

SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Paulo Eduardo ELias

INTRODUÇÃO

O que são sistemas de saúde

Sistemas de saúde são construções sociais que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Desta forma, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Os modelos de sistema de saúde mais adotados são os instituídos pelo Estado caracterizando duas grandes tipologias: os ocupacionais ou de seguro e os universais ou de seguridade. As primeiras iniciativas estatais na construção de sistemas de saúde remontam ao final do Século XIX na Alemanha. Por iniciativa de Bismark e engendrando um modelo centrado na proteção aos trabalhadores alemães, financiado com recursos estatais e descontos compulsórios na folha de salário, caracterizando o de tipo ocupacional ou seguro social. Seguro, pois têm acesso apenas os que contribuem. No século XX se ampliou um tipo particular de seguro não exclusivamente ocupacional, os sistemas privados de saúde, mas dadas as características sociais e as necessidades de financiamento deste tipo de aparato, ele se destina apenas a parcelas restritas da população (trabalhadores e camadas medias e alta) convivendo com sistemas nacionais de saúde frequentemente conformando um tipo particular de relação publico/privado nos sistemas de saúde ¹.

Mas, geralmente a iniciativa estatal abrange outras áreas submetidas a riscos sociais, tal como classicamente a do envelhecimento e a perda da capacidade laboral, e os sistemas de saúde compõem junto aos de previdência o aparato estatal de proteção social, tendo como característica a universalização da cobertura visando garantir segurança para os cidadãos ². Esta conformação do sistema caracteriza o de tipo universal ou seguridade social, no qual todos os cidadãos independente de contribuição específica tem acesso ao sistema, resultando na desmercantilização do acesso a saúde.

Mas é no Século XX, no qual se ampliam os limites da cidadania com a adoção, por vários países, de garantias sociais como Direito que ocorre, principalmente após a II Grande Guerra, o desenvolvimento e a consolidação dos sistemas de saúde em diversos países, tal como o inglês National Health System (NHS) que serviu de inspiração para vários outros povos. Para esta consolidação, foi muito importante o excedente econômico proporcionado, segundo Hobsbawm³, pela Era de Ouro do Capitalismo (1950 a 1973) e também a pressão política ideológica resultante da Revolução de 1917 na então União Soviética que impeliu governos e capitalistas a cederem às organizações de trabalhadores e à população. O resultado da combinação destes movimentos econômicos e políticos é a consolidação , na década de 1970, de um tipo particular de organização de Estado, o Estado de Bem Estar Social, vigente até hoje em diversos países da Europa a despeito da crise que o assola desde a última década do século passado e das investidas de vários governos de orientação política liberal. Em rápidas palavras, parte desta crise decorre das enormes modificações experimentadas pelo setor saúde desde meados da década passada em virtude de sua crescente vinculação com a Economia ⁴. A Terceira Revolução Industrial (associação entre altos montantes de capital, a ciência e a

tecnologia) associada às características da saúde nas sociedades modernas contemporâneas (concebida como valor ligado a preservação e manutenção da vida, em condições nunca antes experimentadas pela humanidade) potencializa a produção no setor saúde gerando uma enorme oferta de bens e serviços com absorção contínua de inovações. Dadas estas características econômicas do setor saúde, esta oferta se traduz em demanda que, pelo volume de financiamento necessário, pressiona os sistemas de proteção social alçando o Estado e, em particular, o de Bem Estar Social em elemento central no processo de acumulação no setor, ao mesmo tempo em que exacerba o processo de mercantilização na saúde⁵. Este fenômeno gera profundas implicações nos sistemas de saúde, principalmente nos de caráter universalista, bem como no gasto no setor, hoje uma das principais agendas nacionais de governos de diferentes orientações políticas^{6, 7}.

A cobertura populacional, o acesso e a oferta de bens e serviços decorre de fatores políticos (o tipo de Estado e o grau de organização social) e econômicos (a inserção na economia capitalista mundial e o grau da riqueza, expresso pelo PIB ou PNB)¹ e de alguma forma se expressam nos modelos de financiamento dos sistemas de saúde.

Como são financiados os sistemas de saúde

Os sistemas de saúde são financiados exclusivamente por recursos públicos (impostos, contribuições e renúncia fiscal) ou fundos privados (desembolso direto, co-pagamento) e alternativamente por um mix destas fontes, conformando diversos modelos de financiamento. Destacamos quatro como os principais meios de financiamento da saúde (FIG 1). 1) Modelo Assitencialista: se caracteriza por mix de recursos públicos e privados, focado em subsídio

estatal para as camadas de baixa renda. O sistema de saúde dos Estados Unidos se aproxima deste modelo. 2) Modelo Previdencialista: também se trata de um mix de recursos públicos e privados, mas neste caso focado nos trabalhadores formais por meio de uma espécie de seguro (contribuição social compulsória). O nosso sistema de saúde antes do SUS se enquadra neste modelo. 3) Modelo universalista unificado se utiliza exclusivamente de recursos públicos se caracterizando como de cobertura universal. É o modelo predominante no Estado de Bem Estar Social, tais como o sistema de saúde inglês e o dos países escandinavos. 4) Modelo universalista diversificado: praticamente incorpora fontes de todos os modelos anteriores, se constituindo em mix de recursos públicos e privados, focado nas camadas de baixa renda, nas médias e nos trabalhadores formais. O sistema chileno do final da década passada serve como ilustração deste modelo.

FIG 1
MODELOS DE FINANCIAMENTO DA SAUDE

Parcelas da População	Modelo Assistencialista	Modelo Previdencialista	Modelo Universalista Unificado	Modelo Universalista Diversificado
Camadas de baixa renda	Fontes fiscais	Sem recursos definidos	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais
Trabalha-dores formais e camadas médias	Pagamento direto pelos serviços	Contribuições sociais sobre folha de salários (compulsórias)	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais	Contribuições sociais sobre folha de salários (compulsórias)
camadas de alta renda	Pagamento direto pelos serviços	Pagamento direto pelos serviços	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais	Pagamento direto pelos serviços, planos privados especiais (voluntário)

Como pode se deduzir da FIG 1 os modelos de financiamento bem como o tipo de fonte fiscal adotada conformam distintas possibilidades em termos da cobertura populacional e por decorrência do acesso ao sistema de saúde. Vale destacar que os sistemas de saúde universalistas contam com integral senão expressivo aporte de recursos públicos no seu financiamento, sem o que não poderiam prover cobertura para toda a população.

Quais os componentes dos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde se compõem de estruturas com atividades bastante distintas, mas conexas que podem ser classificadas em dois grandes agrupamentos: as estruturas assistenciais e as voltadas para a realização das funções do sistema. As estruturas assistenciais são integradas pela rede de serviços (hospitais, ambulatórios, consultórios, laboratórios clínicos e radiológicos, dentre outros) e o pessoal de saúde (profissionais e técnicos com formação específica em saúde e trabalhadores da saúde). Suas principais atividades vinculam-se ao acesso e a produção de serviços de acordo com os parâmetros definidos pelo sistema de saúde. As estruturas voltadas para as funções são integradas pelos sistemas de planejamento, informação, controle e avaliação (no caso brasileiro, as unidades vinculadas a órgãos estatais, tais como Ministério, Secretarias estaduais e municipais de saúde, agência reguladora, dentre outras). Suas principais

atividades residem na organização e na regulação do funcionamento do sistema de saúde, destacando-se as medidas para sua racionalização.

Como funcionam os sistemas de saúde

A noção de sistema de saúde exige organização deste aparato, tendo como seu elemento direcionador a integração e ou a articulação das unidades. Tal organização se manifesta em diferentes graus segundo o tempo de estabelecimento do sistema e as características políticas e culturais das sociedades que os engendraram. A organização implica em diminuição do grau de entropia intra e inter unidades, acarretando diminuição nos graus de liberdade de instituições, usuários e profissionais. Deste modo as instituições de saúde tem cerceado a liberdade na escolha do perfil de procedimentos que irá realizar, decisão que será transferida para a instância própria do sistema que a considerará em relação a cobertura e ao acesso dos usuários e não ao exclusivo interesse da instituição prestadora. Do mesmo modo o usuário terá algum tipo de regra para acessar os serviços disponíveis, obrigando-se a cumprir mecanismos sancionados socialmente, tais como as identificadas portas de entrada e de saída para ingressar e se locomover no sistema de saúde. Nas atividades cotidianas, os profissionais de saúde deverão seguir procedimentos e rotinas adotadas pelas instâncias encarregadas no sistema de saúde, as quais os protocolos clínicos representam um exemplo atual. Claro está que a adoção de tais procedimentos não pode se revestir em ato arbitrário e tal como ocorre, buscam respaldo em algum referencial socialmente aceito, como o conhecimento científico acumulado para a

abordagem e tratamento de patologias. Mas é preciso lembrar que protocolos e normas tratam das situações mais frequentes e não de todas as possíveis. Desta forma, o profissional sempre está autorizado a exercer a sua autonomia para promover as adaptações às situações específicas em prol das necessidades dos usuários, devendo apenas prestar conta de seus atos, isto é, justificar as razões para a adoção de procedimento diverso da norma e por isso responde eticamente por seus atos. Assim, ao contrário de certas argumentações, a imposição de graus de liberdade para a atuação do profissional não implica diretamente em sua autonomia.

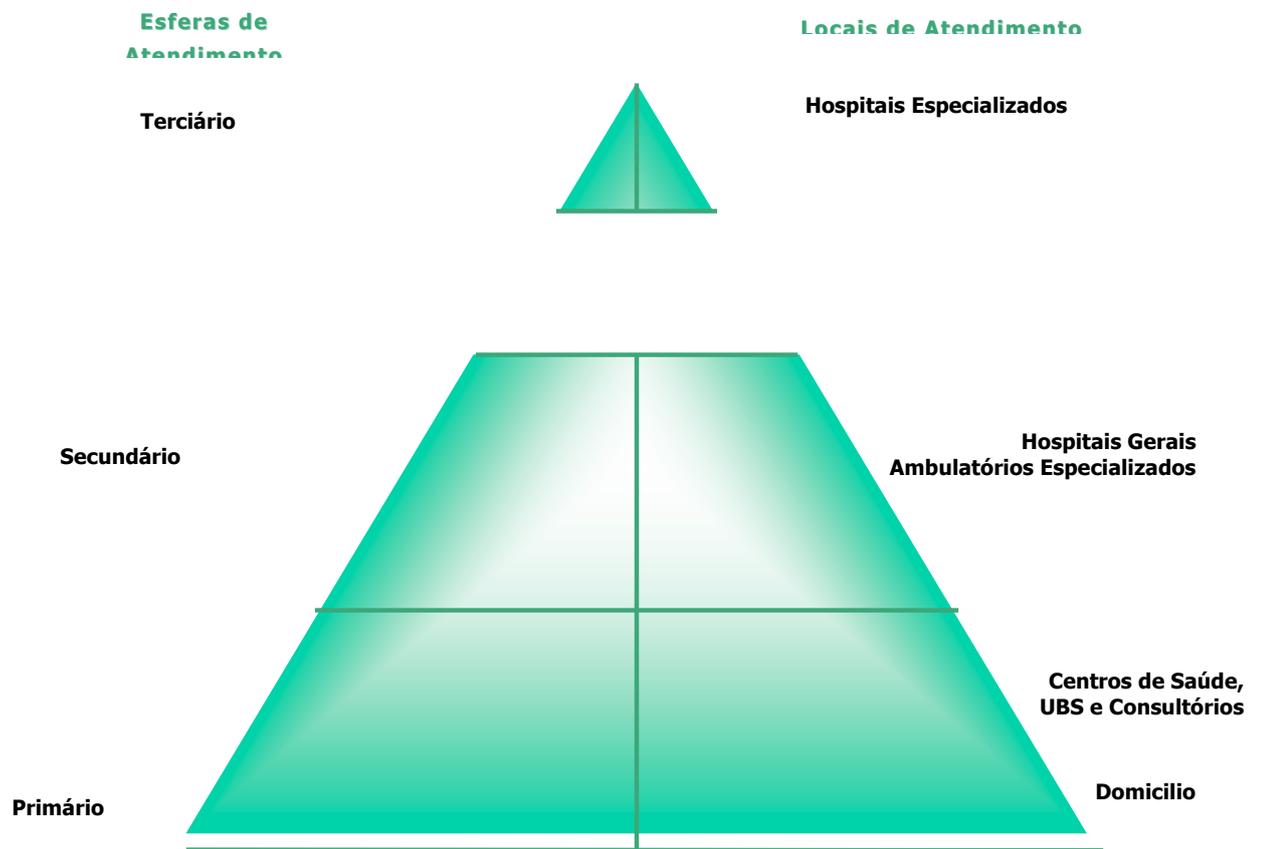
A racionalização do sistema de saúde

São várias as maneiras adotadas pelos sistemas de saúde para exercer a função de racionalizar o acesso aos serviços de saúde ⁸. Contudo, a forma adotada inicialmente pelo NHS inglês se consagrou e passou a ser referência no debate sobre o tema. Ela adota três níveis de atenção e distribui os serviços entre eles. A lógica subjacente a esta racionalização é econômica, mas também bastante operacional ao permitir a hierarquização da tecnologia material para as ações de saúde em situações bastante diversas de sua oferta, bem como a distribuição dos eventos a serem atendidos segundo sua frequência na população. Econômica por permitir a otimização da utilização de serviços, equipamentos e pessoal capacitado segundo as necessidades dos usuários e assim obter o melhor rendimento possível com menor custo financeiro e social. Deste preceito deriva a noção de complexidade assistencial de cada nível, isto é, garantir a integralidade do atendimento em cada nível segundo as necessidades técnica e cientificamente vigentes no sistema de saúde. Operacional por não fixar a tecnologia mínima necessária a ser incorporada em cada nível de atenção e utilizar como critério principal a prevalência dos eventos para a

alocação nos níveis de atenção, e assim tal modelo pode ser adotado em sistemas de saúde bastante díspares quanto as ofertas de tecnologia material, de pessoal e o perfil de eventos a serem atendidos. (FIG 2)

FIG 2

FORMA DE ESTRUTURACAO DO SISTEMA DE SAUDE



São pelo menos três os elementos implicados na definição dos níveis de atenção: tecnologia material incorporada (máquinas e equipamentos de diagnóstico e terapêutica), capacitação de pessoal (custo social necessário para formação) e perfil de morbidade da população alvo. No entanto deve-se advertir que os arranjos possíveis na distribuição destes três elementos em sistemas de saúde freqüentemente não apresentam a mesma regularidade, pois dependem das características do sistema em termos dos meios financeiros, materiais e de pessoal disponíveis e das políticas de saúde implementadas em cada país.

Considerada esta advertência, o nível primário é aquele que, dada à oferta de equipamentos de um sistema concreto, aloca aqueles com menor grau de incorporação tecnológica (tais como eletrocardiógrafo, aparelhos básicos de raios X, sonar e eventualmente ultra-som). A capacitação de pessoal para este nível apresenta necessidades de uma formação geral e abrangente por envolver treinamento em aspectos relacionados à sociabilidade no local de moradia, com ênfase na abordagem familiar, porém, a depender de cada país, é relativamente mais rápida (apenas graduação ou um ou dois anos de residência nas áreas de medicina de família e ou comunidade). Os serviços de atenção primária deverão estar aparelhados com equipamentos e pessoal para atender os eventos mais prevalentes na população alvo, respeitada as possibilidades de intervenção neste nível de complexidade assistencial. Estima-se que entre 85% a 90% dos casos demandados à atenção primária são passíveis de serem resolvidos neste nível da atenção.

Ao nível secundário cabem os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (tais como Rx com alguma sofisticação, ecocardiografo, ultra-som, aparelhos para endoscopia) e a capacitação de pessoal e, em particular dos médicos, geralmente situa-se em áreas

especializadas originárias (clínica, cirurgia, gineco-obstetricia, pediatria) e outras tais como oftalmologia, psiquiatria que, no caso dos médicos, necessitam dois a três anos após a graduação para completar a formação. Os serviços de atenção secundária devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender as situações que o nível primário não absorveu, geralmente cursos atípicos ou complicações dos eventos mais freqüentes e outros mais raros que demandam assistência compatível a este nível.

O nível terciário concentra os equipamentos com alta incorporação tecnológica e, portanto mais caros (tais como, Ressonância Magnética, PET Scan) e o pessoal incorporado necessita de formação especializada mais intensiva, no caso dos médicos até em áreas superespecializadas (neurocirurgia, cirurgia de mão, nefrologia pediátrica, cancerologia, dentre outras) que demandam de três a cinco anos após a graduação para completar a capacitação. O nível terciário deve estar aparelhado para atender situações que o nível secundário não conseguiu resolver, e eventos mais raros ou aqueles que demandem assistência deste nível do sistema.

Desta apresentação depreende-se facilmente que esta concepção de organização de serviços promove um ordenamento de fluxo de usuários entre os níveis de atenção, constituindo o nível primário o local de primeiro contato com o sistema de saúde e de atendimento às necessidades dos usuários ao longo da vida, ressalvadas as situações de urgência e emergência médica ⁹. Assim à assistência primária compete ordenar o fluxo de usuários nos sistemas de saúde, tarefa das mais complexas se imaginarmos o número e a natureza das situações envolvidas bem como os requisitos de formação técnica e os meios operacionais necessários para identificar adequadamente o que encaminhar e quando fazê-lo ¹⁰. Este sistema de encaminhamento inter níveis de atenção denomina-se referência e geralmente se dá de modo crescente, isto é, do nível

primário para o secundário e deste para o terciário. Já o fluxo inverso, isto é o retorno do usuário para um nível mais abaixo se denomina contra-referência e pode-se se dar tanto em ordem imediatamente decrescente ou às vezes do terciário diretamente ao primário. A boa norma recomenda que os encaminhamentos interníveis sejam realizados por meio de relatórios detalhados.

Claro está que, para funcionar, um sistema de saúde assim organizado exige adscrição de clientela (vinculação de clientela a serviços, especialmente no nível primário) e uma distribuição homogênea dos serviços para garantir de modo igualitário o acesso e atender adequadamente as necessidades assistenciais dos usuários. Em outros termos, se preceitua a noção de escala na alocação de serviços, ou seja, os serviços de atenção primária devem estar distribuídos de modo a que cada um tenha adscrito até 20 000 habitantes; para cada conjunto de serviços de atenção primária deve existir um serviço secundário de referência (ambulatorial e hospitalar); e da mesma forma para cada conjunto de serviços de atenção secundária deve haver um hospital especializado de referência.

Em suma, sistemas de saúde são construções sociais geralmente implementadas por Estados com objetivo de garantir acesso à população dos meios necessários para manter e recuperar a saúde. São financiados com participação majoritária de fundos públicos e possuem rede assistencial para realização de ações individuais e coletivas. Os serviços geralmente se organizam por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) com o objetivo de promover a racionalização e o acesso dos usuários. Os países que efetivam os direitos sociais no cotidiano da população possuem sistemas de saúde universais e igualitários.

O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A primeira iniciativa do Estado brasileiro na construção do poder se aproximou da noção de proteção social, data de 1923 com a edição da Lei Eloi Chaves e a criação das Caixas de Pensão e Aposentadoria que também garantiam a assistência médica aos contribuintes⁸. Da década de 1920 até o final de 1980, o que pode ser reconhecido como sistema de saúde se pautava majoritariamente pela noção de seguro social (garantia de acesso apenas a quem contribuiu) e se caracterizava por uma miríade de instituições públicas e algumas privadas, sem manter nenhuma articulação entre si. Neste período, a assistência médica se vinculava à Previdência Social e as ações coletivas de saúde eram de responsabilidade do Ministério da Saúde. Paralelamente, desde a década de 1940 foram instituídas as primeiras modalidades de assistência médica suplementar, inicialmente dirigidas aos funcionários públicos da união e de alguns Estados. Contudo, a primeira empresa de medicina de grupo brasileira surge em 1957, para prestar serviços a Volkswagen que inaugurava a sua fábrica em S. Bernardo do Campo. Este arremedo de sistema imperou no Brasil durante 65 anos, voltado à população urbana, mais especificamente, para os trabalhadores formais e parcelas do funcionalismo público federal e de alguns estados, como S. Paulo. Suas bases de financiamento eram as contribuições compulsórias sobre as folhas de salário. Aos demais brasileiros, a maior parte da população, estava reservada a assistência médica privada, por meio das santas casas ou a estatal realizada pelas poucas instituições públicas de saúde existentes, geralmente vinculadas ao governo federal e ao de estados e municípios mais ricos.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 veio romper com esta situação, ao menos no plano do ideário. A adoção do conceito de seguridade social e a criação do sistema único de

saúde representam uma grande inflexão na política de saúde no Brasil. É também esta mesma carta que legitima a atuação do setor privado de saúde que se arregimenta no sistema supletivo de assistência médica ¹¹ .

Disto decorre que o sistema de saúde brasileiro é constituído por pelo menos dois subsistemas: um governamental, o Sistema Único de Saúde (SUS) e outro privado, o Sistema Supletivo de Assistência Médica (SSAM). Da perspectiva operacional há vários pontos de contatos entre eles¹², principalmente em relação aos profissionais de saúde¹³ e alguns serviços assistenciais, mas em termos da possibilidade do acesso da população há uma inespurgável barreira, espécie de muro intransponível para a maior parte da população, justamente a parcela relativamente mais necessitada. Como será argumentado a seguir, não é a existência de um segmento público e outro privado no sistema de saúde, mas sim o tipo de relação estabelecida entre eles que se constitui em enorme empecilho para a efetivação de um sistema universal de saúde no cotidiano da população, tal como preconizado pela Constituição.

O Sistema Único de Saúde

As principais noções e os fundamentos do SUS são concebidos pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira² e serão sancionados pela VIII Conferência Nacional de Saúde³ realizada em 1986. No ano seguinte, o Relatório Final da VIII influenciará os trabalhos da Comissão de Saúde da Assembléia Nacional Constituinte^{14,15} .

O SUS é criado com a promulgação da Constituição em setembro de 1988, aliando-se a melhor tradição de proteção social ao consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nestes termos, representa um enorme desafio, qual seja a construção de um sistema de saúde

universal em um País da periferia do capitalismo com as características do Brasil, isto é, grande extensão territorial, populoso, com carência de recursos financeiros, marcado por grande heterogeneidade regional, desigualdade e exclusão social ¹⁶. Dificuldade adicional significativa é representada pelo modelo federativo brasileiro praticamente singular no planeta, em que 5.570 municípios são entes federados, além de engendram mecanismos de competição entre si ¹⁷. Tal dispositivo torna muito complexa a estruturação de um verdadeiro sistema no setor saúde ¹⁸, devido à autonomia e as salvaguardas legais e constitucionais próprias dos arranjos federativos, aqui estendidas aos municípios. Em outras palavras, pelo menos formalmente não há hierarquia entre as esferas de governo no sistema de saúde e assim as instâncias gestoras devem se articular horizontalmente sem haver precedência da União sobre os Estados e destes sobre os Municípios. Contudo, na prática em diversas situações esta precedência se faz exercer principalmente pelo grau de dependência de estados e municípios dos recursos federais.

Constitui princípios do SUS, a universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos, esta como instrumento de aprimoramento da igualdade entre os cidadãos. Suas diretrizes são compostas pela descentralização (transferência de serviços da esfera federal para a estadual e destes para a municipal), pelo atendimento integral (atividades assistenciais e preventivas) e pela participação da comunidade (por meio das conferências e conselhos de saúde), esta consagrada em nosso meio como controle social ¹¹ (BRASIL, 2004). Apesar de o SUS se pretender universal, apenas 75% da população depende exclusivamente dele, pois os outros 25% são também cobertos pelo SSAM.

O financiamento do SUS¹² conta com recursos das três esferas de governo, portanto supõe solidariedade dos entes federados¹⁹. Na União com recursos do orçamento da seguridade social

e nos Estados e Municípios recursos próprios (impostos estaduais e municipais) e as transferências da União principalmente as referentes aos Fundos de Participações dos Estados (FPE) e aos dos Municípios (FPM)⁴. Por determinação de Lei Complementar, cada esfera de governo está obrigada a destinar um percentual de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços do SUS, sendo nos estados 12% da arrecadação própria mais as transferências do FPE, nos municípios 15% da arrecadação própria mais as transferências do FPM e na União a correção se dá pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. Considerando-se que o montante de recursos para o financiamento conta a participação majoritária da União (cerca de 55%), o SUS exige um sistema de transferências entre as esferas de governo, consubstanciado pelos Fundos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal), espécies de contas que vinculam os recursos disponíveis ao setor de modo a dificultar sua aplicação em outras áreas da administração¹².

A gestão do SUS se funda no comando único em cada esfera de governo, isto é, na União o comando é do Ministério da Saúde, nos Estados das Secretarias Estaduais de Saúde e nos Municípios das Secretarias ou Departamentos Municipais de Saúde. Os Estados e Municípios devem solicitar habilitação em uma das modalidades de gestão, no caso dos municípios a Plena do Sistema ou a Plena da Atenção Básica⁵. Combinada à diretriz da descentralização, este dispositivo possibilita, principalmente aos Municípios, os meios necessários para a efetivação de planos de ação adaptados às necessidades locais e ou regionais. Na atualidade, é o Pacto pela Saúde⁶ o instrumento direcionador, no qual diversas ações de saúde são estipuladas consensualmente e que por meio de compromissos específicos da União, dos estados e dos municípios deverão ser efetivadas pelo SUS em prazos definidos²⁰. No que tange à

remuneração, os prestadores sejam públicos ou privados são tratados da mesma forma, isto é, remunerados por produção de serviços, procedimento este que induz o subsídio à oferta de serviços nem sempre de acordo com as necessidades assistenciais e ou os preceitos técnicos. Mais recentemente, tem sido introduzidos em setores específicos, mecanismos de remuneração por compromisso assistencial, tal como os contratos assinados pelo SUS com hospitais universitário e de ensino.

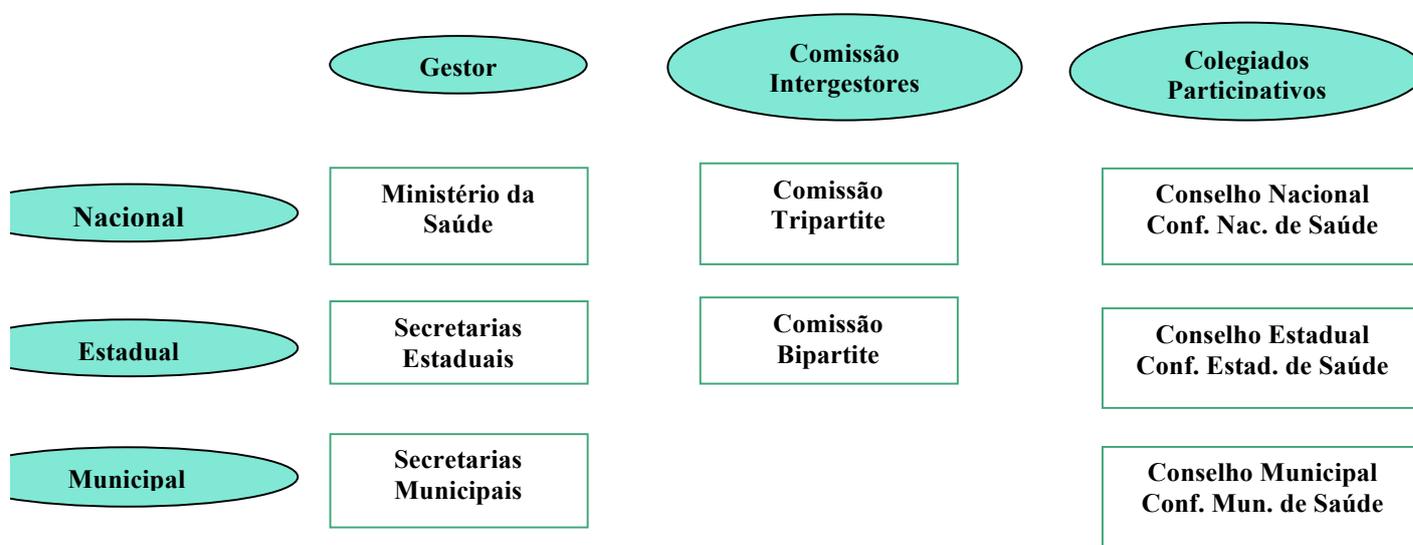
A matriz gerencial do SUS é interessante por permitir a coexistência do nível técnico e político com mecanismos de participação direta. Ela é constituída por três instâncias: instituição gestora, comissão interinstitucional e os colegiados participativos (FIG 3). As instituições gestoras deveriam ser os organismos encarregados de apresentar as soluções técnicas para a efetivação das políticas de saúde, além de exercer as atividades de gestão, planejamento, controle e avaliação do sistema em seu âmbito de competência. As comissões intergestores são os espaços em que as esferas de governo realizam os pactos para a operacionalização do sistema, ou seja, representam um arranjo para enfrentar as dificuldades advindas do modelo federativo. Composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Nacionais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) deliberam sobre assunto técnicos e políticos diversos, tais como a definição dos tetos financeiros de repasse para cada Estado e a habilitação de estados e municípios nas Modalidades de Gestão ¹⁹.

Os colegiados participativos deveriam ser a instância privilegiada para o exercício da participação direta dos segmentos sociais interessados no SUS. Representados pelos Conselhos de Saúde, instituições deliberativas tripartites (gestores e prestadores privados do SUS;

trabalhadores e usuários) e paritárias (os usuários devem compor pelo menos 50% do total de conselheiros, sendo a outra metade distribuída igualmente entre trabalhadores e gestores/prestadores), têm como atribuições em sua esfera de abrangência definir as diretrizes das políticas de saúde e fiscalizar as ações dos gestores, inclusive nos aspectos financeiros¹⁹.

FIGURA 3

Matriz de gestão do SUS



A assistência do SUS é composta por diversos tipos de serviços, integrados em duas redes: a própria e a contratada (FIG 4). Com a efetiva implementação da descentralização a partir de 1993, a rede federal se tornou bem diminuta, se restringindo a alguns serviços de referência nacional, tais como os da Fundação Sarah e o Instituto Nacional do Câncer (INCA). A Rede

Estadual é bastante diversificada em relação à composição de serviços, mas geralmente é constituída por Hospitais terciários de referência regional, alguns secundários e por ambulatorios de especialidades. Já a rede municipal, ainda que também diversificada, principalmente segundo o porte dos municípios, apresenta uma maior regularidade pela presença de Unidades Básicas de Saúde e ou Centros de Saúde, complementados por hospitais secundários. Considerados os serviços por nível de atenção, pode-se dizer que, no geral, a esfera nacional se concentra no nível terciário, a estadual nos níveis terciário e secundário e a municipal nos níveis primários e secundários.

A rede contratada é composta em sua maior parte por serviços dos níveis secundários (geralmente hospitais) e alguns terciários (principalmente na área de imagem e de diálise), com predominância dos de natureza não lucrativa. A rede não lucrativa tem nas santas casas com incorporação de equipamentos de baixa e média complexidade o seu maior segmento o que representa significativa dependência destes estabelecimentos da remuneração do SUS. Porém, este segmento recebe vários subsídios estatais, tais como não recolhimento da contribuição patronal devida ao INSS e desoneração de impostos, por exercerem filantropia e ou por se revestirem de interesse público. O segmento lucrativo numericamente menor, geralmente se concentra nas cidades de médio porte para diante. Não raramente, a rede contratada do SUS também presta serviços ao SSAM, por meio das operadoras de planos de saúde, revelando a porosidade dos sistemas em relação aos prestadores de serviço ²¹.

É preciso destacar que, de maneira geral, a rede de serviços do SUS é completamente insuficiente frente à demanda o que dificulta sobremaneira o acesso ao sistema para a utilização de vários de seus serviços ²². Esta situação não se distribui homogeneamente por todo o

sistema, sendo diferente segundo a região do país e a capacidade instalada de serviços, com vantagem relativa para as áreas economicamente mais desenvolvidas¹⁶.

Para cumprir todas suas atribuições constitucionais, além da rede de serviços assistenciais o SUS conta com diversos organismos espalhados pelas instituições nas três esferas de gestão, os órgãos de vigilância epidemiológica (controle das doenças de interesse para a saúde pública) bem como os de planejamento, gestão, controle e avaliação de serviços. Vale destacar que o SUS se vale também de uma vasta rede estatal de serviços de processamento de sangue e hemoderivados (os Hemocentros), unidades de fabricação de medicamentos (Laboratórios Públicos) e de vacinas e imunobiológicos (dentre eles o Instituto Butantan e Farmanguinhos).

Quando das internações o SUS garante todos os procedimentos disponíveis bem como a dispensação de medicamentos, situação bem diversa do atendimento ambulatorial na qual nem sempre os medicamentos estão garantidos. Neste sentido, tem crescido em grande velocidade a busca do Poder Judiciário para garantir o acesso aos meios para tratamento, especialmente em relação a medicamentos de alto custo, isto é, aqueles mais recentes que apresentam grande sofisticação tecnológica, tais como os retrovirais e os imunobiológicos.

FIG 4

QUADRO SINTESE DO SISTEMA DE SAUDE NO BRASIL

Sistema Único de Saúde SUS		Sistema Supletivo de Assistência Médica - SSAM	
		MODALIDADES Lucrativas: planos de saúde; seguro-saúde; planos odontológicos; Não lucrativas: coop. médica; coop. Odontologia; auto-gestão; plano de filantrópicas.	
Rede Própria	<ul style="list-style-type: none"> •Federal (diminuta) •Estadual •Municipal 	Rede Própria	<ul style="list-style-type: none"> •Plano de Saúde •Cooperativa Médica •Auto-gestão

O Sistema Supletivo de Assistência Médica

Suas origens datam dos anos 1940 por iniciativa estatal com a criação das caixas e assistência e congêneres nas empresas estatais (como a CASSI, no Banco do Brasil) e dos grandes sistemas de previdência fechada destinados ao funcionalismo público e que proviam serviços de saúde, tais como o Hospital dos Servidores Públicos (HSPE) no Rio de Janeiro e o Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE) em S. Paulo ²¹. A primeira empresa privada é criada no ano de 1957, em S. Paulo, Estado que até o presente detém o maior

número delas. A grande expansão do setor ocorre na década de 1980, concomitante ao desenvolvimento industrial e econômico do País e a consolidação do empresariamento da saúde se dá nos anos 1990.

A Constituição Federal de 1988 prevê que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada (mas veda a participação de empresas ou capitais estrangeiros) e contempla a possibilidade de suas instituições de participar de forma complementar ao SUS. Entretanto, a regulamentação do setor pelo Estado só irá ocorrer em 1998 com a Lei 9656 que o obriga a prover cobertura mínima de procedimentos nos planos a serem comercializados e dá outras providências para proteger os consumidores. Em 2000, o aparato jurídico-legal para a regulação do setor se completa com a Lei 9961 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vinculada ao Ministério da Saúde, tendo entre sua missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Apesar do avanço representado pela regulamentação, cabe apontar que ela privilegia exclusivamente a perspectiva dos consumidores e ao desconsiderar a existência do SUS se coloca frontalmente contra a tradição dos sistemas de bem estar social que inspiraram a seção saúde da Constituição. O SSAM cobre atualmente cerca de 25% da população brasileira, fato que o coloca realmente como suplementar e não complementar ao SUS, como previsto na Carta Magna. Em vários aspectos esta situação se repete, ou seja, a realidade concreta se confronta com o ideário do sistema de saúde como estabelecido em seu arcabouço jurídico-legal. Ademais disto, em nome da universalidade, não raramente os usuários do SSAM utilizam o SUS em alguns procedimentos de alta complexidade e no atendimento de emergência. Esta faceta da relação público/privado

promove um subsídio não desprezível ao funcionamento do setor que de outro modo teria que investir neste tipo de serviço de maior custo para poder comercializar os planos de saúde. Em outras palavras, parte da alta complexidade é socializada via SUS de modo a favorecer as estratégias comerciais das operadoras privadas.

O SSAM se organiza em várias modalidades de natureza diversa, sendo as principais dentre as lucrativas os planos de saúde, seguro saúde e os planos odontológicos e dentre as não lucrativas, a auto-gestão, as cooperativas médicas, as cooperativas odontológicas e os planos de entidades filantrópicas (FIG 4). Todas estas modalidades são formas socializadas de iniciativa privada para se fazer frente aos riscos em saúde, principalmente o de adoecer e necessitar de assistência médica, sem as quais, por seus próprios meios, os indivíduos não teriam condições de arcar com os gastos. Portanto, contrariamente ao SUS, o objetivo do SSAM é o lucro (modalidades lucrativas) ou a auto-organização para prestação de assistência médica (modalidades não lucrativas). No entanto, cabe advertir que esta divisão é mais formal do que real, uma vez que nas relações concretas operacionais, mesmo no segmento não lucrativo predominam arranjos e procedimentos típicos do modelo lucrativo.

O financiamento do SSAM se dá por meio de dois mecanismos: desembolso direto (pagamento com recursos próprios pelo adquirente do plano) ou através de renúncia fiscal, na qual há abatimento do imposto devido para pessoa física (integral) e jurídica (95%). O montante financeiro exato desta renúncia é difícil de ser alcançado, principalmente devido à profusão de medidas que regulamentam esta prática e da sua contabilidade pelos órgãos arrecadadores. Contudo, estima-se que este mecanismo não seja desprazível para a atividade do setor, dado o insucesso de algumas iniciativas dos órgãos da arrecadação pública para diminuir o percentual

de abatimento. Nas várias modalidades, os planos comercializados são de dois tipos: individuais ou familiares e coletivos, estes geralmente são vinculados à empresas ou a associações profissionais. Os individuais são custeados por desembolso direto e na atualidade representam apenas 20% entre os planos comercializados, enquanto que os coletivos representam 80% do mercado ²³, sendo que os empresariais são custeados integralmente pelas empresas ou com participação dos empregados (co-pagamento de algum percentual) e os associativos em seu valor rateados entre os participantes.

O modelo de gestão do SSAM é bastante diversificado, segundo o tipo de modalidade (medicina de grupo ou seguro saúde), o porte da operadora (pequeno, médio e grande) a abrangência territorial (local, regional ou nacional). No entanto, excluindo-se o seguro saúde (pelas peculiaridades do setor securitário) se pode identificar um núcleo comum na gestão das diferentes modalidades, integrado principalmente pela remuneração por tabelas de procedimentos e a necessidade de autorização para procedimentos diagnósticos e terapêuticos e o pagamento por procedimento realizado ou pacote deles. Disto resulta um modelo de gestão que permite a operadora, exercer enorme poder na fixação dos preços dos produtores, prever e controlar gastos e tal como o SUS subsidia a oferta de serviços. Uma marca profunda da gestão do SSAM é a prevalência da lógica financeira na operação dos planos, ou seja, é o setor financeiro quem imprime a racionalidade para o funcionamento da operadora.

A assistência do SSAM é realizada por meio de rede própria e rede credenciada ou contratada. Constitui exceção a modalidade de seguro saúde que por integrar o setor securitário não possui serviços próprios ou contratados, se atendo a comercializar um seguro e não propriamente um plano de saúde, ainda que este seguro deva abranger a cobertura mínima definida na Lei.

A rede própria em regra é menor que a contratada e geralmente se resume a ambulatorios e hospitais secundários. A rede credenciada ou contratada é diversificada e, no geral, abrange um grande número de estabelecimentos, a maioria deles sem contrato formal com a operadora, que disponibilizam suas instalações e serviços, recebendo apenas quando realizam o procedimento autorizado. Esta rede é integrada por consultórios, serviços de diagnóstico e terapêutica e hospitais de média e alta complexidade assistencial. Estes últimos, frequentemente são de natureza filantrópica, se constituindo em referência nacional na incorporação de tecnologia de ponta, alguns são pólos do que há de melhor na cultura médica brasileira e dependem para o seu financiamento da relação com as operadoras de planos de saúde e do seguro saúde. No entanto, a esmagadora maioria deles não presta serviços ao SUS e quando o fazem esta se comporta como atividade marginal com objetivo único de garantir o estatuto da filantropia.

Esta rede relativamente grande em relação à demanda e o arranjo operacional implementado tornam bastante facilitado o acesso aos serviços, ao contrário do que ocorre no SUS.

O SSAM garante o tratamento integral inclusive medicamentos apenas quando da internação ou nos procedimentos realizados em ambulatorios. Fora destas situações, a dispensação dos medicamentos prescritos é de responsabilidade individual dos usuários que muitas vezes os retiram gratuitamente nos postos e farmácias do SUS ou também por meio do Judiciário que obriga o poder público a fornecê-los.

Considerações sobre o sistema de saúde brasileiro

Apesar de suas particularidades os dois subsistemas apresentam muitas semelhanças nos parâmetros de gestão e na forma de funcionamento. No tocante à gestão ambos subsidiam a oferta de serviços, remunerando os prestadores por produção e incentivando a geração de

procedimentos desnecessários. As estruturas dos sistemas de informação são voltadas para a remuneração dos prestadores e só recentemente em alguns programas e projetos, principalmente do SUS, também se direcionam para fornecer elementos para o gerenciamento do cuidado à saúde. Quanto à qualidade dos serviços prestados, na média dos prestadores, não há elementos sólidos que demonstrem a vantagem de um sobre o outro, encontrando-se serviços com baixa e alta qualidade em ambos os subsistemas. Portanto, o principal elemento que os diferencia é o acesso aos serviços, em que no SSAM este acesso é bastante facilitado e quase garantido (mas há exceções que geram demandas ao Judiciário) e no SUS dependem da disponibilidade do momento, ainda que as necessidades de saúde e recomendações técnicas delas decorrentes nem sempre sejam passíveis de serem programadas para coincidirem com as disponibilidades do sistema. Outro diferencial entre os dois sistemas diz respeito aos estratos populacionais que os acessam. Enquanto o SSAM atende os segmentos populacionais vinculados produtivamente ao Brasil da globalização (setores de ponta na produção industrial, capital financeiro, entre outros), portanto relativamente mais aquinhoados social e economicamente, ao SUS compete aqueles vinculados ao Brasil profundo, representados por uma massa de trabalhadores dos setores produtivos não globalizados, além dos pobres que compõem 48% da população (pobreza relativa adaptada ao Brasil) ²⁴.

O compartilhamento de alguns serviços assistenciais e de profissionais pode sugerir uma visão civilizatória na utilização dos recursos sociais em benefício de todos os brasileiros, impressão logo desfeita pelo cerceamento absoluto aos usuários do SUS dos recursos do SSAM. Assim, não raramente nos grandes centros, há brasileiros necessitados de assistência médica, até mesmo para atendimento aos partos, sem encontrá-la no SUS, enquanto elas existem nos

serviços vinculados ao SSAM, mas bloqueadas para a maioria da população. O significado disto é o de que não há nenhuma forma ou mecanismo previsto para a utilização virtuosa dos recursos sociais disponíveis no sistema de saúde e este fato é socialmente aceito entre nós como sendo natural. Ao examinarmos as formas de financiamento dos subsistemas, este cerceamento torna-se muito mais abjeto. Rememorando, o SUS é integralmente financiado com recursos públicos enquanto que parcela significativa do SSAM também o é por meio da renúncia fiscal, isto é, neste caso pela desoneração fiscal concedida pelo Estado que deixa de arrecadar o que lhe seria devido pelo contribuinte. Assim, pode-se considerar que o financiamento de ambos os sistemas se apóia em recursos públicos, enquanto que a apropriação dos serviços disponíveis se revela bastante desigual, beneficiando aqueles melhor aquinhoados social e economicamente. Além de descaso social, isto representa um disfarçado mecanismo de apartheid a marcar o sistema de saúde em pleno século XXI, num País que tem na desigualdade o seu grande desafio social para a sua consolidação como Nação moderna e civilizada.

A breve apreciação do sistema de saúde à luz dos princípios presentes na Constituição a significar o compromisso do Estado com a sociedade, quando confrontados com a sua efetivação no cotidiano da população, nos relewa um quadro de complexidade e indefinição a lembrar a situação de um copo ocupado em sua metade. A depender da perspectiva do analista ele está meio cheio ou meio vazio. Procuraremos contemplar as duas perspectivas.

Inicialmente é preciso considerar a relativa jovialidade deste novo sistema de saúde brasileiro frente aos desafios de natureza diversa a serem enfrentados. Ele conta com apenas 20 anos desde sua criação e além das situações específicas do setor saúde, cuja face mais complicada é a enorme penetração da lógica empresarial e mercantil no setor, convive também com um

Estado que apresenta uma trajetória de ação que mais reproduz do que minimiza as desigualdades sociais. Ademais disto, a sociedade brasileira de certa forma aceita e naturaliza esta ação estatal, principalmente quando dirigida aos setores com pior condição econômica e social. Assim, a despeito dos avanços na ampliação da cobertura populacional o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde ainda tem um longo caminho para se efetivar enquanto tal. Dadas as suas características, note-se que no SSAM a igualdade não encontra sequer terreno para prosperar, na medida em que há grande diferenciação entre tipos de planos oferecidos para a comercialização, propiciando justamente uma situação inversa, isto é a desigualdade como fator constitutivo para seu pleno funcionamento.

Quanto ao SUS, tomado freqüentemente como sinônimo do sistema de saúde brasileiro sem, contudo dispor das condições e dos meios disponíveis para tal, especificamente em relação às suas diretrizes ²⁵, as que mais se efetivaram foram a descentralização e a participação da comunidade . A descentralização, implementada a partir de 1993 (com a edição da NOB 01/93⁷) é a mais notável das diretrizes ao promover a transferência de serviços e ao propiciar mecanismos para a adequação local e regional das políticas de saúde, mesmo se considerando as inúmeras dificuldades decorrentes do modelo de federalismo e o tipo de relação política vigente entre as esferas de governo. A participação da comunidade se materializa na criação de Conselhos de Saúde em todos os Estados e em mais de 90% dos municípios brasileiros, a despeito deles serem implementados por exigência para o repasse de recursos federais e de muitos serem submetidos aos interesses do Poder Executivo local. No entanto, em muitas situações representam a democratização de informações e a experiência social da participação direta nas ações do Estado. Já o atendimento integral se manifesta com enormes diferenças

pelas as regiões brasileiras e internamente a elas, em regra com melhor desempenho nas regiões com maior desenvolvimento econômico. No entanto, ocorreu um enorme avanço em relação à atenção primária em todas as regiões do País, principalmente naquelas com piores indicadores sociais e econômicos.

Em síntese não exagero reconhecer que os principais pontos positivos no desempenho do sistema de saúde são a melhoria da cobertura principalmente na atenção primária e na terciária²⁶. Sobra como desafios a melhoria da gestão, do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Os encaminhamentos necessários para o sistema de saúde não são medidas fáceis e nem de aplicação no curto prazo. Demanda do Estado a elaboração de um projeto para o setor saúde a ser discutido com todos os setores interessados, a ser implementado por vários governos.

Em linhas gerais tal projeto deverá tratar da aproximação entre os dois subsistemas, de modo a tornar o sistema de saúde virtuoso socialmente, isto é, combatendo o apartheid social hoje instalado. Para isto, será necessário desmercantilizar o acesso à saúde, aumentando o investimento público direto e indireto na qualificação da rede assistencial e incentivar formas não mercantis de produção privada de serviços de saúde, dentre outras as cooperativas, a filantropia, o trabalho profissional individual e ao mesmo tempo incrementar a participação do Estado como o maior comprador de serviços.

Eis algumas das possibilidades para se efetivar, no cotidiano da cidadania, os preceitos expressos na Constituição Federal, especialmente a saúde como direito, e desta forma introduzir o País no grupo das nações promotoras de uma grande conquista do Século XX que são os direitos sociais.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Eibenschutz C (Org.). Política de Saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- 2-Coelho VSP (Org.). A reforma da previdência social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.
- 3- Hobsbawm, E. Era dos Extremos: o breve século XX. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- 4-Viana AL, Silva HP, Elias PE. Economia Política da Saúde: Introduzindo o debate. Divulgação em Saúde para Debate. 2007; 37: 7-20.
- 5-Viana AL, Elias PE, Ibañez N (Org.). Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC, 2005
- 6-Machado CV. Direito Universal, política nacional; o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007
- 7-Titelman D, Uthoff A. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social em salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile e Colômbia. Santiago: Fondo de Cultura Econômica Chile, Comision Econômica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2000.
- 8-Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 5ª ed. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 2003.
- 9-Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- 10-Wilson R, Short SED, Dorland J(Edit). Implementing primary care reform: barriers and facilitators. Montreal & Kingston: MacGill-Queen's University Press, 2004.
- 11-Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n 1/92 a 44/2004 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.
- 12- Negri B, Giovanni GDí(Org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas-SP: UNICAMP, I.E., 2001.
- 13-Negri B, Faria R, Viana AL(Org.). Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas: Unicamp. I.E., 2002.
- 14- Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- 15-Lima NT (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

- 16- Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; (11) 4: 975-986.
- 17- Abrucio FL, Soares MM. Redes Federativas no Brasil: Cooperação Intermunicipal no Grande ABC. S. Paulo: Fundação Konrad Adenauer, Série Pesquisas n° 24, 2001.
- 18- Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS: tomo I e tomo II. Salvador-Ba.: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- 19- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- 20- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização: Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 21- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- 22- Viana AL (Org). Caracterização dos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes. S. Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, Consórcio Medicina USP, 2006.
- 23- Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;(11) 4: 951-966.
- 24- Pochmann M (Org). Atlas da exclusão social, volume 5: agenda não liberal da inclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2005.
- 25- Negri B, Viana AL(Org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.
- 26- Porto SM, Santos IS, Uga MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; (11) 4: 895-910.
- 27- Sandroni, Paulo: Dicionário de Economia do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2005.

¹ Segundo Sandroni ²⁶ o PIB Produto Interno Bruto - valor de bens e serviços produzidos no país é utilizado como indicador da atividade econômica de um país.

PNB Produto Nacional Bruto - valor de bens e serviços produzidos com recursos do país, empregados dentro ou fora do território nacional (inclui o resultado de empresas no exterior e desconta os investimentos de capital estrangeiro no território nacional).

² Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – Mobilização ideológica surgida no interior da escola médica junto aos Departamentos de Medicina Preventiva e ou Social no início da década de 1970 que se expande para movimentos sociais, especialmente os de profissionais de saúde e populares de luta por melhoria nas condições de saúde. Seu principal ideário é pela construção de um sistema universal de saúde no país e, contrário ao regime militar então vigente, propugna o retorno ao regime democrático. Este movimento ganha corpo na década de 1980 com a conquista, pelo partido de oposição (Movimento Democrático Brasileiro – MDB) de algumas prefeituras de municípios de médio e grande porte. Por meio de várias de suas lideranças acadêmicas e políticas, teve grande protagonismo na organização e no desenvolvimento da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, cujo relatório irá influenciar o tema da saúde na Assembleia Nacional Constituinte instalada no ano seguinte.

³ Realizada em 1986 é a primeira Conferência a contar com a participação de cerca de quatro mil delegados, representando não apenas os quadros técnicos, mas segmentos da população usuária, com destaque para as representações sindicais e de movimentos populares de saúde.

⁴ Fundos de Participação dos Estados e Municípios – Transferência constitucional realizada pela União aos Estados e Municípios. É composta principalmente por receitas obtidas com o Imposto de Renda e Imposto sobre Produtos Industrializados.

⁵ Modalidades de Gestão Plena e a básica do Sistema: modalidades de gestão criadas para operarem a descentralização da saúde, habilitam o município para fins de repasse de recursos financeiros e prevêem as responsabilidades a serem assumidas para operacionalização do sistema no âmbito municipal. A Gestão Plena implica no repasse de forma regular e automática de todos os recursos financeiros de origem federal para o custeio do atendimento básico de saúde (componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica) e os recursos da assistência especializada (componentes da média e alta complexidade) ambulatorial e hospitalar. A Gestão Básica implica apenas no repasse dos recursos financeiros de origem federal, direcionados a atenção básica, ficando para a Secretaria Estadual o recebimento dos recursos da assistência especializada ambulatorial e hospitalar correspondente ao município, a qual deve gerir (realizar contratos e pagamentos aos prestadores e o acompanhamento e a avaliação dos serviços).

⁶ Pacto pela Saúde: estabelecido a partir de 2006, por iniciativa do Ministério da Saúde em consonância com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e composto pelo Pacto de Gestão, o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS e objetiva substituir as NOBs e as NOAS (Norma de Organização da Assistência a Saúde) como instrumento para induzir políticas e operar o sistema de saúde. O Pacto de Gestão estabelece um conjunto de diretrizes para a gestão do sistema de saúde, abrangendo a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a programação pactuada e integrada (PPI), a regulação, a participação e controle social, a gestão do trabalho e a educação na saúde. O Pacto pela vida identifica um conjunto de indicadores que traduzem prioridades assistenciais do sistema com a intenção de provocar impacto positivo sobre a situação de saúde. Abrange a saúde do idoso, o controle do câncer do

colo do útero e da mama, redução nos índices de mortalidade infantil e materna, resposta as doenças emergentes e endêmicas (com ênfase na dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza), atividades de promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica. O Pacto em Defesa do SUS busca desenvolver um conjunto de ações voltadas para reafirmar e defender a saúde como direito da cidadania, a universalização do sistema e a seu adequado financiamento por meio de articulações com movimentos sociais que lutam pela saúde e cidadania e a defesa dos direitos dos usuários.

⁷ NOB 01/93: As NOBs são instrumentos burocrático administrativos utilizado pelo Ministério da Saúde a partir da década de 1990 para induzir políticas e operar o sistema de saúde. A partir de 1993 as NOBs passaram a ser submetidas a Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). A NOB 01/93 é a primeira a tratar da descentralização do sistema de saúde, institui as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (com representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, atua no âmbito estadual), as modalidades de gestão (incipiente, parcial e semi-plena) e a transferência de recursos fundo a fundo (do Fundo Nacional para os Estaduais e Municipais). A NOB 01/1996, implementada a partir de 1998, a substitui, reformulando as modalidades de gestão (básica e plena do sistema), introduzindo o Piso da Atenção Básica (PAB) e recompondo o papel dos estados na descentralização da saúde. A partir de 2000 as Normas para a Organização da Atenção a Saúde (NOAS) substituem as NOBs, introduzindo diretrizes para a organização do sistema de saúde em âmbito regional.