

DIREITO À SAÚDE DESAFIOS AO CONTROLE SOCIAL



DIREITO À SAÚDE
DESAFIOS AO
CONTROLE SOCIAL

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ACESSORAMENTO POPULAR (CEAP)

Colaboradores

Jorge A. Gimenez Peralta

Nara Aparecida Peruzzo

Valdevir Both

DIREITO À SAÚDE

DESAFIOS AO

CONTROLE SOCIAL

2ª edição

revisada e atualizada

Passo Fundo

IFIBE

2013

2013 - Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP

Parceria

Instituto Superior de Filosofia Berthier - IFIBE

Colaboradores da primeira edição

Henrique Kujawa, Valdevir Both e Volmir Brutcher

Colaboradores da segunda edição (revisada e atualizada)

Jorge A. Gimenez Peralta, Nara A. Peruzzo, Valdevir Both

Revisão de Texto

Débora Matte

Ilustração e Diagramação

Leandro Malósi Doro

Impressão

Indupel

Tiragem

10.000

Distribuição

CEAP

CIP – Catalogação na Publicação

D597 Direito à saúde : desafios ao controle social / colaboradores Jorge Gimenez Peralta, Nara Aparecida Peruzzo, Valdevir Both. – 2. ed., rev. e ampl. - Passo Fundo: IFIBE, 2013.
96 p. : il. color. ; 21 cm.

ISBN: 978-85-99184-27-1

Inclui bibliografia.

1. Direito à saúde. 2. Direitos humanos. 3. Políticas públicas - História - Brasil. 4. Sistema Único de Saúde. I. Peralta, Jorge Gimenez, colab. II. Peruzzo, Nara Aparecida, colab. III. Both, Valdevir, colab. IV. Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP. V. Título.

CDU: 34:614

Catalogação: Bibliotecária Daniele Rosa Monteiro - CRB 10/2091

Distribuição Gratuita. Proibida a venda.
Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida,
desde que citada a fonte.

SUMÁRIO

Apresentação	7
1. Conceito de Saúde	9
2. Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil do Século XX	21
3. Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes	29
4. Controle Social	41
5. Organização e Funcionamento do Sistema	55
6. Dicas para a atuação dos Conselheiros e Lideranças	73
Anexo - Entendendo o Orçamento Público	79
Índice de siglas	87
Bibliografia	91

APRESENTAÇÃO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado.” (CF 88)

A Cartilha “Direito à Saúde com Controle Social”, publicada pelo CEAP em 2003, cumpre importante papel junto às lideranças sociais, conselheiros de saúde e estudantes que atuam na temática da saúde. Ela aborda temas importantes, como o processo de luta que antecedeu a constituição do SUS no Brasil, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde e os desafios postos ao processo de participação e controle social. É um importante instrumento para a luta em prol do direito à saúde no Brasil.

A participação social ganha maior incidência e tem mais qualidade quando as pessoas entendem as estruturas e dinâmicas em funcionamento numa determinada sociedade. A população deve compreender os diversos jogos de interesses que envolvem a construção das políticas públicas da saúde e que nem sempre põem o interesse público em primeiro lugar. Para proporcionar esta compreensão ao leitor, apresentamos as Leis e as Normas do SUS com uma abordagem crítica. A primeira edição desta cartilha foi esgotada em pouco tempo e a grande demanda exigiu uma nova edição. A versão que apresentamos agora, revisada e atualizada, acrescenta alguns temas novos, baseados em necessidades que surgiram nos cursos de formação e debates públicos realizados pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular em todo Brasil, nos últimos anos. Destaca-se, neste sentido, o curso de formação realizado pelo CEAP, em 2012, com lideranças da região sul do país.

A publicação está estruturada em seis seções e um anexo. A primeira seção trata dos conceitos de saúde. Enfatizamos dois grandes conceitos que estão em disputa no contexto atual. Já na segunda seção, vemos o processo histórico da construção da saúde pública no Brasil antes da Constituição Federal de 1988. A terceira seção aborda o Sistema Único de Saúde como política pública que deve garantir o direito humano à saúde e apresenta a sua organização e os seus princípios e diretrizes organizativas. A quarta seção trata do controle social, das instâncias oficiais que permitem esse controle, além dos desafios e do papel da população na gestão do

SUS. A quinta seção destaca pontos essenciais para a consolidação do SUS e apresenta a sua organização e o seu funcionamento, a partir do Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990. Abordamos, ainda, temas como o financiamento da saúde pública, o COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública e ainda a questão dos trabalhadores do SUS. A sexta seção, que foi acrescentada nesta edição, apresenta algumas dicas práticas aos conselheiros e lideranças sociais sobre como organizar uma reunião ou uma conferência de saúde. Por último, o anexo mostra como é constituído o Orçamento Público e quais as suas etapas.

Esperamos que esta cartilha seja um instrumento que amplie a participação e o controle social da saúde pública em todo o país, servindo de instrumento de apoio para que possamos avançar na luta pelo direito humano à saúde.

Boa leitura!

1 - CONCEITO DE SAÚDE



Para iniciarmos nossa reflexão, precisamos primeiro discutir sobre o que entendemos por saúde. Isso é muito importante para a nossa ação cotidiana nos conselhos, nos fóruns e nos diversos espaços de luta pelo direito humano à saúde.

Se nos perguntarem o que é saúde, que resposta daremos? Certa vez uma professora fez essa pergunta a um grupo de crianças da educação infantil e uma das crianças respondeu: saúde é correr, brincar e ser feliz. Sim, saúde é isso, é viver bem, é ter condições para correr, brincar e ser feliz. Mas para o SUS, o que é saúde?

O SUS compreende a saúde como direito humano. Entendê-la desta forma implica desconstruir uma compreensão e uma prática tradicional que a trata como favor ou caridade. De outro lado, de forma positiva, entendê-la como um direito significa que é uma condição fundamental para se viver bem.

Essa compreensão remete a Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando em seu artigo XXV, afirmará que “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle”. Portanto, entender saúde no marco dos direitos humanos é entendê-la de forma universal, indivisível e interdependente.

Afirmar que a saúde é universal é reconhecer que o acesso a ela é para todos, seja pobre, rico, branco, negro, índio, mulher, homem, criança, idoso, trabalhador formal ou informal, desempregado... Sendo para todos, não deve haver privilégio de um em detrimento de outro. Porém, é necessário entender a universalidade no marco da equidade. Isso significa que o SUS deve respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas. Do contrário, corremos o risco de ter um sistema que não é universal, pois não atende as reais necessidades da população.

A Indivisibilidade significa que os demais direitos (educação, moradia, alimentação, emprego...) são



igualmente fundamentais. Portanto, nenhum direito é mais ou menos importante que os demais e não podemos separar uns dos outros. O Estado não pode, por exemplo, garantir o direito à saúde, negando o direito à educação ou à moradia.

Se os direitos são indivisíveis, eles são também interdependentes. Ter saúde de qualidade depende de outros direitos, como moradia adequada, saneamento básico, trabalho, educação e alimentação. Sem eles, não é possível dizer que temos garantido o nosso direito à saúde.

Portanto, ao compreender a saúde como direito humano, não vemos apenas a necessidade de uma consulta médica ou de um exame. Vemos, sim, todas as ações e serviços necessários para que vivamos bem; para que sejamos felizes e possamos correr e brincar, como respondeu a criança à sua professora.

Pode-se dizer, no entanto, que enxergar a saúde como direito humano se opõe à lógica do neoliberalismo econômico. A visão neoliberal entende a saúde como uma mercadoria, objeto de lucro. Para isso, o ser humano é fragmentado em pedaços, e nele são tratadas doenças específicas, sem relacioná-la com o seu todo. Para essa compreensão ter saúde é unicamente não estar com dor física, independente das demais condições necessárias para que o ser humano viva bem.

A disputa entre essas duas compreensões exige que as organizações sociais lutem para consolidar o SUS como política pública, garantindo o direito humano à saúde.

Para podermos entender a visão de saúde como direito humano, vamos conhecer um pouco da história do conceito de saúde. Como qualquer conceito, este de que tratamos é histórico e ideológico. Histórico porque sua compreensão se modificou com o passar do tempo, sofrendo influência de cada contexto e das experiências da sociedade. Ideológico, porque envolve a concepção de ser humano, de sociedade, de organização da economia e da política e, ainda, os ideais de cada povo em seu momento histórico.

*COMPREENDER A SAÚDE COMO
DIREITO HUMANO, NÃO VEMOS
APENAS A NECESSIDADE DE
UMA CONSULTA MÉDICA OU DE
UM EXAME. VEMOS, SIM, TODAS
AS AÇÕES E SERVIÇOS NECESSÁRIOS
PARA QUE VIVAMOS BEM*

O CONCEITO DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SÉCULOS

Saúde na Sociedade Feudal (Séculos V a XV)

A sociedade feudal foi marcadamente teocêntrica (Deus no centro de tudo), e explicava todas as coisas a partir de Deus. Por meio de Deus se justificava a ordem social, principalmente a exploração dos senhores (donos das terras) sobre os servos (trabalhadores). Dentro desse contexto, o conceito de saúde que se estabelece é de que ela é “benção de Deus”.

A morte para os servos era sinônimo de ir para o céu, pois a sua pobreza e miséria eram justificadas e compensadas com a promessa de receber em troca o céu. Surgem, nesse contexto social de justificativas para exploração, processos de resistência. Um deles representado pelas mulheres que praticavam a medicina através de rituais (não reconhecidos pela igreja) e pela utilização de chás. Como questionavam o poder da igreja e o conceito de saúde como uma determinação divina, foram consideradas bruxas, sendo perseguidas e queimadas vivas em praça pública pelos Tribunais da Inquisição.

Note como, na Idade Média, a saúde era pauta para fazer a disputa de projeto político. Não existia política pública para a saúde e o modelo de atenção era a caridade ao doente. Os doentes eram considerados um castigo de Deus (fruto dos pecados da sociedade) que deveriam ser escondidos ou afastados. Contra isso surgem as práticas diferentes: as bruxas que são perseguidas por representar uma contestação.

Idade Moderna (Séculos XV a XVIII)

Nesse período, a economia predominante era o comércio (mercantilismo). O poder político estava com os reis. As metrópoles (Portugal) buscavam as colônias (Brasil). Para ir em busca dessas colônias, dominá-las e explorá-las, precisava do aumento populacional. Ao mesmo tempo, vínhamos de um contexto de baixa densidade demográfica devido aos problemas sofridos no século XIV e XV. Nesse contexto, o escravo significava mão-de-obra e valia dinheiro. O aumento populacional, na época, significava poder econômico para os reis.

Muda-se a concepção de saúde. Agora era preciso “evitar epidemias”. As pessoas não deviam morrer cedo, porque seu trabalho era necessário para “desenvolver” a economia.

Para manter as pessoas vivas e garantir um crescimento populacional também era preciso dar atenção às condições de higiene. Começou-se a exigir do Estado uma política de saúde, ou seja, exigir a intervenção para se garantir crescimento populacional.

Embora não seja objetivo nosso analisar as políticas de saúde adotadas em cada período, é importante, a título de ilustração, transcrever a justificativa de um médico da época para convencer o rei investir na saúde:

Suponhamos que nos domínios do Rei existam 9 milhões de pessoas, das quais 360 morram a cada ano, e das quais nasçam 440 mil. E suponhamos que, pelo avanço da arte da medicina, morra uma quarta parte a menos. Então, o Rei ganhará e poupará 200 mil súditos por ano que, avaliados em 20 libras por cabeça, o mais baixo preço de escravos, significará 4 milhões de lucros para a coroa. (PETTY apud BRAGA, 1986, p. 05)

AS PESSOAS NÃO DEVIAM MORRER CEDO, PORQUE SEU TRABALHO ERA NECESSÁRIO PARA "DESENVOLVER" A ECONOMIA.

Petty traduz claramente qual era a compreensão de saúde do período mercantilista, bem como a concepção ideológica contida ali. As pessoas que não integravam a nobreza eram consideradas mercadorias. Por isso, ter saúde era apenas “estar vivo” para atender as necessidades econômicas da época.

Revolução Industrial (Séculos XVIII e XIX)

O desenvolvimento industrial traz consigo um conjunto de transformações econômicas e sociais. Diversos teóricos, ainda hoje, discutem e divergem sobre os benefícios e os prejuízos sociais trazidos pela industrialização. Sem pretensão de entrar nesse debate, é importante

frisar que a Revolução Industrial aumentou a utilização de mão-de-obra nos centros urbanos, produziu a divisão do trabalho e consolidou a relação de emprego baseada no salário como pagamento pela venda da força de trabalho. Com a Revolução Industrial criou-se uma nova forma de exploração, trazendo também novos problemas sociais, como a má distribuição da renda, a urbanização descontrolada e com o aprimoramento do uso das máquinas, o desemprego estrutural. A característica central da Revolução Industrial é a mecanização da produção, acompanhada da urbanização forçada pelas indústrias. As pessoas tinham que viver perto das fábricas para que o custo da produção baixasse, o que levou uma massa de trabalhadores para as cidades.

- O conceito de saúde passa a ser: “estar apto a trabalhar nas indústrias”

Começou, nesta época, a discussão sobre saneamento criando-se, pela primeira vez, o conceito de que o pobre deveria ter assistência para se transformar em mão-de-obra. A atenção, nesse período, era diferenciada para os operários e para os indigentes. Especial para os operários, pois deles dependia a mão-de-obra das fábricas. A atenção com os indigentes era apenas para não alastrar epidemias.

• Conceito Clássico de Saúde (Pensamento Liberal)

No contexto histórico da Revolução Industrial, surgiram os pensadores clássicos, que analisaram a situação socioeconômica sem abordar diretamente a problemática da saúde. Essas formulações permitiram identificar diferentes posições entre os pensadores liberais e os socialistas.

Os liberais não trabalhavam especificamente o conceito de saúde, e quando se referiam a ele, a abordagem era sob um aspecto econômico. A maior preocupação era garantir, através de um rendimento mínimo, a sobrevivência da força de trabalho.

Um dos grandes teóricos do liberalismo foi Adam Smith, que discutiu o papel do Estado. Para ele, o Estado não deveria interferir na economia. Nessa lógica, o Estado também não deveria discutir saúde enquanto política pública, pois seria uma responsabilidade da própria sociedade. Assim, a saúde, para muitas pessoas desprovidas de condições econômicas para pagar por

ela, seria suprida pela caridade. Isso influenciou a resistência aos processos de industrialização. Não havia nenhuma garantia de assistência ao operário que sofresse um acidente de trabalho na fábrica. Surgiu, então, a fraternidade entre os empregados. As condições precárias de trabalho foram a base para a organização do movimento operário que passava a reivindicar melhores condições de trabalho e maiores salários. Foram esses movimentos que garantiram as primeiras leis trabalhistas.

Outro pensador liberal que aborda a saúde é Thomas Malthus. Ainda dentro da lógica de considerar o ser humano uma mercadoria e analisá-lo apenas pelo viés econômico, Malthus preocupou-se com o crescimento da natalidade, uma vez que, pela sua análise, o crescimento populacional era superior ao crescimento econômico.

Conforme outro pensador liberal da época, David Ricardo, a população em boas condições de vida se reproduz demasiadamente, o que gera problemas. Para Malthus, a produção cresceria de forma aritmética ($2+2=4+2=6+2=8$) e a população cresceria de forma geométrica ($2 \times 2=4 \times 2=8 \times 2=16$). Para resolver esse problema, Malthus propõe, como política de saúde, o controle da natalidade efetivado, dentre outras formas, pelo estabelecimento de um salário apenas suficiente para a sobrevivência, uma vez que quanto maiores as dificuldades financeiras, menor seria a natalidade.

Karl Marx, nesse mesmo período, é o primeiro teórico a abordar a temática da saúde dentro de uma perspectiva mais ampla, apontando que a saúde é fruto de diversos fatores, inclusive das condições de trabalho, de moradia, de alimentação, etc. Nessa perspectiva, Marx aponta a necessidade de se garantir condições de trabalho não exploradoras e, ao mesmo tempo, uma saúde de qualidade aos trabalhadores. Na análise do capitalismo desenvolvida por Marx, os





problemas relacionados à saúde tiveram uma importância central, mesmo que sua preocupação específica não tenha sido a saúde.

Para Marx, a saúde estava diretamente ligada à estrutura econômica. Segundo ele, as condições de trabalho eram importantes para a saúde. No capitalismo, o trabalhador nunca teria saúde, pois sempre seria explorado. Suas condições de moradia, de alimentação e de trabalho sempre seriam determinadas pelo desejo de lucro do patrão. Portanto, o baixo salário seria sinônimo de má saúde, porque o salário em si já seria sinônimo de ex-

ploração. Por meio dele, o trabalhador receberia uma pequena parte do fruto de seu trabalho, deixando a mais-valia (lucro) para o seu empregador. Com isso o trabalhador não consegue suprir suas necessidades de sobrevivência.

Podemos perceber que no século XIX surgem dois conceitos de saúde bem diferentes, que expressam concepções de mundo desiguais. Ou seja, são ideologicamente diferentes.

• Conceito Neoclássico

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-45) teve início a Guerra Fria. Uma disputa entre os Estados Unidos (EUA), de regime capitalista, e a União Soviética, socialista. Os EUA se transformaram numa grande potência capitalista e passaram a influenciar na reconstrução da Europa, destruída pela guerra. Ao mesmo tempo, começaram a espalhar pelo mundo a sua concepção de saúde, entendida como um negócio que visa ao lucro.

Nesta mesma época, aconteceram avanços tecnológicos mais significativos. No campo, por exemplo, o emprego da tecnologia provocou a chamada revolução verde. O mesmo avanço teve

impactos na saúde, com investimentos o que representou a revolução industrial da saúde. O investimento em Saúde proporcionou desenvolvimento. Dava lucro direto (emprego na construção de hospitais) e indireto (materiais de construção e indústria farmacêutica).

Essa “Revolução Industrial” na saúde desencadeou o que chamamos de “a produtividade da doença”. Os médicos ganhavam por atendimento, ou seja, por produtividade. A indústria farmacêutica se desenvolveu e tomou conta do tratamento das doenças. Portanto, motivada pelo processo da industrialização, a lógica capitalista abarca o sistema de saúde e passa a defender a modernização (com mais hospitais, novos equipamentos, etc.) - com um grande investimento do Estado, na saúde privada, que acreditava estar gerando desenvolvimento direto e indireto.

É esse conceito neoclássico que norteou as políticas de saúde no Brasil da década de 1940 até o final da ditadura militar.

Começou a se desenvolver também, neste período neoclássico, um conceito de saúde antagônico àquele entendido como “ausência de doença”. Além de afirmar a saúde como qualidade de vida, avançava a compreensão de saúde como um direito fundamental.

Terminada a Segunda Guerra Mundial, criaram-se a ONU (Organização das Nações Unidas) e a OMS (Organização Mundial da Saúde). Em 1946, a OMS já conceituava a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde). Na década de 60, um autor chamado René Dubos, explicando o conceito de saúde adotado pela OMS, disse que “sob o ponto de vista médico, o homem é, geralmente, mais um produto de seu ambiente do que de seus dotes genéticos. A saúde do povo é determinada não por sua raça, mas por suas condições de vida. (...)”

"PARA A OMS SAÚDE É UM ESTADO DE COMPLETO BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL, E NÃO APENAS A AUSÊNCIA DE DOENÇAS"



Com efeito, os fatores sociais são de importância tão óbvia como causa e controle de doenças, que muitos sociólogos, e até médicos, estão inclinados a acreditar que reformas políticas e sociais são a maneira mais acertada de melhorar a saúde das populações destituídas”. Portanto, reafirma-se, de forma categórica, que não podemos entender a saúde como “não estar doente”, mas como ter qualidade de vida.

Outro aspecto levantado após o término da Segunda Guerra é o entendimento da saúde como

direito fundamental de todo ser humano.

Essa concepção, entendida como um avanço ético e político da humanidade, remeteu aos debates e lutas travadas no final do século XIX e início do século XX. Diante da situação de penúria que vivia a população, em decorrência do avanço capitalista e da reorganização dos mercados e dos estados, surgiram novos arranjos protetivos das necessidades sociais das pessoas.

Pode-se dizer que a primeira referência foi a proposta do chanceler alemão Otto Von Bismark, mesmo que se reconheça que as propostas mutualistas acompanham os diferentes povos por séculos. Preocupado com a organização dos trabalhadores e intencionando a unificação da Alemanha, ele propôs uma lei de seguro social que focava três necessidades sociais importantes: as doenças (1883); os acidentes de trabalho (1884) e a “invalidez” e a velhice (1889). Os seguros tinham como público alvo os trabalhadores empregados, de modo que os mesmos, junto com os estados e empregadores, passaram a custear esse sistema. Mesmo restrito a esse público, é a primeira referência importante do que mais tarde será chamado de seguridade social, inclusive no Brasil. Ou seja, concebe a saúde num marco mais amplo, como parte de um sistema de

proteção social.

Outro marco fundamental foi o relatório do economista inglês William Beveridge de 1941. Sob inspiração da New Deal americana, que era uma proposta do presidente Roosevelt de alto investimento social o Estado para tirar os Estados Unidos da crise iniciada em 1929, e das ideias do economista Keynes, Beveridge propôs que a proteção social fosse estendida a todas as pessoas e não somente aos que mantinham vínculo formal de trabalho.

O plano de Beveridge, precedido pela proposta de Bismark, mesmo que possa ter diferentes críticas sob o olhar contemporâneo, teve uma importância decisiva para a afirmação dos direitos sociais e a consequente construção e adoção dos sistemas universais de seguridade social no séc. XX. É possível afirmar que ele sistematizou um processo de luta que se estende por séculos, especialmente durante no período capitalista liberal.

Seus principais legados foram:

a) Reconhece que as pessoas têm necessidades sociais que devem ser supridas;

b) O Estado tem a responsabilidade primeira de supri-las;

c) Todos devem ter acesso à proteção social e não somente os trabalhadores formalmente empregados;

d) Por fim, que o desenvolvimento econômico deve estar articulado ao desenvolvimento social de todos, inclusive como melhor alternativa para o crescimento econômico. O que torna falso o discurso atual de que o Estado não pode investir no social e na saúde pública, porque isso criaria um déficit nas finanças públicas e comprometeria o desenvolvimento econômico dos países.

"BEVERIDGE PROPÔS QUE A PROTEÇÃO SOCIAL FOSSE ESTENDIDA A TODAS AS PESSOAS E NÃO SOMENTE AOS QUE MANTINHAM VÍNCULO FORMAL DE TRABALHO"

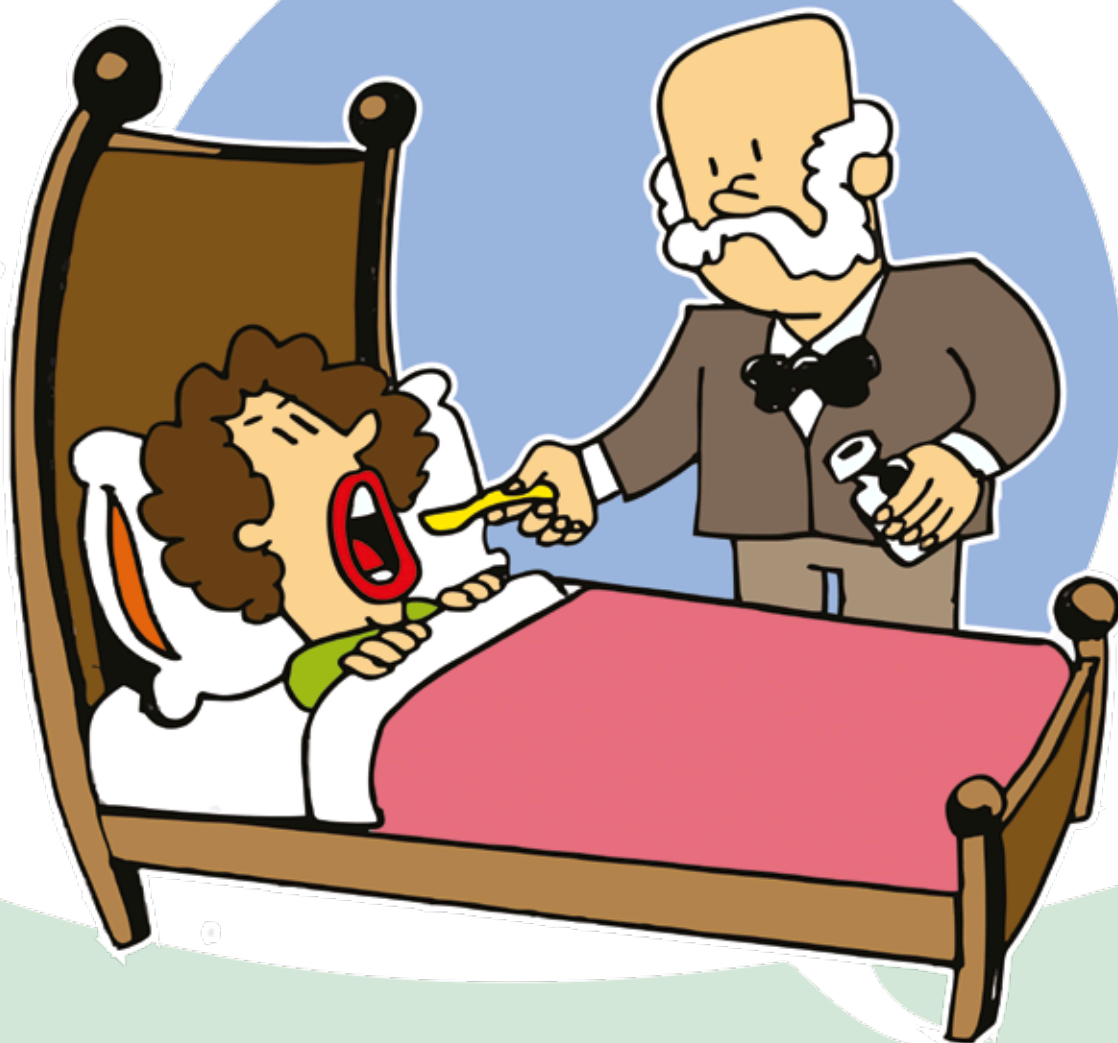
Está claro, como já vimos no início deste capítulo, na Declaração Universal dos Direitos Humanos votada em 1948 pela ONU e assinada por vários países, incluindo o Brasil, garante a todo ser humano o direito à saúde como um direito humano fundamental, interrelacionados com outros direitos fundamentais.

Portanto, todos os países que assinaram a Declaração deveriam, a partir daí, implantar políticas públicas capazes de efetivar o direito à saúde para todos. Diferente da perspectiva de colocar a saúde na mão do mercado, minimizando o papel social do Estado, a lógica de entender a saúde como direito fundamental potencializa o papel social do Estado. Essa concepção estaria presente na construção do SUS no Brasil.

O que se observa ainda neste período histórico são os dois conceitos de saúde mencionados no início do capítulo, que permaneceriam em constante disputa.



2. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XX



Depois de entender que cada período histórico desenvolveu um conceito de saúde que expressava uma diferente concepção de mundo, ou uma diferente ideologia, vamos descrever, brevemente, como foi construída a compreensão de saúde no Brasil.

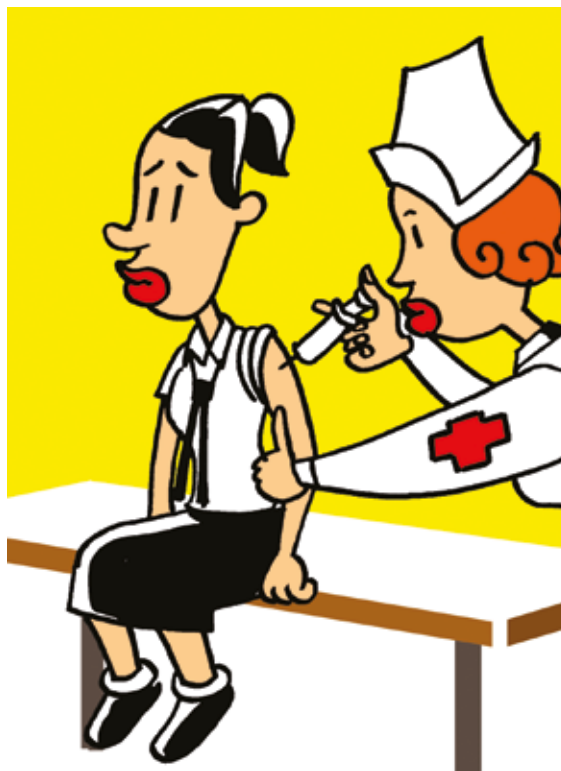
Na história brasileira, a questão social quase sempre foi tratada como problema e a maior preocupação era a segurança e a manutenção da ordem social. Nessa perspectiva, os fenômenos sociais poderiam ser compreendidos de duas formas:

- 1) A injustiça social (desemprego, pobreza, analfabetismo), considerada inaceitável, porém tolerada porque não representava, no imaginário coletivo, perigo à ordem social.
- 2) A violência (homicídio, latrocínio, invasão da propriedade), além de inaceitável, era considerada intolerável porque ameaçava a ordem social e a segurança individual, devendo ser prioridade para o Estado.

Em outras palavras, somente a violência social era intolerável, e então atacada imediatamente porque representava ameaça à propriedade privada e à “ordem”.

Podemos afirmar que o problema social da saúde se enquadra, na perspectiva histórica brasileira, como injustiça social; como algo tolerável. Por isso, o Estado brasileiro só estabelece políticas públicas para a saúde tardiamente. É durante o século XX que podemos ver com maior intensidade a adoção de políticas públicas de saúde. E só a partir de 1988, a saúde é reconhecida como um direito de todos no Brasil.

De acordo com Marcus V. Polignano, as políticas públicas de saúde no país relacionam-se diretamente com o desenvolvimento político, social e econômico. As políticas de saúde pública sempre partem de uma percepção econômico-social e não do bem-estar da população. A lógica que predomina no processo evolutivo da saúde é determinada pela lógica do capitalismo. Isto é, as ações de saúde do Governo procuram dar respostas somente aos problemas de saúde que atingem os grandes grupos econômicos da época. Não se devia promover de fato a saúde das pessoas, mas garantir que nenhuma epidemia viesse



a prejudicar o desenvolvimento econômico do País.

Pensada apenas para favorecer a economia, a saúde nunca ocupou lugar central dentro das políticas do Estado brasileiro, ficando sempre na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos ao setor da saúde. Nesse sentido, é possível afirmar que a conquista de direitos é sempre resultado da luta e da organização dos trabalhadores brasileiros e não um reconhecimento do Estado.

República Velha (1889-1930)

O final do século XIX e início do século XX foram marcados pela consolidação de um novo regime político, a República, e, ao mesmo tempo, pela hegemonia de um grupo econômico: a elite do café. Foi um período de diversificação econômica, de grande aumento das exportações, de uma intensa imigração europeia, de urbanização e da influência de grandes transformações tecnológicas e científicas.

As mudanças vivenciadas nesse período provocaram alguns problemas como, por exemplo, as epidemias, que dizimavam parcelas significativas da população e repercutiam no modelo econômico exportador que estava se consolidando. O risco das doenças infectocontagiosas estava prejudicando o comércio, uma vez que navios se recusavam a atracar em portos brasileiros para levar café e trazer produtos industrializados de outros países. A imigração começou a diminuir, inclusive com recomendações oficiais de países europeus para que seus membros evitassem vir ao Brasil. Esses problemas exigiram uma ação do governo, que resultou na campanha de vacinação obrigatória e nos projetos de saneamento no Rio de Janeiro e em Santos. Os interesses econômicos garantiram que a saúde fosse tratada como uma “questão de polícia”, para garantir os “interesses nacionais”.

A segunda década do século XX trouxe mais transformações: a abundância de mão-de-obra e a dificuldade de importação em função da Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Isso impulsionou um embrionário processo de industrialização, ampliando a urbanização e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de uma classe operária influenciada pelas teorias anarco-sindicalistas que passaram a exigir melhores condições de trabalho. Eclodiram diversas greves em 1917, 1918 e 1919 que, embora reprimidas, possibilitaram avanços nas conquistas de direitos. Uma dessas conquistas resultou na lei Elói Chaves, de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Previdência - CAPs. Eram fundos constituídos nas fábricas e recebiam a contribuição dos empregados, dos empregadores e do governo. O objetivo era garantir a aposentadoria dos contribuintes e, gradativamente, desenvolver ações em saúde. A constituição das CAPs se dava apenas nas empresas que tinham grande número de empregados. Eles conseguiam fazer mais pressão e tinham mais força de reivindicação.

Portanto, nas primeiras três décadas do século XX, podemos identificar a constituição de duas linhas de ação nas políticas de saúde: de um lado a atenção primária, saneamento e vacinação para combater e evitar novas epidemias e, de outro, a atenção a grupos operários que conseguiam contribuir para a constituição de uma previdência. Mas a maior parte da população continuava dependendo da caridade e da ação dos curandeiros.

A Era Vargas (1930-1945)

Esse período foi marcado por uma grande mudança na estrutura política e econômica do Brasil. O poder das grandes oligarquias foi substituído por um processo de centralização política. A economia agroexportadora do café aos poucos foi dando lugar a um processo de diversificação econômica e de industrialização. Getúlio Vargas buscou dar sustentação ao seu novo regime político através de uma aproximação com o movimento sindical e com as classes operárias. Entre as medidas tomadas com esse intento estão a criação das leis trabalhistas, o atrelamento do movimento sindical ao governo e a criação do Ministério da Saúde e do Trabalho. Isso significava avanços em direitos para a classe trabalhadora e a qualificação da mão-de-obra necessária à industrialização.

Na saúde, as CAPs foram transformadas em IAPs - Institutos de Aposentadoria e Previdência. A unificação não foi nada mais do que aglutinar, em um único instituto, todas as CAPs de uma mesma categoria profissional, que antes eram divididas por empresas. Isso permitiu uma maior centralização dos recursos e, teoricamente, maior homogeneização dos serviços, uma vez que as empresas maiores e menores teriam sua arrecadação padronizada, visto que seus recursos iriam para o mesmo caixa. Nesse período, os IAPs aumentavam constantemente sua arrecadação, em função do aumento do número de empresas de cada setor e da quantidade de operários, que crescia aceleradamente. Os recursos acumulados pelos IAPs (com contribuição dos trabalhadores) permitiram ao governo o financiamento do crescimento industrial, por exemplo, com a fundação da Companhia Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda, no Rio de Janeiro. e a Usiminas. Mais adiante abordaremos as consequências da utilização, por parte do Estado, dos recursos da previdência para o financiamento da indústria.



A atenção ao combate às epidemias continuou, principalmente durante a Segunda Guerra Mundial, através dos Serviços Nacionais de Prevenção. Entre suas ações, destaca-se o combate à malária na região amazônica (essa epidemia prejudicava a extração da borracha/látex usada pelos EUA na Segunda Guerra Mundial). Contudo, a concentração de recursos para a saúde passara a localizar-se nos Institutos de Previdência, que ofereciam serviços apenas aos seus contribuintes.

Portanto, na Era Vargas, embora tenha havido um princípio de centralização da previdência e, com isso, uma maior atenção do Estado, os serviços de saúde permaneceram restritos a quem tinha capacidade de contribuir, e as políticas públicas concentraram-se em evitar as epidemias, que poderiam trazer mais prejuízos econômicos.

A Redemocratização e a implantação do Modelo Neoclássico (1945-1964)

O período pós-Segunda Guerra Mundial foi marcado pelo impacto provocado pelo Holocausto, pelas bombas atômicas, pelo grande desenvolvimento das ciências, notadamente a química, a física e a medicina. Ao mesmo tempo, temos a constituição da Guerra Fria que bipolarizou o mundo entre o bloco socialista, liderado pela URSS e o bloco capitalista, liderado pelos EUA. Foi nesse período que o Brasil iniciou a era do “desenvolvimentismo”, com acelerado processo de industrialização, tutelado por capital e tecnologia estrangeiros.

"FOI NESSE PERÍODO QUE O BRASIL INICIOU A ERA DO "DESENVOLVIMENTISMO", COM ACELERADO PROCESSO DE INDUSTRIALIZAÇÃO, TUTELADO POR CAPITAL E TECNOLOGIA ESTRANGEIROS"

Em meio ao crescimento industrial e às influências externas, ocorre a adoção do modelo neoclássico de saúde, sustentado pelo grande desenvolvimento químico-farmacêutico e pelo surgimento de numerosos equipamentos de diagnóstico. São construídos grandes hospitais e realizados volumosos investimentos em equipamentos e na indústria farmacêutica, sustentados na ideia de que a atenção à saúde deveria ser tratada como qualquer outro setor da produção industrial. Esse processo teve grande investimento dos IAPs, (com dinheiro dos trabalhadores), que cresciam proporcionalmente ao aumento das indústrias e dos operários. Como já mencionamos, a saúde passa a ser vista como um investimento industrial. E como tal, deveria ser tratada com injeção de capital e com tecnologias externas, tendo garantia de produzir lucro que justificasse os investimentos.

Ditadura Militar (1964 a 1988)

Os militares assumiram o poder para romper com um período de grande pressão popular, que pretendia promover reformas sociais (agrária, educacional, urbana) para tornar o Brasil mais justo. Entre as grandes reformas pretendidas estava a da saúde, defendida e delineada na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 9 e 15 de dezembro de 1963. Ela sustentava duas teses fundamentais, que embasaram a criação do Sistema Único de Saúde: a defesa da saúde para todos e a municipalização como o caminho. O que se viu, no entanto, após o início da ditadura militar, em março de 1964, foram políticas que reforçaram o modelo de saúde capitalista priorizando os hospitais, os remédios, e acessível somente para quem contribuía com a previdência.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social-INPS que centralizou todos os IAPs, assumindo um grande volume de recursos. Estes recursos, que deveriam ser dos trabalhadores, acabaram sendo utilizados para financiar obras como a rodovia Transamazônica e a usina hidrelétrica de Itaipu ou, então, para fraudes gigantescas, pois os recursos não tinham nenhum controle ou fiscalização. Na saúde, a estratégia do governo foi subsidiar grupos privados para construírem grandes hospitais através de um fundo chamado Faz Que. Em seguida, o governo credenciava essas instituições para prestarem serviços ao INPS, garantindo a elas recursos para pagarem suas prestações. Foi nesse período que, juntamente com a construção de grandes hospitais e com o aumento das consultas pagas pelo INPS (necessárias ao mercado da doença subsidiado pelo governo), reapareceram doenças e epidemias por falta de saneamento e de atenção básica à saúde. Então, consolidou-se no Brasil o conceito de saúde como ausência de doença.

Se de um lado tínhamos uma política militar que reprimia os movimentos sociais, investia mal o dinheiro público da saúde e permitia grandes fraudes com ele; de outro, tínhamos um movimento que aglutinava profissionais de saúde, intelectuais e um conjunto de organizações sociais e populares construindo uma nova proposta de política de saúde, chamada “Movimento da Reforma Sanitária”, que mudou os rumos da gestão da saúde pública no país.

As Origens do SUS

A política econômica e de saúde implantada pela ditadura militar foi seguida pela falência da previdência no início da década de 1980. Além da corrupção com o dinheiro da previdência, os investimentos em infraestrutura que não geraram retornos ao Estado e o aumento da crise econômica no país fizeram com que o INPS quebrasse. Veio então o descredenciamento dos hospitais privados, que não queriam mais atender a população com pagamento do Estado. A rede privada, depois de ter conseguido se fortalecer com o dinheiro dos trabalhadores, através de subsídios concedidos pelo governo, passou a prestar

serviços somente a quem pagasse por eles.

Com o Estado sem dinheiro, a população desempregada ou com salários arrojados e a iniciativa privada se descredenciando, se instalava o caos na saúde. Para agravar o problema, o governo ditatorial “esqueceu” da saúde pública, o que fez com que epidemias, antes controladas, voltassem à tona. Esse contexto propiciou a consolidação da lógica de saúde “hospitalocêntrica”, que cada vez mais aumentava seus lucros, com pouca prevenção e promoção de saúde e, conseqüentemente, muitos doentes.

Mas esse ambiente despertou o que chamamos de reação ao modelo “hospitalocêntrico”. Esta reação foi liderada pelo Movimento da Reforma Sanitária, partindo de uma nova concepção de saúde, que atendia aos anseios dos movimentos sociais e da população em geral, reconhecendo todos os brasileiros como cidadãos, sujeitos de direitos, entre os quais, a SAÚDE. Então, se concebia a saúde como um direito de todos, independente de ter carteirinha ou não e, para atingi-la, o sistema deveria ser integral, dar conta da promoção, proteção e recuperação (admitindo o conceito de saúde como qualidade de vida).

Embora a proposição pareça expressar o óbvio e, dessa forma, todos deveriam concordar com ela, na realidade não é bem assim. A proposta elaborada pelo Movimento da Reforma Sanitária mexeu com interesses e concepções de mundo. O setor privado (grandes hospitais, laboratórios, clínicas, planos de saúde) percebeu que ela se chocava com os seus interesses em tratar doenças e ganhar dinheiro com atendimento médico, remédios, exames, internações hospitalares. Setores políticos não compreendiam ou não aceitavam que todas as pessoas são cidadãos e, portanto, têm direito à saúde e, principalmente, que garanti-la era dever do Estado. Esses setores achavam que o Estado deveria garantir atenção só aos mais pobres e que todos os demais deveriam pagar por planos de saúde particulares.

O projeto do SUS nasce se contrapondo a esses interesses e exigindo muita luta de pessoas e movimentos comprometidos com um novo modelo de saúde para o país. Nesse percurso, houve dois momentos importantes: o primeiro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve grande

*O PROJETO DO SUS NASCE
SE CONTRAPONDO A ESSES IN-
TERESSES E EXIGINDO MUITA
LUTA DE PESSOAS E MOVIMEN-
TOS COMPROMETIDOS COM UM
NOVO MODELO
DE SAÚDE PARA O PAÍS.*

participação popular, pela primeira vez na história, e garantiu a aprovação da proposta do SUS, elaborada pelo Movimento da Reforma Sanitária; o segundo foi a grande mobilização social que pressionou a Assembleia Nacional Constituinte para que colocasse, na Constituição Brasileira, a proposta defendida pelos movimentos sociais para a saúde pública.

Assim, em 1988, o SUS ganhou base legal. Com isso não queremos dizer que ele foi implantado. O projeto do SUS ainda se confronta com interesses econômicos e ideológicos e, portanto, a conquista da base legal foi apenas um passo da luta, que continua até os dias de hoje para que ele se concretize efetivamente.



3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES



A memória da construção e conquista do SUS é importante porque no processo de luta estava um conjunto de anseios populares que se traduziram em princípios do Sistema, incorporados mais tarde à legislação do país. Isso significa que os fundamentos do novo sistema de saúde no Brasil, a partir de 1988, não nasceram em quatro paredes, a partir de análises e conclusões de alguns técnicos. Ao contrário, são resultado de uma construção de grande parcela da sociedade (sintetizada no movimento pela reforma sanitária) a partir de experiências exitosas de outros países e do contexto histórico em que se encontrava o Brasil.



Quando falamos em princípios, do que estamos tratando? O dicionário apresenta, entre outros significados, o seguinte: “ato de principiar, momento em que alguma coisa tem origem; início, começo, causa primária; razão fundamental, base”. Embora todos esses termos não esgotem a riqueza da palavra princípio, ajudam a entender o que são os princípios do SUS. Poderíamos dizer que o princípio é aquilo que dá fundamento, a base sobre a qual a nova política pública de saúde foi construída. Ou, ainda, uma espécie de luz que faz enxergar o caminho que todas as ações de saúde devem seguir. Sem elas, ou quando não são seguidas, o SUS perde o que tem de mais essencial: a capacidade de garantir a todos o direito à saúde.

Entre os princípios, está o esforço de se construir em todo o Brasil um sistema de saúde regido pelos mesmos fundamentos. Portanto, diferente de todas as políticas de saúde implementadas anteriormente no Brasil, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. (ABC do SUS, 1990) E, sendo um sistema que se organiza em todo o território nacional sob a mesma filosofia, de quem é a responsabilidade pela sua implantação? Ela é das três esferas de governo: União, estados e municípios.

Para tratar dos diferentes princípios do SUS, vamos dividi-los: primeiro, os princípios que estão na

base da sua construção. Em seguida, os princípios ou diretrizes que devem orientar a sua organização em todo o país.

3.1 PRINCÍPIOS DO SUS

• Universalidade

Conforme o artigo 196 da Constituição, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Embora possamos dizer que essa frase expressa o óbvio, é importante repeti-la, porque muitas vezes o óbvio não é garantido. Duas são as implicações dessa passagem constitucional:

a) **A saúde é direito de todos.** Se, antes da Constituição de 1988, era preciso contribuir para a Previdência Social para ter acesso à saúde pública, agora todo cidadão deve tê-lo pelo simples fato de ser humano, não importando sexo, idade, crença religiosa, partido político, contribuição previdenciária etc. Está presente no SUS a lógica do conceito de saúde contra hegemônico do período neoclássico, que entendia a saúde como direito da cidadania.

O SUS NÃO É UM SERVIÇO OU UMA INSTITUIÇÃO, MAS UM SISTEMA QUE SIGNIFICA UM CONJUNTO DE UNIDADES, SERVIÇOS E AÇÕES QUE INTERAGEM PARA UM FIM COMUM.

Entendida enquanto direito, a saúde deve ser gratuita. Desrespeita a lei (portanto, deve ser punido) o prestador de serviço público ou privado, contratado pelo SUS, que cobra qualquer quantia dos usuários.

A Lei 12.653, de 28/05/12, considera crime exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial. O responsável pelo estabelecimento em Saúde que descumprir a Lei poderá ser punido com três meses a um ano de reclusão.

Entretanto, a gratuidade não é um favor prestado pelo poder público. É, antes de tudo, parte da dignidade humana (portanto ninguém dá um direito ao outro, mas este se constrói e se conquista histori-

camente). Deve-se considerar, ainda, que todos os cidadãos contribuem com impostos ou taxas, mesmo que não tenham contrato formal de trabalho. Por exemplo, ao adquirir qualquer produto para consumir, nele já está incluído um imposto. Por isso, é mais do que justo termos serviços públicos de qualidade, como os serviços de saúde. Se pagarmos por estes serviços (nos postos de saúde, hospitais, clínicas ou adquirirmos um plano de saúde), estaremos pagando duas vezes pela saúde.



b) **A saúde é dever do Estado** (municípios, estados e União). Quando reconhecemos a saúde como direito fundamental, alguém deve ter a responsabilidade de construir as condições concretas para a sua efetivação. Embora a sociedade em geral tenha um papel na implementação do SUS, a responsabilidade primeira ou máxima é do Estado. Nesse sentido, a saúde não é favor prestado pelo vereador, prefeito, governador ou presidente da República.

Por fim, como a saúde é de relevância pública, quem tem a obrigação de fiscalizar o Estado e, quando houver necessidade, fazer com que ele cumpra seu papel é o Ministério Público. Sua função é fazer cumprir a lei. Esse é um importante ente do Poder Judiciário, que muitas pessoas não conhecem, mas que devemos procurar em caso de dificuldade de acesso à saúde.

• Integralidade

O SUS parte de uma concepção de ser humano que está presente em toda a sua estruturação. Compreende-o como “um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser entendido com essa visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”. (ABC do SUS, 1990). Nesse sentido, o princípio da integralidade do SUS é entendido de duas formas:

a) **Integralidade vertical** (integralidade do ser humano). O ser humano é entendido como um todo, não fragmentado, integrado a uma comunidade e vivendo num contexto específico. Quando as ações

em saúde não levam em conta todos os aspectos envolvidos na vida do ser humano (biológicos, psíquicos, sociais, etc.), fragmenta-o e atua sobre uma parte. Mesmo que não de forma explícita, esse modo fragmentado de entendimento do ser humano faz parte da indústria da doença, conforme mencionado no capítulo anterior.

b) **Integralidade horizontal** (integralidade do Sistema). Sendo o ser humano um todo, ele precisa ser atendido por um sistema de saúde que dê conta desse todo. Isso quer dizer que temos direito às diversas ações em saúde: promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e alívio, que precisam estar articuladas. Conforme o art. 198 da Constituição, temos direito ao “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Isso significa que o importante é promover e prevenir as doenças para que o ser humano viva bem. Mas, em certos momentos, a promoção e a prevenção não são suficientes, pois somos atingidos por moléstias. Nesse caso, temos direito aos serviços assistenciais, tanto de tratamento, como de reabilitação. Se não estão disponíveis num determinado município, este deve encaminhar a pessoa a outro município que possa fazer o atendimento.

"CONFORME O ART. 198 DA CONSTITUIÇÃO, TEMOS DIREITO AO "ATENDIMENTO INTEGRAL, COM PRIORIDADE PARA AS ATIVIDADES PREVENTIVAS, SEM PREJUÍZO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS"

De forma sintética, é possível dizer que a integralidade compreende o ser humano e o SUS como um todo. Compreender o ser humano como um todo é não reduzi-lo a partes, como por exemplo, perna, braço, cabeça... Compreender o sistema de forma integral é entender as ações em saúde em todos os níveis, desde a baixa até a alta complexidade.

• Equidade

O princípio da equidade no SUS busca oferecer ações em saúde conforme a peculiaridade e a necessidade das pessoas. Nascermos com traços biológicos particulares e nos construímos enquanto seres humanos dentro de realidades geográficas, culturais e sociais diversas. O SUS prevê que estes aspectos sejam levados em conta na sua implementação. Isso significa que, ao mesmo tempo em que igualamos as pessoas no âmbito do direito (princípio da universalidade - todos têm direito ao SUS), diferenciamos-las do ponto de vista das suas necessidades específicas, garantindo ações em saúde conforme essas

necessidades. Por exemplo: embora o princípio da universalidade preveja que todos tenham direito a um transplante de coração, não significa que o SUS vá se preparar para transplantar 196 milhões de corações (número total da população brasileira). Isso seria praticamente insustentável do ponto de vista financeiro e sabe-se que nem todas as pessoas precisam de transplante de coração. Os problemas de saúde se diferenciam de uma pessoa para outra (citamos um exemplo no nível da assistência, mas isso também se traduz no nível da promoção e da prevenção). O sistema precisa estar preparado para garantir os diferentes serviços para todas as pessoas.

3.2 - DIRETRIZES ORGANIZATIVAS DO SUS

A organização do SUS deve ter como base todos os princípios detalhados anteriormente. Quando um gestor em saúde não segue essa doutrina, não está implementando a lei da saúde e está desrespeitando a cidadania.

Para que o SUS seja, de fato, um sistema de saúde de qualidade, que garanta saúde para todos, deve ser organizado à luz dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Estes princípios devem se traduzir na forma organizacional do sistema, regida pelo que podemos chamar de diretrizes organizativas do SUS. Diferente das outras políticas de saúde implantadas antes de 1988, essas diretrizes vão garantir um sistema único.

• Regionalização

Segundo a Constituição, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada (...)”(cf. art. 198). Essa ideia remonta à Conferência de Alma Ata (que aconteceu em 1978 na URSS), que afirmava a importância de organizar a saúde perto da casa das pessoas, para garantir o acesso a toda a população, de forma universal, equânime, integral e gratuita. A regionalização é a forma de organização e funcionamento do SUS, prevista no Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde. Para o decreto, as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma integrada entre municípios vizinhos, que se identificam cultural e geograficamente, através de uma Rede de Atenção à Saúde. Isso quer dizer que consultas, exames e procedimentos devem ser organizados em uma rede de saúde, de forma hierarquizada. Começando pela atenção básica e, se necessário, encaminhado para os hospitais, laboratórios e institutos especializados no município ou na região, de forma organizada e a partir de contratos, conforme veremos no próximo capítulo.

Em síntese, as ações em saúde devem estar organizadas a partir de regiões, delimitadas desde o âmbito municipal, passando pelo estadual, até o federal, numa rede que garanta ao cidadão acesso fácil a serviços qualificados. Quanto mais perto da população forem executadas as ações, maior a capacidade de agir sobre as causas dos problemas de saúde de determinada região.

Entretanto, é necessário que o gestor municipal participe das Comissões Intergestores Regionais (CIR) para contratualizar os serviços e integrar a rede, de modo que a universalidade, integralidade e equidade do sistema sejam garantidas ao usuário.

- Hierarquização

A regionalização prevê acesso fácil e de qualidade ao sistema de saúde. Mas isso não significa que todos os municípios ofereçam todas as ações e serviços em saúde. Isso seria irracional e insustentável. Por isso, o SUS prevê que as ações de saúde estejam articuladas entre si de forma hierarquizada, desde a atenção primária, até a alta complexidade. A lei prevê que as ações e serviços públicos de saúde, além de regionalizados, “(...) integram uma rede hierarquizada(...), constituindo, assim, um sistema único. (Cf. art. 198) Ou seja, os problemas de mais fácil solução seriam resolvidos perto da população (atenção primária) porque não exigem procedimentos mais especializados e, portanto, são menos

onerosos financeiramente (isso não quer dizer que são menos importantes). Os problemas que exigem procedimentos mais complexos (de média e alta complexidade) seriam tratados em hospitais e centros especializados integrantes das Redes de Saúde. Entretanto, quando o cidadão entra em qualquer unidade de saúde do sistema, se ela não tiver condições de resolver o problema, tem a responsabilidade de encaminhá-lo imediatamente a outra unidade, mais especializada, que possa fazê-lo.

Em síntese, a hierarquização refere-se à organização e à gestão administrativa dos serviços prestados pelo SUS, que devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade. O decreto 7.508/2011 prevê como portas de entrada (primeiro nível) a atenção básica, a atenção de urgência e emergência, e a atenção psicossocial. Ou seja, o acesso ao SUS se dá por essas portas e não por

"A LEI PREVÊ QUE AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, ALÉM DE REGIONALIZADOS, INTEGRAM UMA REDE HIERARQUIZADA, CONSTITUINDO, ASSIM, UM SISTEMA ÚNICO"

“favores” de conhecidos furando a fila. Todo e qualquer procedimento no SUS deve se iniciar pelas portas de entrada, passando, a partir daí, se necessário, para os demais níveis de complexidade. O gráfico abaixo exemplifica o fluxo da hierarquização do sistema.



FONTE: BRASIL, Tribunal de contas da União. Orientações para Conselheiros de saúde, 2010.

Exemplificando o gráfico: João consultou na UBS do seu bairro e o médico solicitou que ele faça um cardiograma. A UBS não realiza esse exame, ela deve encaminhá-lo para a referência, seja o município ou a região. Esse, por sua vez, após a realização do exame, deve encaminhar João de volta à UBS para encaminhar a continuidade do tratamento.

• Descentralização

A descentralização é o meio de resolver um problema sério do setor da saúde. Até a implementação do SUS, havia uma concentração dos recursos e centralização do poder de decisão no Ministério da

Saúde, em Brasília. A capacidade gerencial das políticas e dos recursos por parte do Ministério era muito limitada, porque o Brasil é geograficamente muito grande. Essa centralização desperdiçava recursos em determinados locais, fazendo faltar em outros, e gerava dificuldade de responsabilização dos diferentes níveis de governo. A descentralização fundamenta-se na teoria de que, “quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto” (ABC do SUS, 1990). A garantia constitucional está no art. 198, “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”. Com isso, os estados, mas principalmente os municípios, ganham poder para organizar a saúde de acordo com a sua realidade específica. É a municipalização da saúde, que dá poder de decisão a quem executa. Conforme a Constituição Federal, aos estados e União cabe a responsabilidade de cooperarem técnica e financeiramente (cf. Art. 30, inciso VII).

É importante ressaltar que depois da aprovação do SUS, muito do que se fez com o argumento da descentralização foi uma municipalização da saúde. O município teve que assumir um compromisso cada vez maior nas ações e serviços, mas dependendo dos recursos do governo federal, com quem fica a maior parte dos impostos dos cidadãos. Isso acaba desvirtuando o real sentido do que o movimento sanitário queria com a descentralização.

• Racionalização e Resolução

As ações e serviços devem ser definidos e organizados de modo a solucionar os problemas da sua Região de Saúde. Para isso, os indicadores epidemiológicos são importantes para qualquer planejamento em saúde. Eles oferecem um quadro situacional da saúde em cada região, contribuindo também para a elaboração do Mapa Sanitário.

O Mapa Sanitário é um instrumento importante do planejamento de saúde, que vem contemplar o princípio de racionalização e resolução. Ele identifica os vazios sanitários, encontrando distorções e concentrações de ações e serviços oferecidos tanto na rede pública como na privada. Por exemplo, o caso dos mamógrafos no Brasil. Segundo auditoria do Denasus (2010), há mamógrafos suficientes para atender toda a demanda do país, mas eles se concentram em determinadas regiões e faltam em outras. Além disso, há regiões que possuem mamógrafos, mas não possuem uma rede estruturada e organizada para utilizá-los. Esse tipo de situação, que onera o sistema, prejudica o acesso da população e vai contra o princípio da racionalização, o Mapa Sanitário visa a eliminar, aprimorando a gestão e fazendo o seu controle para que, de fato, o SUS seja racional e resolutivo.

O princípio da racionalidade prevê que não haja oferta de procedimentos desnecessários e, portanto, desperdício de recursos. A construção e a aquisição de estruturas (hospitais, aparelhos, remédios) e a

oferta de serviços não deve ser definida por este ou aquele grupo, amigo do vereador ou do prefeito, que somente está interessado em ganhar dinheiro, mas a real demanda da população, expressa no Mapa da Saúde. Por isso, o sistema deve ser resolutivo, isto é, procurar sempre resolver o problema do cidadão, empregando o tempo, o custo e o sofrimento mínimo. O cidadão que precisa de atendimento não pode ser mandado bater de porta em porta. Ao entrar em qualquer unidade do sistema, aquela deverá buscar a solução ou encaminhar para outra com capacidade resolutiva sem exigir procedimentos desnecessários para cobrar mais serviços do SUS.

• Complementaridade do Setor Privado

O SUS prevê que as ações e serviços sejam garantidos a partir da estrutura do setor público. Mas quando essa estrutura for insuficiente, o gestor poderá recorrer ao setor privado, que atuará de forma complementar ao sistema. A forma de participação será acordada com o gestor público por meio de contrato ou convênio. Nessa participação privada, terá preferência o setor filantrópico (não lucrativo) do SUS. Mas a prestação de serviços pelo setor privado não tira o caráter público do SUS. O cidadão, quando for atendido em estruturas privadas, da mesma forma como nas públicas, estará garantindo a efetivação do seu direito à saúde. Por isso, quem deverá dar as regras para essa contratação de serviço privado é o SUS. Essa prerrogativa está na Lei 8.080/90, art. 22: “na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS - quanto às condições para seu funcionamento”. No contrato ou convênio, terá sempre primazia o fim público (direito à saúde do cidadão) e não o fim privado (lucro). O prestador privado deverá estar de acordo com os princípios e normas técnicas do SUS. Precisa, ainda, se integrar ao processo de regionalização e de hierarquização dos serviços de saúde da região à qual pertence.



- Participação da Comunidade

Se o princípio da descentralização parte da máxima de que “quanto mais perto do fato for tomada a decisão, maior a chance de acerto”, o princípio do controle social parte da máxima de que “quanto maior o envolvimento da sociedade na construção e fiscalização do SUS, mais chances de êxito existirão”. Todos os sujeitos envolvidos no SUS têm papel na sua implementação. Profissionais, prestadores, gestores e, principalmente, usuários que estão na ponta do sistema e que acompanham o cotidiano da política pública.

Antes da aprovação do SUS, principalmente na época da ditadura, um dos problemas estruturais da política de saúde no Brasil era o distanciamento da sociedade que não influenciava nas definições e nem acompanhava a implantação destas políticas. Embora experiências embrionárias tenham sido feitas com a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS, em 1983, e, mais tarde, com a aprovação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em 1987, a efetivação constitucional da participação social se deu somente em 1988, com a nova Constituição Federal. Ela contempla, em seu artigo 198, “a participação da comunidade”. Mais tarde, a lei 8.142/90 traduziu o texto constitucional em duas formas de participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo: União, estados e municípios.

"A CONQUISTA DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E EM OUTRAS POLÍTICAS PÚBLICAS VEM CONTEMPLAR O ANSEIO HISTÓRICO DA SOCIEDADE DE RADICALIZAR CADA VEZ MAIS A DEMOCRACIA, EM QUE O PODER EMANA DO POVO"

A conquista do controle social na saúde e em outras políticas públicas vem contemplar o anseio histórico da sociedade de radicalizar cada vez mais a democracia, em que o poder emana do povo. Nesse sentido, os Conselhos de Saúde não possuem caráter meramente consultivo, mas também deliberativo. Eles têm poder de decisão sobre a política da saúde.

O exercício do controle social se baseia na democratização do conhecimento e estimula a organização da sociedade para o efetivo exercício da democracia direta na gestão do Sistema Único de Saúde. É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle social de sua execução, em todos os níveis,

desde o federal até o local.

Dada a importância do controle social na construção do SUS, ele será fundamental também na sua implementação e consolidação. O controle social não é apenas “mais um princípio” do SUS, e sim o “princípio por excelência” para o movimento popular, e dele depende a saúde do Sistema. É fundamental refletirmos sobre o papel que o controle social exerce no SUS e quais os grandes desafios que são colocados para o movimento popular nos próximos anos. Esse será o objetivo do próximo capítulo.



4. CONTROLE SOCIAL



Como vimos, uma das diretrizes fundamentais e inovadoras do SUS é a garantia da participação popular na definição das políticas de saúde e na fiscalização de sua implementação. Foi a luta popular dos anos 1970 e 80 que conseguiu garantir, na Constituição - e depois, nas Leis Orgânicas da saúde -, dois espaços institucionais para o exercício do controle social: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Esses espaços seriam paritários, ou seja, as entidades usuárias teriam o mesmo número de representantes das demais entidades (de prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde) em conjunto. O objetivo da definição da paridade era assegurar que a sociedade civil pudesse garantir a representatividade de seus interesses. Isso também serviu para romper com a concepção de que quem deve definir as ações do Estado é somente a sociedade política (através de seus técnicos ou dos interesses clientelistas e eleitoreiros dos políticos que tratam as políticas públicas como troca de favores).



Durante a década de 1990, a totalidade dos estados e a grande maioria dos municípios instituíram seus conselhos de saúde. Representantes dos movimentos sociais e integrantes da sociedade civil como um todo ocuparam suas cadeiras de conselheiros. Contudo, permanece uma inquietação: a constituição de conselhos paritários garante o efetivo exercício do controle social, a democratização do poder e os interesses da sociedade civil? Não temos a menor dúvida de que o processo histórico desenvolvido, a instituição do princípio do controle social, a criação das conferências e dos conselhos com paridade numérica, e ainda a participação dos movimentos sociais nesses espaços, foram grandes avanços. Mas gostaríamos de apontar alguns elementos que consideramos fundamentais e que podem contribuir para qualificar o controle social:

- Superação da cultura política oligárquica dos gestores

No Brasil, por muito tempo convivemos com uma cultura política elitista, que sustenta a ideia de que o poder deve estar com “quem sabe”, com os “engravatados”. De que o povo “não sabe das coisas”. E

assim, o poder deve estar com os prefeitos, os vereadores, os deputados, sempre oriundos das classes dominantes. A cultura é de que o povo deve simplesmente votar e ter uma boa relação com os políticos para ser atendido quando precisar de algum “favor”; é de que quem brigar com os políticos nunca conseguirá nada. Foi esta compreensão que alimentou, durante a nossa história, o que chamamos de clientelismo, coronelismo, de política dos favores, de toma-lá-da-cá. É por isso que às vezes ouvimos que os Conselhos de Saúde tiram o poder dos prefeitos e dos vereadores; que os Conselhos devem aprovar o que o prefeito e seu secretário querem, pois são eles os que “sabem das coisas”, foram eles os eleitos, portanto eles é que devem tomar as decisões.

Ainda é comum gestores escolherem os “amigos políticos” como representantes dos usuários, assumirem a presidência dos conselhos, definirem a pauta, não descentralizarem as informações e marcarem as reuniões dos conselhos para quando lhes for mais conveniente. Em alguns casos, os gestores chegam até mesmo a fazer a ata e mandar um emissário pegar as assinaturas dos conselheiros em suas casas. E há, também, representantes de associações de moradores e de outras entidades que ainda acreditam que não podem “brigar” com o prefeito ou com o secretário, por medo de o gestor público não ajudar no futuro.

A qualificação do controle social depende da superação dessas práticas. Os políticos, a população e os representantes das entidades precisam ter a convicção que a saúde é um direito de todos e os governos têm o dever de garanti-la.

Não podemos mais admitir que as consultas, as internações e os atendimentos médico-hospitalares sejam entendidos como concessão de favores dos políticos que, em troca, querem votos para se perpetuar no poder. A democracia precisa ser entendida em sua plenitude. Os prefeitos e vereadores são eleitos e, portanto, representam a população, devendo, portanto, prestar contas de suas ações; ouvir a população e respeitar as decisões dos Conselhos de Saúde, que são deliberativos.

*"OS POLÍTICOS, A POPULAÇÃO
E OS REPRESENTANTES DAS ENTIDADES
PRECISAM TER A CONVICÇÃO QUE A SAÚDE É UM DIREITO
DE TODOS E OS GOVERNOS TÊM
O DEVER DE GARANTI-LA!"*

• Formação dos conselheiros

São constantes as considerações, por parte de conselheiros ou de estudos acadêmicos, de que um dos maiores obstáculos para o bom funcionamento dos conselhos é a falta de capacitação de seus membros.

Acreditamos que essa é apenas parte da verdade.

Não temos dúvidas de que, para uma melhor atuação dos conselheiros, é fundamental que eles conheçam a legislação do SUS, tenham noções de orçamento público, e que conheçam o funcionamento do Sistema. Por outro lado, sabemos que a maioria dos gestores não quer compartilhar o poder, não repassa as informações necessárias de forma clara, se esconde atrás de uma carapuça de poder político e conhecimento técnico para impor suas propostas. Mas mesmo que o gestor não goste ou não queira repassar informações sobre os gastos públicos, é importante saber que o direito de acesso às informações públicas está garantido na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e regulamentado pelo Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Mas só ter acesso à informação não é suficiente; é necessário poder compreendê-la. É importante saber relacionar os gastos com as ações e serviços executados.



Por isso, é fundamental que os conselheiros se qualifiquem. E eles devem se qualificar tanto técnica quanto politicamente, superando a concepção de que o saber técnico tem maior valor. Além disso, a população e seus conselheiros têm o direito de receber as informações devidas em tempo hábil e de forma clara, para que possam tomar suas decisões.

Portanto, os programas de formação devem superar a dicotomia entre conhecimento técnico e político. Quem deve desenvolver estes programas são as próprias entidades populares, que conhecem a realidade social local. Deve ser superada a ideia de que só os técnicos são capazes de transmitir o “valioso” conhecimento para os representantes populares.

• Relação entre os conselheiros e suas entidades

A função dos conselheiros é representar os interesses das entidades e dos segmentos da sociedade a que pertencem. Portanto, quanto maior o vínculo do conselheiro com sua entidade e desta entidade

com a sociedade, maior será o espaço de diálogo e a maior será a possibilidade do Conselho representar os verdadeiros interesses da população e de ser respeitado pelo gestor. É evitar a atuação de conselheiros que representem legalmente uma entidade, mas que, na prática, defendam apenas interesses pessoais. As entidades que compõem os conselhos devem construir condições para que o seu representante desempenhe efetivamente sua função; devem exigir que as pautas do conselho sejam sempre discutidas nas suas bases e nas suas instâncias diretivas. Quando isso não ocorre, as decisões tomadas pelos conselheiros não têm representatividade e, na maioria das vezes, os gestores não as colocam em prática, já que a sociedade não sabe o que o conselho definiu e tampouco pressiona o gestor para implementar aquela política.

Assim, é fundamental que o compromisso de compor o conselho seja da entidade, não dos indivíduos. Ela deve proporcionar capacitação técnica e política, além de estar atenta ao desempenho de seu representante no Conselho e substituí-lo quando ele não cumpre satisfatoriamente o seu papel.

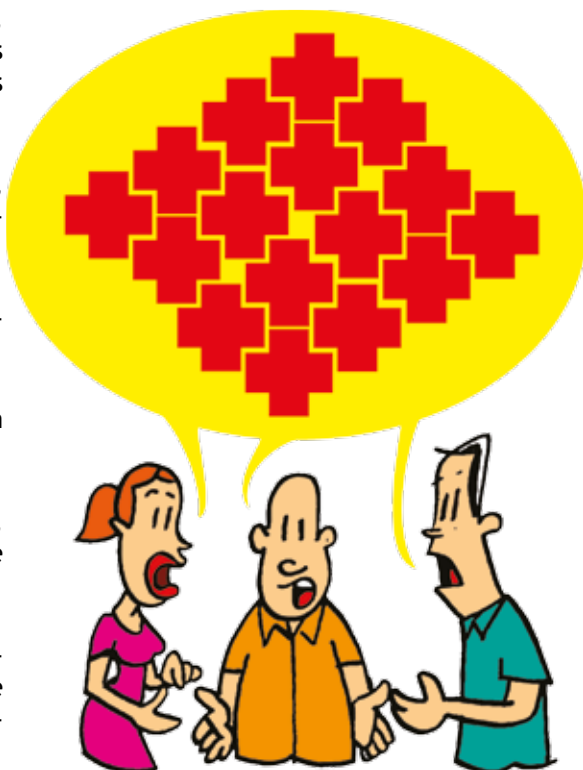
- Conscientização da população de seus direitos e da sua condição de cidadania

Mesmo que a Constituição tenha mais de vinte anos e reconheça a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, a grande maioria da população ainda não vê com clareza o seu direito à saúde. A população ainda não assimilou a importância de seus representantes mais próximos definirem as políticas de saúde e de fiscalizarem a ação dos gestores públicos. São frequentes as campanhas publicitárias que buscam demonstrar que o SUS não funciona; que os Conselhos são ineficazes. Ainda está muito presente a ideia de que quem sabe são os técnicos e quem tem poder são os políticos, restando para a população o dever de não gerar conflitos, como condição para receber os “benefícios” dos políticos. Existem muitos vereadores e prefeitos que ainda se elegem em troca de fichas de consultas, de autorizações para internações e exames e de transporte de doentes. Os conselhos e as entidades sociais precisam lutar para superar esse quadro. Para tanto, é fundamental que seja ampliada a atuação nos conselhos e que se aumente o debate sobre saúde junto à população em geral.

*AS ENTIDADES QUE COM-
PÕEM OS CONSELHOS DEVEM
CONSTRUIR CONDIÇÕES PARA
QUE O SEU REPRESENTANTE
DESEMPENHE EFETIVAMENTE
SUA FUNÇÃO*

É necessário que se estabeleçam fóruns populares, da luta pela saúde que sirvam para articular todas as entidades e movimentos que lutam pela saúde. Esses fóruns devem cumprir os seguintes papéis:

- preparar os debates e disputas nos conselhos, garantindo que eles aprovem as políticas que representam os interesses da maioria da comunidade;
- levar até a comunidade todos os debates realizados nos conselhos;
- pressionar os gestores para que implementem as políticas definidas pelos conselheiros;
- pensar momentos de formação permanentes, em que as entidades tenham espaço para refletir e qualificar sua ação;
- debater com a sociedade sobre a implementação do SUS, valorizando as práticas populares de saúde e objetivando agregar o saber popular às políticas públicas.



Participar dos debates da conjuntura nacional

Muitos conselhos restringem sua ação somente aos problemas pontuais, sem relacioná-los com questões estruturantes. A participação da comunidade no SUS não é algo isolado, desvinculado das demais questões que permeiam a sociedade. Pelo contrário, é necessário estar vinculado a essas questões. Nas palavras de Moroni “a participação se concretiza num contexto político, econômico, social, cultural e ambiental determinado. Quer dizer, ela se dá na relação do presente (contexto atual) com o futuro (o que queremos construir)” (MORONI, 2012, p. 45). Neste sentido, se queremos realmente ter um processo democrático participativo precisamos superar algumas desigualdades historicamente reproduzidas, tais como o racismo, o patriarcalismo, dentre outros. Do contrário, poderemos estar reproduzindo uma democracia elitizada.

Outra agenda, que os conselhos de saúde devem se inteirar é a reforma do sistema político brasileiro e a Reforma Tributária.

Reforma do Sistema Político

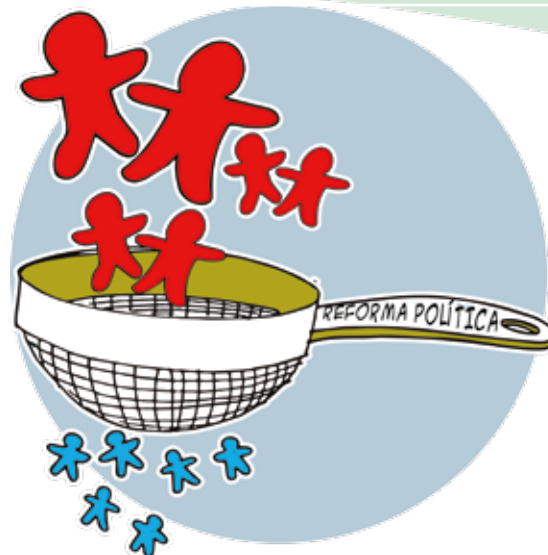
Quando falamos em reforma do sistema político, é preciso entender o que de fato queremos com essa reforma. Este debate tem hoje vários enfoques. Há aqueles que defendem somente uma reforma do sistema eleitoral. Na visão de um conjunto de organizações, movimentos e pastorais da sociedade civil essa reforma seria insuficiente, pois não provocaria as transformações necessárias nas instituições políticas e no exercício do poder, continuando a produzir exclusão e desigualdade. Por exemplo, uma reforma eleitoral não é suficiente para mudar as estruturas patriarcais, étnico-raciais, geracionais e econômicas. O poder permanece centralizado em uma pequena minoria que não representa a diversidade existente no Brasil, sem contar com a participação da sociedade.

Outro limite desta proposta é não estabelecer mudanças nas atuais regras que regulam os meios de comunicação e a sua concentração. A democracia exige o direito à comunicação e à informação, mas esse direito não é garantido quando há uma concentração dos meios de comunicação. Por fim, uma simples reforma eleitoral também não vai incidir sobre o poder judiciário, ainda pouco discutido pela sociedade. A sociedade precisa discutir mais, avaliar e opinar sobre a ação do poder judiciário - o que não significa ameaçar a sua autonomia. Essa discussão é necessária e urgente para que de fato possamos falar em democracia radicalizada no Brasil.

Procurando fazer frente ao debate que está centrado somente na questão eleitoral e propor uma agenda de reformas mais ampla, diversos movimentos sociais fundaram em 2004 a Plataforma dos Movimentos Sociais pela Reforma do Sistema Político. A Plataforma construiu a sua proposta a partir dos princípios da igualdade, diversidade, justiça, liberdade, participação, transparência e controle social, por entender que a reforma política deve provocar mudanças não só no sistema político-eleitoral,

**"OUTRA AGENDA, QUE OS
CONSELHOS DE SAÚDE DEVEM
SE INTEIRAR É A REFORMA DO
SISTEMA POLÍTICO BRASILEIRO E
A REFORMA TRIBUTÁRIA"**

mas também na cultura política e no próprio Estado. “Reforma política é a reforma do próprio processo de decisão; portanto, a reforma do poder e da forma de exercê-lo”. Esta reforma objetiva radicalizar a democracia. E para isso, é necessário ampliar as possibilidades e as oportunidades de participação política de todos (mulheres, negros, homossexuais, pessoas com deficiência, indígenas...). Não há democracia, se alguns grupos sociais estão excluídos do processo decisório, ou então não são reconhecidos em suas individualidades. Por isso, falar de reforma política é falar de uma reforma da estrutura democrática, discutir e ampliar ferramentas de democracia participativa e democracia direta.



Para a Plataforma, uma reforma mais ampla deveria se estruturar em cinco eixos:

- 1) Fortalecimento da democracia direta (a população participando diretamente da decisão de temas por meio de plebiscito, referendo e iniciativa popular);
- 2) Fortalecimento da democracia participativa (comunidade partilha o poder de decidir, como por exemplo, os conselhos de políticas públicas);
- 3) aprimorando a democracia representativa: sistema eleitoral e partidos políticos (o processo de escolha e fiscalização daqueles que representarão a população na tomada de decisões);
- 4) Democratização da informação e da comunicação;
- 5) Democratização e transparência no Poder Judiciário.

Todas as propostas e discussões referentes a cada eixo estão disponíveis no site:

<http://www.reformapolitica.org.br>

Outro tema igualmente importante e que não pode ficar fora da agenda de discussão dos conselhos e lideranças da saúde é o sistema tributário. O financiamento de todas as políticas sociais, incluindo a saúde, tem sua fonte nos tributos e contribuições pagas pelos cidadãos. No entanto, a forma como são feitos os pagamentos é definida pela política tributária do país. No Brasil a política de tributação precisa ser discutida pelas lideranças sociais e passar por mudanças que possam provocar uma maior justiça social. A tributação deve seguir o princípio da justiça fiscal, ou seja, as diferenças de renda dos cidadãos deveriam ser consideradas na definição dos tributos. Aqueles que têm e que ganham mais deveriam pagar mais e os que têm menos e ganham menos deveriam pagar menos. Isso é o que os economistas chamam de tributação progressiva. Aumenta progressivamente conforme a capacidade financeira de cada pessoa. Infelizmente, no nosso país o tributo não reflete o princípio da progressividade; pelo contrário, é altamente regressivo, o que acaba penalizando os mais pobres.

Um estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, em 2008, revela que os que ganham de um a dois salários mínimos trabalham 197 dias para pagar seus impostos - o que significa um pouco mais de 6 meses. Já os que ganham acima de 30 salários mínimos, trabalham apenas 109 dias, o que representa pouco mais de três meses.

Outro problema que contribui para o caráter regressivo do sistema é que a tributação tem uma alta incidência no consumo. Segundo dados da Receita Federal de 2009, a incidência do imposto no consumo, pago invariavelmente por todos, foi de 47,36%, enquanto que o imposto sobre a propriedade e sobre transações financeiras foi de 4,91%; e o imposto sobre a renda foi 19,88. Isso nos mostra que a lógica atual da tributação incide muito mais sobre o consumo, penalizando os mais pobres. Ao comprar um quilo de feijão, eles estão pagando o mesmo percentual de imposto pago pelos que ganham 30 salários mínimos. Isso explica a informação do IPEA de que os mais pobres comprometam 48% da sua renda mensal em impostos. Isso comprova que o sistema tributário brasileiro é extremamente injusto e contribui para manter a injustiça social.

Frente a essa realidade, os movimentos sociais têm se articulado para debater uma reforma tributária que contemple a progressividade do sistema e a justiça fiscal. No entanto, o projeto que está em debate no Congresso Nacional, apresentado em 2008 com o nome de Reforma Tributária, não altera significativamente nessa estrutura injusta. Seu foco maior está na redução dos tributos, na simplificação do sistema tributário e no fim da guerra fiscal entre os estados. Além de não combater a atual injustiça tributária no país, a atual proposta terá impactos negativos no orçamento da Seguridade Social (saúde, assistência e previdência), pois propõe acabar com algumas contribuições como o COFINS - criadas para

financiar a Seguridade Social, o que pode reduzir consideravelmente os recursos para a saúde.

Portanto, é preciso que a reforma tributária seja, junto com a saúde, uma das nossas pautas estratégicas enquanto movimentos sociais. Sem uma tributação justa e progressiva, não haverá justiça social.

4.1 – INSTÂNCIAS OFICIAIS DE CONTROLE SOCIAL

Embora tenhamos claro que o controle social se exerce através de um conjunto de ações da sociedade, tanto nos movimentos sociais, como nas práticas populares, a legislação brasileira estabelece duas instâncias legais para o exercício do controle social da política pública de saúde: Conselhos e Conferências de Saúde. Abordaremos aspectos gerais de cada uma dessas instâncias.

Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde são um espaço de ampla participação da comunidade e têm o papel de avaliar a política pública de saúde periodicamente (a cada dois ou quatro anos). A Conferência tem o papel de formular as diretrizes da política de saúde para um determinado período, além de orientar a elaboração do Plano de Saúde. A ação do Conselho deve estar em consonância com o que foi discutido na Conferência.

Segundo a lei 8142/90, a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

É na Conferência de Saúde que o povo avalia, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera: federal, estadual e municipal. As Conferências não devem se limitar à escolha de delegados. Por isto, é importante que estas sejam precedidas pelas pré-conferências, que contribuem na mobilização e na discussão da temática da Conferência de Saúde. No caso dos municípios, as pré-conferências podem ser realizadas nos bairros ou regiões.

As Conferências de Saúde também devem respeitar o princípio da paridade na eleição de delegados. Delegados são aqueles que têm direito a voto. No entanto, todos os participantes têm direito a voz. A Comunidade deve se organizar e participar desse importante espaço, avaliando e sugerindo diretrizes

para a saúde.

O Conselho de Saúde deve acompanhar o processo de convocação, de mobilização e influenciar na escolha do tema geral e das temáticas específicas a serem discutidas na Conferência de Saúde. É importante que o Conselho de Saúde também contribua na construção de uma boa metodologia, para que as pessoas participem ativamente da Conferência.

Quanto mais informações as pessoas tiverem sobre a realidade da saúde, mais contribuirão na construção do processo. Por isso, é importante que os Conselhos e Fóruns subsidiem a comunidade com dados epidemiológicos, sociais e econômicos do seu município.

O espaço da Conferência não pode se limitar a falas do gestor apresentando o que fez na sua gestão. Isso é importante, sim. Mas a Conferência é o momento da comunidade avaliar a política de saúde, apontar os desafios e elencar as prioridades. O espaço da Conferência deve ser um momento de escuta para os gestores.

Conselhos de Saúde

Conselho de Saúde é uma das instâncias do controle social prevista na Lei 8142/90: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, 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.

Para entender melhor, vamos ver o que significa cada parte do conceito de Conselho de Saúde.

Ao dizer que o Conselho tem caráter permanente, a Lei está afirmando que o Conselho deve existir sempre, independente da vontade do gestor. Ou seja, o Conselho não pode ser extinto por nenhuma autoridade. Isso lhe dá autonomia e poder. Desta forma, o Conselho de Saúde é instituído por lei (federal, estadual ou municipal), não podendo contrariar a legislação do SUS.

Ao atribuir um caráter deliberativo ao Conselho de Saúde, a lei reconhece o poder do Conselho de deliberar, de decidir sobre assuntos de saúde do seu município, estado ou da União. Ou seja, o Conselho

tem o poder de dizer sim ou não, aprovar ou desaprovar contas ou ações da política de saúde.

O Conselho de Saúde não é um espaço de representação dos interesses pessoais ou da família ou parentes do conselheiro, mas de representação das diferentes entidades da sociedade que existem para lutar e defender os direitos humanos. É por isso que o Conselho é um Órgão Colegiado. Participam do Conselho de Saúde representantes dos diversos segmentos da sociedade: mulheres, negros, deficientes físicos, sindicatos, associações de moradores, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas) e gestores (secretários e coordenador regional de saúde do governo estadual).

No Conselho de Saúde, os conselheiros devem buscar formular políticas públicas, fiscalizar os gastos e avaliar o resultado da política implementada pelo poder executivo.

- **Criação:** O Conselho Municipal deve ser instituído por lei municipal. Se já estiver na Lei Orgânica do Município, deve ser regulamentado por decreto do prefeito, obedecendo às normas das legislações estaduais e, centralmente, da Lei Federal 8.142/90. O indicado é que o Conselho seja instituído por Lei Municipal para que qualquer alteração a ser feita na referida legislação tenha que passar pela Câmara Municipal.

A Lei 8142/90 diz que o Conselho de Saúde deve ser organizado de forma paritária entre dois grupos: a) usuários, b) gestores, profissionais e prestadores, como veremos no quadro a seguir. Isto é, no Conselho, o número de usuários nunca pode ser menor que o total de gestores, profissionais e prestadores.

Então, o Conselho fica assim constituído:

Conselho de saúde		
50% Usuários: associações de moradores, sindicatos, movimentos sociais, ONG's, etc.	25% Profissionais: enfermeiros, médicos, sindicatos e conselhos da categoria, conselhos profissionais	25% governo e prestadores de serviço: secretário de saúde, hospitais, ambulatórios, farmácias, etc.

É importante lembrar que o Poder Legislativo e o Poder Judiciário não integram o Conselho de Saúde.

Tanto a mesa coordenadora quanto as comissões devem ser constituídas respeitando a paridade e devem passar por votação da plenária.

• **Funcionamento:** O Conselho tem autonomia para estabelecer, através do seu regimento interno, as regras de funcionamento. Alguns pontos são fundamentais e devem estar no regimento. Entre eles:

- Estabelecer reuniões ordinárias, no mínimo mensais, com calendário, horário e local definidos (ex.: segunda quinta-feira de cada mês às 19 horas na Câmara de Vereadores). Isso é importante para que todos os conselheiros e a comunidade em geral se programem para participar, evitando também que o gestor marque reuniões de última hora com o objetivo de esvaziar o plenário.

- Secretariar todas as reuniões para que as decisões fiquem registradas em ata - que deve ser lida, aprovada e assinada pelos conselheiros.

- Formular resoluções das principais decisões do Conselho.

- Estabelecer algumas comissões internas para facilitar os trabalhos. Por exemplo: comissão de fiscalização, comissão de finanças, comissão técnica etc. Essas comissões devem estudar as matérias específicas e levar seus pareceres para o plenário do Conselho, facilitando o entendimento do assunto e, com isso, as votações.

- As pautas das reuniões ordinárias dos conselhos devem ser definidas com antecedência pela coordenação da mesa. Porém, é preferível que a pauta seja definida pela plenária da reunião anterior, para que todos os conselheiros venham preparados para debatê-las. Por exemplo: a pauta do mês de junho é definida pela reunião de maio e todas as informações sobre os temas da reunião devem chegar nas mãos dos conselheiros, no mínimo, oito dias antes da reunião. Os assuntos emergenciais podem entrar no ponto “assuntos gerais”, ou, quando necessário, será convocada uma reunião extraordinária, desde que os conselheiros sejam avisados com antecedência. Essa dinâmica permite ainda que os Fóruns de Saúde tenham tempo para debater essas pautas e contribuir com a posição a ser definida pelos conselheiros.

- **Principais funções dos conselhos:**

- Avaliar e contribuir na definição das políticas de saúde do município;
- Aprovar ou não os planos de investimentos do gestor;
- Apreciar o relatório trimestral de gestão;
- Fiscalizar a movimentação do Fundo Municipal da Saúde;
- Encaminhar para o Ministério Público as atas ou resolução não homologadas pelo prefeito;
- Receber e encaminhar as reclamações dos usuários quanto ao não funcionamento ou mau funcionamento do sistema de saúde;
- Convocar, junto com o gestor - ou mesmo sozinho, quando o gestor se omitir, a Conferência de Saúde no município;
- Denunciar para o Ministério Público, para a imprensa e para a comunidade qualquer irregularidade cometida pelos gestores.

4.2 - OUVIDORIA DO SUS

A ouvidoria do SUS é outro espaço importante para a participação social. A Ouvidoria é um canal de diálogo direto entre o cidadão e o Estado. Tem o objetivo de mediar manifestações dos cidadãos, disseminar informações, realizar pesquisas e contribuir para a transparência das ações do Ministério da Saúde. Pode ser acessada pelo telefone através do número 136, pela internet ou por correio. A Ouvidoria, além de acolher demandas, também visa ir ao encontro do cidadão. Uma das ações importantes da Ouvidoria que tem contribuído no controle do cidadão sobre os serviços prestados pelo SUS é a Carta SUS. A Carta SUS é enviada a todos àqueles que fizeram algum tipo de procedimento hospitalar pelo SUS. A carta, além de informar que o cidadão teve todo o atendimento realizado pelo SUS, portanto não devendo ter pago absolutamente nada, também realiza pesquisa de satisfação dos serviços prestados. A Carta SUS ajudou a identificar vários casos de pagamento em duplicidade pelo cidadão e também de descobrir fraudes, como na realização de exames e internações fantasmas.

5. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA



O SUS pressupõe um novo conceito de saúde. Nele, busca-se superar um modelo centrado na assistência à doença prestada a partir do momento em que o usuário procura o serviço. O salto que o SUS se propõe a dar é tornar-se um modelo de saúde que olhe também para os problemas coletivos da população, relacionando entre si ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Essa mudança vai exigir que o poder público tome iniciativas em relação ao bem-estar da coletividade, ao invés de apenas buscar soluções para doenças.

Para a implantação desse novo conceito, os princípios nos oferecem orientações gerais. A partir deles, foi construída, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que normatiza a organização e o funcionamento das ações de Saúde. A LOS é formada por duas leis: a 8080/90 - que trata das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, normatizando a organização e o funcionamento dos serviços de saúde; e a 8142/90 - que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e normatiza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essas leis têm caráter de diretrizes gerais nacionais e fundamentam a doutrina constitucional do SUS.

A partir da Constituição Federal de 1988 e da LOS, construíram-se gradativamente vários marcos legais do SUS até chegarmos ao ano de 2011 com a regulamentação da Lei 8080/90 pelo Decreto 7.508/2011. De 1991 a 2000 as leis que normatizavam o SUS eram as NOBs (Normas Operacionais Básicas). De 2001 a 2005 tivemos as NOAS (Normas Operacionais de Assistência em Saúde); e de 2006 a 2011 tivemos o Pacto pela Saúde.

Não é nosso interesse discutir em que consistia cada uma dessas normativas, até porque muitas vezes esse emaranhado de legislação confunde, atrapalha e até desanima o controle social em função da sua diversidade e complexidade. Queremos, no entanto, refletir sobre alguns pontos que consideramos importantes para o bom funcionamento e organização do SUS.



Trabalhadores da saúde

Para que o SUS funcione bem, é preciso contar com profissionais de saúde qualificados e valorizados. O contato do cidadão com o sistema se dá principalmente por meio dos trabalhadores, que têm o dever de atender bem o cidadão. Para isso, estes trabalhadores devem estar preparados tecnicamente para a função e em constante atualização. Devem ser valorizados e motivados para atender bem o cidadão. Isso passa, principalmente, por condições de trabalho apropriadas e planos de carreira e de cargos e salários consistentes e compatíveis com suas funções.

Desde a criação do SUS, os trabalhadores da saúde não tiveram atenção de grande parcela dos gestores. A lógica de contratação dos trabalhadores está passando pela terceirização dos serviços, onde o trabalhador, em muitos casos, sequer tem garantido os direitos previstos em lei. Isso o obriga a fazer uma jornada de trabalho muito superior àquela desejada e às vezes em mais de um local.

Desde 1988, o debate sobre os trabalhadores da área da saúde não registrou muitos avanços. Podemos dizer até que não houve nenhum avanço considerável. Se relembrarmos o Pacto Pela Saúde feito em 2006, vamos ver que os temas relacionados à gestão do trabalho foram incipientes, limitando-se a declarações de intenção, sem nenhuma ação concreta que tivesse efeito no cotidiano dos profissionais em saúde pública. Mesmo na recente regulamentação da Lei 8080/90 pelo Decreto 7.508/2011, o tema nem sequer foi mencionado.

DESDE 1988, O DEBATE SOBRE OS TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE NÃO REGISTROU MUITOS AVANÇOS.

Pela ausência de uma política para os trabalhadores na saúde pública, enfrentamos agora o debate da forma de contratação desses profissionais. E um dos grandes entraves apresentados pelos gestores é a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com pagamento de pessoal em 60% da receita do município, do estado ou da União. Essa limitação faz com que muitos gestores, usando de má fé, justifiquem a terceirização da prestação dos serviços, contratando cooperativas de trabalhadores, fundações ou mesmo consórcios privados. Essa forma de contratação torna muito precário o serviço, pois o gestor não tem nenhuma ingerência sobre os profissionais que estão trabalhando na rede pública,

nem sobre a seleção dos profissionais que virão a prestar o serviço na rede. Preocupado com essa situação, o CEAP realizou, em 2012, um seminário para discutir o assunto. Uma das conclusões do seminário, que contou com a presença de gestores, Tribunal de Contas e representantes da comunidade, foi que a terceirização dos serviços não tem base legal e que quando feita, os gastos com pessoal, mesmo sendo cooperativado, entram no somatório dos 60%. Não há, portanto, justificativa legal para o gestor terceirizar a prestação dos serviços em saúde. No entanto, esse é um grande desafio que o Controle Social precisa discutir e se mobilizar para que de fato o SUS tenha uma política de valorização dos profissionais que atuam na rede pública, evitando a precarização com a terceirização. Essa não é uma luta somente dos trabalhadores da saúde, como em muitos casos aconteceu e acontece. Se os recursos humanos são peça-chave para a saúde pública, esta deve ser uma luta conjunta de toda sociedade.



Financiamento:

Falar em um sistema de saúde de qualidade implica necessariamente falar de recursos financeiros suficientes para sua implementação. Como diria um velho ditado, “de boas intenções, o inferno está cheio”. A briga por recursos acompanhou o SUS desde seu nascimento.

Segundo a Constituição, “o sistema único de saúde será financiado, (...) com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Ou seja, a responsabilidade de financiamento do SUS está nas três esferas de governo. Mas de quanto deve ser este financiamento? Segundo a Lei 8.080/90, em seu art. 31, “o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades(...)”. Apesar de estar na Lei, a afirmação de que o financiamento da saúde deveria ser de acordo com os recursos necessários para a sua garantia, historicamente isso não vem acontecendo. É justamente o contrário, a saúde é financiada de acordo com os recursos

que lhe são destinados e não de acordo com sua real necessidade. Ou seja, ao invés de partirmos de um diagnóstico consequente de qual seria o montante de recursos financeiros necessários para atender a todos com qualidade; partimos de um orçamento predefinido. Ao invés de partirmos do quanto precisamos para ter uma saúde universal, integral, gratuita e equânime para todos; partimos do montante disponível. No entanto, nossa experiência histórica tem mostrado que o disponível está muito longe do suficiente para responder às necessidades.

Por mais de dez anos, a sociedade civil lutou para que fosse regulamentada a EC-29/2000 - que na sua proposta original definia um percentual fixo para as três esferas de governo e discriminava as despesas que poderiam ser consideradas como gastos em saúde. Isso aconteceu no início de 2012, através da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012.

Com a regulamentação da EC-29, o financiamento da saúde dar-se-á da seguinte forma:

Governo Federal: deverá aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde o valor empenhado no ano anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)

Governo Estadual: Os estados devem investir, no mínimo, 12% da sua receita líquida.

Municípios e Distrito Federal: Os municípios e o Distrito Federal deverão investir, no mínimo, 17% das suas receitas líquidas.

No entanto, mesmo que a Lei estabeleça os percentuais e discrimine o que considera gasto em saúde, ela não resolve o problema do subfinanciamento da saúde no Brasil, comprometendo a implementação do SUS na sua integralidade. Há muitas críticas à regulamentação da EC-29, a começar pelo fato da União, que fica com a maior parcela da arrecadação dos impostos, não ter um percentual fixo definido para investir em saúde. Há um movimento da sociedade civil que reivindica o investimento em saúde, por parte da União, de 10% da sua receita líquida, como, aliás, previa o texto inicial da EC-29.

"O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SERÁ FINANCIADO, (...) COM RECURSOS DO ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL, DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS, ALÉM DE OUTRAS FONTES"

De outro lado, a Lei 141/2012 trouxe alguns avanços, como o fato de definir em lei os percentuais de investimento de cada uma das esferas governamentais. A maioria dos estados brasileiros não cumpriu o percentual de 12% sob o argumento de que faltava a regulamentação da lei. Agora municípios, estados e União deverão cumprir os percentuais estipulados pela lei.

Outro avanço da Lei definir o que é gasto em saúde e o que não é considerado gasto em saúde. Essa informação é importante, porque alguns gestores usavam o dinheiro da saúde para construir pontes, asfaltar ruas e incluíam esses gastos nos percentuais investidos na saúde pública. Por exemplo, o valor gasto com a construção de obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde, não pode ser incluído no percentual de gasto com saúde. E nem as ações de assistência social são gastos com Saúde.

A Lei Complementar 141/2012 também estabelece que o repasse dos recursos seja feito fundo a fundo, obrigando os municípios, os estados e a união criarem o “Fundo de Saúde”, criando uma conta exclusiva dos recursos advindos para a Saúde e podendo ser melhor fiscalizada pelos conselheiros de saúde. O Art. 20 da Lei 141/2012 diz o seguinte: “As transferências dos Estados para os Municípios, destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde, serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.” No caso dos municípios, além dos recursos estaduais, também os recursos federais e os recursos do próprio município destinados à saúde deverão ser transferidos para o Fundo Municipal de Saúde. O Fundo de Saúde permite uma melhor gestão dos recursos específicos da saúde. É importante que esse processo seja acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde.



Em relação à forma de distribuição de recursos, a Lei 8.080/90 preceitua os seguintes critérios e a Lei 141/2012 ratifica:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimento da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.”

Embora existam esses critérios definidos em lei, nos últimos anos tivemos mais de 80 formas de repasse de recursos por parte do Ministério da Saúde, principalmente por meio de programas. Isso significa uma centralização sobre os recursos por parte do Ministério que não fortalece a descentralização da saúde

5.1 - ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SUS A PARTIR DO DECRETO 7.508/2011

O Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8080/90 trata sobre a organização, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, ou seja, a articulação entre União, Estado e Município na área da saúde. Ao regulamentar a Lei 8080/2011, o Decreto possibilita o aprimoramento do Pacto pela Saúde, objetivando contribuir na garantia do direito humano à saúde a toda população.

Estruturado em seis capítulos, o Decreto estabelece:

- as diretrizes para a organização das regiões de saúde;
- as normas e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde;
- as diretrizes para elaboração da RENASE (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e para o planejamento em Saúde. A seguir de forma sintética iremos ver cada uma dessas etapas.

No primeiro capítulo - Das Disposições Preliminares - o Decreto apresenta as definições dos conceitos de Região de Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Mapa da Saúde, Porta de Entrada, Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde, Comissão Intergestores - CIT, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. Vejamos o que significam alguns desses conceitos:



a) **Regiões de Saúde:** conjunto de municípios vizinhos, identificados culturalmente pelos hábitos de cada população, agrupados com o objetivo de promover ações integradas na organização, no planejamento e na execução de ações e serviços de Saúde. As regiões de Saúde garantirão, por meio das redes de atenção à saúde, a integralidade no atendimento do usuário. Ou seja, os serviços especializados que não são oferecidos no município de origem de um usuário deverão ser ofertados em um dos municípios da região, o mais próximo possível.

b) **Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde - COAP:** acordo de colaboração firmado entre município, estado e União, a fim de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na região de saúde. No tópico a seguir, nos dedicaremos a discorrer mais sobre o COAP.

c) **Portas de Entrada:** o Decreto entende por porta de entrada o primeiro atendimento e ou serviço feito no SUS. A porta de entrada regulará todo o sistema garantindo acesso universal e igualitário para todos. As portas de entrada são: a atenção básica, a urgência e emergência e atenção psicossocial. Esse conceito é importante, pois quando o decreto vai dispor do funcionamento do sistema, ele partirá sempre de forma hierarquizada da porta de entrada, evitando portas secundárias de acesso ao SUS. Serão somente essas portas de entradas que referenciarão o usuário para o acesso aos serviços de atenção hospitalar, especializada, entre outros de maior complexidade, bem como aos serviços de atenção ambulatorial.

d) **Comissões Intergestores:** instâncias de pactuação consensual entre os municípios, região, esta-

dos e União para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. O Decreto reconhece as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), que é composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Reconhece ainda as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) - composta paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). O Decreto institui também a Comissão Intergestores Regional (CIR), composta pelos gestores das secretarias municipais de saúde da região e de representantes da Secretaria Estadual de Saúde. É na CIR que os gestores municipais de uma determinada região vão se reunir para contratualizar as cotas de exames, de consultas, de procedimentos especializados disponibilizados na Região de Saúde a que pertencem. Ou seja, para que os cidadãos de um determinado município possam ser atendidos em outro município o gestor deve ter contratualizado o serviço nessa instância. Esse espaço é importante, porque evita o que muitos chamam de ambulanciaterapia ou então que municípios polos usem a desculpa que o problema da saúde de seus municípios é a região. É importantíssimo que os conselheiros acompanhem se o gestor participa ou não desse espaço. A CIR é o espaço do planejamento regional da saúde.

e) **Mapa de Saúde:** instrumento que contribuirá para identificar as necessidades de saúde de cada região. O Mapa deve descrever todas as ações e serviços de saúde ofertados tanto pelo SUS quanto pelo setor privado. Também identificará a demanda por serviços de saúde de cada região. O Mapa é uma ferramenta importantíssima que contribuirá no planejamento integrado, disponibilizando um diagnóstico da situação dos serviços e ações já oferecidos e indicando aqueles que precisarão ser disponibilizados para a população. É com base neste Mapa que o município, o estado e a região devem elaborar o seu plano de saúde.

f) **Rede de Atenção à Saúde:** é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, desde a atenção básica até a alta complexidade. Tem por finalidade garantir a integralidade da assistência à saúde para a população através do referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores Regional (no caso dos municípios). As redes podem abranger uma região de saúde ou várias delas.

"O MAPA É UMA FERRAMENTA IMPORTANTÍSSIMA QUE CONTRIBUIRÁ NO PLANEJAMENTO INTEGRADO, DISPONIBILIZANDO UM DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES JÁ OFERECIDOS E INDICANDO AQUELES QUE PRECISARÃO SER DISPONIBILIZADOS A POPULAÇÃO"

O segundo capítulo - Da Organização do SUS - regulamenta a organização do sistema de forma regionalizada e hierarquizada. Na sua seção I - Das Regiões de Saúde - ele estabelece os critérios e requisitos para a constituição das Regiões de Saúde, que deverão ser instituídas pelos Estados, conforme diretrizes pactuadas na CIT, definindo limites geográficos, população atendida e a relação dos serviços oferecidos.

O critério para ser considerada uma “região de saúde” é oferecer, no mínimo, as seguintes ações e serviços: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

As regiões de saúde serão a referência para o repasse financeiro entre os entes federativos e também para a constituição das Redes de Atenção à Saúde (que poderão ser interregionais, de acordo com as pactuações nas comissões intergestoras). Segundo o Decreto, todas as redes de atenção à saúde devem garantir a integralidade do atendimento.

Na seção II - Da Hierarquização - o Decreto define as portas de entrada nas Redes de Atenção à Saúde ordenando o sistema a partir da atenção básica e garantindo a continuidade, se necessário, dos serviços na rede, conforme as regras pactuadas nas Comissões intergestores.

Em síntese, a regulamentação da 8080/90 ratifica que o SUS funcionará de forma regionalizada e hierarquizada e cria regras para esse funcionamento. Oficializa também a atenção básica como a principal porta de entrada no SUS.

É importante os conselheiros de saúde acompanharem esse processo e exigirem de seus gestores que participem das instâncias regionais de planejamento, a fim de evitar desperdício de recursos públicos, desorganização do sistema e portas duplas de entrada ao SUS; além de organizar o fluxo de atendimento nos município polos de usuários procedentes de outros municípios da mesma região. Nenhum município é uma “ilha”, a saúde deve ser organizada de forma regional e hierarquizada.



Para que o sistema funcione de forma regional e hierarquizada, garantindo a universalidade, a integralidade e a gratuidade nos serviços prestados, o Decreto, no capítulo terceiro - Do planejamento em Saúde - estabelece a obrigatoriedade do planejamento em saúde no setor público, com os respectivos quadros de metas e os custos previstos. O processo de planejamento e orçamento será ascendente, isso quer dizer que começa no município e integra-se no nacional e não o contrário. Para a elaboração dos Planos de Saúde deverão considerar dados epidemiológicos, demográficos, sociais e econômicos etc. da população de cada município e região, e observadas as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde para elaboração dos planos.

Pelo fato do Decreto prever a gestão compartilhada do sistema, através das regiões de saúde, o planejamento deverá ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Dessa forma os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional. Os planos e metas estaduais vão servir de base para o plano e metas nacional, que promoverão a equidade interestadual.

Uma das questões muito polêmicas do Decreto é o formato de participação da comunidade para garantir o controle social. O Decreto não prevê nenhuma instância regional de incidência objetiva. Mesmo que, pelo Decreto, os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional continuem tendo seu papel no planejamento e fiscalização, a dúvida que fica é se estes terão espaço e se terão condições políticas e operacionais para cumprir com o seu papel, num processo que definitivamente reconhece e legitima o espaço regional na gestão do SUS. A pergunta faz sentido num contexto em que muitos gestores ainda não reconhecem a participação e o controle social, mesmo diante da exigência legal. A compreensão e a prática autoritárias tendem a se fortalecer diante da ausência da exigência legal.

Apesar do Decreto não prever uma instância regional para o controle social acompanhar o planejamento regional, cabe aos conselheiros deliberar sobre as diretrizes que vão orientar os planos municipais

"UMA DAS QUESTÕES MUITO POLÊMICAS DO DECRETO É O FORMATO DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE PARA GARANTIR O CONTROLE SOCIAL. O DECRETO NÃO PREVÊ NENHUMA INSTÂNCIA REGIONAL DE INCIDÊNCIA OBJETIVA."

que servirão de base para o plano regional, nas conferências municipais de saúde. Além disso, coloca-se como desafio para os conselheiros de saúde reivindicarem espaço participativo no planejamento regional, para que de fato o controle social exerça o seu papel. No entanto, reitera-se a importância de que esta participação seja qualificada. Não basta apenas assinar a ficha de presença das reuniões ou simplesmente representar interesses locais de um determinado município. No debate regional, os participantes devem estar abertos ao diálogo argumentativo, orientado pelo interesse público regional da saúde.

No capítulo IV - da Assistência a Saúde - são apresentadas a RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)

RENASES é uma lista de ações e serviços que o SUS oferece gratuitamente à população para a assistência à saúde com integralidade. Desde mamografia e cardiograma até a acupuntura. Exames de rotina até testes específicos e complexos. Além de todos os outros tipos de serviços, como vacinas, cirurgias e as ações de promoção e vigilância, que poderão ser atualizados a cada dois anos pelo Ministério da Saúde, conforme diretrizes aprovadas na CIT.

Segundo o Decreto, município, estado e união pactuarão nas suas comissões específicas (CIT, CIB, CIR) as responsabilidades específicas de cada instância, podendo inclusive adotar relações específicas e complementares. Ou seja, cada município, entre todas as ações e serviços contidas na RENASES, pactuará aquelas de acordo com a sua realidade local e regional. Por exemplo, um município que não atende comunidades quilombolas não precisará pactuar ações e serviços direcionadas a essa população. Mas aquele que atende terá que pactuar garantindo a universalidade do atendimento.

RENAME é a lista de medicamentos que o SUS disponibiliza à população de acordo com a sua necessidade. A RENAME padronizará e selecionará medicamentos para atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS.

A garantia do acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica se dá mediante alguns critérios. Conforme o art. 28 é preciso “estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS; ter o



medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.”

Assim, como no caso da RENASES, os municípios também poderão, nas instâncias de pactuação, adotar relações específicas e complementares, respeitando as respectivas responsabilidades pelo financiamento de medicamentos. Só poderão estar na RENAME produtos registrados junto à ANVISA.

Tanto no caso da RENASES como da RENAME é imprescindível que os gestores tenham um real diagnóstico da sua população para que possam pactuar uma relação que realmente atenda as reais demandas existentes e não de acordo com o “achometro”. Aos conselheiros cabe a responsabilidade de acompanhar a relação pactuada e relacioná-la com a realidade, para garantir que todos tenham a garantia da assistência farmacêutica,

Todas essas questões tratadas pelo Decreto serão fundamentais para a etapa mais importante de todo processo: o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP. Etapa onde será de fato apresentado na prática o processo de regionalização, a hierarquização, o processo de planejamento, de assistência à saúde e farmacêutica.

5.2 - CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA

O COAP é um contrato realizado pelos três entes federados (Município, Estado e União), no qual são especificadas as responsabilidades de cada um para as ações e serviços do SUS de uma determinada região de saúde. O objetivo deste Contrato é organizar e integrar as ações e serviços de saúde de forma regional e hierarquizada. Além de definir as responsabilidades específicas de cada instância envolvida, o Contrato também define os recursos financeiros e outros dados necessários à realização das ações e serviços em saúde previstos. Tanto as normas de elaboração quanto o fluxo do COAP serão pactuadas na CIT, sendo de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde a sua implantação.

O COAP é o resultado dos planos de saúde de cada uma das esferas do Governo. Ele aperfeiçoa o Pacto pela Saúde, especialmente no que se refere à responsabilidade jurídica. Por se tratar de um contrato, os gestores municipal e estadual e também o ministro da saúde comprometem-se em conjunto pela realização das ações e serviços previstos; e todos respondem juridicamente pelo contrato assinado. A União estará presente em todos os contratos; o estado estará somente nos contratos com os municípios que o



integram, e os municípios só na região a que pertence.

Formalmente o COAP está estruturado em quatro partes e em três anexos.

Parte I: das responsabilidades organizativas. Essa parte trata da organização do sistema e apresenta os fundamentos do SUS. Por isso, ela será padronizada nacionalmente, para garantir que todos os municípios e estados tenham a mesma estrutura organizativa do SUS. Os temas aqui tratados são diretrizes que orientarão a segunda parte do Contrato.

Parte II: das responsabilidades executivas: Aqui são descritas as responsabilidades pela execução dos serviços de saúde que serão realizadas na região e que serão de responsabilidade do município A, do município B, do estado e da União. Essa parte é elaborada na região, a partir das diretrizes e objetivos nacionais, de acordo com as especificidades existentes. Se o COAP fosse um pastel, essa parte seria o recheio. Sendo que a massa é elaborada pelo Ministério da Saúde e o recheio em cada região específica, de acordo com seu gosto.

O anexo I desta parte trata especificamente da caracterização do município que assinará o Contrato e da região de acordo com os dados informados no Mapa da Saúde.

O anexo II traz a programação geral das ações e serviços de saúde na Região de Saúde. Com base na RENAME e na RENASES, esse anexo dirá quais serão as ações e serviços de saúde que serão executados com as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias, respeitando o mínimo previsto no Decreto.

No anexo também constarão os serviços e ações ofereci-

das e o que não está sendo oferecido. Os serviços não oferecidos devem estar referenciados em outra região. Por exemplo, digamos que na região A não tenha transplante. Não é pelo fato de não dispor do serviço na região que o usuário que necessitar não terá o atendimento. Pelo contrário, a região A terá que dizer para onde vai mandar esse usuário que precisa de transplante. E na região que vai receber esse usuário, deverá constar também que ela será a referência da região A.

Esse anexo II traz ainda o Mapa de metas em relação às ações e serviços executados na Região de Saúde. O Mapa de Metas é onde se pretende chegar no período de execução do COAP. Por isso, nesse anexo teremos tanto as ações e serviços já oferecidos, quanto os que se pretende oferecer até o fim do prazo de execução do Contrato.

O anexo III apresenta a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e suas respectivas responsabilidades pelos encaminhamentos do usuário de outro Município aos serviços. Essa relação discriminará os investimentos, os serviços contratados, contratos de terceiros e a coordenação do Contrato. O próprio Contrato organizará a referência e a contra referência, definindo as responsabilidades tanto do município referenciado quanto do município contra referenciado.

Parte III: das responsabilidades orçamentário-financeiras e formas de incentivo, com a identificação dos repasses. Essa parte trata especificamente do financiamento dos serviços e ações previstas na Parte II. Sendo definido o quanto União, Estado e Município vão repassar financeiramente para que o contrato seja realizado; bem como a forma de repasse de cada uma das esferas de governo, e ainda o período do repasse.

Parte IV: das responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do COAP e auditoria. São os gestores que farão periodicamente o monitoramento e a avaliação da execução do COAP, tanto em âmbito individual como regional. Esse monitoramento e avaliação devem ser divulgados e repassados aos Conselhos de Saúde de cada município.

A avaliação de desempenho deve levar em conta o IDSUS (Índice de Desempenho do SUS) e as metas

"O RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL DEVERÁ ESTAR EM CONSONÂNCIA COM ESSE PROCESSO, MOSTRANDO ALÉM DAS AÇÕES EXECUTADAS, OS INVESTIMENTOS E GASTOS E TAMBÉM OS RESULTADOS ALCANÇADOS!"

estabelecidas no Contrato com a finalidade de medir periodicamente se as metas foram ou não alcançadas e os resultados obtidos. Essa avaliação é importante porque além de saber se foi cumprido ou não o proposto, também avalia o impacto das ações, ou seja, se de fato a saúde melhorou para a população.

O Relatório de Gestão Anual deverá estar em consonância com esse processo, mostrando além das ações executadas, os investimentos e gastos e também os resultados alcançados.

O Contrato terá vigência de quatro anos, será aprovado e homologado em cada um dos municípios pertencentes à região, pactuado na CIR, homologado na CIB e encaminhado para a CIT fazer a publicação no Diário Oficial.



5.3 - INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Plano de saúde: instrumento estratégico para o SUS, porque prevê um planejamento das ações para um período de quatro anos. É importante que seja elaborado no primeiro ano de mandato de determinado gestor. Enquanto isso, neste primeiro ano ele estará administrando a saúde baseado no plano da gestão anterior. As diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano de Saúde serão estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, respeitando sempre as características epidemiológicas, a realidade de cada município/estado e as conferências municipais de saúde. O Plano deve apresentar as ações estruturais de incidência na saúde. O gasto em saúde deve estar baseado no plano elaborado pelo gestor nacional, estadual e municipal. Conforme a Lei 8.080/90, no §2º, “é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde”. Como já vimos, o Plano de Saúde integrará o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP.

Programação Anual da Saúde - PAS: Na PAS são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos financeiros que vão garantir a execução do Plano de Saúde e o alcance dos objetivos propostos naquele ano específico. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no

ano subsequente. A PAS deverá ser encaminhada para aprovação no Conselho de Saúde antes da data de aprovação da LDO do mesmo período, pois suas ações devem estar previstas na LDO e na LOA, de acordo com a lei 141/2012. Na PAS, o gestor dirá o quê e quanto das ações previstas no Plano de Saúde realizará naquele ano.

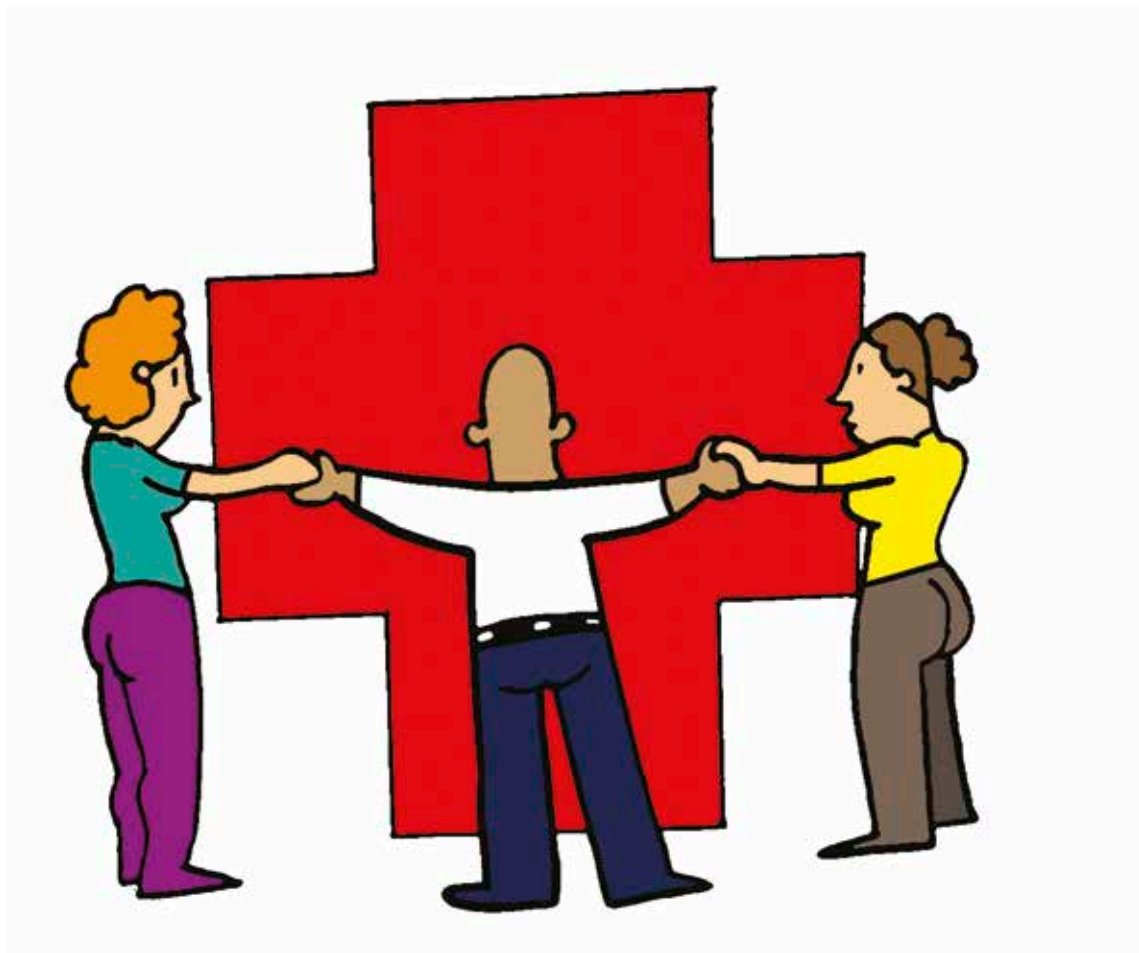
Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde - PGASS: Integra o Anexo II do COAP. É a PPI do Pacto pela Saúde remodelada. É o resultado do processo de negociação e contratualização entre os gestores de uma determinada Região, na qual são definidas as ações, os recursos financeiros, os investimentos e as metas previstas no COAP. Ou seja, na PGASS, os gestores dirão concretamente o que vão realizar, o quanto vão gastar e investir, além de estipular os fluxos de referências para o alcance dos objetivos propostos. É aqui que o gestor vai dizer para onde irá o usuário que precisa de serviços que não são oferecidos em seu município e como isso funcionará, contratualizando os serviços com o município que dispõe do serviço. Contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde.

Desta forma, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde será elaborada nas regiões de saúde pela CIR, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e pactuada na CIB.

Relatório Anual de Gestão: instrumento que objetiva apresentar às instâncias de controle social do SUS e à comunidade em geral um relato das ações implementadas durante o ano, a partir da Programação Anual de Saúde. Além do cronograma físico-financeiro deve apresentar o resultado dos indicadores esperados, a análise do cumprimento dos objetivos e metas contratualizados no COAP e apresentar as recomendações para a próxima programação anual. O relatório deve ser apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

A elaboração do Relatório Anual de Gestão utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória. Tanto a União, estados e municípios, quanto os respectivos conselhos, deverão alimentar o sistema até o dia 31 de maio do ano subsequente. Os conselheiros de saúde têm senhas específicas para acessar o sistema.

"NA PGASS, OS GESTORES DIRÃO CONCRETAMENTE O QUE VÃO REALIZAR, O QUANTO VÃO GASTAR E INVESTIR, ALÉM DE ESTIPULAR OS FLUXOS DE REFERÊNCIAS PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS PROPOSTOS"



6. DICAS PARA A ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS E DAS LIDERANÇAS



Preparando reuniões

As reuniões, ao contrário do que muitos imaginam, precisam ser preparadas com antecedência. Antes de tudo, é necessário estabelecer os objetivos, ou seja, o que queremos com a reunião. Em seguida, definir quem participará da reunião, se será só com o grupo do bairro, ou se será com os gestores, ou com todos os bairros. Depois de definido o público, é necessário definir a data, o local, o horário de início e fim.

O segundo passo é montar a pauta e definir quem coordenará a reunião. A pauta são os assuntos que serão tratados e eles devem estar relacionados com o objetivo da reunião. Quando tiver mais que um assunto, o tempo deverá ser dividido entre eles. O coordenador da reunião deverá controlar o tempo de cada assunto, organizando o debate e propondo encaminhamentos.



O coordenador da reunião, além de controlar o tempo e fazer os encaminhamentos, deve garantir a participação de todos; disciplinar os debates sem perder a calma; compartilhar dúvidas e ter consciência que é o responsável pela reunião. Deve exigir do grupo: cooperação; cumprimento dos objetivos e da pauta; atenção e participação ativa; ordem na hora das falas; clareza na colocação das ideias e das propostas; respeito ao grupo; responsabilidade nas decisões.

Os encaminhamentos realizados devem ser claros, diretos e acordados com todos, sem ficar nenhuma dúvida.

Outra coisa importante é fazer o relatório ou a ata da reunião, transcrevendo os principais pontos discutidos, os encaminhamentos e as responsabilidades definidas.

Para terminar a reunião é sempre interessante fazer uma breve avaliação do encontro.

Nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, quem elabora a pauta é a mesa coordenadora do conselho. É importante que nas pautas dos conselhos sejam incluídos outros assuntos além da apreciação e aprovação dos relatórios de gestão ou plano de aplicação. Os conselheiros devem também discutir temas relacionados à situação atual da saúde no município, deliberar e propor ações à secretaria de saúde.

No caso dos conselhos, é bom sempre enviar a pauta da plenária pelo menos quinze dias antes, para que os conselheiros possam discutir com suas entidades os assuntos tratados.

A coordenação da reunião do Conselho compete à mesa coordenadora eleita em plenário.

Organizando e Preparando a Conferência Municipal de Saúde

A Conferência de Saúde, como já vimos, é uma das instâncias oficiais do controle social. É na conferência que a comunidade se reúne para propor as diretrizes que orientarão a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Também já vimos que é responsabilidade do gestor chamar a Conferência, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde.

A Conferência deve ser bem preparada, com organização e dedicação por parte da comissão organizadora, com o apoio da Secretaria da Saúde.

Caso o gestor não convoque a Conferência, o Conselho de Saúde pode convocar sozinho.

COMISSÃO ORGANIZADORA: A comissão organizadora da Conferência será escolhida em plenária do Conselho. A Secretaria de Saúde designará uma equipe técnica para auxiliar a comissão nesta tarefa. Estes técnicos serão responsáveis pelos encaminhamentos do que for definido pela comissão. Ela deverá ter a seguinte composição:

- presidente (secretário municipal de saúde);

O CASO DOS CONSELHOS, É BOM SEMPRE ENVIAR A PAUTA DA PLENÁRIA PELO MENOS QUINZE DIAS ANTES, PARA QUE OS CONSELHEIROS POSSAM DISCUTIR COM SUAS ENTIDADES OS ASSUNTOS TRATADOS!"

- vice-presidente (presidente do conselho municipal de saúde);
- secretário (conselheiro a escolher);
- comissão financeira (a escolher);
- outros organizadores que a comissão achar necessário.

Se o Conselho convocar sozinho a conferência, então toda a responsabilidade pela execução e registro da Conferência será sua.

TEMÁRIO: Depois de constituída a comissão organizadora, o primeiro passo é ter claro o que é uma conferência municipal de saúde, e quais os seus objetivos. A primeira pergunta a se fazer é: “o que pretendemos com essa conferência de saúde?” Essa pergunta ajudará a definir o tema e os subtemas da conferência. Esse é um momento estratégico e importante para os conselheiros participarem, pois será na definição do tema e dos subtemas que será dado o direcionamento político dos debates e propostas. O Tema é aquilo que queremos discutir e os subtemas são os eixos específicos de discussão. Por exemplo, se a partir da necessidade, objetivamos discutir na conferência o “acesso” aos serviços públicos de saúde, precisa-se pensar um tema que contemple esse objetivo. Esse tema poderia ser “Os desafios na garantia do acesso universal ao SUS”. Já os subtemas são mais específicos e tratam de questões pontuais, tais como: Da Atenção básica ao hospitalar; saúde mental; saúde bucal...

COMO ORGANIZAR A CONFERÊNCIA: Somente depois de ter clareza do que se pretende com a conferência é que será feita a pergunta “como faremos”. Para isso, apresentamos uma lista do que é necessário providenciar:

Data, horário e Local do Evento: A escolha da data e local do evento deve estar de acordo com a realidade da comunidade. Não adianta marcar dia e horário no qual a maioria das pessoas não poderá participar; nem mesmo escolher um local de difícil acesso. O ideal é marcar sempre em horário fora de expediente de trabalho e em locais centrais. Também é importante divulgar a conferência com no mínimo um mês de antecedência.

Em municípios maiores, sugere-se que se realizem as pré-conferências; ou seja, encontros nos conselhos locais ou nos bairros, a fim de alargar a discussão.

Facilitadores: Convidar pessoas que dominam o tema, para que eles atuem como facilitadores para ajudar na reflexão e contribuir para a qualidade da conferência. Eles vão ajudar na compreensão do tema, contribuindo também para que de fato sejam construídas propostas que vão contribuir na melhoria da saúde pública do município.

Relatoria: A escolha da relatoria é importante, pois são os relatores que farão a sistematização das propostas discutidas nos grupos de trabalhos e nas pré-conferências, elaborando depois o relatório que será aprovado na plenária final da conferência.

Elaboração de materiais: Consideramos úteis os seguintes materiais de apoio à Conferência: folder com a programação, lista de inscrição, cartazes para colocar em pontos centrais da cidade, crachás, pastas e certificados. Vale ressaltar que tanto a elaboração quanto os custos desses materiais devem ser de responsabilidade da Secretaria de Saúde.

Elaboração de documentos: São vários os documentos que precisam ser elaborados, inclusive respeitando prazos legais:

a) Decreto de Convocação, que deve ser feito pelo Prefeito Municipal no mínimo um mês antes da conferência, e deve ser publicado de acordo com os trâmites legais do Município. Caso não seja feito, o conselho faz.

b) Portarias, também assinadas pelo Prefeito (podem ser expedida uma ou duas). No caso de serem expedidas duas, a primeira deve ser de nomeação da comissão organizadora e a segunda contendo as normas de funcionamento da conferência.

c) Regimento, que será elaborado pela comissão organizadora e aprovado no Conselho de Saúde, sendo também submetido a aprovação pelos delegados participantes da Conferência. O Regimento não deve ser muito longo, mas sim claro e direto, apresentando a organização e as regras da conferência, normatizando a aprovação do relatório final e a escolha dos delegados para as próximas etapas, caso se realizem novas etapas. Também o regimento deverá dizer quem poderá ser delegado (ter direito a voto) na conferência. Infelizmente, em muitas das conferências, se perde mais tempo discutindo o regimento que o próprio tema da conferência.

Definir grupos de trabalho, que poderão ser compostos a partir dos subtemas escolhidos. É interessante elaborar material que subsidie a discussão dos subtemas nos grupos e oriente a formulação de propostas. Cada grupo poderá ter um coordenador e um relator. O relator anotará as propostas do

grupo, que serão encaminhadas à plenária final.

Infraestrutura: deve ser pensada com antecedência, de acordo com o número previsto de participantes. Além da sala para o plenário, é preciso prever outras salas adequadas para os trabalhos de grupos, som, cadeiras e mesas.

Elaborar a programação da Conferência: que dirá quais as diversas etapas da conferência e o tempo destinado a cada uma destas etapas. Por exemplo, mesa de abertura, leitura e aprovação do regimento; painéis com facilitadores; grupos de trabalho; plenária final e aprovação do relatório final. O relatório final apresentará a sistematização das propostas aprovadas pela plenária final da conferência.

ANEXO

É PRECISO
DEBATER O
ORÇAMENTO
PÚBLICO!



Entendendo o orçamento

Entender o orçamento público é fundamental para o exercício da participação social, tanto na saúde como em qualquer outra área das políticas públicas. Sem a compreensão deste importante instrumento da gestão pública, estaremos despreparados para propor e controlar a política pública da saúde. É a partir do orçamento público geral que os gestores definem as ações que serão realizadas em áreas específicas como a saúde. Por isso, este segundo capítulo trata do orçamento público, buscando sempre detalhar o seu funcionamento a partir de um olhar crítico.

O significado e a origem do orçamento público

O orçamento público é o mecanismo através do qual o Estado faz o exercício de prever quantos recursos serão arrecadados num determinado período e onde serão gastos esses recursos. Dois elementos formam o orçamento público: a previsão orçamentária e o planejamento das ações - que são as políticas públicas. Da mesma forma como uma família faz o cálculo das receitas e despesas de um mês ou um ano, para organizar as finanças da casa, o Estado faz esse exercício. A diferença é que o Estado deve fazê-lo dentro das leis que regulam esse processo, e a família faz seu orçamento a partir das suas regras específicas.

A previsão das receitas é feita com base na arrecadação do Estado ao longo dos anos, que significa olhar para os meses anteriores e ver quanto dinheiro entrou de fato no caixa do Estado. É por isso que se chama “previsão orçamentária”.

A história do Orçamento Público remonta a experiências muito antigas. Porém, como instrumento de organização da gestão do Estado, o orçamento ganha um formato novo por volta do ano 1500 nos países europeus. Inicialmente ele serve para controle do governante, nos estados absolutistas. Como os reis exerciam forte coerção sobre o povo, era necessário limitar seu poder através de mecanismos específicos.

Aos poucos o orçamento foi se tornando um instrumento que permitia a participação política por parte dos cidadãos. Ou seja, com o avanço da democracia moderna, os cidadãos passaram a reivindicar a participação nas decisões do Estado, mesmo quando os estados absolutistas perdiam força. Isso significa que o orçamento passou a ser uma forma de controle sobre o Estado, independente da existência ou não de reis. Esse processo é fruto do avanço da consciência de cidadania naquele período, em que a participação política passa a ser um direito fundamental. Essa participação elevou o próprio conceito de democracia para além da mera representação.

No entanto, ao mesmo tempo em que cumpria a função de controlar o poder do Estado e permitir a participação do cidadão, o orçamento tornou-se também um instrumento que limitou a efetivação dos direitos humanos. Ou seja, serviu como mecanismo de controle dos gastos do Estado com os direitos dos cidadãos. Muitos setores passaram a usar o orçamento como justificativa para evitar que os Estados

investissem em políticas públicas de interesse de todos, gastando o dinheiro com ações que interessam a pequenos grupos. Foi isso que levou a população a pensar o orçamento público somente a partir dos chamados “recursos previstos ou disponíveis” e não a partir do necessário para garantir a efetivação dos direitos humanos. Agora é preciso inverter essa lógica orçamentária. Um país que tem uma Constituição que garante o direito à saúde como um direito de todos, exige uma mudança de raciocínio, passando do “recurso disponível” para o “montante necessário”. É preciso acabar com o discurso de que não há dinheiro suficiente para o Estado atender seus compromissos com políticas públicas de qualidade para todos. Os direitos fundamentais seguidamente esbarram num falso discurso ideológico da “falta de recursos financeiros”.

Viabilizar políticas públicas universais exige investimento de recursos financeiros. Para isso, o Estado precisa:

1 - Instituir uma política de arrecadação suficiente (Política Tributária) e ao mesmo tempo justa socialmente. Ter recursos suficientes não significa aumentar a carga tributária para todo mundo. Significa, por exemplo, mudar a realidade que existe a muitas décadas no Brasil, onde os que ganham até dois salários mínimos suportam 48% de carga tributária, e os que ganham até 30 salários mínimos pagam somente 28% de carga tributária. Uma estrutura tributária desigual como esta não responde ao critério básico da justiça social. Ou seja, quem ganha menos paga mais.

2 - Destinar os recursos públicos para as finalidades públicas, portanto de todos. O discurso da “falta de recursos” normalmente esconde o local para onde os recursos financeiros do Estado são destinados. Por exemplo, pagamento da dívida pública ou a isenção fiscal que é concedida para grandes empresas - que nada mais é do que uma forma de destinar o que é público para interesses privados. É isso que os conselheiros e a população em geral precisam discutir.

Um dos grandes limites atuais (e é por isso que os recursos públicos nem sempre são destinados para a efetivação dos direitos) é que o orçamento é pouco discutido pela população. Um dos motivos é porque ele é difícil de compreender, o que faz com que somente “técnicos” sejam encarregados de elaborar o Orçamento. Esta é uma forma de afastar a população do orçamento. No entanto, todos nós temos direito e obrigação de participar, especialmente quando atuamos em espaços de controle social. Se temos dificuldade de entendê-lo, devemos exigir que os responsáveis tornem a compreensão mais fácil, e não nos afastarmos deste processo.

Apesar da participação da população na elaboração do orçamento no Brasil ainda ser muito limitada, várias experiências vêm intensificando a presença dos cidadãos nas discussões de elaboração do orçamento. É o caso do Orçamento Participativo, do Orçamento Cidadão e das audiências públicas. É fundamental saber que numa democracia, não é suficiente participar dos conselhos. No caso da saúde, a nossa presença no conselho não é suficiente para influenciarmos na política pública. Além de não ser suficiente, muitas vezes o conselho se transforma somente num espaço de gestão da burocracia estatal onde, ao invés de se discutir a política geral da saúde, nos perdemos em debates absolutamente secundários e que não incidem de forma estrutural no Sistema. O conselho precisa ter um papel mais amplo

e participar do processo de elaboração do orçamento. Afinal, discutir o Orçamento é necessário porque é com ele que se define a viabilização ou não das políticas de saúde.

Assim, por exemplo, a construção da Unidade Básica do bairro X, considerada importante pela população para efetivar o seu direito à saúde, pode ficar fora das prioridades da administração pública. Eles podem não ter como prioridade aumentar os serviços de saúde daquela população, ou simplesmente desconhecer esta demanda.

Como o orçamento é um instrumento de administração, gerenciamento e distribuição dos recursos, está em permanente disputa. Dessa forma, a participação da população é fundamental para garantir o interesse público. São os cidadãos que podem pressionar os gestores públicos a operar a partir das suas demandas concretas, dos seus direitos. Sem esta participação efetiva, fatia grande do recurso público pode migrar para demandas que não dialogam necessariamente com os grandes problemas da população.

Etapas do orçamento público

1- Plano Plurianual (PPA). O PPA é elaborado no primeiro ano do novo governo e entra em vigor no segundo ano do mandato, estendendo-se até o primeiro ano da administração seguinte. É elaborado a cada quatro anos e contempla as grandes diretrizes que o Município, o Estado ou a União pretendem fazer durante o tempo de vigência de uma Gestão. O Art. 165 da Constituição, em seu parágrafo 1º, diz que o Plano Plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública. É no PPA que os governos federal, estaduais e municipais assumem quais serão as suas prioridades durante os quatro anos de governo. Pode ser que o prefeito de um município não tenha a saúde pública como prioridade e por isso no seu PPA não vão aparecer grandes investimentos nesta área. Se os grandes investimentos na saúde não aparecerem como diretrizes ou metas no PPA, quer dizer que será difícil qualificar as ações e serviços da saúde durante os quatro anos. A própria ação do Conselho será prejudicada porque qualquer sugestão vai esbarrar na ausência do tema no Plano Plurianual. O PPA deve ser aprovado pelo poder Legislativo.

2- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). A LDO é o detalhamento do PPA para um ano. Ela orienta as prioridades e metas que serão contempladas na elaboração da LOA - Lei Orçamentária Anual - que define onde serão aplicados os recursos que o gestor tem à disposição naquele ano. A Lei de Responsabilidade Fiscal dá outras funções para a LDO, como o equilíbrio entre receitas e despesas, o que significa, por exemplo, que ninguém pode gastar mais do que arrecada. Também deve ser aprovada pelo poder legislativo.

3- Lei Orçamentária Anual (LOA). O poder Executivo, após elaborar o PPA e especificar, na LDO, as diretrizes que orientarão as ações naquele ano, constrói e encaminha ao poder Legislativo a proposta de como vai efetivar financeiramente as diretrizes e metas do PPA e LDO. Através da LOA tem que dizer, por exemplo, quais as obras ou serviços serão realizados e quem as fará: se a secretaria, a fundação,

uma empresa pública, etc. Ao mesmo tempo, tem que definir a origem do recurso para a realização das ações. A LOA é uma lei “autorizadora” dos gastos e ações, e não obrigatória.

Este é o processo que as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, fazem por obrigação legal a cada quatro anos. Esses três momentos compõem fundamentalmente a estrutura básica do Orçamento Público brasileiro. O que significa dizer que há mecanismos para coibir que o dinheiro seja gasto de acordo com a vontade do prefeito, do governador ou do presidente. Deve-se seguir um planejamento contando com a participação da população em espaços públicos (como audiências) e que passará por aprovação pelo poder Legislativo. A própria Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), no Art. 49, garante espaço para a participação da sociedade durante a construção do PPA, LDO e LOA. Ela exige que se tenha uma audiência pública, convocada e articulada pelo poder público, para que os cidadãos dêem sua opinião e contribuam na sua elaboração. Da mesma forma, no Art. 9, parágrafo 4, a LRF exige que o poder Executivo do Município, do Estado e da União apresente em audiência pública, nos meses de maio, setembro e fevereiro, o demonstrativo de resultados e avalie se alcançou ou não as metas fiscais projetadas.

É importante saber também que a Lei Orçamentária Anual não obriga o gestor a gastar necessariamente no que foi estabelecido no PPA ou na LDO. Ela simplesmente autoriza o gasto. Portanto, se há previsão no PPA da construção de um hospital, o gestor não é obrigado a construí-lo. Porém o inverso não seria possível: ou seja, ele não pode querer construir um hospital que não está previsto no PPA e na LDO.

Em geral, as mudanças na LOA, quando há previsão de gasto em determinadas ações, ocorrem quando há uma queda na arrecadação ou quando acontece algum gasto imprevisto como em situações de calamidade pública. Caso contrário, na maioria das vezes o que está previsto na LOA é executado. Outro elemento importante é que o orçamento público é feito a partir das previsões orçamentárias. Ou seja, com base na previsão de quanto irá arrecadar, calculam-se as ações. Se a arrecadação no ano for menor que o previsto, isso pode obrigar o gestor a efetivar cortes nos gastos e por isso não cumprir as metas estabelecidas.

Esse mecanismo, embora seja possível do ponto de vista da responsabilidade com as contas públicas, acaba sendo, um mecanismo de controle dos gastos direcionados aos direitos da população. Calcular as ações e os gastos com base apenas nas previsões orçamentárias, sem levarmos em conta a real demanda da população, é o equívoco clássico do Estado liberal capitalista. É preciso levar em conta qual o volume de recursos necessário para atender a demanda dos cidadãos na garantia do seu direito.

Importante reiterar aqui: o que estamos afirmando não significa irresponsabilidade com o planejamento das contas públicas. Se é fundamental termos mecanismos neste sentido, não podemos simplesmente submeter nossos direitos aos mecanismos burocráticos que nos impedem de efetivar nossa cidadania.

Lei de Responsabilidade Fiscal

A Lei complementar Nº 101, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, de 4 de maio de 2000, é a lei que obriga municípios, estados e União a gastar seus recursos de acordo com as receitas disponíveis, priorizando o chamado equilíbrio das contas públicas. Antes da LRF, alguns governos comprometiam suas contas com altas dívidas, gastando mais do que arrecadavam, ou deixavam para seus sucessores (especialmente quando eram de partidos diferentes) uma dívida quase impagável. A lei aprovada em 2000 foi, na avaliação de muitas pessoas, um dos mais significativos avanços na administração pública, obrigando os gestores a gastarem os recursos de forma “equilibrada”. Ou seja, não gastar mais do que era possível arrecadar.

A LRF certamente é um importante instrumento de gestão dos recursos, especialmente porque contribui na utilização responsável dos recursos públicos. Porém, de outro lado, ela também se traduz num mecanismo limitador dos nossos direitos. Ela fortalece a tendência de pensar a política pública somente a partir do orçamento disponível e não a partir da demanda concreta dos direitos. A Lei de Responsabilidade Fiscal, por exemplo, obriga os municípios a gastarem somente 60% do seu orçamento em pessoal. É por isso que muitos municípios, ao invés de fazerem concurso público para a contratação de servidores, fazem convênios com cooperativas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Sociais (OS) precarizando as condições de trabalho dos serviços públicos e desqualificando a prestação do serviço público. É muito comum encontrar agentes de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais que são terceirizados. Contratação justificada pelos gestores pela limitação imposta pela LRF, mesmo que não concordemos com ela,

A LRF também cumpre papel importante para garantir o pagamento da dívida externa e interna, dívida que na maioria das vezes é colocada como prioridade nas contas públicas. Com a Lei, os municípios, são obrigados a elaborar a chamada “Meta Fiscal”. Esta meta exige que os municípios reservem um percentual do seu orçamento para o pagamento da dívida pública. No geral a meta fiscal dos municípios gira em torno de 5 a 7 % do orçamento anual dos municípios. A título de exemplo, analisemos um município com orçamento anual de 200 milhões de reais. Este município anualmente poderia pagar até 12 milhões de reais em dívida pública, valor que pode fazer falta para as políticas sociais. Por isso é importante que a população, quando acompanha o orçamento público, também se informe sobre o valor da Meta Fiscal anual do município, que nada mais é que o valor da dívida dos municípios com a União, a ser paga naquele ano.

As fontes do orçamento público

A grande maioria dos recursos disponíveis no orçamento vem dos impostos pagos pela população. Outra parte vem do lucro das empresas estatais e dos impostos pagos pelas empresas. Ou seja, é o cidadão que contribui para que o Estado tenha dinheiro para realizar as ações previstas no orçamento

Essa contribuição se dá de duas formas: uma é o pagamento direto de impostos, como o caso do INSS descontado em folha dos trabalhadores, ou o IPTU pago todos os anos para a prefeitura. Outra é a contribuição indireta, que acontece quando compramos um produto qualquer como arroz, açúcar, carne, ou biscoitos, porque no preço do produto já está embutido o imposto que o empresário vai repassar ao governo. Também contribuímos de forma indireta quando botamos gasolina no carro, pagamos a luz ou o telefone. Também aí, a empresa estatal ou privada embutiu no preço o valor do imposto que depois será repassado ao governo. Esses impostos serão parte do orçamento dos governos, que dizem como e onde vão gastá-lo através das leis do orçamento.

Os impostos podem ser arrecadados pela União, pelos estados ou municípios. Em função do princípio constitucional da autonomia das esferas de gestão, cada uma têm sua arrecadação própria. No âmbito do governo federal podemos citar o Imposto de Renda (IR), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto Sobre Operações Financeiras (IOF) e Imposto de Exportação (IE). Outra fonte de arrecadação são as chamadas contribuições, como a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL,) a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição para os Programas de Integração Social e Formação do Patrimônio do Servido Público (PIS/Pasep), entre outros. O conjunto total desses impostos e arrecadações compõe a fonte das receitas federais.

No âmbito estadual, podemos citar o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e o Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCD). No âmbito Municipal o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) o Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) e o Imposto Sobre Serviços (ISS). Além destas, há ainda outras fontes nas três esferas e que não foram citadas aqui.

É importante entender também como acontece a distribuição dos recursos entre as três esferas de governo. A União repassa uma parte do total das suas receitas aos Estados e Municípios. Uma das formas de repasse é o FPE (Fundo de Participação dos Estados). Cada estado da Federação recebe diretamente da União, recursos que passam a compor o seu orçamento como um todo. No caso dos municípios, a lógica é parecida. A União repassa recursos aos municípios através do FPM (Fundo de Participação dos Municípios). Essa distribuição tem critérios como a quantidade de habitantes de cada município e o índice de desenvolvimento humano, entre outros. Além dos repasses da União, o Município também recebe recursos do Estado. Assim, no caso dos municípios, o orçamento tem três fontes: 1) impostos, taxas e outras arrecadadas diretamente pelo município; 2) Repasses da União e, 3) repasses do Estado. Quando o município elabora seu orçamento leva em consideração todas essas fontes e então calcula as ações e os investimentos que serão feitos no ano seguinte.

A soma de todos os impostos da União, dos estados e dos municípios chama-se carga tributária. Ou seja, é o que o poder público recolhe para prestar serviços à população. Poderíamos concluir que, mesmo pagando nossos impostos, muitos serviços públicos prestados pelo Estado são insuficientes e ineficientes. Prova disso são as filas nos hospitais, a demora na realização de exames e a falta de leitos. No entanto, devemos ter o cuidado para não ficarmos reféns de um discurso que exige baixar todo tipo de imposto. Em muitos casos, quem defende isso são os mais ricos e que não estão preocupados com a

qualidade da saúde e da educação públicas, porque contratam serviços privados. Não se pode esquecer que sem dinheiro não há política pública da qualidade.

O Estado precisa de dinheiro para fazer políticas públicas. Nosso problema atual não é que pagamos muito imposto. O que há é uma forma injusta de pagá-lo. Hoje a carga de imposto maior, proporcionalmente, é cobrada da população mais pobre, fazendo com que eles paguem muito e os mais ricos paguem pouco. Esse é o problema que vem de longa data no Brasil. Um exemplo bem claro: a porcentagem de imposto pago hoje é de 70% sobre o consumo e só 30% sobre o patrimônio. Dessa forma, a carga tributária é alta para a maioria da população mais pobre (que consome, mas não tem grandes posses) e baixa para os que concentram a renda e as propriedades no país. É preciso que a estrutura de arrecadação e distribuição do Estado mude. A tributação (os impostos) deve cumprir com a sua missão de distribuir efetivamente a riqueza e impedir a concentração do patrimônio.

Além do tributo, outro elemento que contribui para a dificuldade de fazer com que o orçamento atenda satisfatoriamente todos os direitos é a visão macroeconômica em vigor no Brasil. A macroeconomia é a forma como o governo gerencia a política econômica do país como um todo. A visão da macroeconomia brasileira sempre foi o que os economistas chamam de “política restritiva”. A palavra restritiva indica poupar gastos para atingir uma meta fiscal. Neste caso, o governo gasta menos do que arrecada e fica com uma “sobra” no caixa. Esse dinheiro em caixa é o que chamam de “superávit primário”. Para o que serve o superávit primário? Não é para investir mais na saúde, educação ou em outras políticas públicas, é para ganhar confiança dos investidores financeiros. Com base neste superávit, o governo faz o pagamento da dívida pública. Só para termos uma idéia, a LDO para 2011, apresentada ao Congresso pelo Executivo, por exemplo, propõe um superávit primário de 3,3% em relação ao PIB, em torno de 125 bilhões de reais. Para alcançar essa meta, o governo será obrigado a cortar gastos, uma vez que há uma previsão de crescimento menor para 2011. O valor calculado para o superávit primário é o dobro do orçamento do Ministério da Saúde.

Desafios

Influenciar na formulação do Orçamento: o Conselho e as lideranças da saúde precisam influenciar na formulação do orçamento, seja no PPA, na LDO e na LOA. Isso implica conhecer o processo orçamentário e debater sobre ele, se necessário, no próprio Conselho. Hoje, na maioria das vezes, sequer ficamos sabendo que o município está elaborando o seu orçamento e nem o levamos em conta quando elaboramos o Plano de Saúde. É preciso articular os tempos e mecanismos para sermos coerentes e podermos efetivar o controle sobre o dinheiro.

Discutir as questões estruturais da política econômica e orçamentária: A sociedade como um todo, e em especial os conselheiros, precisa avançar no debate sobre as questões estruturais da política econômica e orçamentária do país. Isso implica em exigir mudanças na política tributária, não no sentido de simplesmente de reduzir tributos, como alguns vêm defendendo, mas sim de discutir uma política tributária justa para atender os direitos de todos, seja na saúde, na educação, na segurança, e em todos os outros setores

ÍNDICE DE SIGLAS



ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Previdência

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde SUDS

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública

COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde

EC-29 - Emenda Constitucional 29

EUA - Estados Unidos da América

FPE - Fundo de Participação dos Estados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Previdência

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

IE - Imposto de Exportação

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

IOF - Imposto Sobre Operações Financeiras

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU - Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IR - Imposto de Renda

ISS - Imposto Sobre Serviços

ITBI - Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis

ITCD - Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação

LDO - Lei de Diretriz Orçamentária

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOS - Lei Orgânica da Saúde

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

NOAS - Normas Operacionais de Assistência em Saúde

NOBs - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAS - Programação Anual de Saúde

PGASS - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PIS/PASEP - Programas de Integração Social e Formação do Patrimônio do Servido Público

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada e Integrada

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASE - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA



ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. SUS Passo a Passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo, Hucitec, 2001.

ARMANI, Domingos. Como Elaborar projetos? : Guia Prático para Elaboração e Gestão de Projetos Sociais. Tomo Editorial, Porto Alegre, 2000.

BENEVIDES, Maria Victória. O que é formação para a cidadania? Entrevista realizada por Silvio Caccia Bava, diretor da ABONG, em janeiro de 2000.

BOTH, Valdevir. Direito Humano à saúde no Brasil. In: Movimento Nacional de Direitos Humanos et. al.. (Org.). Direitos Humanos no Brasil 3: diagnóstico e perspectivas. Passo Fundo: Berthier, 2012, v. 3, p. 261-274.

____; KUJAWA, Henrique. O Brasil e a garantia do Direito Humano à Saúde. In: MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Orgs). Direitos Humanos no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Coletânea CERIS, ano 1, n. 1, Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.

____; et. Al. O SUS e as eleições municipais. 2ª. Ed. Passo Fundo: CEAP, 2008.

____. Biopoder e direitos humanos: estudo a partir de Michel Foucault. Passo Fundo: Editora Ifibe, 2009.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1986.

BRANDÃO, Carlos. A Educação Popular na Escola Cidadã. Petrópolis, RJ, Vozes, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL, Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292p.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Lex. <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>

BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Lex. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. 2ª ed., SP, Hucitec 1994.

CARBONARI, Paulo César; KUJAWA, Henrique Aniceto (Org.). Direitos Humanos desde Passo Fundo. Passo Fundo: CDHPF, 2004.

CARVALHO, Gilson . Participação da Comunidade na Saúde. Passo Fundo: IFIBE, 2007.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários à lei orgânica da saúde (lei 8.080/90 e lei 8.142/90). 2ª ed, Hucitec, São Paulo, 1995.

CEAP. Desta vez vai ser pra gente: garanta uma saúde diferente. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 453 de 10 de março de 2012. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc

DAGNINO, Evelina (Org.). Sociedade Civil e Espaço Público no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FANTIN, Maristela. Educação Popular e Saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro. ANPED, 23 Reunião Anual, setembro de 2000 (GT Educação Popular).

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Dacasa Editora, 2002.

GALLO, Sílvio. Filosofia, Educação e Cidadania, In. Filosofia, Educação e Cidadania. (Organizador Adão José Peixoto). SP, Editora Alínea, 2001.

GANDIN, Danilo. A Prática do Planejamento Participativo. Vozes, 8ª edição, Petrópolis, 2000.

IPEA, Receita pública: Quem paga e como se gasta no Brasil. Nº 22, 2009. Disponível em < http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/comunicado_da_presidencia_n22.pdf > acesso em 08/12/12.

LEAL, Rogério Gesta; ARAÚJO, Luiz Ernani Bonesso de. Direitos Sociais & Políticas Públicas: Desafios Contemporâneos. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.

MATUS, Carlos. Adeus Senhor Presidente: governantes e governados (tradução de Luis Felipe Rodriguez Del Riego), Edições Fundap, São Paulo, 1996.

MORONI, José Antonio. Agendas para a Participação. IN.: SOUTO, Ana Luiza Salles; PAZ, Rosangela Dias Oliveira da (org.). Novas Lentes sobre a Participação: utopias, agendas e desafios. São Paulo: Instituto Pólis, 2012. p. 45-48.

MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Orgs). Direitos Humanos no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Coletânea CERIS, ano 1, n. 1, Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.

PERALTA, J. A. G. (Org.) . Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil - Informe 2010. 1. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2011. v. 300

PERALTA, Jorge G.; PERUZZO, Nara A.; BOTH, Valdevir. Direito Humano à Saúde e Educação Popular: Experiência de Passo Fundo. Passo Fundo: Berthier/CEAP, 2012.

_____. O Direito Humano à Saúde e o seu subfinanciamento. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2010.

PERUZZO, Nara Aparecida ; PERALTA, Jorge. A. G. Participação e Controle Social no Brasil. In: Movimento Nacional de Direitos Humanos et. al.. (Org.). Direitos Humanos no Brasil 3: diagnóstico e perspectivas. Passo Fundo: Berthier, 2012, v. 3, p. 111-118

PERUZZO, Nara Aparecida. Educação, Mulher e Política: Diálogos com Rousseau. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

POLIGNANO, Marcus V. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. Em: < <http://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologia%20e%20saude%20publica/Historia%20e%20estrutura%20SUS.pdf>>, acesso em: 10 de novembro de 2010.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, UNICAMP, 2000 (Tese de Doutorado).

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SOPHIA, Daniela. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. RADIS, nº 21, nov/dez de 2001, p. 4 - 5.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde, In, Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. RJ, Relume-Dumará, 1993, p. 11 - 22.

____ Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino, In, Educação, saúde e cidadania. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994, p. 123 - 142.

TATAGIBA, Luciana. Os Conselho Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). Sociedade Civil e Espaço Público no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

VALLA, Victor Vincent. Apoio Social e Saúde: buscando compreender a fala das classes populares, In. Educação Popular Hoje. (org. Marisa Vorraber Costa). SP, Loyola, 1998, p. 151 - 176.

____ Globalização e Saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa, In, A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. SP, Hucitec, 2001, p. 39 - 62.

VASCONCELOS, Eynard Mourão. Educação Popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde, In. Educação Popular Hoje. (org. Marisa Vorraber Costa). SP, Loyola, 1998, p. 63 - 93.

____ Participação Popular e Educação nos Primórdios da Saúde Pública Brasileira, In, A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. SP, Hucitec, 2001, p. 73 - 99.

