitucional pelo provimento dos serviços de saúde à população e passam a criar serviços e postos de trabalho.

Gráfico 6 Evolução da distribuição quantitativa do emprego público em saúde, no Brasil, nos anos de 1980, 1992, 2002 e 2005.



Fonte dos dados: IBGE, Pesquisa AMS

É notável o crescimento quantitativo do emprego público na esfera municipal de governo.

Além disso, observa-se a inversão na qualidade de empregador das esferas de governo. Em 1980 a União e os Estados eram os empregadores de saúde na área pública e os Municípios tinham pouca expressão. A partir da implementação do SUS isso vai mudando, até chegar à situação atual, em que o município é o grande empregador.

Essa condição era esperada e desejada em função do processo de descentralização da gestão da saúde, porém, os municípios brasileiros têm dificuldades para manter essa situação em função da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com recursos humanos, e também pelo não cumprimento do papel dos governos estaduais de co-financiamento da saúde.

5.2 O Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi um grande impulsionador do emprego em saúde, com comprovada efetividade para a saúde da população. Iniciado em meados da década de 90 em escala nacional¹⁵, o PSF focaliza a atenção primária à saúde e leva as equipes para o território e as casas das famílias. O núcleo inicial do PSF é uma equipe com médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde para cada 1000 famílias. Os agentes comunitários de saúde são pessoas da própria comunidade que visitam as famílias regularmente e constroem uma

¹⁵ A idéia de agentes comunitários não é uma invenção brasileira, mas sim a sua utilização na saúde pública, como idealizou e experimentou o Dr. Carlyle, no Ceará, nos anos 80. Os ótimos resultados da iniciativa do Dr. Carlyle levaram à criação, em 1991 do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, do Programa de Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, com a intenção de estimular sua multiplicação pelo Brasil.



ponte entre essas famílias e a equipe técnica. O propósito, além de aproximar as pessoas dos serviços de atenção à saúde, é aproximar a equipe das realidades locais, de modo a que os profissionais de saúde possam compreender melhor os determinantes da saúde e de riscos à saúde de cada comunidade e realizar ações de assistência, proteção e promoção de sua saúde, junto com a própria comunidade.

No site do Ministério da Saúde, o Departamento de Atenção Básica disponibiliza uma série histórica sobre o Programa de Saúde da Família, com dados de 1998 em diante, que permite observar a sua evolução.

Tabela 8: Cobertura do Programa de Saúde da Família de 1998 a 2005, com número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), número de Equipes de Saúde da Família (ESF), população atendida por Agentes Comunitários de Saúde em números totais e percentual em relação à população total do Brasil

Ano	População atendida por ACS			Percentual
	n° ACS	n° ESF	ACS	
1998	78.705	3.062	42 milhões	26,9
1999	104.215	4.114	54 milhões	34,4
2000	134.273	8.500	70 milhões	42,8
2001	152.865	13.155	80 milhões	46,6
2002	175.463	16.698	90 milhões	52,6
2003	184.341	19.098	94,5 milhões	54,1
2004	192.735	21.232	98 milhões	55,5
2005	208.104	24.564	103,5 milhões	58,4

Fonte dos dados: Site do Ministério da Saúde, DAB, fevereiro 2006

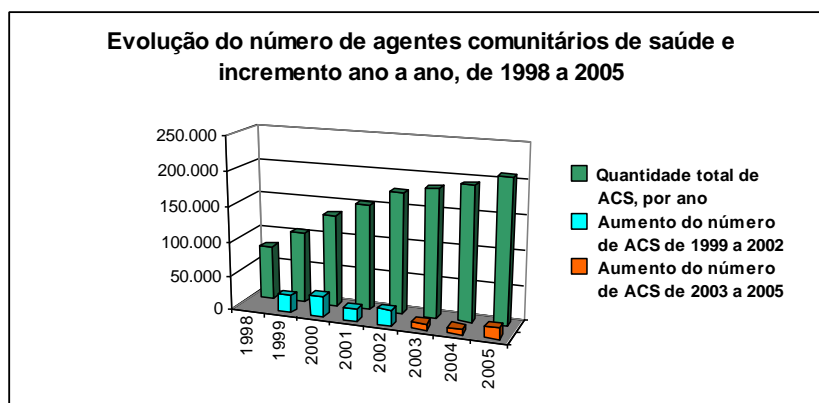
O Programa de Saúde da Família começou com Agentes Comunitários de Saúde e, depois, com a constituição das Equipes. Por isso, a cobertura com ACS é proporcionalmente maior. Em áreas carentes há dificuldade de fixação de médicos e enfermeiros para a composição da Equipe.

5.3 Tendências recentes



Duas questões merecem especial atenção, face a observação da sua recente evolução. A primeira é a questão do emprego dos agentes comunitários de saúde e a segunda é a tendência de aumento do número de empregos nas esferas estadual e federal de governo.

Gráfico 7 Evolução do número de agentes comunitários de saúde e incremento ano a ano, no período de 1998 a 2005.



Fonte dos dados: DAB/Ministério da Saúde

Observe-se que houve uma desaceleração no crescimento dos ACS – e portanto na cobertura.

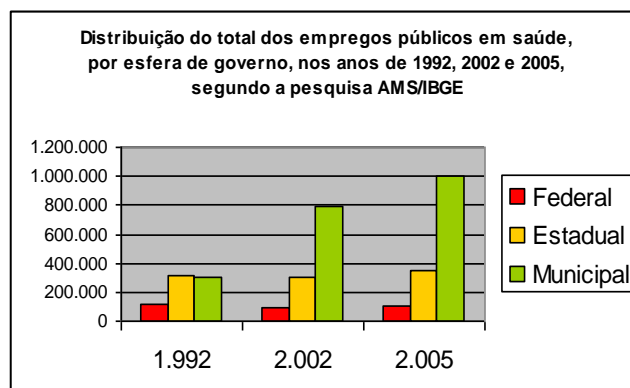
Há três motivos para isso. A expansão das equipes (ESF), a pressão do Ministério Público do Trabalho para que os municípios – empregadores dos Agentes – realizem concursos públicos e a impossibilidade de aumentar o número de funcionários públicos em função dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, que será comentada no próximo item.

Essa questão é bastante controversa. Primeiro por causa da Lei de Responsabilidade Fiscal, segundo porque o Agente Comunitário de Saúde, como o próprio nome explicita, tem de ser uma pessoa da comunidade, morador entre as famílias que atende e deveria ser dispensado quando deixa a comunidade, o que não é possível se tornando um funcionário público. Para contornar esse problema e, ao mesmo tempo, garantir os direitos dos trabalhadores, muitos municípios contrataram os Agentes por meio de terceiros, organizações não-governamentais sem fins lucrativos. O Ministério Público do Trabalho não tem aceitado essa alternativa, mas o CONASEMS (Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde) tem defendido uma revisão da decisão.

A segunda questão a merecer observação e análise é uma tendência preocupante no aumento do número de empregos nas esferas federal e estadual, cujo papel não é o de prestação de serviços diretos à população, mas de apoio técnico e financeiro aos municípios.



Gráfico 8 Distribuição comparativa dos empregos públicos em saúde, no Brasil, por esfera de governo, nos anos 1992, 2002 e 2005



Fonte dos dados: IBGE, Pesquisa AMS

Embora tenha ocorrido uma grande redução no número de estabelecimentos estaduais de 1992 em diante, houve um aumento de 39 mil funcionários estaduais, de 2002 para 2005, conforme a Pesquisa AMS.

Igualmente no caso do governo federal, houve uma redução de 47% no número de estabelecimentos federais (731 unidades) e de 15% dos funcionários federais de 1992 para 2002, porém, de 2002 para 2005 houve um aumento de quase 400 estabelecimentos e de 10 mil funcionários federais.

Essa tendência é contraditória com a proposta do Sistema Único de Saúde, que define, claramente, que cabe ao município a prestação de serviços de saúde, com o apoio técnico e financeiro dos governos estaduais e federal.

5.4 Lei de Responsabilidade Fiscal

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece o limite de 60% da Receita Corrente Líquida para o gasto com pessoal no serviço público e sua distribuição.

Tabela 9 Distribuição dos 60% dos gastos com pessoal no serviço público, segundo o artigo 20 da Lei Complementar 101, de 4 de maio de 2000 (LRF)



Destinação	Percentual
Administração do Estado	49
Assembléia e Tribunal de Contas	03
Tribunal de Justiça e outros	06
Ministério Público	02
Total	60

Fonte: LRF

A mesma LRF criou um alerta que não pode ser ultrapassado, equivalente a 95% dos limites máximos listados. Caso algum dos Poderes ultrapasse essa barreira, fica impedido de conceder aumentos, reajustes, contratar horas extras, criar e prover cargos (exceto para substituição em áreas essenciais).

Apesar da importância dessa Lei para o controle das finanças públicas, ela tem sido um fator limitante para a expansão de serviços públicos cuja base é mão-de-obra especializada.

Para os governos municipais tem sido muito difícil continuar expandindo os serviços de saúde, como é necessário especialmente na atenção básica e, também, de manter serviços de complexidade secundária, especializados.

O Programa de Saúde da Família, que tem um papel estratégico para a atenção básica à saúde, requer, como se viu no item anterior, uma grande expansão de postos de trabalho. Premidos pela LRF, muitos municípios admitiram pessoal para essas equipes sem concurso público, por meio de organizações parceiras ou de forma precária. Porém o Ministério Público do Trabalho começou a coibir essas formas de contratação. A falta de alternativa, tem causado dificuldades para a gestão e expansão do PSF.

No que diz respeito à dificuldade de manutenção de serviços especializados e de retaguarda, a questão é a reposição de funcionários federais e estaduais. Quando houve a descentralização, foi acordado que o município deveria repor os funcionários federais e estaduais que se aposentassem ou saíssem do serviço público. Passados alguns anos, as aposentadorias e saídas se avolumaram, exigindo que os postos de trabalho fossem providos por funcionários municipais. São três os constrangimentos: o limite da LRF, a falta de recursos do município para essa nova necessidade e a morosidade da substituição por concurso público, que tem de ser autorizado pelas Câmaras Municipais e tem um longo rito.



A manutenção, reposição e expansão da força de trabalho em saúde são exigências para a implementação do SUS e uma das maiores dificuldades para a sua gestão.

7. O FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento do SUS é tripartite. Todas as esferas de governo são responsáveis pelo financiamento da Saúde.

Há, porém, uma peculiaridade. Enquanto a esfera municipal de governo é responsável pela prestação de serviços, cabe, explicitamente, aos governos estaduais e federal, apoiar essa prestação, por meio de aporte de recursos financeiros e apoio técnico.

Apesar de ter o sistema de saúde mais generoso do mundo inscrito na Constituição, os recursos financeiros destinados à Saúde no Brasil alcançam, segundo dados do The World Health Report (OMS), apresentados por Piola¹⁶ o Brasil gasta 7,6 % do PIB em saúde, o que corresponde a um per capita de 573 dólares. A Espanha gasta 7,5% do seu PIB, mas isso representa um valor em dólares de 1.607. O Reino Unido também gasta 7,6% do seu PIB, representando 1.989 dólares per capita. O Canadá gasta 9,5% do PIB, equivalendo a 2.792 dólares e os Estados Unidos, 13,9% do PIB, correspondendo a 4.987 dólares per capita.

A Constituição Federal de 1988 previu o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, mas este dispositivo nunca chegou a ser cumprido.

Em 1993, o SUS sofreu a primeira crise de financiamento, quando o Ministério da Saúde precisou recorrer ao empréstimo junto ao FAT. Nessa ocasião, os deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires formularam a Proposta de Emenda Constitucional 169, que definia recursos vinculados para a saúde nas três esferas de governo. Essa proposta levaria sete anos para ser aprovada e gerar a Emenda Constitucional 29, em 2000.

Antes, porém, mediante intenso trabalho do Ministro da Saúde, Adib Jatene, foi aprovada a Emenda Constitucional n. ° 12, de 15/08/96, que autorizou a União a instituir a CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, cuja alíquota não poderia ultrapassar a 0,25%, cujo prazo de vigência não poderia ser superior a dois anos, sendo a sua arrecadação destinada

¹⁶ Sérgio Francisco Piola (IPEA/DISoc) in Financiamento, Gasto e Avaliação Econômica em Saúde disponível em www.saude.sp.gov.br/resources/agenda/sergio_piola.ppt (visita em 3 de maio de 2007)



integralmente ao financiamento das ações e serviços de saúde. Porém a CPMF foi sendo prorrogada e os recursos utilizados para outros fins.

A Emenda Constitucional 29, por sua vez, foi aprovada em 2000, e definiu que o Ministério da Saúde deve gastar em saúde, em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB; os Estados 12% de sua receita disponível e os Municípios 15%. Apesar da União e dos Estados questionarem a necessidade de regulamentação da Emenda, os Municípios acolheram a sua determinação, o que foi vital para a implementação do SUS.

O Projeto de Lei 001/2003 foi elaborado com o objetivo de regulamentar a Emenda 29, esclarecendo as fontes de financiamento e estabelecendo o que é gasto em saúde. Em abril de 2006 foi arquivada. Em fevereiro de 2007 foi solicitado o desarquivamento, negado pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, em 6 de março de 2007. A Emenda Constitucional 29 permanece sem regulamentação e sob pressão dos que desejam desvincular recursos orçamentários.

4.1 O respeito à vinculação de recursos para a saúde

Entre 1995 e 2004 ocorreu uma redução nas despesas do Ministério da Saúde, de 9,6% para 7,5% das receitas correntes, apesar do crescimento da arrecadação federal no mesmo período¹⁷. Estudo do IPEA demonstrou que em 2003 o Brasil teve o menor gasto em saúde per capita desde 1995.

O IPEA-Disoc, trabalhando com dados do SIOPS, mostra o comportamento das despesas do SUS por nível de governo de 2000 a 2003, na seguinte tabela:

Tabela 10 Brasil: Despesas do SUS por nível de governo 2000-2003

R\$bilhões de 2004 (IGP médio)

	2000	2001	2002	2003
União	34,2	34,3	33,2	29,7
Estados	10,6	12,6	13,8	13,4
Municípios	12,5	14,1	15,8	15,6
Total	57,3	61,0	62,8	58,7

Fonte dos dados SIOPS. Elaboração DISoc/IPEA¹⁸

Os dados mostram o peso do recuo de aporte do Governo Federal no resultado geral, mesmo com o crescimento do aporte dos governos estaduais e, mais ainda, dos governos municipais.

¹⁷ Disponível em :

www.abrasco.org.br/Inicial/Movimento%20de%20Repolitiza%E7%E3o%20do%20SUS%20-%202012.pdf - (visita em 2 de maio de 2007)

¹⁸ www.saude.sp.gov.br/resources/agenda/sergio_piola.ppt



O quadro mostra que os municípios ultrapassaram o mínimo exigido pela Emenda Constitucional 29, que previa 15% de gastos do orçamento municipal com a saúde. E, embora os governos estaduais tenham aumentado seus gastos em saúde, no período citado, muitos não cumpriram o mínimo previsto na Emenda.

4.2 O que é gasto em saúde?

De acordo com a Emenda 29 (Constituição Federal ADCT 77, 1, alínea a), a União deveria destinar às ações e serviços públicos de saúde, para o primeiro ano, o aporte de pelo, menos, 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal. Estudo de Áquilas Mendes, representante do CONASEMS na COFINS, mostra “um valor de R\$ 2,3 bilhões como a diferença acumulada no não-cumprimento por parte do governo federal da EC 29 nos anos de 2001 a 2005”¹⁹ O mesmo estudo, mostra que o descumprimento da EC 29 pelos governos estaduais, de 2000 a 2003, alcançou o montante de R\$ 5,2 bilhões.

Em seu site, em abril de 2007, o CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (www.conasems.org.br), reproduz matéria comentando o relatório do SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, segundo o qual, em 2005, a maioria dos governos estaduais (20 em 27) empregaram montante abaixo do estabelecido. Segundo o relatório do SIOPS, Rio Grande do Sul e Minas Gerais foram os estados que menos investiram em Saúde no ano de 2005, respectivamente, 4,99% e 6,87% de seus orçamentos. “Outros 18 Estados integram a relação com percentual de recursos destinados à Saúde abaixo do estabelecido na emenda constitucional. Entre eles estão São Paulo (11,69%), Rio de Janeiro (8,9%), Paraná (8,86%) e Bahia (11,85%).” (CONASEMS, op.cit).

Isso significa em valores absolutos que mais R\$ 3,45 bilhões deixaram de ser aplicados na Saúde pelos governos estaduais em 2005.

Exceto Rio Grande do Sul, Maranhão e Paraná, que admitem, nos seus balanços gerais, ter aplicado percentuais menores do que os previstos na Saúde, os demais governos estaduais dizem ter cumprido a Emenda 29. Isso ocorre porque a Emenda 29, aprovada em 2000, não foi regulamentada até hoje, o que dá margem a diferentes interpretações sobre a definição do que é “gasto em saúde”.

¹⁹ MENDES, Áquilas Representante do CONASEMS na COFINS/CNS. Financiamento da Saúde: Quando as tensões permanecem.... in www.abrasco.org.br/Inicial/Movimento%20de%20Repolitiza%20E7%E3o%20do%20SUS%20-%202012.pdf -



A Resolução 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, diz que assistência à saúde de servidores e o pagamento de aposentadorias e pensões não podem ser computadas como gastos em Saúde, mas vários Tribunais de Contas estaduais discordam. É o caso de Minas Gerais que, amparado na visão do seu TCE, incluiu nos gastos com Saúde, em 2004, despesas com previdência social e assistência médica para clientela fechada (servidores e militares) além de gastos com saneamento básico e vigilância sanitária animal.

Quanto aos recursos federais a polêmica foi aguçada quando no orçamento do Ministério da Saúde o Governo atual incluiu o Bolsa Alimentação.

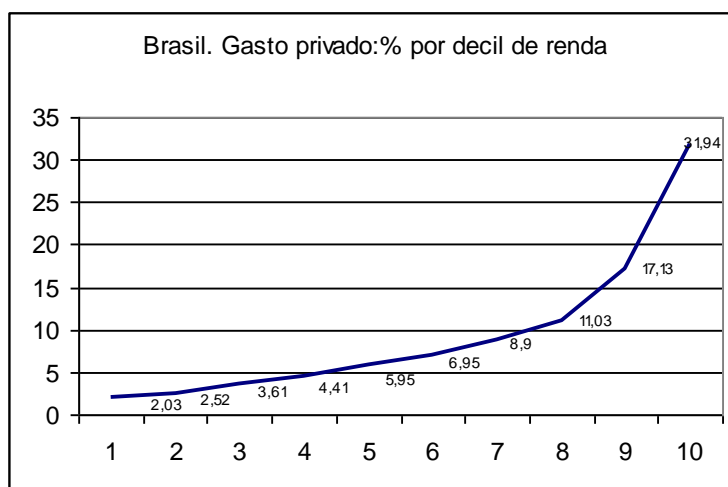
A falta de regulamentação da EC 29 alimenta a polêmica e serve aos interesses dos gestores que têm defendido a desvinculação de receitas.

Para Áquilas Mendes: “foi com a vinculação constitucional que se tornou possível executar a saúde enquanto uma política social de estado.”²⁰ A desvinculação pretendida pode despedaçar a estrutura que mantém essa política pública.

4.3 O gasto privado

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE), de 2003, mostra o gasto privado em saúde por decil de renda:

Gráfico 9: Brasil. Gasto privado, % por decil de renda, segundo a POF 2003



Fonte dos dados: POF/IBGE, 2003

²⁰ MENDES, Áquilas Sobre a lucidez e a vinculação constitucional na Saúde in Revista CONASEMS



Tabela 11 Brasil, Distribuição percentual dos gastos das famílias com saúde por decil de renda e itens de gasto, segundo a POF 2003

Item	1ºdecil	10ºdecil	Geral
Medicamentos	79,4	26,73	40,57
Plano/Seguro Saúde	4,46	39,04	28,21
Consulta e Tratamento Dentário	1,72	10,94	10,08
Consulta Médica	5,05	4,17	5,36
Hospitalização/cirurgia/ambulatório	1,16	10,72	6,65
Exames diversos	3,11	2,08	3,03
Material de Tratamento	2,88	5,55	5,2
Outros	2,33	0,77	0,9
Total	100	100	100

Fonte dos dados: POF 2003, IBGE

Elaboração: IPEA/DISoc

Essa tabela elaborada pelo DISoc/IPEA e apresentada por Sérgio Piola²¹ mostra o quanto são desiguais os gastos privados das famílias com saúde, especialmente com o item medicamentos, questão não equacionada pelo SUS.

8. O SUS COMO SISTEMA DE NEGOCIAÇÃO E PACTUAÇÃO

A atenção à saúde da população ocorre com a presença e a intervenção simultânea de um conjunto de atores interagindo dinamicamente no tempo e no espaço.

Antes da Constituição de 1988 esses atores exerciam seus papéis de forma desarticulada, sobrepondo recursos em um local ou área e deixando outros espaços a descoberto. A desarticulação era mais um fator de iniquidade na prestação de serviços à população.

O Sistema Único de Saúde busca articular os atores da produção da saúde e para isso organiza um complexo sistema de negociação e pactuação, que visa a alcançar maior equidade e efetividade.

Na sua complexa arquitetura o SUS contempla vários espaços de negociação e pactuação, cada qual com a sua própria dinâmica, que concorrem para objetivos comuns.

²¹ Piola op cit



De forma congruente com o modelo federativo brasileiro, o SUS trabalha com a responsabilidade compartilhada e articulação das três esferas de governo: nacional, estadual e municipal.

Esse sistema de negociação e pactuação é orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema, ou seja, universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação.

O SUS é um Sistema que se mobiliza e age por meio de acordos que são continuamente realizados entre numerosos atores:

- a sociedade e o Estado, campo em que são estratégicos os Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde,
- as esferas de governo municipal, estadual e federal, especialmente por meio das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite,
- entre os municípios, em função dos níveis de complexidade, demanda e oferta de serviços,
- o público e o privado, pois a saúde é dever do Estado e direito do cidadão, a prestação de serviços de saúde é livre à iniciativa privada mas esses serviços privados de saúde também prestam serviços públicos através do SUS,
- os compradores e fornecedores dos diferentes tipos de insumo para a prestação de serviços,
- os serviços de diferentes natureza e complexidade tecnológica cuja ação articulada é indispensável à integralidade do atendimento,
- os integrantes das equipes de prestação de serviços de saúde,
- os serviços e as comunidades;
- as equipes e as famílias e cidadãos atendidos.

O SUS propõe um jogo cooperativo entre os atores, particularmente entre as esferas de governo, o setor privado e a sociedade. Essa cooperação é essencial para que a saúde consiga realizar os princípios da universalização, equidade e integralidade. Porém, os interesses conflitantes acabam, muitas vezes, por caracterizar um jogo competitivo.

7.1 Articulação Interinstitucional e Participação

O SUS é uma política pública do Estado brasileiro, que envolve as três esferas de governo: união, 26 estados, distrito federal e 5.560 municípios. Desse ponto de vista, a arquitetura do SUS é uma das mais bem sucedidas experiências de articulação institucional e vem sendo observada e aproveitada por outras políticas públicas.



Os 5.560 municípios organizam-se em COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde em cada estado da federação, escolhendo representantes que irão compor, com representantes do respectivo governo estadual as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), por onde passam decisões de âmbito regional. O conjunto das Secretarias Municipais de Saúde é representado pelo CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, com uma diretoria eleita bi-anualmente e que irá compor a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). As Secretaria de Estado da Saúde dos governos estaduais, por sua vez, organizam-se no CONASS – Conselho Nacional das Secretarias de Estado da Saúde, que representam a esfera estadual na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde o terceiro ente é o Ministério da Saúde, representando a União.

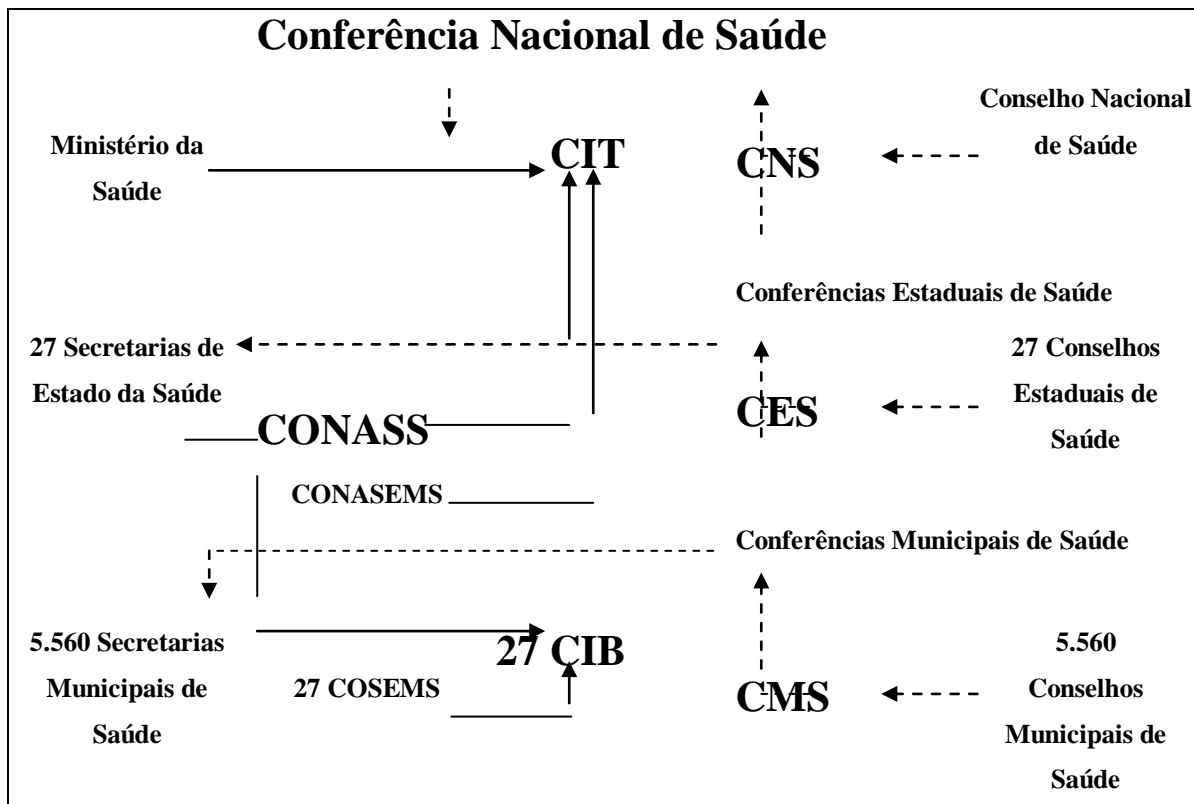
Como essa estrutura dialoga com uma outra estrutura paralela de participação?

Cada município do país tem seu Conselho Municipal de Saúde (CMS), necessariamente tripartite, isto é, com representação da população, dos trabalhadores e dos gestores municipais. O mesmo ocorre em cada estado da federação, com os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e, na União, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esses espaços de participação são deliberativos, cada qual em seu âmbito.

A cada quatro anos são promovidas Conferências municipais de saúde, Conferências estaduais de Saúde e Conferência nacional de saúde, de onde emanam orientações que devem informar os planos e programas do SUS.



Figura 1: Arquitetura institucional do SUS



Fonte: Elaboração da autora

As conferências municipais, estaduais e nacional movimentam milhares de brasileiros, entre trabalhadores, representantes da população e gestores.

Há reuniões regionais contínuas, promovidas em função da articulação entre as esferas de gestão, para informar as análises e decisões dos colegiados bipartites e tripartite.

Além disso, grupos que reúnem trabalhadores, estudiosos, gente da universidade e de centros de pesquisa da saúde também realizam periodicamente suas reuniões, encontros e congressos.

O SUS é um sistema de gestão em contínuo movimento, ao mesmo tempo em que a prestação de serviços para 150 milhões de habitantes envolve mais de 2 milhões e meio de trabalhadores e oitenta mil estabelecimentos, o que, em parte, explica a sua vitalidade.

7.2 Pacto de Gestão

A partir de meados de 2003 o CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde²² começou a pautar, insistentemente, nos grupos de trabalho tripartites, o debate sobre a

²² Gestão 2003-2005, quando o presidente do CONASEMS era Luiz Odorico Monteiro de Andrade



superação de uma maneira normativa de regular as relações entre as três esferas de governo, por meio das Normas Operacionais do SUS, e a sugerir que os gestores do SUS caminhassem em direção a um Pacto de Gestão.

A visão que deu formato a essa proposta era a de que a forma normativa de regulação não considerava a condição de igualdade e independência dos entes federados entre si, mas estabelecia subordinações e hierarquias. Num certo sentido, as normas mantinham uma relação de “compra e venda” de serviços de saúde, com o comprador sendo o governo federal, com interveniência do estado, e o prestador sendo o município. O diagnóstico do CONASEMS era que:

“É preciso não ignorar os sinais revelados pela dificuldade em garantir os recursos mínimos estabelecidos pela Emenda 29 em cada esfera de governo; a tentativa de desvinculação dos recursos; a permanência de um modelo de formação centrado na doença, informado pela especialização e não responsivo aos reptos do perfil epidemiológico; a insistência na manutenção das fronteiras setoriais disciplinares, corporativas e da distribuição político partidária do poder de comando. Assim como é preciso não ignorar os projetos que emergem no Legislativo como os projetos do SUS de Luxo e do Tíquete Saúde e as graves atitudes do Judiciário e do Ministério Público obrigando à iniquidade, sob o manto do discurso da igualdade de direitos. E, finalmente a irritação e decepção da população com a permanência das dificuldades no atendimento, umas nascidas da escassez outras do descaso no atendimento.”²³

E por que um pacto? Porque um pacto é resultado de um processo de negociação entre entes que têm autonomia e igual responsabilidade sanitária com a população, porém detêm meios e densidade tecnológica diferentes em relação ao provimento de suas necessidades de saúde.

Na reunião da Câmara Técnica de Gestão da CIT²⁴, de 2 de junho de 2004, foi aprovada a proposta de uma oficina tripartite, que teria como pauta central a discussão sobre o novo Pacto do SUS, a ser realizada em 5 de agosto de 2004. Nessa Oficina, CONASEMS, CONASS e o Ministério da Saúde apresentaram suas considerações e proposições em torno do pacto de gestão do SUS, tendo sido notório o consenso sobre a necessidade de revisão do processo de descentralização do SUS, especialmente da regionalização e de toda sua normalização. Foi decidido que a discussão sobre o

²³ CONASEMS. Pacto de Gestão, Brasília:CONASEMS, 2004

²⁴ Câmara responsável pela discussão e acompanhamento de questões da área de gestão, encaminhadas pela CIT -- Comissão Intergestores Tripartite.



novo Pacto de Gestão contemplaria os seguintes eixos temáticos: responsabilidade sanitária; regionalização; financiamento; planejamento, programação e avaliação; regulação e normalização do sistema; participação social e controle público e gestão do trabalho em saúde.

Naturalmente, durante o processo que se seguiu afloraram as divergências, concentradas em alguns nós: a responsabilidade sanitária de cada ente e a responsabilidade compartilhada; as bases da regionalização; o papel da esfera estadual de governo como apoio financeiro e técnico aos municípios; o fluxo de recursos para os municípios por critérios populacional e epidemiológico e não por projetos e programas.

A discussão do Pacto tocou em pontos nevrálgicos do SUS.

O primeiro Pacto pela Saúde seria finalmente assinado em fevereiro de 2006, devendo ser revisto anualmente. Assinaram o primeiro Pacto o Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e o Presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)²⁵.

O Pacto pela Saúde desdobra-se em: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão²⁶. O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Em 2006, os compromissos foram referentes a : saúde do idoso, câncer de colo de útero e mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas das três esferas de governo, no sentido de reforçar o SUS como política de Estado e de defender os princípios, inscritos na Constituição Federal. Em 2006 a ênfase é o movimento de repolitização da saúde, mobilização social e defesa da regulamentação do financiamento do SUS (Emenda Constitucional 29)

O Pacto de Gestão, por sua vez, tem o objetivo de estabelecer com clareza as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e contribuir para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. A ênfase para 2006, foi a questão da radicalização da descentralização e da regionalização.

²⁵ Assinaram: Ministro da Saúde Saraiva Filipe; Presidente do CONASS Marcos Pestana e Presidente do CONASEMS Sílvio Fernandes da Silva

²⁶

cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Assinatura%20do%20Pacto%20pela%20Saúde%202006%20pelo%20Minis...



A proposta do Pacto pela Saúde é a de que ele se desdobrasse com assinaturas pelos governos estaduais e municipais, contemplando as especificidades regionais e locais.

Não há, até esse momento, uma avaliação dos resultados do Pacto 2006. É importante notar que, embora o texto do Pacto reitere a importância do SUS como uma política de Estado e não de governo, a troca freqüente de Ministros da Saúde²⁷, de Secretários de Estado da Saúde e de Secretários Municipais de Saúde, implica em constantes renegociações e troca de objetivos.

9. DESAFIOS E OPORTUNIDADES A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Considerando os avanços obtidos pelo SUS durante seus dezesseis anos de implementação²⁸, considerando que a saúde é uma produção política e social, que extrapola o setor saúde e considerando que o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais, é preciso trabalhar com um conjunto de desafios que podem impedir ou propiciar a implementação plena da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Entre esses desafios, cinco parecem ter uma importância crucial para que tenhamos um avanço ou um refluxo nas conquistas do SUS:

- Politização da Saúde
- Financiamento estável da Saúde
- Efetivação do Pacto entre gestores
- Radicalização da descentralização
- Aliança da Saúde com o Meio Ambiente
- Acolhimento do usuário e garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade

9.1 Politização da Saúde

A inscrição do SUS na Constituição e toda a movimentação que se seguiu teve sustentação num movimento político, que alcançou apoios em diferentes grupos da sociedade. Ao lado dos intelectuais e profissionais de saúde engajados no Movimento da Reforma Sanitária, os movimentos populares de saúde foram protagonistas do processo de mudança.

²⁷ Depois do Saraiva Felipe, que assinou o Pacto 2006, veio Agenor Alves e, em março de 2007, José Gomes Temporão.

²⁸ Contando de sua regulamentação em 1990



Os avanços obtidos, por um lado, a permanência de problemas de acesso que se pretendia superar mais rapidamente, de outro, e, ainda, a presença de outros problemas sociais, notadamente o desemprego, contribuíram para uma redução dessa mobilização social.

Ao mesmo tempo, a população é “bombardeada” por um sonho de consumo, que busca vender os planos e seguros de saúde. É um falso sonho. Em primeiro lugar por que planos e seguros privados de saúde não poderiam atender toda a população coberta pelo SUS. Ao contrário, são marginais ao Sistema e os que pagam por eles também utilizam o SUS para serviços que não lhe são disponibilizados pelos planos e seguros. Também é um mito a diferença de qualidade, pois os profissionais e hospitais que servem aos planos e seguros também são, na maioria, prestadores de serviços públicos.

É preciso trabalhar continuamente o que o SUS representa para a população brasileira, a garantia do direito à saúde sem nenhuma condicionante, os ganhos conquistados. E ouvir da população o que está errado e precisa ser corrigido, retomando e reforçando essa aliança.

É preciso defender o SUS como uma Política de Estado e não de governos, para que tenha continuidade e não se percam avanços nas mudanças ocorridas em cada período de governo.

9.2 Financiamento estável da Saúde

O financiamento da Saúde nunca foi o previsto na Constituição e na Lei Orgânica. A prolongada luta para regulamentar a vinculação de recursos, que veio dar na Emenda 29, acabou por não ser auto-aplicável e exigir, ela própria, uma regulamentação.

Há poderosos interesses, inclusive de partidos políticos, governadores e prefeitos, que trabalham pela desvinculação de recursos e que conseguiram obstaculizar a regulamentação da Emenda, arquivada em março deste ano de 2007.

O financiamento é estratégico para a continuidade ou a falência do Sistema Único de Saúde.

9.3 Efetivação do Pacto entre gestores

A idéia de que a articulação intergestores pode ser pactuada e não hierarquicamente normatizada é um grande avanço na construção do SUS.

O Pacto pela Saúde, desdobrado em pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, representa a possibilidade de dar corpo a compromissos que envolvem as três esferas de governo – municipal, estadual e federal – e transparência a seus objetivos e planos.



O Pacto pela Saúde precisa ser apropriado pelos Conselhos e representações da população, como formas de acompanhar e avaliar o cumprimento dos compromissos pelos gestores.

9.4 Radicalização da descentralização

É preciso avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios, e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Para isso os municípios têm de receber os repasses integrados e não segmentados por programas, e cumprir as metas estabelecidas nos planos e pactos.

Alternativas como os consórcios entre municípios para garantir serviços de retaguarda e de maior complexidade, precisam contar com o apoio dos governos estaduais e federal, aos quais cabe garantir o suporte financeiro e técnico a prestação de serviços pelos municípios

A regionalização da rede de assistência, garantindo o acesso da população a todos os níveis de complexidade e desafogando os grandes centros como pólos de prestação de serviços, é um ponto importante para a qualidade da assistência.

9.5 Aliança Saúde e Meio Ambiente

A Saúde há muito tempo tem clareza sobre os impactos dos condicionantes ambientais sobre a saúde da população.

É preciso aproveitar esse momento, em que se amplia a percepção das estreitas relações entre a situação ambiental, o bem-estar e o futuro das pessoas, para reforçar uma aliança intersetorial, que propicie projetos em conjunto e um esforço integrado para melhorar as condições presentes e as perspectivas de futuro.

9.7 Acolhimento do usuário e garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade

Um desafio que permanece, apesar de toda a expansão dos serviços e dos empregos em saúde, é a melhoria do acolhimento ao usuário e a garantia de seu acesso, quando necessário, aos outros níveis de complexidade do sistema.

A dificuldade de adesão ao SUS e sua defesa como política de Estado por parte da população é devida ao descuido com o acolhimento dos usuários, que nem sempre recebem a cortesia e a atenção necessárias por parte dos profissionais de saúde, não apenas nas portas de entrada do Sistema como durante todo o processo de atendimento. Outra dificuldade é a demora em acessar os



níveis de maior complexidade do sistema, quando, na atenção básica são identificados agravos ou riscos que precisam de intervenção especializada.

O processo de trabalho nas unidades do sistema de saúde ainda servem mais aos interesses corporativos do que aos interesses da população e a troca constante de gestores e gerentes, por critérios estranhos a competência técnica, mantêm a dificuldade de controle e avaliação do atendimento.

A saúde se produz com pessoas e entre pessoas. É, antes de tudo, uma relação entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes, mediada por tecnologias geradas pelo conhecimento científico e pelo conhecimento popular. É preciso resgatar a importância dessa relação, para que o Sistema, além de eficiente e eficaz, seja humano e olhe para as pessoas e não para as doenças ou problemas.

9.8 Considerações finais: em defesa do SUS

É possível afirmar, com amparo nas informações de saúde, que o Brasil conta com o sistema público de saúde muito avançado, se comparado com outros países do mundo, inclusive os países centrais, que são referência, como o Canadá, mas cujo sistema custa muitas vezes mais.

Inscriver a saúde como direito de todos e dever do Estado foi uma grande ousadia, considerando o tamanho da população e a diversidade de situações territoriais, sociais, econômicas e culturais. E tem comprovado seu acerto, propiciando a essa população, ainda que de forma desigual, acesso desde vacinas até transplantes.

O SUS foi a primeira política pública nacional a ser efetivamente descentralizada, atribuindo ao município, junto do cidadão, a responsabilidade pelo atendimento de suas necessidades básicas de saúde.

A expansão da rede, dos empregos, da produção de serviços e a melhora de indicadores mostram que a decisão foi acertada, apesar de contarmos com 5.560 municípios, 70% dos quais com menos de vinte mil habitantes, gerenciado por pessoas de todos os partidos e tendências.

E tudo isso tem acontecido em uma situação adversa de financiamento, como mostra a saga da Emenda 29.

O Programa de Saúde da Família como uma estratégia estruturante do SUS descentralizado, aproximando a saúde da população, tem sido fundamental para inverter a ênfase à assistência e



levar para a realidade os conceitos de prevenção de doenças e agravos e de proteção e promoção da saúde.

O SUS é muitas vezes responsabilizado por mazelas que perduram na nossa sociedade iníqua, desigual. Ao mesmo tempo em que reduzimos a mortalidade infantil perdemos jovens para a violência. Jovens que, em circunstâncias normais, pouco precisariam dos serviços de assistência à saúde, podem ficar dependentes dele por toda a vida em razão da violência. A violência impacta o sistema de saúde e, nos últimos anos, o SUS passou a observar a violência como um agravo a saúde e a engajar-se na proteção das vítimas de violência e na promoção da cultura de paz. Esse movimento foi capitaneado pelo CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde²⁹ e amparado pelos estudos sobre a violência sob o olhar da saúde³⁰.

Apesar de serem necessários muitos ajustes para que todos os princípios do SUS sejam realizados, é preciso que preservemos o SUS dos ataques dos *lobbies* e das incompreensões. O SUS contrariou poderosos interesses, que não desistem de recuperar espaços de poder.

A vinculação de recursos segue incomodando grupos de gestores que desejam maior liberdade na alocação de recursos. Entretanto, tem sido a vinculação, apesar da falta de regulamentação, que propicia a expansão dos serviços e a aproximação do país de padrões internacionais de atendimento. Casos de incúria, atendimento deficiente e má gestão numa rede com mais de 80 mil serviços de saúde, dois milhões e meio de trabalhadores e 5.560 gestores devem ser observados como exceção que são, não como regra, pois, do contrário, não teríamos as melhoras visíveis nos indicadores de saúde, como mostram as séries históricas.

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e assim precisa ser preservado, apoiado e continuamente avaliado em relação ao cumprimento de seus princípios.

10. BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de (2001)

SUS passo a passo: Normas, Gestão e Financiamento. São Paulo: Editora Hucitec

AROUCA, A. S. S. (1975)

²⁹ Desde 2003 o CONASEMS tem realizado, junto com o seu Congresso anual, o Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência, feito publicações sobre o assunto e articulado a Rede Gandhi. Com isso estimula os sistemas municipais de saúde a tecerem suas redes de proteção às vítimas de violência e de inscrição dos princípios da cultura de paz nas reflexões sobre a promoção da saúde.

³⁰ A violência sob o olhar da saúde é o título de um estudo coordenado pela Prof^a Maria Cecília Minayo.



O dilema preventivista: contribuição à crítica da medicina preventiva. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

BRAGA, José Carlos S. & PAULA, S. G. (1986)

Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec

BRASIL, Ministério da Saúde (2000)

Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde

BRASIL Ministério da Saúde (2001)

Promoção da Saúde: Declaração Ama-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: DF

BUSS, Paulo M (1996)

Saúde e qualidade de vida. In: Costa NR, Ribeiro JM, organizadores. Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP; 1996.p.173-88.

CAMPOS, Gastão Wagner (1992)

A Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. São Paulo: Editora Hucitec

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas (2002)

Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica in História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol.9 no.2 Rio de Janeiro, maio-agosto, 2002

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo (1996)

Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez

CONASEMS (2006)

O SUS que ninguém vê in Construindo o SUS, Revista CONASEMS, ano II, n.17, maio-junho 2006, 32-45

CORDONI Júnior, Luiz (1986)

Serviços municipais de saúde no Paraná: tendências e perspectivas. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

GOULART, F. A.. (1996)

A. Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO

IDEC (2006)



Reajustes Anuais: a ANS está cumprindo o seu papel? São Paulo: IDEC, maio de 2006, disponível em http://www.idec.org.br/arquivos/estudo_reajuste_planos_saude.pdf

INOJOSA, Rose Marie (2002)

Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade Cadernos Fundap, 22, São Paulo:FUNDAP, 2002: 102-110

JUNQUEIRA, Luciano A Prates & INOJOSA, Rose Marie (1998)

O setor saúde e o desafio da intersectorialidade, com Luciano Prates Junqueira, Cadernos FUNDAP 21, São Paulo:Fundap, 1998, p. 156-164

LIMA, Maria Helena Castro & INOJOSA, Rose Marie (1988)

Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde, Documento de Trabalho 24 São Paulo: Fundap, março de 1988

MENDES, Eugênio V.(1996)

Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec

MENDES, Eugênio V. (1993)

Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde. São Paulo: Hucitec

MÉDICI, André César (1994)

Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

MINAYO, Maria Cecília de Souza & SOUZA, Edinisa Ramos de Violência sob o olhar da saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira, Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2003

NASCIMENTO, Álvaro

História da 8ª Conferência Nacional de Saúde disponível em

http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/04.htm

PAULUS Jr, Aylton & CORDONI Jr, Luiz (2006)

Políticas Públicas de Saúde no Brasil in Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez 2006 disponível em www.ccs.uel.br/espacoparasaude



PERES, Maria Fernanda T. (coord) Mortalidade por armas de fogo no Brasil: 1991-2000, Brasília: Ministério da Saúde-Editora MS, 2004

RESTREPO, H.E. & MÁLAGA, H. (2001)

Promoción de la Salud: Como construir visa saludable. Bogotá: Editora Médica Internacional

SANTOS, Isabela Soares (2003)

O setor de planos e seguros de saúde e a saúde do trabalhador: que rumo devemos seguir? Estudo apresentado ao Fórum de Debates sobre Saúde Suplementar – ANS 2003, disponível em

http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_3_ISoaresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf

SOUZA, Renilson Rehem de (2002)

O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em

<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>.

SOUZA, Renilson Rehem de. (2002)

Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf