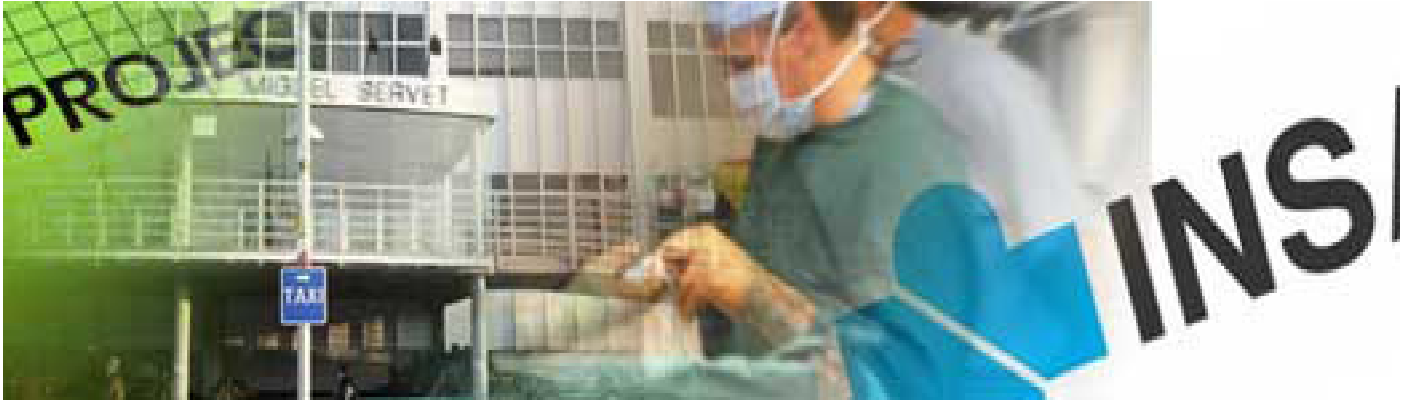


ANEXO 02.04 Cambios y Reformas en los Sistemas y Servicios Sanitarios



A reforma sanitária no Brasil

Autora: Beatriz Dobashi

Hospital do Coração – São Paulo - Brasil

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Dobashi B. A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2015 ANEXO [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumo

O texto demonstra o cenário em que se deu a reforma sanitária brasileira, movimento que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, colocado na Constituição Federal promulgada em outubro de 1988. Aponta os princípios e diretrizes do Sistema e as mudanças dele decorrentes no que diz respeito à gestão em saúde; ao papel da Atenção Primária em Saúde; à reorganização da atenção hospitalar; ao controle social e ao financiamento.

- 1) *Introdução.*
- 2) *A Reforma na Gestão em Saúde.*
- 3) *A Atenção Primária em Saúde como ordenadora do cuidado.*
- 4) *A reorganização da Atenção Hospitalar.*
- 5) *O Controle Social.*
- 6) *O dilema do Financiamento em Saúde.*
- 7) *Considerações Finais*

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 (artigo 196, CFB/88).

INTRODUÇÃO

Em 05 de outubro de 1988 foi promulgada a *Constituição Federal Brasileira* em vigor atualmente e que ficou conhecida como a "Constituição Cidadã" em função dos avanços conferidos aos direitos sociais. O conceito de seguridade social alavancou a evolução das políticas referentes à saúde, à previdência e à assistência social. A partir daí, em especial no caso da saúde, houve vários avanços mas há muito por fazer, de modo que ainda existe uma agenda inconclusa da Reforma.

Colocar na legislação maior do Brasil a criação de um Sistema Único de Saúde, o SUS, forjado por princípios como universalidade, integralidade e equidade foi, com certeza, a maior conquista

social de todos os tempos. A afirmação de que a “saúde é direito de todos e dever do estado” (artigo 196 da CFB/88) colocou a saúde como direito de cidadania cujo cumprimento afeta todos os níveis de governo: federal, estadual e municipal e implica na co-responsabilidade, na solidariedade e na pactuação, das quais se tratará mais adiante.

Dentre os avanços ocorridos nos últimos 26 anos, podem ser contabilizados: a melhora nos indicadores referentes ao nível de saúde da população (mortalidade infantil; expectativa de vida, por exemplo); a melhora na infraestrutura das unidades de saúde; o aumento de cobertura; a ampliação do acesso; o sucesso de programas como o de imunização, denominado PNI – Programa Nacional de Imunização que é, hoje, parte integrante do Programa da [Organização Mundial de Saúde](#), com o apoio técnico, operacional e financeiro da [UNICEF](#) e contribuições do Rotary Internacional e do [Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento \(PNUD\)](#).

Ou ainda a luta contra a AIDS, que colocou o país como o mais bem sucedido segundo a ONU – Organização das Nações Unidas; a ampliação da assistência farmacêutica, seja pelo maior número de fármacos incluídos na relação oficial disponibilizada aos usuários, seja pelo financiamento tripartite, ou pela inserção dos medicamentos especializados referentes ao tratamento de doenças graves porém de baixa incidência e custo alto.

Também merece ser citado o acesso aos procedimentos de alta complexidade, como as cirurgias cardíacas; a hemodiálise; os transplantes e os tratamentos oncológicos. Não há desembolso algum no momento do atendimento; o sistema é financiado integralmente com os impostos arrecadados pelas três instâncias do SUS.

No entanto, esses avanços não foram lineares, nem tampouco uniformes; pelo contrário, aconteceram de formas diferenciadas em cada uma das cinco grandes regiões brasileiras: norte, nordeste, sudeste, centro-oeste e sul. Ainda não se conquistou a equidade pretendida nem a integralidade da atenção. Há uma fragmentação no cuidado; o modelo assistencial é voltado para as doenças agudas, enquanto a cronicidade cada vez mais caracteriza a procura dos serviços, dado o envelhecimento da população e o avanço das doenças crônico-degenerativas como

a hipertensão, o diabetes e os cânceres.

Os profissionais de saúde não estão preparados para o trabalho em equipe e persiste a hegemonia médica. A distribuição não é equitativa, com importantes déficits nas regiões norte e nordeste em especial.

Por fim, o maior desafio de todos: o financiamento, suficiente, sustentável e tripartite, solidário entre os entes federados, que ainda não foi alcançado.

2.- A reforma da gestão em saúde

O SUS vem percorrendo um caminho difícil como um processo social que está em sendo implantado em permanente construção, inclusive com início anterior à própria Constituição. As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 do século passado determinaram o esgotamento do modelo privatista e médico-centrado. O processo de redemocratização do Brasil estabeleceu novos rumos nas políticas públicas e fez surgir diversas experiências que se propunham a defender a produção social da saúde.

Até o final da década de 80, as políticas de saúde no Brasil seguiam um modelo residual e meritocrático – não abrangiam toda a população e estavam vinculadas ao sistema previdenciário – só recebia atendimento quem tivesse a carteirinha do INPS!!!

Após o advento da Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde assume a coordenação do sistema nacional de saúde e surge a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) que, infelizmente, sofre muitos vetos do então Presidente da República, Fernando Collor e só é regulamentada em 2011. A partir de 1990, inicia-se um período de muitos dispositivos legais normatizadores (um furor normativo como dizem alguns), inclusive as Normas Operacionais Básicas (NOB), praticamente um dos primeiros exercícios de pactuação tripartite no SUS (representações federais, estaduais e municipais) e que abordaram aspectos importantes como a municipalização da saúde; a descentralização e a repartição de responsabilidades, levando ao aparecimento da gestão em saúde praticada por estados e municípios, com

Com o advento do Sistema Único de Saúde o conceito de gestão passou a ser usado para caracterizar o comando do sistema em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), bem como adquiriu adjetivos como: compartilhada e solidária, a fim de atender ao preceito constitucional que apontou a saúde como direito de todos e dever do Estado.

comando único em cada esfera de governo, porém de forma solidária e co-responsável conforme o texto constitucional.

A **Gestão** passou, portanto, a ser exercida pelas três esferas de governo (municipal, estadual e nacional) com formulação de políticas, coordenação/participação do/no processo de pactuação, co-financiamento, capacitação de profissionais, entre outros, em relação ao sistema como um todo; já a GERÊNCIA se dá no patamar dos serviços de saúde, que podem ser privados contratados pelo SUS.

O desafio da **Gestão do SUS**, portanto, está em garantir um modelo de atenção adequado, preservando o comando único em cada esfera de governo, porém mantendo uma governança tripartite e, principalmente, respeitando o movimento de descentralização e municipalização, sem “jogar tudo nas costas do município”. Ou seja, um novo arranjo político onde ocorrem: divisão de poder e priorização do coletivo; num país federativo, sem submissão entre as instâncias governamentais.

Entretanto, a forma radical com que se deu a municipalização; a adoção da gestão plena do sistema de saúde por vários municípios, desordenou os arranjos de co-responsabilidade solidária; os estados perderam sua identidade e o governo federal, ora se reportava ao gestor estadual, ora ao gestor municipal. Com isso, além da edição profusa de normas, a gestão foi se fragmentando e os espaços tripartites não conseguiam mais exercer seu papel.

A necessidade de garantir a integralidade da atenção faz que o gestor municipal tenha que exercer as responsabilidades inerentes ao seu cargo e ao mesmo tempo honrar os compromissos assumidos com outros gestores municipais e com o gestor estadual. Este último, por sua vez, precisa desenvolver a capacidade de planejar a saúde no estado, regular as referências e mediar as relações, muitas vezes conflitivas, entre os gestores municipais.

Nesse cenário, a partir de 2003, logo após a edição de mais uma Norma, dessa vez denominada NOAS – Norma Operacional da Assistência em Saúde e que iniciou a discussão sobre a regionalização do sistema, foram realizadas diversas discussões, com a participação de gestores, membros das universidades,

das entidades de estudos e pesquisas no SUS, entre outros, que culminaram com a decisão de celebrar um novo **Pacto pela Saúde no Brasil** capaz de substituir a normatização excessiva e a lógica da habilitação, por outra de adesão e compromisso com resultados.

A celebração do Pacto pela Saúde, “contempla o compromisso solidário das três esferas de governo na qualificação das ferramentas do processo decisório, em especial o processo de planejamento voltado para o atendimento às necessidades demandadas e sentidas nos diferentes territórios” (Brasil, 2006).

Pensado inicialmente como um pacto para a melhoria da gestão em saúde, acabou por desdobrar-se em três frentes de debates: o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. O **Pacto pela Vida** representou o compromisso de enfrentar as principais causas de adoecimento e morte dos brasileiros, além de algumas ações ditas estratégicas:

- *Saúde do idoso.*
- *Controle do câncer do colo do útero e da mama.*
- *Redução da mortalidade infantil e materna.*
- *Otimização da resposta às doenças: dengue, leishmaniose, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;*
- *Promoção da saúde.*
- *Fortalecimento da atenção básica.*
- *Saúde do trabalhador.*
- *Saúde mental.*
- *Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.*
- *Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.*
- *Saúde do homem*

O **Pacto pelo SUS** foi um Movimento de re-politização e mobilização da sociedade para dar visibilidade ao SUS como política de estado e lutar por mais recursos para a saúde, começando pela regulamentação da Emenda Constitucional 29, editada em 2000 e regulamentada somente em 2012. Essa EC tratou dos percentuais mínimos de alocação de recursos próprios municipais, estaduais e federais na saúde e será comentada mais adiante.

Finalmente, **o Pacto de Gestão**, que elegeu 07 eixos estruturantes para qualificar a gestão em saúde nos três níveis de governo: Responsabilidade Sanitária; Regionalização Cooperativa e Solidária; Financiamento Tripartite; Planejamento como Instrumento de Gestão; Regulação e Normatização voltadas para garantia de Acesso e de Qualidade; Participação Social e Controle Público; Gestão do Trabalho.

Sem dúvida, a celebração do Pacto, com a participação de 100% dos estados e de um grande número de municípios, trouxe avanços aos SUS. Antes de mais nada, resgatou a essência da gestão do SUS que é a responsabilidade sanitária solidária, assumida pelos três entes federados e controlada pela sociedade brasileira, bem como deu início ao desenho das linhas de cuidado com prioridades compatíveis com o Pacto pela VIDA e a realidade epidemiológica de cada região.

Porém, não foi suficiente para implantar efetivamente as regiões de saúde, pois não consolidou a governança regional e, mais que isso, não avançou no planejamento regional em saúde, baseado nas necessidades da população de um dado território com suas especificidades.

Assim, continuaram as discussões e, após 05 anos de vigência do Pacto pela Saúde, surge o Decreto 7.508, em junho de 2011. Ele veio com a missão de regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) em vários aspectos, porém se omitiu em relação ao financiamento.

Trouxe, principalmente, a ideia de qualificar as regiões de saúde, a partir do diagnóstico das necessidades e da construção de um plano regional de atenção em saúde, colocados num contrato (o COAP – Contrato Organizativo de Ações Públicas) que

demonstrasse os responsáveis pela gestão nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal); os recursos alocados; as metas a alcançar e os indicadores capazes de medir se os resultados foram obtidos.

O Governo Federal anunciou o financiamento atrelado à implantação das RAS – Redes de Atenção à Saúde. Formaram-se grupos condutores que discutiram a conformação; as prerrogativas de cada ponto de atenção; as necessidades de infraestrutura; as necessidades de capacitação das equipes e as bases do financiamento, priorizando as seguintes linhas de cuidado: atenção materno infantil; atenção às urgências e emergências; atenção à saúde mental; atenção aos portadores de deficiências; atenção às doenças crônico-degenerativas.

No entanto, após 03 anos, somente dois estados brasileiros celebraram o COAP: Ceará e Mato Grosso do Sul. Há uma resistência em explicitar responsabilidades? Talvez sim, tendo em vista que elas são muito maiores que o financiamento disponível para cumpri-las.

3.- A atenção primária em saúde como ordenadora do cuidado

No Brasil, datam de 1920 os primeiros centros de saúde voltados para o controle de doenças selecionadas e de importância coletiva; essa época é chamada de sanitarismo campanhista, em especial no Rio de Janeiro, na época a capital federal. Em 1940 o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública – articulava prevenção e tratamento para doenças infecciosas e carenciais. Nos anos 60 as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) criaram os Centros de Saúde, os quais desenvolviam programas de saúde pública especialmente focalizados no grupo materno infantil. A partir dos anos 70 há uma expansão estimulada pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, o PIASS, com a instalação das unidades básicas de saúde, principalmente na região nordeste do país. Nessa época também são instalados os ambulatórios especializados da medicina previdenciária. Nos anos 1980, já na Nova República, as AIS – Ações Integradas de Saúde, que reuniram municípios, estados, universidades e previdência social para um exercício de integração. Simultaneamente,

No Brasil há um movimento de organização das redes de atenção à saúde, de forma regionalizada, tendo como ordenadora do cuidado a Atenção Primária em Saúde. Mas, para exercer esse papel, a APS deve ser acolhedora, resolutiva e oportuna.

difundem-se também experiências de saúde comunitária em diversos municípios do país com governos eleitos de oposição ao regime militar.

Modelos assistenciais alternativos foram sendo desenvolvidos para responder efetivamente às demandas individuais e coletivas e superar o modelo em vigor. O terreno se tornou propício até que no final década de 1980 começa a experiência de Agentes Comunitários de Saúde (1987) no Ceará, inicialmente como parte de programa de emergência de combate à seca e redução da mortalidade infantil.

Era, também, a época da descentralização do SUS e da responsabilização dos governos municipais pela atenção primária em saúde. Assim, a história do Programa de Saúde da Família - PSF tem início quando a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inicialmente na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, tendo como objetivo central contribuir para a "redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna". A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo.

Em 1992, foi implantado o repasse de recursos para custeio do programa e o pagamento mensal aos agentes, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo. Esse repasse era feito para os Fundos Estaduais de Saúde. Dois anos depois, em 1994, o PSF – Programa de Saúde da Família é lançado com a missão de reorientar, reorganizar e reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico.

Em dezembro de 1998, o PSF estava implantado em 24 estados da federação e a Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada como uma estratégia estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, visando uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Nesse período os incentivos financeiros do Ministério da Saúde começam a ser repassados através Fundos Municipais de Saúde.

A formulação da Estratégia Saúde da Família além de incorporar os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização,

integralidade e participação da comunidade, propôs a atuação em equipe (ESF) e o trabalho com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, longitudinalidade do cuidado e criação de vínculo com as famílias que implica em responsabilidade pela saúde de seus componentes.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos usuários.

O compromisso com o paciente, a prática dos requisitos para a APS, a disposição em atuar como ponto de atenção de uma Rede, fazem da APS a ordenadora do cuidado, sem impedir que outros pontos, em especial a unidade hospitalar, também influencie na conformação da Rede, ao praticar uma contra-referência adequada.

4.- a reorganização da atenção hospitalar

Até o advento do SUS, em 1988, os serviços de saúde do setor privado (hospitais, ambulatorios, consultórios médicos particulares) eram credenciados pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Assistência Social - para atender aos previdenciários, através de contratos essencialmente normativos de prestação de serviços que discriminavam os atendimentos pretendidos e o pagamento devido de acordo com uma Tabela Nacional.

A Constituição Federal de 1988 prevê a contratação público-privada e, mais tarde, também o faz a Lei 8.666 de 1993.

Entretanto, em que pese a gestão da saúde ter passado ao Ministério da Saúde, aos Estados e aos Municípios, até 1993 os contratos entre prestadores de serviços e o poder público ainda eram administrados pelo INAMPS.

Mais que isso, esse órgão foi extinto em 27/07/1993, pela Lei 8.689 e até 2004 aproximadamente 80% dos serviços privados

No desenho das Redes de Atenção à Saúde, os hospitais podem e devem influenciar no modelo do cuidado, exercendo a alta responsável como mecanismo de contra-referência para a APS ou Ambulatorios de Especialidades, bem como no relacionamento horizontal e vertical com outras unidades hospitalares.

que prestavam atendimento aos usuários do SUS, não tinham nenhum instrumento formal que regulasse essa relação (POMPEU, 2004).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria 1286 em 1994, a qual foi substituída em 2001 pelo “Caderno de Orientações para Compra de Serviços de Saúde”. Ou seja, havia uma diretriz nacional para regularizar os contratos. Mesmo assim, muitos Estados e Municípios continuaram a comprar os serviços sem formalizar novos instrumentos, baseando-se em contratos já vencidos.

Várias causas levaram a essa situação, tais como: resistência da rede privada ao processo de contratação; dificuldades relacionadas à legislação brasileira em relação aos processos de contratação da rede privada; dívidas existentes oriundas de glosas e extrapolação de teto e desestímulo em função da forma (grande distância entre o fato gerador e o pagamento) e dos valores praticados pelo Ministério da Saúde.

Além disso, na década de 90, com a celeridade do processo de municipalização da saúde, aumentou o número de hospitais públicos municipais e havia uma convicção equivocada de que não era necessário trabalhar com nenhum tipo de contratação em hospitais próprios.

A partir da edição das Portarias do Ministério da Saúde: nº 1.044 de 01/06/2004 que institui a Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte e nº 1.721 de 21/09/2005, que dispõe sobre a reestruturação e contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS, iniciou-se um processo de contratualização com hospitais públicos e filantrópicos que atuavam no SUS, celebrando os primeiros contratos com os HPP – Hospitais de Pequeno Porte e os Filantrópicos que se enquadravam nos critérios do dispositivo legal citado, no final de 2005.

Entretanto, esse movimento não foi uniforme no Brasil, permanecendo em muitos locais a contratação de serviços sem o devido respaldo legal. O Ministério da Saúde, gestor federal, no contexto do novo Pacto pela Saúde e do COAP, entabulou uma série de discussões a respeito da atuação dos hospitais e, em 2013, estava delineada a nova política de atenção hospitalar com os seguintes dispositivos legais: discussão, pactuação

tripartite, e publicação das Portarias: a) da Política Nacional de Atenção Hospitalar/PNHOSP no SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde – RAS; b) das diretrizes operacionais da contratualização hospitalar no âmbito do SUS e c) das diretrizes para a reorganização e contratualização dos Hospitais de Pequeno Porte/HPP no SUS.

A nova PNHOSP traz recomendações para implantação da gestão da clínica, incluindo o cuidado multidisciplinar; o prontuário compartilhado; a visita ampliada; o uso de indicadores para acompanhar ocupação; permanência; mortalidade e infecção hospitalar. Cria incentivos para o bom desempenho.

Já no que diz respeito à contratualização, a decisão de promover essa reorganização pretende ajudar estados e municípios a padronizar o relacionamento com as unidades hospitalares, sejam elas públicas ou privadas e monitorar o tipo de serviço prestado, bem como alterar os contratos sempre que necessário. Considerou as seguintes premissas em relação aos hospitais: eles são parte integrante das redes de atenção; indispensáveis para a garantia da integralidade; têm inserção local e regional e poderia ser considerada (a contratualização), como nova forma de relacionamento – co-gestão.

A Portaria da Contratualização teve problemas na pactuação e deverá ser adiada por um ano a partir de dezembro de 2014, a fim de permitir a edição de contratos modelos (apenas como referência), um instrutivo mais operacional, um sistema de informação e as regras de transição.

A Portaria dos HPP – Hospitais de Pequeno Porte, também não conseguiu o consenso. Há uma proposta inovadora de que alguns deles se tornem unidades de apoio à atenção básica, como os NASF¹ por exemplo, mas os Prefeitos têm dificuldade política em “fechar” os hospitais, mesmo que não tenham resolutividade ou que custem muito mais do que recebem dos governos, significando uma grande fonte de despesa para os municípios.

¹ NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com médicos especialistas e/ou profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais que pode apoiar até 03 unidades básicas de saúde da família.

A partir dos anos 70, a participação e a deliberação nos novos espaços democráticos criados na esfera pública, começam a ser defendidas como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo (COELHO 2007)

5.- O controle social

Logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, alguns meses depois do advento da Lei Orgânica da Saúde, surge a Lei 8.142, em dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Essa Lei apontou que haveria em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por: representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Assim, existem os Conselhos: Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde os quais, para exercer sua função de fiscalizadores da execução das políticas de saúde, se instrumentalizam principalmente com: os Planos Quadrienais Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, que contém metas, custos, indicadores a acompanhar etc; os Relatórios Anuais de Gestão, também nos três níveis de governo, que demonstram o cumprimento dos respectivos Planos, ano a ano.

Um aspecto importante abordado pela Lei 8142/90, é a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências que deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Dessa forma, os Conselhos e Conferências trabalham com 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviços e gestores.

Nas Conferências de Saúde o gestor (municipal, estadual e federal) presta contas da execução do Plano de Saúde e são tomadas deliberações a serem cumpridas por todos. Os Conselhos acompanham esse compromisso.

Entretanto, mais que as formalidades do funcionamento que chegam a conferir um aspecto cartorial aos Conselhos de Saúde, são importantes as conquistas obtidas por um controle social qualificado. E um movimento importante para essa qualificação foi a adoção da política de educação permanente para os Conselheiros. Usando a tecnologia do ensino à distância dentro do TELESSAÚDE, uma estratégia para reduzir distâncias, trocar experiências e debater posicionamentos, várias iniciativas foram levadas à frente, fazendo com que os Conselheiros entendam o alcance das políticas públicas e a capacidade das mesmas de melhorar a saúde da população.

6.- O dilema do financiamento em saúde

Outro avanço importante trazido pela CF 1988, foi o conceito de seguridade social, sendo criado o orçamento fiscal e o da seguridade, que reunia: saúde, assistência social e previdência e dividia os recursos em três partes iguais para os citados setores. Entretanto, logo no início da vigência desses preceitos legais, houve a usurpação de recursos da assistência social e da saúde, por parte da previdência. Isso deixou marcas profundas de insuficiência no financiamento da saúde.

Por outro lado, como já foi dito, a Lei Orgânica da Saúde recebeu muitos vetos por parte da Presidência da República, entre eles o que se refere ao artigo 35, que trata do financiamento da Saúde. Em virtude disso, as regras para alocação de recursos ficaram prejudicadas, já que no texto do referido artigo se falava em critérios como: população (per capita) + capacidade instalada + perfil epidemiológico + capacidade de responder às demandas.

Estavam, pois comprometidos a arrecadação e os critérios de alocação dos recursos da saúde. E o que dizer do volume? Mais um problema e, para entendê-lo é preciso conhecer o:

HISTÓRICO DA EC 29 – O artigo 198 da Constituição Federal

de 1988, em seu parágrafo 3º, preceitua que, por meio de lei complementar, seriam definidos os percentuais que a União, os Estados e os Municípios aplicariam na área da saúde, explicitando critérios de reavaliação, normas de fiscalização e controle. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC 29), que fixou a vinculação dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde pelas três esferas de governo, incumbindo o Congresso Nacional de regulamentar a matéria de forma a assegurar que os recursos sejam, efetivamente, empregados no SUS.

Pelo texto aprovado, a EC 29 estipulou norma transitória determinando que a União destinasse para a saúde, no ano 2000, 5% a mais sobre o valor de 1999 e, nos anos seguintes, que esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Os Estados seriam obrigados a destinar 12% dos recursos diretamente arrecadados e os municípios, 15%. A EC 29 tinha vigência até o exercício de 2004, momento que deveria ser promulgada a Lei Complementar regulando a matéria em definitivo. Após quase uma década, essa regulamentação ainda não era realidade e voltou ao debate de forma contundente em dezembro de 2007 em razão da derrota da União em prorrogar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Passados mais de três anos de discussões, a Câmara dos Deputados concluiu, em 21 de setembro de 2011, a aprovação do Projeto de Lei Complementar (PLP) 306 de 2008, que regulamenta a Emenda Constitucional 29. O Senado aprovou o projeto em 07 de dezembro de 2011 e a presidente Dilma Rousseff sancionou em 15 de janeiro de 2012.

Foram vetados, porém, 15 dispositivos do texto aprovado pelo Congresso Nacional. Os vetos evitam a necessidade de ajustes nos cálculos caso haja revisão da variação do PIB de anos anteriores, para impedir “instabilidade na gestão fiscal e orçamentária”, segundo justificativa da Presidência.

Outros dispositivos vetados evitam brechas para o retorno da Contribuição Social à Saúde (CSS), imposto rejeitado durante a votação da regulamentação no Congresso, e a obtenção de crédito para alcançar o exigido por lei.

Os Estados mantêm-se obrigados a investir 12% da arrecadação com impostos e os municípios, 15%. O percentual para o Distrito Federal varia de 12% a 15%, conforme a fonte da receita - tributo estadual ou distrital. A lei estabelece ainda que, em caso de variação negativa do PIB, o valor de investimento não pode ser reduzido no ano seguinte.

Para calcular se o valor investido está de acordo com o que prevê a lei, valem apenas aplicações em "ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito". Caso as ações estejam previstas em planos estaduais e municipais para a área, também é possível contabilizar o valor.

Isso inclui controle sanitário e de epidemias, compra de medicamentos e equipamentos médicos, reforma de unidades de saúde, desenvolvimento tecnológico e capacitação de pessoal. A inclusão de gastos com pagamento de aposentadoria e pensões, merenda escolar, limpeza urbana, preservação ambiental e assistência social são vedados.

Dessa forma, pode-se concluir que a regulamentação tão esperada, depois de uma espera de 11 anos, não atendeu às expectativas e necessidades. Foi assim que as entidades médicas, a Ordem dos Advogados do Brasil e os Colegiados do SUS (Conselho Nacional de Saúde, Conselho de Secretários de Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, desencadearam um movimento nacional de coleta de assinaturas para a edição de uma emenda popular que alocasse 10% da receita bruta do Governo Federal, na Saúde. Mais de 2 milhões de assinaturas foram coletadas mas a emenda não se concretizou.

Tudo isso, faz do financiamento em saúde um dos pontos mais nevrálgicos do SUS, seja pelos acontecimentos acima, seja pela injusta divisão da arrecadação tributária entre as esferas de governo, seja pelos altos custos dos medicamentos, dos materiais e das despesas com pessoal.

Nenhum novo recurso federal foi de fato destinado para garantir a universalidade da saúde. O projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS127/2001) e não foi aprovado na versão original (aplicação da União em 10%, no mínimo, da receita corrente bruta-RCB), poderia ter acrescentado para o orçamento do Ministério da Saúde de 2011 o correspondente a cerca de R\$ 32,5 bilhões. Por sua vez, seria uma forma de resgatar um quadro de responsabilidade da União com o SUS que vem sendo perdido há muito tempo. Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde (SUS) diminuíram em relação às receitas correntes brutas da União após 1995. Representaram, em média, 8,37% da RCB no período de 1995 a 2001, reduzindo-se, no período de 2002 a 2009, para 7,1% da RCB, na média. Infelizmente, se essa tendência permanecer, o SUS continuará com recursos insuficientes para assegurar a sua implementação de acordo as necessidades de saúde da população.” (Áquilas Mendes)

Considerações finais

O Movimento da Reforma Sanitária resgatou o conceito de cidadania e colocou na Constituição Federal Brasileira o desenho de um Sistema de Saúde: único em seus princípios e diretrizes; controlado pela população; resultante da solidariedade entre as três esferas de governo e capaz de enfrentar as doenças e agravos que acometem a população brasileira.

Entretanto, a construção e a implantação desse Sistema ainda não se consolidou, em virtude de vários desafios a enfrentar, que envolvem fatores de dentro e de fora do setor saúde, como por exemplo: a formação dos profissionais que deverão ser protagonistas das práticas sanitárias inovadoras; os determinantes sociais da saúde; as mudanças epidemiológicas e demográficas; a instabilidade do financiamento; a descontinuidade dos períodos de gestão, entre outros.

Ainda que esses entraves não tirem o valor da conquista do SUS como a maior política social de todos os tempos, é preciso que haja a vontade firme e real de enfrenta-los, sob pena do retrocesso.

A qualificação das regiões com fortalecimento da governança regional e solidariedade entre os gestores, bem como a coordenação do ente estadual, parece ser a melhor estratégia para a integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde.

A reforma tributária se faz necessária mais que nunca ou, pelo menos, a aprovação da emenda popular que determina a aplicação federal de 10% da receita corrente bruta.

A aproximação entre saúde e educação, com a regulação da formação médica e uma política de educação permanente capaz de adequar permanentemente o processo de trabalho em equipe, deve ser agenda prioritária a ser cumprida de imediato.

E, finalmente, é preciso que todos considerem o SUS como patrimônio nacional e o defendam, bem como pratiquem seus princípios e diretrizes.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos do Pacto pela Saúde. O Pacto pela Vida**. Brasília. DF. 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. DF - 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação do Decreto 7.508/11 e aprimoramento do Pacto pela Saúde. Comitê gestor para implantação do decreto 7508/11**. Brasília. DF 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS/nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no âmbito do SUS**. Brasília, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **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**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília. DF. 2006. 300 p.
8. BRASIL. *Presidência da República*. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília. DF. Disponível <http://www.planalto.gov.br/ccivil>

9. CAMPOS GWS; DOMITTI AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** *Cad. Saúde Pública* 23(2). 399-407. Fevereiro 2007
10. CORREIA, A.D.M.S. **Módulo IV: Saúde da Família como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.** In: MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria Geral de Gestão Estratégica. Coordenadoria Estadual de Telessaúde. **Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família: Livro –Texto.** Campo Grande: Mato Grosso do Sul, 2013. p.125-165.
11. ILUCCHESI PTR. **Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para redução de desigualdades em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva.* 8(2). 2003
12. MENDES, E.M. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília. DF : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
13. SCARAZATTI GL. **Tendências na atenção hospitalar.** Aula ministrada no I Curso de Gestão Hospitalar de Mato Grosso do Sul. Campo Grande. MS. Maio 2008.
14. TEIXEIRA C; VILASBOAS AL. **Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde.** Janeiro 2004
15. TREVISAN LN; JUNQUEIRA LAP. **Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede.** *Ciência & Saúde Coletiva.* 12(4). 893-902. Julho/agosto 2007.
16. VECINA G; MALIK AM. **Tendências na atenção hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva.* 12(4). Julho/agosto 2007.
17. VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis: Rev. Saúde Coletiva,* 8(2):11-48, 1998.