



Disciplina 8021215
Atenção à Saúde Bucal
em Populações Indígenas
2021



Projeto Huka Katu

Cacique Raoni

Fonte: Greenpeace Brasil
<https://www.greenpeace.org>





Tópico 1 - Histórico da Saúde Brasileira

- 1.1 INÍCIO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL
- 1.2 OS PRIMEIROS MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE
- 1.3 OS MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL
- 1.4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL
- 1.5 COMO SURTIU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?
- 1.6 LEI ORGÂNICA DE SAÚDE
- 1.7 A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA
- 1.8 MECANISMO REGULADOR DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE
- 1.9 PACTO PELA SAÚDE
- 1.10 FINANCIAMENTO DO SUS
- 1.11 CONTROLE SOCIAL

1.1 INÍCIO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL



Figura 1 – Fonte: A arte de curar nos tempos da colônia limites e espaços da cura - Carlos Alberto Cunha Miranda



Figura 2 – <https://conselho.saude.gov.br/>

A história da saúde pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções - 17min

https://www.youtube.com/watch?v=7ouSg6oNMe8&list=RDCMUC5z5hsnZOZJH8vFacP-9poQ&start_radio=1&t=925

A busca por referências históricas, vinculando a saúde ao contexto político geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do



próprio significado da estruturação do subsistema de saúde indígena integrante do Sistema Único de Saúde.

As primeiras referências sobre as terras e os indígenas, davam a ideia de um paraíso terreno, ideia esta que se modificou com os conflitos, as dificuldades materiais da vida na região e, sobretudo, as múltiplas e frequentes doenças da época. Durante todo o período colonial no Brasil, mais precisamente até meados do século XIX, os problemas de saúde e higiene ficavam sob a responsabilidade de poderes (autoridades) locais que tomaram medidas contra a “imundície das ruas e quintais”. Em outro aspecto a assistência à população pobre e indigente ficava sob os cuidados da iniciativa filantrópica, figuras de importância econômica e social, e de instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica, como as Santas Casas de Misericórdia. A parcela restante da população buscava socorro nos médicos existentes ou então em cirurgiões, barbeiros, sangradores empíricos, curandeiros, parteiros e curiosos.

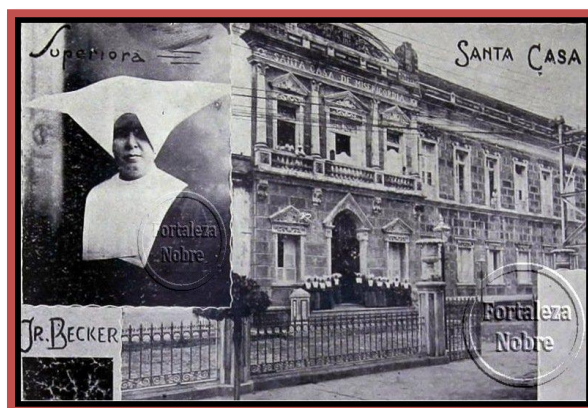


Figura 3 – Fonte: <http://www.fortalezanobre.com.br>

Assim, as primeiras ações sanitárias organizadas no Brasil, ocorreram no final do século XIX, ainda durante o Império, com o objetivo de combater as chamadas doenças pestilentas, notadamente, cólera, varíola, febre amarela, malária e tuberculose, grandes causadoras das mortes entre os imigrantes



estrangeiros que serviam de mão de obra para a agricultura cafeeira. Neste período predominava uma precária organização dos serviços de saúde. Historicamente, a fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar, por conta própria, contra as doenças e a morte, e em casos mais graves, os doentes de famílias nobres buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começavam a ser criadas no Rio de Janeiro. Para os pobres, restavam os curandeiros negros e os pajés, que continuaram a ser os principais responsáveis pelo tratamento dos que não tinham dinheiro.

Com a proclamação da República, tem lugar uma incipiente política de saúde e, foi nesse período, entre o fim da Monarquia e início da República Velha, que a sociedade brasileira iniciou a constituição do seu Estado “moderno”, marcado pelo predomínio dos grupos sociais vinculados a agroexportação cafeeira. No início do século XX tem-se uma valorização da saúde pública, uma vez que, seria necessário combater as grandes epidemias, pois elas causavam prejuízos à economia nacional, comprometendo a mão de obra urbana e rural e ameaçando a vida das elites. Conseqüentemente, tornou-se necessário melhorar a imagem internacional quanto a salubridade da população brasileira, a fim de estimular a vinda de imigrantes. Frente a estes aspectos, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou o controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação, em outras palavras, a economia brasileira. Neste período, de precariedade nas condições de vida da população e importantes movimentos sociais reivindicatórios, acarretados pelo aprofundamento das desigualdades sociais e pela perda da hegemonia da oligarquia cafeeira, emergiram novos padrões de desenvolvimento econômico, neste caso a industrialização e com ela o proletariado, a burguesia e as crises econômicas.



1.2 OS PRIMEIROS MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Sabe-se que no Brasil, a “questão social” foi historicamente ignorada no processo de desenvolvimento de políticas assistenciais até meados de 1920, quando a partir de então esta questão tornou-se um fator evidente a ser trabalhado. É desta época, a lei que obriga as empresas a instituírem os seguros de acidentes de trabalho para seus empregados (Decreto nº 3724, de 1919), o grande programa de saneamento e controle de endemias no campo da saúde pública (Reforma Carlos Chagas, de 1923), assim como a constituição de um pioneiro “Seguro Social”, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) – (Lei Eloi Chaves de 1923). Com a “Lei Eloi Chaves”, surge a Previdência Social no Brasil, e, a partir de 1926, a assistência médica foi incorporada como uma atribuição das CAPS. Neste período, as ações de assistência à saúde eram embasadas em situações políticas com foco específico em **ações sanitárias no controle de doenças** em regiões de grande interesse econômico. Tal modelo de assistência ficou conhecido como **Sanitarismo Campanhista**.



Figura 4 – Fonte: E. de C. Falcão (org), Oswald Cruz Monumento Histórico: a incompreensão da época. Oswald Cruz e a Caricatura. Brasilensia Documenta, vol. VI, tomo I, São Paulo. Acervo da biblioteca Casa de Oswaldo Cruz. 1971.



Entre 1925 e 1960, concomitante ao desenvolvimento do modelo campanhista, estabeleceu-se um outro modelo de atenção: o **Modelo Médico Sanitário**. Os serviços de saúde se organizaram em estruturas verticais e centralizadoras e desenvolviam assistência médica inicialmente para portadores de doenças infectocontagiosas e em outro momento para doenças específicas. Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “completo bem-estar físico, mental e social”, e não mais como a ausência de doença. Neste contexto, novas preocupações foram surgindo e o objeto de atenção passou a ser o comportamento e o corpo humano, utilizando-se de instrumentos da educação sanitária, na medida em que havia sido estabelecida uma associação importante entre comportamento, doenças e condições de vida. Neste modelo, as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde eram executadas através de exames médicos periódicos e preventivos, por orientações sobre saúde e medidas de higiene. Assim, a educação sanitária transformou o controle sobre o comportamento e produziu uma nova consciência sanitária.



Figura 5 – Fonte: Inquérito epidemiológico realizado pelo Serviço Nacional de Malária, na Amazônia. Pará, 1952-1953. Arquivo Rostan Soares, Casa de Oswaldo Cruz, Fio Cruz.



Com o conhecimento da bacteriologia, da epidemiologia, da clínica e da pedagogia, os agentes desse processo eram médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores sanitários, atendentes de enfermagem e visitantes sanitários. Assim, a organização da assistência à saúde voltava-se para o controle epidemiológico e sanitário bem como para a organização da força de trabalho, já que o modelo buscava a manutenção da força produtiva.

1.3 OS MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

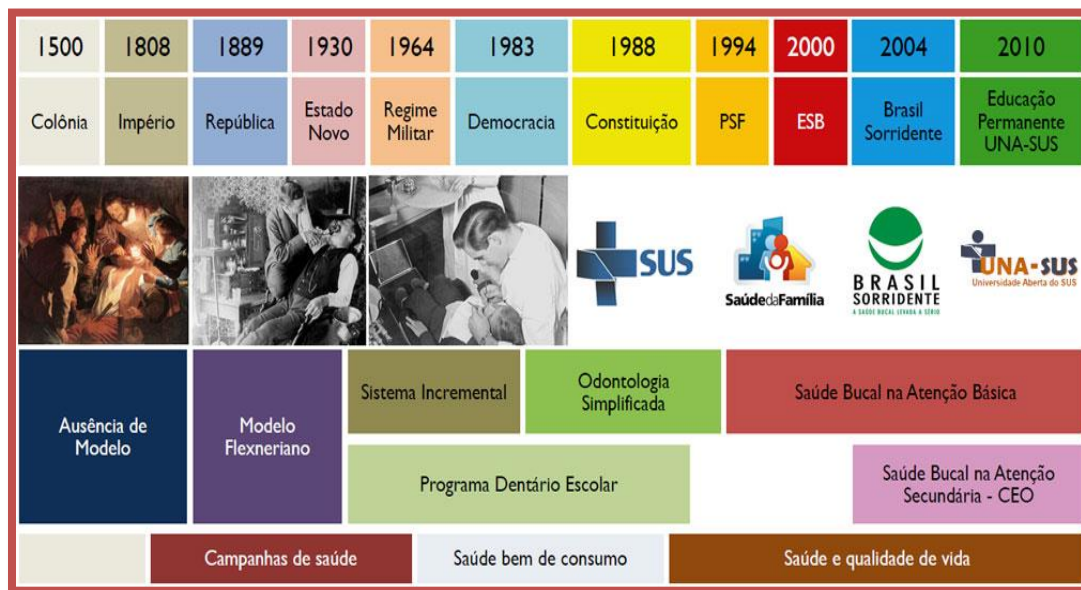


Figura 6 – Fonte: <https://www.unasus.unifesp.br>

Em paralelo, a área odontológica desenvolvia seus modelos. Agora para se envolver e entender a dinâmica da atual situação da saúde bucal dos índios brasileiros cabe aqui discorrer sobre aspectos voltados ao processo evolutivo dos modelos de assistência coletiva à saúde bucal no Brasil. A denominação "modelo



assistencial" deve ser entendida como a maneira como são produzidas as ações de saúde e o modo como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Na atualidade, não existe uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que é denominado hoje, como o modelo da Saúde Bucal Coletiva, é uma estratégia ainda em construção, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde.

A assistência odontológica pública no Brasil estruturou-se, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nos anos 50 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde. Naquela época, os modelos gerenciais que norteavam as ações de saúde bucal estavam estabelecidos de forma pulverizada entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica. Dentre estes modelos gerenciais, o que se estabeleceu como hegemônico, na segunda metade do século passado, foi o Sistema Incremental em escolares que, na maioria dos casos, estava vinculado aos programas de Saúde Escolar.



Figura 7 – Fonte: CHAVES, S., and SOUZA, M.L. Emergência da odontologia social na Bahia. In: CHAVES, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 319-336. ISBN 978-85-232-2029-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220297.0013>



O Sistema Incremental, a despeito do grande avanço que representou para a assistência odontológica da época, se mostrou, já no início dos anos 70, como um modelo superado, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura. No primeiro caso, pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, o que provocou um aumento no número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre a queda da prevalência de doenças bucais. Com relação à abrangência, tratava-se de um modelo excludente, na medida em que priorizava os escolares de 7 a 14 anos (com algumas variações).



Figura 8 – Fonte: CHAVES, S., and SOUZA, M.L. Emergência da odontologia social na Bahia. In: CHAVES, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 319-336. ISBN 978-85-232-2029-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220297.0013>

Novos modelos de assistência à saúde surgiram de acordo com o momento histórico-social do país. Como exemplo tem-se que a ideia de se estruturar modelos de assistência à saúde a partir da família surgiu no início da década de 70, com a figura do médico de família, proposto como alternativa para a "humanização da medicina" e confrontando com o "especialismo" reinante na formação médica.



Apesar dos avanços político-administrativos ocorridos no Brasil no final do século passado, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores, com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas.

Tendo como objetivo a melhoria da saúde dos brasileiros e a implementação de um sistema que contemple principalmente a universalização da assistência em todos os níveis de atenção é fundamental a articulação das políticas macroeconômicas com as políticas sociais, educacionais e de saúde. Nesse contexto os Programas de Saúde surgiram no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde.

1.4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) desenvolveu-se um sistema “dual” de saúde, pois tal Instituto deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde elaborava e executava programas sanitários e assistia à população durante as epidemias. Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surgiu a Lei 6229, que institucionalizou o **modelo Médico Assistencial Privatista**, ao separar as ações de saúde pública das ditas de atenção à saúde das pessoas. E em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social, e com ele, a organização símbolo do modelo médico na época, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O modelo médico assistencial privatista compunha-se de quatro subsistemas: **subsistema estatal**, representado pela rede de serviços do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, onde se exercia a medicina simplificada destinada à cobertura de populações não integradas economicamente; **subsistema contratado e conveniado** onde a previdência social cobria os benefícios dessa instituição e setores não assistidos atendidos pelas



políticas de universalização excludente; **subsistema de atenção médica suplementar** que buscava atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas; e o **subsistema de alta tecnologia**.

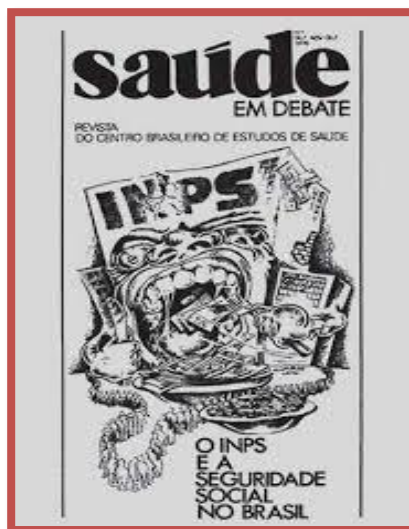


Figura 9 – Fonte: FALLEIROS, Ialê et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPJSV, 2010. p. 237-276.

Desde sua origem e durante toda a década de 70, esse modelo recebeu críticas de setores acadêmicos localizados nas Universidades, nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, nas Escolas de Saúde Pública, de campos da sociedade civil além de setores do próprio aparelho do Estado e do poder político. O INAMPS passou a ser um grande fomentador da política de descentralização e desconcentração das ações de saúde ocorrendo um aprofundamento das Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham o objetivo de integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência.



Os primeiros anos da década de 80 foram caracterizados pela crise da Previdência Social, e a busca por uma solução que refletiu três vertentes principais: a **crise ideológica** (PREV-SAÚDE), a **crise financeira** e a **crise político-institucional** do Conselho Consultivo da Administração de Saúde previdenciária (CONASP). Em seguida às AIS ocorreu a implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) através do decreto nº 64657 de 20 de julho de 1987, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS e com várias diretrizes que reconhecem a necessidade de reformular o Sistema Nacional de Saúde, redefinindo as atribuições dos três níveis de governo com delimitação de funções.

As mudanças políticas que se deram na primeira metade da década de 1980 determinaram o esgotamento do modelo médico assistencial privatista sendo que esse pano de fundo econômico determinou os rumos das políticas de saúde e fez emergir novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro.



Figura 10 – Fonte: <https://www.brasildefato.com.br/>



1.5 COMO SURTIU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A oitava Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde é considerada um marco histórico para as reformas que foram e que estão sendo processadas no setor saúde, nas últimas décadas. Esta conferência destaca-se por apresentar um caráter democrático com representantes de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde, e também por apresentar uma dinâmica processual que se iniciou por conferências municipais depois estaduais até chegar ao âmbito nacional.

Entre a oitava Conferência de 1986 e a Constituição de 1988 dois fatos marcantes ocorreram: a criação em 1987 do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Na busca pela integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, o SUDS deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais.

Com a crise política e econômica do início dos anos 80 e a redemocratização, instituiu-se com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde. Foi diante destes acontecimentos, que em 1990 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) deu lugar ao Sistema Unificado de Saúde (SUS) encarregado de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos serviços de saúde estaduais e municipais.

Estes movimentos culminaram por assegurar na Constituição de 1988, a saúde como um direito social universal garantido pelo Estado, através do Art. 196 que reconhece que:



A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Por entender que a saúde é direito de todos e dever do Estado a Constituição caracterizou-se como (Art. 197):

De relevância pública às ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Assim, cria-se as bases para o Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, quando esta define que (Art.198):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II–**atendimento integral**, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – **participação da comunidade**.



1.6 LEI ORGÂNICA DE SAÚDE

Após a promulgação da Constituição Federal, o então chamado movimento sanitário passou a estabelecer como prioridade a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da União, o que aconteceu após grandes embates entre este movimento e o governo mediante a criação da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, e Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, que garante a participação da sociedade através da instituição de conferências e conselhos de saúde. Tais leis passaram a constituir a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que são legalmente consideradas o cumprimento do mandamento constitucional da proteção e da defesa da saúde.



Figura 11 – Fonte: <https://www.brasildefatorj.com.br/>

Com a Lei Orgânica da Saúde, tem-se uma definição das atribuições, para com a saúde, nos diferentes níveis de governo. Assim estabeleceram-se as responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador, regulamentando-se o financiamento e os espaços de participação popular, formalizando-se o entendimento da saúde com uma área de relevância pública, regida por três **princípios doutrinários**: Universalidade, Equidade e



Integralidade. O SUS pode então ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra seus princípios, e uma nova forma de organização e operacionalização dos mesmos. Para organizar este sistema unificado voltado à saúde dos brasileiros, tornou-se necessário a criação de algumas diretrizes que direcionassem o processo de sua concretização.

Na prática, tais diretrizes, os chamados **princípios organizativos**, serão descritos a seguir: Princípio da Regionalização e Hierarquização: a regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da clientela para ser atendida. Princípio da Descentralização e Comando Único: na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviço com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do comando único onde cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Princípio da Participação Popular: a participação popular da comunidade deve ser feita através das conferências de saúde que são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e participar da formação dos conselhos locais de saúde.

1.7 A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

Como já visto, o processo histórico de redemocratização do país, desde o início da década de 80, refletiu as profundas transformações no sistema de saúde brasileiro. Caracterizado, em tal período, pelo movimento sanitário brasileiro composto por intelectuais e membros da burocracia estatal, porém com pouca



participação do usuário, fato este minimizado posteriormente pela atuação da população nos espaços de participação e Controle Social (esclareceremos estes conceitos posteriormente). Neste processo, o SUS busca pela reorientação e reorganização do sistema público de saúde no Brasil, definindo com isto um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais estaduais e municipais. Sendo administrado direta e indiretamente por fundações mantidas pelo poder público, constituindo um único sistema.

Em relação às instituições prestadoras de serviço incluem-se as instituições de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. É válido lembrar que, instituições privadas também podem participar do SUS em caráter complementar.

O SUS tem entre seus principais objetivos:

- identificação e divulgação dos fatores determinantes da saúde da população;
- formulação de políticas de saúde;
- ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- vigilância sanitária;
- vigilância epidemiológica e nutricional;
- colaboração na proteção ao meio ambiente;
- fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas de consumo humano;
- promoção de desenvolvimento científico e tecnológico.

Com este perfil, onde as ações de serviços de saúde são de relevância pública, cria-se a possibilidade de maior participação dos poderes locais nas decisões sobre saúde, dando ao município certa autonomia (sistema local de saúde), principalmente no que diz respeito às ações próprias da Atenção Básica, visto que o serviço público de saúde está voltado para as três esferas de governo, municipal, estadual e federal, respectivamente representados por secretarias municipais e estaduais de saúde e o próprio Ministério.



Ainda como atribuição cabe ao SUS a orientação da formação de profissionais da saúde, através da criação de ações indutoras.

1.8 MECANISMOS REGULADORES DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

Após a Lei nº 8080/90, considerando que os municípios e os estados encontravam-se em estágios diferentes em relação a descentralização do sistema, o Ministério da Saúde adotou como mecanismo regulador das ações e serviços de saúde, a edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs). Estas NOBs são fruto de um processo político de pactuação intergestores que vem após a edição da Lei Orgânica da Saúde, criando condições de negociação no processo de descentralização e de construção do SUS.

Ao longo do tempo, a organização da atenção básica nos municípios vinha sendo eminentemente política, e, baseada nos recursos financeiros disponíveis. As NOBs se voltaram para a definição das estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalização do SUS. Após a regulamentação das NOBs e NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde - houve uma determinação positiva para que os municípios reorganizassem sua atenção básica, reafirmando sua regionalização da assistência para que os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção pudessem, de fato, ser cumpridos.

1.9 PACTO PELA SAÚDE

Posteriormente o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O pacto firmado em 2006 entre os três gestores do SUS, a partir de uma unidade de princípios, guarda coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os



pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macrofunção de cooperação técnica entre gestores e propõe um financiamento tripartite que estimule critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

O **Pacto pela Saúde** é um conjunto de reformas institucionais do SUS, definido na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (Brasil, 2006).

A implementação do Pacto pela Saúde se deu pela adesão de Municípios, Estados e União. **Substituindo os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromisso para cada ente da federação, sendo renovado anualmente.** Entre os princípios definidos estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras.

A implantação do Pacto se deu em três dimensões – **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão** – e possibilitou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, **promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visavam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas** e, ao mesmo tempo, redefiniam responsabilidade coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

De forma prática o **PACTO pela VIDA** foi o compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentavam impacto sobre a situação de saúde da



população brasileira. A definição de prioridades foi estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. **Prioridades estaduais ou regionais foram agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/regiões/municípios pactuaram as ações necessárias** para o alcance das metas e dos objetivos propostos. Seis foram as prioridades pactuadas:

- a- **Saúde do Idoso;**
- b- **Controle do câncer do colo do útero e da mama;**
- c- **Redução da mortalidade infantil e materna;**
- d- **Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;**
- e- **Promoção da Saúde;**
- f- **Fortalecimento da Atenção Básica.**

O **PACTO em DEFESA do SUS** envolveu ações concretas e articuladas pelos três níveis federativos no sentido de reforçar o SUS como política de estado; e defende os princípios basilares dessa política pública, inscritos na constituição federal.

O **PACTO de GESTÃO** estabeleceu **diretrizes para a gestão do sistema** nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.



1.10 FINANCIAMENTO DO SUS



Figura 12 – Fonte: <http://www.cosemssp.org.br/>

No que diz respeito ao financiamento do SUS, este é público e provêm de recursos orçamentários das três instâncias federativas que devem ser depositados em contas especiais, os fundos de saúde: Fundo Nacional de Saúde, Fundo Estadual de Saúde e Fundo Municipal de Saúde, sendo parte dos recursos federais transferidos a estados e municípios, bem como parte dos recursos estaduais, é também, transferido aos municípios. O financiamento das ações e serviços de saúde pelo setor público percorreu uma trajetória evoluindo do pagamento por procedimentos aos prestadores de serviços na década de 1970, passando no início da década de 1980 para as ações integradas de saúde (AIS) e em 1987 para o SUDS como estudado anteriormente.

Atualmente, continua sendo desafio planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, no entanto, isto tem se mostrado uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.



Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS foram definidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

As mudanças trazidas pela Portaria MS 3.992/2017 e pela Lei Complementar 141/2012 definem que o SUS terá apenas dois importantes blocos de financiamento: Bloco de Custeio e Bloco de Investimento.

Bloco de custeio das ações e dos serviços públicos de saúde - Composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os blocos de atenção básica, assistência farmacêutica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde e gestão. Todos os incentivos que integravam o Bloco de Atenção Básica, agora fazem parte do BLOCO DE CUSTEIO.

Bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde - Composto pelos recursos destinados a obras novas, reformas, ampliações e adequações de unidades já existentes, bem como os recursos destinados à aquisição de equipamentos e mobiliários. Os projetos que já possuem repasse financeiro permanecerão com suas contas próprias até a conclusão da execução e da prestação de contas.

No entanto, esta situação se agravou em função da Emenda do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016), que instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União com vigência de 20 anos. Com isso, a regra de investimento em saúde pela União mudou novamente. Em 2020, a



União deve aplicar o montante de execução financeira do exercício de 2019, corrigido apenas pela variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo). E assim será pelos próximos 20 anos.

1.11 CONTROLE SOCIAL

A democratização da saúde no Brasil tem seus primórdios em meados dos anos 70, no cenário da Reforma Sanitária, reconhecida por ser o movimento que almejou a criação de um sistema nacional de saúde público, participativo, descentralizado e de qualidade. O cenário brasileiro, naquele momento, estava em consonância com um movimento internacional que também orientava a ressignificação da assistência à saúde. Inspirada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata, no ano de 1978, reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, trazendo uma visão crítica ao modelo biomédico e destacando esta reforma como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria das condições de vida e redução das desigualdades e alguns anos depois, 1986, ocorre no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada também um marco na história das políticas de saúde brasileira.

A participação popular na elaboração de políticas públicas se faz então primordial, “saúde não deve ser feita em um processo “sobre” e “para” o povo, mas deve ser construída “pelo” e “com” o povo”. Fruto desta concepção nossa sociedade, construiu os Conselhos de Saúde espaços nos quais a participação na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas se tornam possíveis. Salientamos que o espaço dos conselhos para participação popular na saúde foi considerado no anteprojeto da Constituição, no entanto foi retirado do texto original, sendo esta temática retomada apenas na segunda Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080).



Reconhecido como instituição legal os Conselhos enquanto espaços participativos, consultivos e deliberativos é possível destacar dois tipos de poderes exercidos, muitas vezes de forma sobreposta e conjunta, por estes conselhos, sendo eles: poder político, este que decorre diretamente da representatividade e o poder decisório, poder conferido pela lei 8142. O reconhecimento destes poderes se faz importante para que a razão de ser do conselho possa ser compreendida e apreendida pela sociedade como um todo. Importante ressaltar que o conceito de participação popular concebido na lei, se alicerça na definição de que, na atual política de saúde brasileira, é na própria participação da comunidade que se dá o controle social, sendo, portanto, conceitos associados.



Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial de União, Brasília, 2006

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS defende a Regulamentação DA EC nº 29. 2019. Disponível em:

<<http://www.conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ): Site: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016.



Fonte: Arquivos projeto Huka Katu

