

Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia

Financing in Brazilian health care system:
a recent retrospective and dentistry approach

Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega¹

Rosana Helena Schlittler Hoffmann²

Antonio Carlos Pereira³

Marcelo de Castro Meneghim³

Abstract *The guided policies designed to modify the health care system occurred in three stages: the first occurred at the end of the military regimen with the implantation of the Integrated Actions of Health (AIS); the second came with the implantation of the Unified and Decentralized Health System (SUDS) in 1987; and the third was the promulgation of the Constitution in 1988, when the Brazilian Unified Health System (SUS), an organizational structure based on principles of citizenship and social justice, was then created. With the creation of SUS, there was the need for defining objectives and strategic lines of direction for the decentralization process, concerning responsibility aspects, relations among managers, and criteria of transference from federal to state and municipal levels. Thus, the objective of this study was to accomplish a recent retrospective of the budgetary plan aimed at health care, with an approach on dental care. Data collected from the Ministry of Health (DATASUS) between 1998 and 2005 were used in this retrospective study. In conclusion, a positive situation was observed for transferred annual values, suggesting that the reorganization and financial structure of the Brazilian health system is starting to work.*

Key words *SUS, Dentistry, Financing*

Resumo *As políticas orientadas para a mudança no sistema de saúde ocorreram em três fases: a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e a promulgação da Constituição em 1988, surgindo assim o SUS (Sistema Único de Saúde), uma estrutura organizacional baseada em princípios de cidadania e justiça social. Com o surgimento do SUS, houve a necessidade de definir objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização, tratando dos aspectos das responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Desse modo, o objetivo desse trabalho foi realizar uma retrospectiva recente do plano orçamentário destinado à saúde após a reorganização do SUS, realizando também uma abordagem na área da odontologia. Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual foram utilizados dados coletados do banco de dados em saúde do Ministério da Saúde do Brasil (DATASUS) no período de 1998 a 2005. Observou-se que pelo menos no que diz respeito a valores de repasse anuais, a situação é positiva, esperando-se dessa forma que a tão sonhada reorganização e estruturação financeira do sistema de saúde brasileiro esteja começando a acontecer.*

Palavras-chave *SUS, Odontologia, Financiamento*

¹ Faculdade de Odontologia, Faculdades Integradas de Patos. Rua Horácio Nóbrega s/n, Belo Horizonte. 58704-000 Patos PB. carolbcnobrega@gmail.com

² Universidade Estadual de Campinas.

³ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP.

Introdução

Nos primeiros tempos do Brasil Colônia e posteriormente na fase Imperial, não havia uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença e a população era vítima das mais variadas doenças infecciosas, fazendo com que o Brasil ostentasse a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta¹.

Após a Proclamação da República, as políticas de saúde se estabeleceram com um estreito vínculo com a Previdência Social, voltadas a atender interesses políticos e econômicos, seja no saneamento de espaços economicamente importantes, seja na assistência à saúde, visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo e com um tipo de organização que favorecia um processo de privatização através da compra de serviços assistenciais, privilegiando o setor privado.

Em fins dos anos setenta, o setor sofre de falta de planejamento, descontinuidade dos programas, problemas de caixa, envolvimento em esquemas de corrupção e desvio de verbas, além da ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população^{1,2}.

Surge então, nesta época, o Movimento pela Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva que clamavam, em conjunto com a população, por políticas mais universalistas. Este movimento foi divulgando suas idéias e incorporando aliados como lideranças políticas sindicais, lideranças populares, parlamentares e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde. O marco referencial deste movimento se daria em 1979, no 1º Simpósio Nacional de políticas de saúde. O Movimento pela Reforma Sanitária representado pelo CEBES (Centro de Estudos Brasileiros de Saúde) apresentou e discutiu publicamente um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de Sistema Único de Saúde, o qual seria racional, de natureza pública, universal e descentralizado¹.

As políticas orientadas para a mudança no sistema de saúde ocorreram em três fases: a primeira, no final do regime militar, em período de grande recessão da economia com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, que buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica. A segunda foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que iria transferir recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde. O tercei-

ro e definitivo passo foi à promulgação da Constituição em 1988 que, incorporando as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, daria sequência à descentralização iniciada pelas AIS e pelos SUDS, transferindo aos municípios a responsabilidade pelas ações em saúde. Surge assim o SUS (Sistema Único de Saúde), uma estrutura organizacional baseada em princípios de cidadania e justiça social e com o intuito de viabilizar o artigo 196 da Constituição Federal, no qual está estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”^{3,4}.

Com o surgimento do SUS, houve a necessidade de definir objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização, bem como para normatizar e operacionalizar as relações entre as esferas do governo, tratando dos aspectos das responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Com isso, surgiram as Normas Operacionais Básicas (NOB) em 1991⁵, tendo como um dos objetivos estabelecer critérios de repasse de verbas. Vieram então as NOB 93 e 96^{6,7}, esta última para implementar os repasses automáticos fundo a fundo, criar o PAB (Piso de Atenção Básica), uma modalidade de pagamento com base populacional que, através dos anos (1998 e 2000), foi sendo aprimorada com o surgimento de duas modalidades de PAB – fixo (valor *per capita*/ano) e variável (recursos para programas definidos pela esfera federal – como o PACS e o PSF)⁸, e definição de diretrizes para repasse de recursos ao PSF (Programa de Saúde da Família).

Para auxiliar no processo de descentralização e buscando organizar o Sistema de Saúde em todos os níveis, foi publicada em 2001 a NOAS (Norma Operacional de Assistência a Saúde)⁹. Esse documento teve como objetivo gerar uma descentralização com autonomia, utilizando os recursos financeiros de acordo com as reais necessidades, bem como deixam claras as ações para priorização de procedimentos básicos, com a criação de repasses como o PAB ampliado.

Nos primeiros anos da implantação do SUS, este sistema não encontrou respaldo nas políticas governamentais e o aporte de recursos necessários ao desenvolvimento deste processo não foi realizado, agravando a crise do modelo assistencial que perdurava desde os anos oitenta. Desta forma, a rede básica de saúde, constituída pelos

centros, postos e unidades básicas de saúde (UBS), se encontrava desqualificada e os níveis seguintes de atenção (secundário e terciário) se tornavam a porta de entrada do sistema. Para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias, foi criado o PSF Brasil¹⁰.

A ampliação das equipes de PSF no Brasil, organização do repasse de verba e a implantação de serviços de saúde bucal (Equipes de Saúde Bucal – ESB) representam um avanço significativo das políticas públicas de saúde. Desse modo, o objetivo desse trabalho foi realizar uma retrospectiva recente do plano orçamentário destinado à saúde, discutindo-o com ênfase e realizando também uma abordagem na área da odontologia, após a reorganização do Sistema Único de Saúde, com a criação do PSF e implantação de programas destinados à saúde bucal.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo no qual foram utilizados dados coletados do banco de dados em saúde do Ministério da Saúde do Brasil (DATASUS) no período de 1998 a 2005¹¹.

Para análise global, as informações foram avaliadas de acordo com as divisões por complexidade utilizadas pelo SUS, sendo elas:

- . Procedimentos básicos;
- . Procedimentos de média e alta complexidade;
- . Ações estratégicas.

Todos os dados foram obtidos com relação à saúde pública em geral; entretanto, como as tabelas provenientes do DATASUS são divididas por insumos, torna-se fácil a identificação dos procedimentos em que a odontologia está incluída. Os procedimentos que foram considerados como válidos para odontologia estão discriminados no Quadro 1.

Resultados e discussão

Para que se possam fazer considerações plausíveis sobre perspectivas de expansão de serviços ou transformações nas responsabilidades por prestação de serviços de saúde, deve-se levar em conta o aspecto financeiro. No Brasil, a partir da criação do SUS, as despesas com saúde tenderam a crescer, principalmente porque a transferência de recursos federais para os estados e municípios passou a ser realizada de forma direta (fundo a fundo), segundo a Lei nº 8.080/90¹². Entretanto, é

Quadro 1. Procedimentos considerados válidos para a odontologia.

Procedimentos básicos	Procedimentos de média e alta complexidade	Ações estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> - PAB - PAC (Programa de Agentes Comunitários) - PSF - Epidemiologia e Controle - Incentivo a Saúde Bucal - Cadastro SUS - PAB ampliado - Incentivo PAC - TFECED (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças) - Expansão PSF - Formação de ACS (Agentes Comunitários de Saúde) - SIS Fronteiras (Sistema Integrado de Saúde) - PSF Plus 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgias deformidades cranio faciais - Gestão Plena - NOAS - CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) - Programa de Especialidades Odontológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Deformidades crsniofaciais - Deformidades crânio faciais SAI (Sistema de Informações Ambulatoriais) - Ortodontia - Prótese odontológica

necessário analisar o financiamento do setor público dentro do próprio setor público, ou seja, como estão as condições de repasse de recursos nas três esferas do governo, pois o que caracterizou esta relação por muito tempo foi o pagamento pelos serviços prestados e, como consequência, uma descentralização acompanhada de um processo de desconcentração – transferência de poder por delegação, em que o órgão que transfere competências permanece com poder de decisão, caracterizando, portanto, uma transferência de encargos sem autonomia de gestão¹³.

Investimentos em saúde pública – uma visão generalizada da saúde

Na Figura 1, verifica-se que os dispêndios da União no decorrer dos anos obedecem a uma tendência de acréscimo, sendo esse fato interessante quando se considera o contexto político

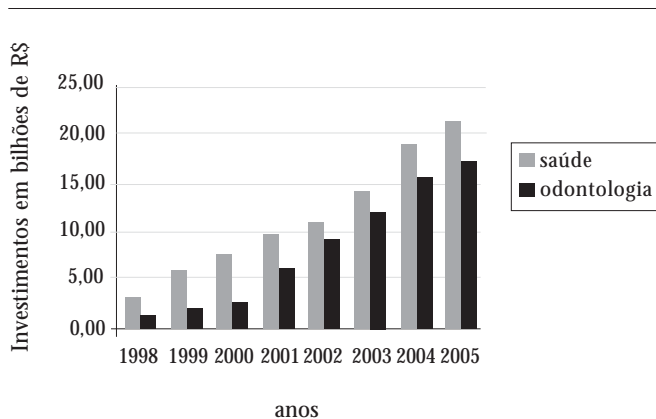


Figura 1. Investimentos em saúde pública (bilhões de reais).

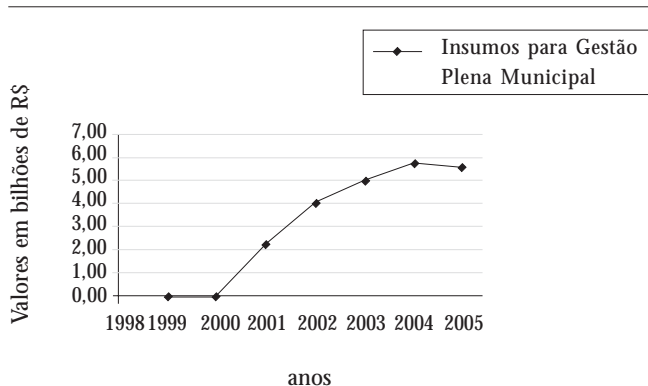


Figura 2. Insumos para Gestão Plena Municipal.

econômico da época (paralisa financeira na América Latina, necessidade de maior superávit primário, pequenos valores *per capita* destinados à saúde)¹⁴. Esses ganhos em investimentos em saúde aumentaram consideravelmente com a questão da descentralização, acompanhada da inserção dos municípios na responsabilidade dos serviços por meio do direcionamento e aumento dos seus recursos no setor. Com isso, houve também um acréscimo nos investimentos para habilitação dos municípios em sistemas de gestão, como se pode observar na Figura 2.

Organização do sistema de saúde brasileiro e distribuição de recursos financeiros: a busca pela descentralização e autonomia de gestão

A busca por um processo organizado de descentralização está em vários documentos oficiais como NOB 96, PPI (Programação Pactuada Integrada - 1997) e NOAS (2001). A NOB 96 define princípios importantes como a previsão de um conjunto de responsabilidades e requisitos para que os municípios se habilitassem em um tipo de gestão, onde a decisão sobre esse processo ficava a cargo das CIB (comissões intergestores bipartite – município e estado - não dependendo da esfera federal)⁷. Dessa forma, em dezembro de 1998, 4.597 municípios estavam habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica (o que equivale a 83%); em 2000, 99% dos municípios já estavam habilitados em um tipo de gestão¹⁵. A descentralização, municipalização e incentivo à habilitação são importantes, pois descentralizam e organizam os recursos de saúde, alcançando, dessa forma, milhares de municípios que, até então, não recebiam repasses da esfera federal e não tinham autonomia de gestão.

Um fato importante relativo à arrecadação de recursos para a saúde foi a Lei nº 9.311 de 24 de outubro de 1996, que criava a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira)¹⁶. As projeções dos recursos para o setor saúde feitas em 1995 para o ano seguinte indicavam que o sistema entraria em colapso, buscando-se desse modo alternativas e, após um amplo debate político, a Lei da CPMF foi aprovada. Inicialmente, a contribuição estabelecida era de 0,20% sobre as movimentações financeiras, tendo um prazo definido de duração de treze meses.

Os recursos eram transferidos diretamente para o Fundo Nacional da Saúde (FNS), chegando, em 1997, a um repasse de R\$ 6,9 bilhões. Nos anos seguintes, como o orçamento federal já es-

tava dependente destes recursos, a CPMF foi prorrogada por mais 36 meses, com alíquota de 0,38%, sendo 0,20% para saúde e 0,18% para a previdência social. A grande polêmica em torno da CPMF foi que o governo federal utilizou a saúde como pretexto para aprovar o “imposto” e, conforme a lei, transferiria os recursos diretamente para o FNS (Fundo Nacional de Saúde), mas, em contrapartida, deixava de repassar outros recursos que anteriormente eram destinados à saúde¹⁷. A CPMF foi um engodo, pois o governo federal destinava esta receita para a saúde, mas em contrapartida deixava de repassar receitas de outras fontes, fazendo com que o resultado final do orçamento da saúde ficasse quase que inalterado: “dava com uma mão e tirava com a outra”¹⁷.

Dados da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA¹⁸ mostram que os recursos para saúde, oriundos de contribuições como o COFINS (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social), diminuíram cerca de 4% entre os anos de 1997 e 1999. Os valores obtidos por recursos de CPMF tiveram um acréscimo de cerca de 21% apenas entre 1997 e 1998; em contrapartida, os valores em 1999 já eram 24% menores do que os mesmos recursos arrecadados no ano anterior.

Um outro fator que vem para contribuir com a questão da distribuição de recursos financeiros no setor público é a Emenda Constitucional nº 29, que se apresenta como ponto legal e fundamental desde o ano de 2000¹⁹. Essa emenda estabelece um aumento de investimento dos três setores governamentais (federal, estadual e municipal) no setor de saúde, garantindo assim recursos mínimos para as ações e serviços de saúde e proibindo inclusive o uso de recursos destinados a saúde para pagamento de inativos. A emenda alterou o artigo 34 da Constituição Federal, incluindo um mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, bem como ampliou o poder de intervenção da União nos estados, caso não cumpram com a obrigação de vincular a percentagem estabelecida pela receita³. O percentual que cada município deverá aplicar na saúde também consta da emenda; de 2000, quando a mesma foi instituída, a 2004, esse percentual mínimo aumentou de 7% para 15%²⁰.

Esse processo de gestão participativa é importante para toda a área de saúde e vem sendo demonstrado em números e valores: em 2000, 5.450 municípios já recebiam repasses fundo a fundo, o que equivale a 61% dos recursos federais para custeio da saúde. Nesse mesmo ano, foram im-

plementados valores específicos para gestão plena, valores que em cinco anos passaram de cerca de onze mil reais (ano de 2000) para um total aproximado de 5 bilhões e meio de reais no ano de 2006. Essa autonomia de gestão é incentivada por repasses adicionais que crescem a cada ano (Figura 2), como forma de estímulo para que abranja uma parcela maior de municípios.

Panorama político do repasse de recursos para saúde

Um outro fator importante, que deve ser considerado, é que apesar do Brasil estar com índices de inflação (INPC – BC)²¹ estáveis e pequenas taxas de crescimento anuais, os valores repassados na esfera pública, tanto para saúde em geral como para odontologia, tiveram um crescimento considerável no decorrer dos anos (Figura 3).

Esse fenômeno pode ser mais bem entendido quando observamos os valores repassados para área de saúde por período político. Fazendo uma divisão dos dados encontrados por período de governo federal, temos valores para duas administrações distintas. Observa-se na Figura 4 um crescente investimento na saúde em todas as áreas de complexidade, tanto na saúde em geral como na odontologia, o que mostra que as tentativas de reorganização da saúde para uma melhor distribuição de aportes financeiros realmente está acontecendo e sendo suportada pela política federal.

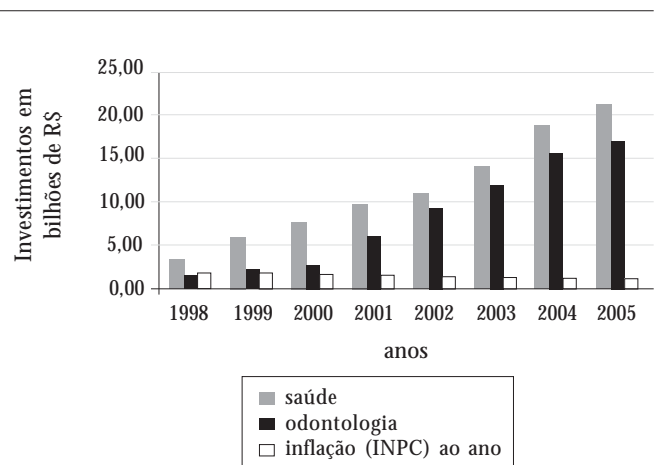


Figura 3. Investimentos em saúde e odontologia (em bilhões de R\$) comprados ao índice de inflação INPC anual (BC).

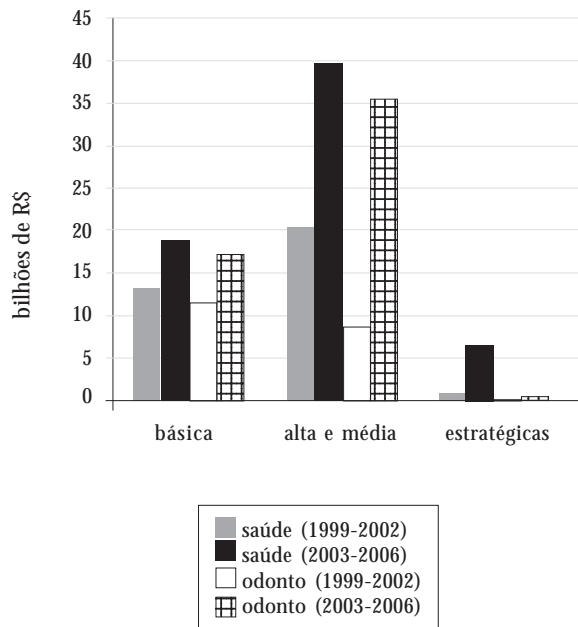


Figura 4. Investimentos em saúde por período político (em bilhões RS).

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)¹⁸, durante o primeiro mandato do então Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), os gastos com programas voltados pra área de saúde foram decrescentes ao passar dos anos. Em milhões de reais, esses valores foram de 17.774 em 1995 para 14.038 no ano de 1998, apresentando, dessa forma, uma variação negativa de investimentos na ordem de 21%²². Segundo o relatório da OPAS-OMS, o gasto federal do Ministério da Saúde no ano de 1996 foi 10,4% da arrecadação da União, valor inferior aos gastos em saúde no ano de 1989, que foram na ordem de 19%²³.

Esse foi um dos fatores que incentivaram, na época, o Ministro da Saúde Adib Jatene a lutar para obter uma outra fonte de recursos para o financiamento da saúde, criando assim a CPMF já discutida anteriormente nesse texto. Durante a segunda gestão de FHC no governo do Brasil, o economista José Serra assume o Ministério da Saúde, obtendo mais fontes de recursos com a aprovação da Emenda Constitucional 29 e criação do PAB^{8,19}. Entretanto, apesar dos esforços

em organizar a saúde no Brasil durante o período FHC, as reformas vitais e ajustes fiscais para alcançar uma estabilidade macroeconômica colocam a saúde e políticas sociais em segundo plano, o que pode em parte explicar as diferenças em valores destinados à saúde, oriundos do orçamento da União, nos diferentes governos³. A questão de focalização de políticas de saúde nesse período aparece bem clara, com deliberação de assistência médico-hospitalar e o aparecimento do segmento privado como saúde suplementar para população que tem uma renda que possibilite esses serviços³. Essa política de saúde suplementar é uma questão histórica que não iniciou nesse período e se mantém ativa até os dias atuais.

Apesar dos problemas político-econômicos presentes em nosso país, a organização da saúde começa a apresentar resultados no segundo governo FHC, continuando a receber insumos e acréscimo durante o primeiro governo Luiz Inácio Lula da Silva (2002- 2005) (Figuras 1,3,4). Esse fato se deve à manutenção e ampliação de programas da gestão FHC, bem como com a criação de novos programas DATASUS¹¹.

Modificações associadas a odontologia na saúde pública

Com relação à odontologia, até a década de cinquenta, o modelo de assistência odontológica hegemônico era a odontologia de mercado praticada de forma liberal no espaço restrito da clínica e centrada no indivíduo doente, baseada no paradigma flexineriano^{1,24}. Nos anos cinquenta, com o desenvolvimento de atividades da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), tem-se o início da estruturação de atividades odontológicas com base em programas com duas modalidades de práticas: a fluoretação das águas de abastecimento público e a assistência a escolares através do sistema incremental, o qual tinha como vertente ideológica a odontologia sanitária/social^{1,24}. A odontologia sanitária/social foi definida como sendo “A disciplina da saúde pública que tem como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade”²⁵.

O sistema incremental (SI) se manteve hegemônico no Brasil por mais de quarenta anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em odontologia¹.

Na década de setenta, o SI começa a sofrer inúmeras críticas, pois não conseguia atingir os resultados esperados, apresentando-se como um modelo superado tanto do ponto de vista de sua

eficácia, quanto da sua abrangência e cobertura. A partir daí, muitos municípios se tornaram “órfãos” do sistema incremental, necessitando elaborar seus próprios modelos assistenciais²⁶.

A expressão “saúde bucal coletiva” surge nos anos oitenta como sendo uma estratégia centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da promoção da saúde, o qual pretende romper com as odontologias adjetivadas, procurando recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões políticas, sociais, comunitárias, preventivas e integrais¹.

Apesar dos avanços em relação à estruturação de um sistema de saúde sólido e enquadrado nas reais necessidades de um país de dimensões continentais e altamente heterogêneo, a odontologia parecia ainda estar longe de atingir um quadro de atendimento ideal. Os resultados de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹ em 1998, divulgados em 2000, demonstrou que, até então, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Neste contexto e em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção, garantindo também os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs como estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família Brasil²⁷.

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal no PSF teve a sua concretização com a Portaria GM nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000²⁸, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF. A necessidade de melhorar

os índices epidemiológicos e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal impulsionou a inclusão das ESB no PSF²⁹.

Em 06 de março de 2001, o Governo Federal editou a Portaria nº 267 (Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal)³⁰, que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM/2000 e estabelece o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos na atenção básica (estabelecidos na NOB 01/96 e NOAS 01/01). Além disso, a Portaria nº 267/2001 ainda estabelece as estratégias para incorporação das equipes, atribuições de cada profissional da ESB e responsabilidades de cada esfera de governo e informações relativas ao financiamento das equipes. Com essa reorganização da saúde bucal e contextualização da mesma na saúde coletiva como um todo, se observa o aumento de repasse de recursos principalmente a partir do ano de 2000, com um acréscimo de recursos em todas as áreas de complexidade (Tabela 1) e ênfase nos procedimentos básicos (Figura 5).

Em março de 2004, o Ministério da Saúde lança o “Brasil Sorridente”, definido como sendo uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira³¹. Este novo sistema público de atendimento odontológico apresenta cinco frentes de ação: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas³¹. Com isso, um crescimento de recursos não só para a área básica, média e alta complexidade, mas também para procedimentos estratégicos,

Tabela 1. Valores repassados para áreas específicas (em milhões de R\$).

Anos	Ações	Incentivos a Saúde Bucal	CEO	Programa de Especialidades Odontológicas	Prótese odontológica	Ortodontia
1998		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1999		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001		29,69	0,00	0,00	0,00	0,51
2002		56,57	0,00	0,00	0,00	1,04
2003		90,92	3,09	1,60	0,00	3,06
2004		188,01	19,9	15,59	0,00	7,12
2005		287,29	3,95	14,31	0,47	8,05

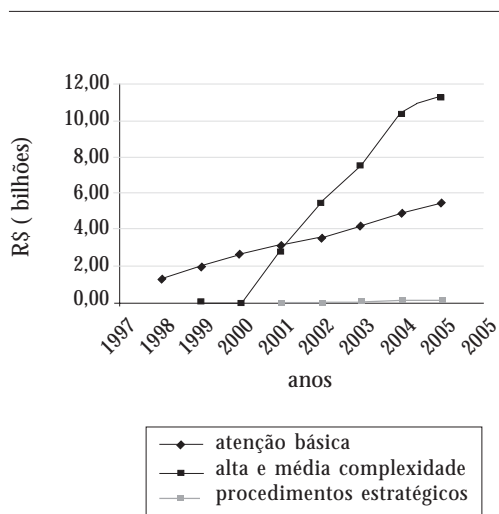


Figura 5. Valores de procedimentos para odontologia (em bilhões de reais).

ou seja, específicos da área odontológica como próteses odontológicas e ortodontia (antes não contemplados pelo sistema de saúde público) (Tabela 1).

Um outro avanço na área é a inserção de insumos para estudos epidemiológicos DATASUS¹¹, o que auxilia muito na questão de levar recursos para as reais necessidades de uma região, um estado ou município, bem como esse repasse está incluso nos procedimentos básicos em saúde e recebe, a partir de 2005, um adicional para formação de pessoal especializado na área de epidemiologia e controle, aumentando assim o aporte financeiro para assistência básica (Figuras 1 e 5), demonstrando também avanços no processo de reorganização do Sistema de Saúde.

Pacto pela saúde: unificação de pactos e busca e equidade

Um dos motivos que levam a crer numa reestruturação do Sistema de Saúde Brasileiro é a criação do Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS, definido na Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saú-

de redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social³².

As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo, assim, as mais de cem “caixinhas” que eram utilizadas para essa finalidade.

Esse pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos hoje existentes. É o resultado de um intenso trabalho de discussão de cerca de dois anos e envolveu os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), tendo sido aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 26 de janeiro de 2006 e na reunião de 9 de fevereiro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde.

A implantação deste pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social³².

Conclusão

Apesar da saúde não poder ser discutida como um fator isolado na política monetária da República, pelo menos no que diz respeito a valores de repasse anuais, a situação é positiva (os valores para a saúde passaram de menos de 5 bilhões de reais a mais de 20 bilhões em sete anos), esperando-se dessa forma que a tão sonhada reorganização e estruturação financeira do sistema de saúde brasileiro esteja começando a acontecer.

Colaboradores

CBC Nóbrega, RHS Hoffmann, AC Pereira e MCM Meneghim participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Roncalli AG. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva* [tese]. Araçatuba (SP): Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000.
- Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Oliveira AGRC, Souza ECF, organizadores. *Odontologia social: textos selecionados*. Natal: UFRN; 1998. p. 114-121.
- Costa CRC. Descentralização, financiamento e regulamentação: a reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev. Sociol. Polit.* 2002; 18:49-71.
- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional; 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – NOB 01/91*. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – NOB 01/93*. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – NOB 01/96*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Piso de Atenção Básica – PAB*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. *Programa Saúde da Família - PSF*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [site da Internet] [acessado 2006 out]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=347
- Brasil. Congresso Nacional. Lei 8.080, de 19/09/1990. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Junqueira LPA. Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1997.
- Nóbrega CBC, Hugo FN, Meneghim MC, Pereira AC. Panorama Atual do Financiamento para a Saúde Bucal no Serviço Público Brasileiro. *ODONTO* 2004; 12(24):99-111.
- Oliva-Augusto MH, Costa OV. Entre o público e o privado: A Saúde hoje no Brasil. *Tempo Social* 2000; 11(2):199-217.
- Brasil. Congresso Nacional. Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996. *Diário Oficial da União* 1996; 25 out.
- Carvalho GCM. *O financiamento público federal do sistema único de saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [site da Internet]. [acessado 2006 set 20]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td.html>
- Brasil. Casa Civil. Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. *Diário Oficial da União* 2000; 13 set.

20. Machado KA. "EC- 29 determina o que deve ser gasto com saúde". *RADIS* 2003; 15: 14.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [site da Internet] [acessado 2006 set 20]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>
22. Calmon PP. A política orçamentária no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. In: Rocha PE. *Políticas públicas sociais*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos Sócio-Econômicos; 1999.
23. Organização Pan-Americana de Saúde–Organização Mundial de Saúde. *A saúde no Brasil*. Brasília: OPAS-OMS; 1998.
24. Calado GS. *A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
25. Chaves MM. *Odontologia Sanitária*. Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Pan-Americana; 1962.
26. Pinto VG. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. São Paulo: Santos; 1989.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
28. Brasil. Portaria GM/MS 1.444 de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
29. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Dias AA, organizador. *Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Santos; 2006.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. *Diário Oficial da União* 2001; 07 mar.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. *Manual do programa Brasil sorridente*. [site da Internet]. [acessado 2006 set 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.

Artigo apresentado em 13/02/2007

Aprovado em 20/12/2007