



O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Material de apoio ao
Fórum Saúde Pública X Saúde Privada
25 a 29 de agosto 2014

Evolução Histórica



Os serviços de saúde emergiram no Brasil, ainda no século XIX, com uma organização precária. As questões de saúde eram de responsabilidade estritamente individual, cabendo ao indivíduo garantir sua saúde através do "bom comportamento", enquanto às políticas públicas de saúde cabiam o controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares (SOARES, MOTTA, 1997).

A primeira iniciativa do Estado brasileiro na construção do que poderia se aproximar da noção de proteção social data de 1923, com a edição da Lei Eloi Chaves e a criação das Caixas de Pensão e Aposentadoria, que também garantiam a assistência médica aos contribuintes (KHON, s.d.). Depois vieram outros institutos e, finalmente, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (CARVALHO, 2013).

No que concerne à saúde preventiva, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas, decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas, também, principalmente, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania (FUNASA, s.d.).

Da década de 1920 até o final de 1980, o que pode ser reconhecido como sistema de saúde se pautava majoritariamente pela noção de seguro social (garantia de acesso apenas a quem contribui) e se caracterizava por uma miríade de instituições públicas e algumas privadas, sem nenhuma articulação entre si. Nesse período, a assistência médica se vinculava à Previdência Social, e as ações coletivas de saúde eram de responsabilidade do Ministério da Saúde (KHON, s.d.).

Entre os anos 1930 e 1950 houve ascendência e hegemonia do Estado populista. No período foram criados os institutos de seguridade social - Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos, mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante (LUZ, 1988).

A partir da década de 1940, foram instituídas as primeiras modalidades de assistência médica suplementar, inicialmente dirigidas aos funcionários públicos da União e de alguns estados. Este arremedo de sistema imperou no Brasil durante 65 anos, voltado à população urbana, mais especificamente, para os trabalhadores formais e parcelas do funcionalismo público federal e de alguns estados, como São Paulo. Suas bases de financiamento eram as contribuições compulsórias sobre as folhas de salário. Aos demais brasileiros, a maior parte da população, estava reservada a assistência médica privada, por meio das santas casas, ou a estatal, oferecida pelas poucas instituições públicas de saúde

existentes, geralmente vinculadas ao governo federal e aos estados e municípios mais ricos (KHON, s.d.).

Dos anos 1950 a 1960, tentou-se implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico 'moderno', integrado à ordem capitalista industrial. As políticas de saúde da época exprimiam essa dupla realidade (LUZ,1988). Foram nos anos 1950 que o sistema de saúde privada começou a se organizar no país (KHON, s.d.).

Nos anos 1960, a III Conferência Nacional de Saúde, realizada no final de 1963, levantou duas bandeiras: um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos), e organizado descentralizadamente (protagonismo do município). No entanto, a ditadura militar, iniciada em março de 1964, sepultou a proposta poucos meses depois (CARVALHO, 2013).

A partir do movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque. Sanitaristas ocuparam postos importantes no aparelho de Estado. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde. Naquele evento, os participantes denunciavam os desmandos na saúde e clamavam por ações de garantia dos direitos da população (FUNASA, s.d.).

O movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa luta travada pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988, nova ordem jurídica, assentada na Constituição, define o Brasil como um Estado Democrático de Direito, proclama que a saúde é direito de todos e dever do Estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social (FUNASA, s.d.). A Constituição também legitima a atuação do setor privado de saúde que se arregimenta no sistema supletivo de assistência médica (KHON, s.d.).



Arquivo: Senado Federal

Não é a existência de um segmento público e outro privado no sistema de saúde, mas sim o tipo de relação estabelecida entre eles, que se constitui em enorme empecilho para a efetivação de um sistema universal de saúde no cotidiano da população, tal como preconizado pela Constituição (KHON, s.d.).

É preciso, também, reconhecer que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanentes (FUNASA, s.d.).

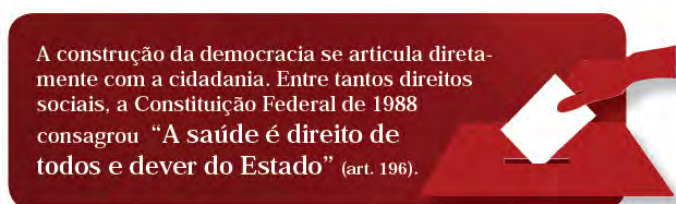
COEP

Rede Nacional de
Mobilização Social

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)



O SUS é resultado de décadas de luta do Movimento da Reforma Sanitária. Ele foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 (CARVALHO, 2013). Com o SUS, houve uma expansão do caráter público e estatal da saúde no país. Sua implantação aumentou a atenção preventiva e clínica dos brasileiros (CAMPOS, s.d.).



Até a implementação do SUS, a saúde representava apenas um quadro de “não doença”, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Depois da criação do sistema, a promoção da saúde e a prevenção dos agravos passaram a fazer parte do planejamento das políticas públicas (PENSE SUS, s.d.).

O SUS deve se dedicar às ações de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde:

Promoção da Saúde - é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo... indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (GLOSSÁRIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE apud CARVALHO, 2013). Mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde (CARVALHO, 2013).

Proteção à saúde - é o campo da saúde que trabalha com os riscos de adoecer. As medidas diretas como as vacinas, os exames preventivos, o uso do flúor na água ou associado à escovação, etc. (CARVALHO, 2013).

Recuperação da saúde - é cuidar daqueles que já estejam doentes ou tenham sido submetidos a todo e qualquer agravo à saúde. É a ação mais evidente dos serviços de saúde. Somos, infelizmente, tendentes a reduzir a ação do setor saúde a essa área (CARVALHO, 2013).

O SUS oferece a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Além da realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de

vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos (PENSE SUS, s.d.).

Constituem princípios do SUS, a **universalidade no acesso**, a **igualdade no tratamento** e a **equidade na distribuição dos recursos**, esta como instrumento de aprimoramento da igualdade entre os cidadãos. Suas diretrizes são compostas pela **descentralização** (transferência de serviços da esfera federal para a estadual e destes para a municipal), pelo **atendimento integral** (atividades assistenciais e preventivas) e pela **participação da comunidade** (por meio das conferências e conselhos de saúde), esta consagrada em nosso meio como controle social (BRASIL, 2004 apud KHON, s.d.).

Um dos desafios para implantação do SUS é o modelo federativo brasileiro, praticamente singular no planeta, em que 5.570 municípios são entes federados, além de engendrarem mecanismos de competição entre si. Tal dispositivo torna muito complexa a estruturação de um verdadeiro sistema no setor de saúde, devido à autonomia e as salvaguardas legais e constitucionais próprias dos arranjos federativos, aqui estendidas aos municípios. Em outras palavras, pelo menos formalmente, não há hierarquia entre as esferas de governo no sistema de saúde e assim as instâncias gestoras devem se articular horizontalmente sem haver precedência da União sobre os estados e destes sobre os municípios. Contudo, na prática em diversas situações esta precedência se faz exercer principalmente pelo grau de dependência de estados e municípios dos recursos federais (KHON, s.d.).

O financiamento do SUS conta com recursos das três esferas de governo. Na União, com recursos do orçamento da seguridade social, e nos estados e municípios, com recursos próprios (impostos estaduais e municipais) e as transferências da União, principalmente as referentes aos Fundos de Participações dos Estados (FPE) e aos dos municípios (FPM) (KHON, s.d.).

O atendimento oferecido pelo SUS em 2012

O total de procedimentos das três esferas de governo somaram 3,9 bilhões. Só de internações foram 11 milhões, sendo 3,3 milhões de cirurgias, 2 milhões de obstetrícia e 6 milhões de internações clínicas. Exames foram 887 milhões, incluindo os bioquímicos e os de imagem. Ações de promoção e prevenção somaram 583 milhões (CARVALHO, 2013).

Após 25 de criação do SUS, comemorado em 2013, profissionais da saúde produziram balanços em diversas áreas de atuação no campo da saúde coletiva. Entre as conquistas destacadas estão: o controle e a eliminação de doenças por meio da vacinação, socorro para 110 milhões de pessoas na rede pública, assistência farmacêutica, financiamento de transplantes e uma vigilância sanitária atuante. Além disso, nos laboratórios públicos, o foco está no cidadão, e não no mercado, o que também é apontado como uma conquista (PENSE SUS, s.d.).

Quanto aos desafios, estão a força de trabalho, a gestão do sistema, a administração, a ampliação da estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários, e o subfinanciamento, agravado pelo fato de os recursos públicos acabarem sendo repassados ao setor privado (PENSE SUS, s.d.).

Público X privado

O SUS prevê uma estrutura híbrida de gestão da saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão, e outra privada, que atua de maneira complementar e conforme as diretrizes do SUS. Com as restrições dos serviços e recursos investidos pelo Estado para atender as demandas de saúde da população brasileira, o setor privado vem atuando sob a forma de planos e seguros de saúde, bem como de hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios particulares (PENSE SUS, s.d.).

A contradição entre a proposta de universalidade do SUS e a atuação da rede privada é ponto de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados, e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS (PENSE SUS, s.d.).

Outro debate sobre a relação público X privado está relacionado à gestão de unidades de saúde. Isto porque, além da administração pública direta de unidades clínicas e hospitalares do sistema público, há estratégias de gestão em andamento, por meio das autarquias, organizações sociais de saúde (OS) e das fundações. No caso das OS, algumas críticas apontam para a ocorrência de desvios de recursos públicos, problemas relacionados ao acesso, relação precária com o trabalhador, entre outras questões (PENSE SUS, s.d.).

Percebemos, portanto, que a política de saúde no Brasil seguiu uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas. Em função dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados (MALTA, 2001). No entanto, isso vai no sentido contrário do que vem sendo adotado em outros países. Em todo o mundo tem aumentado a percepção de que saúde e negócios não combinam e que são necessários o planejamento e a gestão de sistemas públicos.

O SUS que não se vê

O SUS faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões. Pense no que você fez, em seu dia a dia, nos últimos 12 meses. Se foi à farmácia adquirir um medicamento, vacinou-se, fez uma compra no supermercado ou foi à padaria, precisou de um procedimento médico de alta complexidade para você ou algum familiar, não há dúvida: você usou o SUS. Um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS tem, 26 anos depois de sua criação, uma abrangência muito maior do que a percebida pela maioria dos brasileiros (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).



Levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indica que boa parte da população ainda desconhece a amplitude do SUS: 34,3% afirmaram nunca ter usado o sistema – o que é pouco provável. O estudo indicou que o SUS recebeu melhor avaliação de quem declarou tê-lo utilizado (68,9%) do que daqueles que afirmaram não fazê-lo (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

Entre os que declararam ter tido alguma experiência com o SUS, 30,4% consideram os serviços bons ou muito bons, enquanto, entre os que informaram nunca ter usado o SUS, o índice dos que avaliam os serviços como bons ou muito bons, cai para 19,2%. Por outro lado, os que consideram o SUS ruim ou muito ruim são em maior número entre os que informaram nunca ter usado (34,3%) o sistema, do que entre os que disseram ter usado (27,6%) (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

Mas será que existe no país quem nunca tenha utilizado o SUS? O que os resultados da pesquisa indicam, indiretamente, é que boa parte dos brasileiros desconhece que o SUS não se restringe ao atendimento prestado em centros e/ou postos de saúde (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

São exemplos de atividades realizadas pelo SUS as ações de vigilância em Saúde, como o trabalho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e as campanhas de imunização; procedimentos de alta complexidade, como o transplante de órgãos; programas de prevenção e tratamento reconhecidos internacionalmente, como o de combate ao HIV/AIDS, redes de doadores de medula, além da produção de tecnologia e conhecimento, a exemplo do que se faz na Fiocruz e em outras instituições públicas de pesquisa e/ou ensino em saúde, entre muitos outros (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).



No entanto, as principais imagens e informações divulgadas pela mídia sobre o sistema estão mais comumente associadas “às mazelas e dificuldades do setor, quase sempre a partir de uma suposta ineficiência do Estado, incompetência das autoridades ou dos profissionais da área”. Esse realce em aspectos negativos impede que o SUS tenha uma melhor imagem na esfera pública (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

Em paralelo a isso, uma das estratégias para minar o sistema é derrubar fontes de financiamento, pois o mesmo governo que defende o SUS, destina recursos do Estado para o financiamento de planos privados (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

COEP

Rede Nacional de
Mobilização Social

A ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR



O sistema de saúde privada começou a se organizar no país na década de 1950. Em 1957, surgiu a primeira empresa de medicina de grupo brasileira, para prestar serviços a Volkswagen que inaugurava fábrica em São Bernardo do Campo (SP) (KHON, s.d.).

Os serviços privados de saúde estão subordinados à regulamentação, fiscalização e controle do SUS. Aí se incluem tanto o sistema privado lucrativo - exercido por pessoas físicas ou jurídicas, individuais ou coletivas, prestadoras ou proprietárias de planos, seguros, cooperativas e autogestão -, quanto o sistema privado não lucrativo, filantrópico ou não. Incluem-se: hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios bioquímicos, de imagem e outros, de todas as profissões de saúde e todas as ações de saúde (CARVALHO, 2013).

Nos anos de 1990, quando já eram mais de 15 milhões os beneficiários de planos de saúde, o setor foi regulamentado pela leis 9656/98 e 9661/2000, que estabelecem o papel do Estado frente a esse mercado e cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Assistência Suplementar é composta pelos segmentos das autogestões, medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas. Denomina-se “autogestão” os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o subsegmento não comercial do mercado de planos e seguros. As autogestões totalizam cerca de 300 empresas e aproximadamente 4,7 milhões de beneficiários.

O grupo é heterogêneo, incluindo grandes indústrias de transformação, entidades sindicais, empresas públicas e empresas com pequeno número de associados. Cerca de 50% é administrada por instituições sindicais ou entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, como as caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência. Integram sua administração, representantes dos trabalhadores e patronais. Percentual significativo é administrado por departamentos de benefícios/recursos humanos da própria empresa (CIEFAS, 2000; BAHIA 2001 apud MALTA, CECÍLIO, MERHY, s.d.)

O subsegmento comercial compreende as cooperativas de trabalho médico e cooperativas odontológicas, as empresas de medicina de grupo (incluindo as filantrópicas) e as seguradoras, vinculadas ou não a bancos. Esse segmento utiliza-se da lógica atuarial para o cálculo das prestações dos planos e realiza uma seleção de riscos mais rigorosa, dado que se referenciam na lógica securitária (CORDEIRO, 1984; BAHIA 2001 apud MALTA, CECÍLIO, MERHY, s.d.).


Quanto aos planos de saúde, existem dois tipos principais: o individual e o coletivo. O individual é aquele em que o consumidor contrata com a operadora um plano para ele ou para sua família. Tem regras rígidas e o reajuste máximo do valor da mensalidade é

definido todo ano pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A operadora só pode cancelar o plano individual se o consumidor parar de pagar.

Já os planos coletivos podem ser empresariais (feitos por empresas para seus funcionários), ou por adesão (feitos por grupos formados em sindicatos ou associações). Ao contrário do plano individual, o reajuste do plano coletivo não tem limite. Todo ano, a operadora decide qual vai ser o aumento na mensalidade. No entanto, os consumidores têm cada vez mais dificuldade de contratar planos individuais. Na avaliação do Idec, os planos individuais estão diminuindo porque os coletivos são mais lucrativos para as operadoras.

A professora da UFRJ, Lígia Bahia, afirma que “as primeiras empresas médicas tinham como pilar fundamental a ampliação das possibilidades de remuneração dos médicos. Já os atuais grupos empresariais deixaram essa perspectiva para trás, uma vez que se baseiam na rentabilidade de ações e fundos de investimento e não na recompensa do trabalho realizado. Trata-se de uma mudança cujos impactos, no curto prazo, ainda são pouco sensíveis. Mas no médio e longo prazos, o principal efeito da financeirização da saúde é a tendência de valorização das transações financeiras em detrimento do bem-estar dos pacientes e intensificação das restrições de cobertura e perda de autonomia dos médicos”.

Um mercado em crescimento



A manutenção da saúde como um negócio que visa lucro garantiu a expansão do setor privado de saúde brasileiro, hoje um dos maiores e mais poderosos do mundo, que atua impondo dificuldades para barrar o direito universal à saúde, que precisa ser consolidado por meio do SUS público, forte e eficiente.

O número de beneficiários dos planos de saúde cresceu: o Brasil já soma 47,9 milhões de beneficiários, fazendo com que as operadoras e seguradoras faturem R\$ 92,7 bilhões por ano, segundo dados de 2012 do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. A expansão do setor privado se deu não exclusivamente por fragilidades do SUS, mas mediante incentivos governamentais, segundo argumenta o economista Carlos Octávio Ocké-Reis, técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), no livro “SUS: O desafio de ser único” (DOMINGUEZ, 2013).

O setor público financia o privado quando o Estado abre mão de parte dos impostos e das contribuições sociais relativos a gastos com saúde que deveriam ser pagos por famílias, empregadores, indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos. No Imposto de Renda, as pessoas físicas podem deduzir os gastos com planos de saúde, médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, entre outros. Não há teto para esse abatimento – diferentemente do que acontece com os gastos com educação, cujo limite de dedução no IR é de R\$ 3.091,35. A

renúncia se aplica também aos empregadores que fornecem assistência de saúde a seus funcionários – quando considerada “despesa operacional”, pode ser abatida do lucro tributável. Ainda há desonerações fiscais para a indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos (DOMINGUEZ, 2013).

Em 2003, o volume do gasto tributário em saúde foi de R\$ 7,1 bilhões; em 2011, alcançou R\$ 15,8 bilhões. Nessa conta, estão os recursos que o Estado deixou de recolher no setor a partir das desonerações do Imposto de Renda da Pessoa Física, do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica, da indústria farmacêutica e de hospitais filantrópicos. Os gastos com planos de saúde foram os que mais pesaram: entre 2003 e 2011, respondiam por 40% ou mais do gasto tributário em saúde; em 2011, atingiram quase 50%, envolvendo cerca de R\$ 7,7 bilhões dos R\$ 15,8 bilhões. Nesse período, o faturamento do mercado quase dobrou e o lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia acima da inflação. Em 2003, o faturamento era de R\$ 43,8 bilhões; em 2011, chegou a R\$ 84,6 bilhões (DOMINGUEZ, 2013).

A professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Fatima Siliansky afirma que, além dos subsídios à demanda, como a dedução dos gastos com saúde no Imposto de Renda, o mercado ainda conta com subsídios diretos (incentivos fiscais e desonerações) e com subsídios a funcionários públicos (que têm planos de saúde pagos pelo Estado). “Não me parece que esses subsídios sejam o que impede o governo de alocar mais dinheiro no SUS. O problema é o modelo: para que os planos de saúde cresçam, o SUS tem que ser um sistema para pobre”, avalia. Assim, diz, a universalização da saúde não se dá necessariamente pela política pública, mas pelo consumo no mercado, em parte subsidiado pelo Estado (DOMINGUEZ, 2013).

Apesar de estar sendo financiado pelo Estado e pelos cidadãos, o setor privado de saúde tende a acolher os mais jovens (os sem doenças) e rejeitar os mais velhos (os com doenças), a fazer procedimentos mais simples e baratos e deixar ao SUS (direito de todos os cidadãos) a execução de procedimentos mais complexos e caros (CARVALHO, 2013).

Estudiosos do setor apontam a necessidade de uma regulamentação substantiva do setor privado para garantir a equidade do sistema de saúde brasileiro. Eles afirmam ser necessário discutir o modelo para os próximos anos.

Para saber mais:

Textos:

O SUS de A a Z

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf

O SUS pode ser seu melhor plano de saúde

http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/cartilha_SUS_3edicao.pdf

Por que defender o Sistema Único de Saúde?

<http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet.pdf>

SUS, um direito por defender

<http://www.redebrasilatual.com.br/blogs/padrao-brasil/2013/12/sus-um-direito-por-defender-9594.html>

Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil

<http://www.cfh.ufsc.br/~nipp/materiais/politicasesistemasdesaude.pdf>

Os desafios para a saúde coletiva no séc. XXI

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>

Vídeos:

Vídeo: SUS 25 anos

<https://www.youtube.com/watch?v=u66JIPjiDXo>

O SUS do Brasil

<https://www.youtube.com/watch?v=Cb-cslNmGnE>

Histórias do SUS

<https://www.youtube.com/watch?v=MliYmDtgRlk>

PenseSUS | Público x Privado | Nelson Rodrigues dos Santos

<https://www.youtube.com/watch?v=1la7lotO79o>

Professor Nelson Rodrigues dos Santos fala sobre as ameaças do mercado na gestão público do SUS

<https://www.youtube.com/watch?v=cLa1SsXgnrg>

Políticas de Saúde no Brasil

<https://www.youtube.com/watch?v=VvvH4bd3JQE>

Reforma Sanitária Brasileira

<https://www.youtube.com/watch?v=5HhUyf4N0sI>

Determinantes sociais em saúde

<https://www.youtube.com/watch?v=ZPo0vKZL0IM>

Sites:

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

<http://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>

Biblioteca Virtual em Saúde Fiocruz

<http://bvsviocruz.fiocruz.br/php/index.php/>

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

<http://cebes.com.br/>

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>

Pense SUS

<http://pensesus.fiocruz.br/>

Portal da Saúde

<http://portalsaude.saude.gov.br/>

Portal Saúde Amanhã

<http://saudeamanha.fiocruz.br/>

RADIS Comunicação e Saúde

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/>

Saúde em Debate

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

Fontes:

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O público e o privado na saúde brasileira.** Le Monde Diplomatique, 04 mar. 2008.
<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=174>

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Estudos Avançados, v. 27, n. 78, PP. 7-26, 2013.
<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>

DOMINGUEZ, Bruno. **Quando o público financia o privado - Quem ganha e quem paga a conta com as deduções de gastos com saúde?** Revista Radis, nº 131, agosto de 2013.
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/quando-o-publico-financia-o-privado>

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública - Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira.** Site institucional, s.d.
<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>

KON, Rubens. **Sistema de Saúde no Brasil.** Universidade de São Paulo, s.d.
<http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/4-%20Bibliografia%20Complementar%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>

LAVOR, Adriano De; DOMINGUEZ, Bruno; MACHADO, Katia. **O SUS que não se vê.** Revista Radis, nº 104, abril de 2011.
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/104/reportagens/o-sus-que-nao-se-ve>

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80.** Universidade de Paris VIII, 1988.

MALTA, Deborah Carvalho. **Saúde Suplementar e Modelos Assistenciais.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, s.d.
http://www.epsvj.fiocruz.br/upload/d/Saude_Suplementar_e_ModelosAssistenciais.pdf

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **O mercado de Assistência Suplementar no Brasil e o papel da regulação pública na garantia da atenção à saúde de seus beneficiários.** Universidade Federal Fluminense, Pós-graduação em Saúde Coletiva, s.d.
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-02.pdf>

PENSE SUS. **Público X Privado.** Site, s.d.
<http://pensesus.fiocruz.br/p%C3%BAblico-x-privado>

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde.** Revista de Educação Pública, Cuiabá, v. 6, p. 215-228, 1997.
http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html

Este texto foi produzido dentro do espírito colaborativo, a partir de outros tantos textos, cartilhas e publicações disponíveis na internet, num grande remix que deu origem a um novo material, disponível a todos.

PESQUISA DE CONTEÚDO:

Eliane Araujo

TEXTOS E ADAPTAÇÃO:

Eliane Araujo

REALIZAÇÃO:

Rede Nacional
Mobilização So



APOIO:



Agosto, 2014