

***POLÍTICAS DE SAÚDE:  
FUNDAMENTOS E  
DIRETRIZES DO SUS***

***Prof<sup>ª</sup>. Dra. Emanuella Silva  
Joventino Melo***

# ***SUMÁRIO***

<b>UNIDADE 1 -</b>	<b>Políticas de Saúde no Brasil: Trajetória Histórica .....</b>	<b>03</b>
<b>UNIDADE 2 -</b>	<b>Fundamentos e Diretrizes do SUS .....</b>	<b>32</b>

# *APRESENTAÇÃO*

Caro estudante,

Estamos dando início à disciplina Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS, na qual discutiremos o Sistema Único de Saúde (SUS), vigente no País. Para que possamos compreender a origem desse complexo sistema, e assim, para que possam ter um melhor aproveitamento nas disciplinas posteriores, iniciaremos a disciplina com uma retrospectiva histórica sobre as políticas públicas de saúde no nosso País e, desse modo, chegaremos ao SUS, e a algumas mudanças que vem ocorrendo após a sua implantação.

Em seguida, poderemos compreender sobre os princípios e diretrizes do SUS, entre os quais seus princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são: universalidade, equidade e integralidade da atenção. Já os princípios organizativos do SUS incluem: descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, e a participação e o controle social.

Então, versaremos sobre a atenção básica à saúde, para que possamos entender as nuances da Estratégia Saúde da Família, na qual boa parte dos profissionais de saúde acabam atuando na gestão de alguma maneira.

Assim, na organização desse material didático, dividimos o livro-texto em três Unidades que objetivam desenvolver sua capacidade profissional para compreender as Políticas de Saúde, bem como os Fundamentos e Diretrizes do SUS, sendo relevante para os diversos setores da sociedade esse entendimento.

Salientamos que não temos a pretensão de esgotar o tema desta disciplina apenas nesse material e que em algumas áreas de assistência foram deliberadas políticas de saúde também específicas, as quais não puderam ser contempladas nesse material. Porém, buscamos fazer uma análise geral sobre a temática, sabendo que materiais complementares, pesquisas pessoais, consulta à bibliografia referenciada ao final do livro-texto, discussões em grupo serão de suma relevância para que essa análise possa se tornar crítica e produtiva.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

Professora Emanuella Silva Joventino

# ***UNIDADE 1***

## ***Políticas de Saúde no Brasil: Trajetória Histórica***

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM**

Ao finalizar esta Unidade, espera-se que você seja capaz de:

- Identificar a sequência histórica dos modelos de políticas de saúde no Brasil;
- Compreender a lógica da articulação entre políticas de saúde e padrões de organização social; e
- Discutir os principais interesses e necessidades sociais que deram origem ao SUS.

Para que seja possível situar o sistema de saúde em seu contexto socioeconômico, cultural e político, bem como compreender a saúde da família e a assistência que esta necessita, faz-se premente lembrarmos a sequência histórica das políticas de saúde no Brasil.

O setor saúde veio ao longo da história do Brasil sofrendo reflexos do contexto político-social, muitas vezes sendo priorizado o momento econômico, em detrimento da situação de saúde da população. Isso pode ser percebido

todos os dias, basta-nos observar as notícias que são veiculadas nos meios de comunicação, pois a economia é mencionada todos os dias, no entanto, a saúde, não parece ser uma prioridade nesses meios, a não ser que surtos e epidemias sejam detectados.

Salienta-se ainda que devido a uma falta de clareza sobre os conceitos em relação à política de saúde, a história da saúde vem, inicialmente, atrelada à história da previdência social no Brasil (POLIGNANO, 2001).

Por isso, convido você a fazer essa viagem no tempo para que possa compreender os principais acontecimentos que marcaram o caminho até a chegada do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família.

Ressalta-se que se baseou nos marcos indicados por Polignano (2001) para a construção desta linha do tempo das Políticas de Saúde no Brasil.

### **1500 ATÉ PRIMEIRO REINADO**

Em 22 de abril de 1500, 13 caravelas portuguesas lideradas por Pedro Álvares Cabral chegavam ao Brasil. Entretanto, apenas a partir de 1530, Portugal se interessou em colonizar esta terra, porém sem nenhum interesse pela criação de algum modelo de atenção à saúde da população. A atenção à saúde limitava-se aos cuidados de algumas doenças por meio de plantas, ervas, ou seja, eram tratadas por conhecimentos empíricos, desenvolvidos em boa parte pelos chamados curandeiros. Apenas a partir de 1808, com a instalação da família real portuguesa no Rio de Janeiro e abertura dos portos do Brasil às nações amigas de Portugal, começou uma preocupação com um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século. A inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos). Em 1808, Dom João VI fundou, por influência do médico pernambucano Correia Picanço, na Bahia, o Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada por D. João e fundada por Correia Picanço a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar.

## **INÍCIO DA REPÚBLICA 1889 ATÉ 1930**

Por conta das epidemias que assolavam o Brasil (como a varíola, a malária, a febre amarela), muitos navios estrangeiros se negavam a atracar no porto do Rio de Janeiro, de modo que alguma atitude precisava ser tomada para que essas doenças não prejudicassem ainda mais a exportação, principalmente, de café. Então, Oswaldo Cruz foi nomeado como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, se propondo a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro, sendo conhecido como modelo campanhista, no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação, causando revolta na população. O estopim foi a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Dando origem à revolta da vacina por parte da população. Apesar das arbitrariedades cometidas, conseguiu-se, através dessas medidas, erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro e incorporar outros ganhos (como um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, e o instituto soroterápico federal), fortalecendo a área da saúde coletiva. Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra (como era chamada a hanseníase) e as doenças venéreas (doenças sexualmente transmissíveis). Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e criou-se, em 1923, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, sendo denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, em 1926, implantando a carreira de Enfermagem – modelo “Nightingale” – em nível nacional.

### *Nascimento da Previdência Social e sua relação com a assistência à saúde*

No início do século XX, a economia brasileira era basicamente agroexportadora, predominantemente na monocultura do café. A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo. Esse processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes,

especialmente europeus como mão-de-obra nas indústrias, pois já tinham experiência nesta área. Os imigrantes traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas conquistados lá, de modo que começaram a mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos trabalhistas, por meio, por exemplo, das greves. Essa mobilização resultou em 1923, na aprovação pelo Congresso Nacional, da Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) que deveriam se estender apenas ao operariado urbano, devendo serem organizadas por empresas e não por categorias profissionais. A primeira CAP criada foi a dos ferroviários. Além das aposentadorias e pensões, os fundos das CAP's proviam os serviços funerários, médicos ao trabalhador ou a pessoa de sua família que morasse com o mesmo; aquisição de medicamentos com preços diferenciados; bem como assistência aos acidentados no trabalho. O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas. No entanto, a Lei Eloi Chaves formalizou o direito de assistência à saúde a apenas uma parcela urbana economicamente ativa da população. As crises internacionais de 1922 a 1929 refletiram em crises econômicas e políticas no Brasil, reduzindo o poder das oligarquias agrárias.

### **1930 A 1960**

Em 1930, comandada por Getúlio Vargas é instalada a revolução, que rompe com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a distribuição de ações de saúde a outros diversos setores. Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto com algumas ações direcionadas à assistência sanitária e hospitalar como: criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias; fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz; descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias; destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional. No campo

trabalhista, em 1939 regulamentava-se a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), garantindo direitos sociais ao trabalhador. Ao mesmo tempo, cria-se a estrutura sindical do estado. Estas ações transparecem como dádivas do governo e do estado, e não como conquista dos trabalhadores. No que tange a previdência social, a política do estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Desta forma, as antigas CAP's começaram a ser substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não mais por empresa, tendo alguns direitos relacionados à assistência médica e hospitalar. Enquanto a assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial (exemplo: Amazônia – produção de borracha; e de Goiás ao Vale do Rio Doce – minérios). O SESP destacou-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, na atenção básica domiciliar, com o uso de pessoal auxiliar e, sobretudo, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos, inclusive internação em especialidades básicas em suas Unidades Mistas. No entanto, na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes. A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência. É a partir principalmente da

segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescentes da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, por meio do desmembramento do Ministério da Saúde e Educação. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

### **OS ANOS 60**

Apesar do processo de unificação dos IAPs já ter sido iniciado desde de 1941, muitos não concordavam pois temiam perdas de direitos trabalhistas. Após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social (Lei Nº 3.807), foi sancionada em 1960, formalizando e estabelecendo a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Apenas em 1963 os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Ressalta-se que o marco desse período foi o golpe de estado de 1964, no qual as forças armadas brasileiras se articularam e tomaram o poder, com o aval dos Estados Unidos, em prol dos interesses e da hegemonia do capitalismo. Houve o fortalecimento do executivo e o esvaziamento do legislativo, com atos institucionais que limitavam as liberdades individuais e constitucionais. O êxito da atuação do executivo justificava-se na área econômica, com o chamado milagre brasileiro, movido pelo capital estrangeiro. Repressão de manifestações estudantis, afastamento de professores, esvaziamento dos estudos sociais, ditadura, uso de forças policiais e militares para impor o novo regime foram marcos dessa época. No começo da década de 1960 se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica pela inclusão da prevenção, mas sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde. No mesmo

período, no Brasil, os departamentos de Medicina Preventiva criados pelo próprio regime militar, desenvolvem experiências alternativas as quais congregavam elementos da medicina preventiva e da medicina comunitária, estimulados por organismos internacionais como OPAS, Fundação Kellogg, Fundação Ford e outras. Como uma tentativa de se manter como regime e “agradar” a população, o governo militar procurou garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social. Assim, a unificação dos IAPs só veio se consolidar em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAP's, assim, o governo militar se viu na obrigação de incorporar a assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios, mas diante da nova demanda ampliada, tornou-se insuficiente para atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar firmou convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, fazendo uma parceria com a iniciativa privada para complementar essa assistência à saúde. A capitalização desse grupo influente na sociedade provocou um aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares. Em 1967, com a promulgação do Decreto de Lei Nº 200, foram estabelecidos os assuntos de competência do Ministério da Saúde, sendo eles: política nacional de saúde; atividades médicas; ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos; pesquisas médico-sanitárias. Em suma, o modelo de política de saúde adotado no país no período do regime militar foi o Modelo Médico-Assistencial Privatista, com as seguintes características: Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e

articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

### **DÉCADA DE 70**

Em 1970 criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária. No campo trabalhista, os trabalhadores rurais somente conseguiram se tornar beneficiários do sistema previdenciário com a criação do PRORURAL em 1971, financiado pelo FUNRURAL, e os empregados domésticos e os autônomos conseguiram em 1972. Em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento fenomenal nessa área. Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, reconhecendo e oficializando a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, sendo

incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, demonstrando uma priorização da medicina curativa, que era mais cara, mas que contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Assim, na prática, o Ministério da Saúde não conseguiu se tornar um órgão executivo de política de saúde. Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise devido à crise internacional, se tornando mais evidentes o desemprego e as suas consequências sociais, como aumento da marginalidade, da pobreza e da mortalidade infantil. As pessoas desempregadas, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema. O sistema previdenciário que deveria ser tripartite (com contribuição do empregador, empregado, e união), não recebera o repasse da união de recursos do tesouro nacional. Assim, o modelo proposto entrou em crise. Na saúde pública, em 1976, conforme Paiva e Teixeira (2014), devido principalmente a recomendações internacionais, iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), formalmente vinculado ao Ministério da Saúde, caracterizava-se como uma iniciativa de investimentos que tinha em vista a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior, com dois grandes propósitos: aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais; e viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. O sistema de assistência médica curativa foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa. Assim, em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

### **ANOS 80: MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA**

Na tentativa de conter custos e combater fraudes o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O CONASP passa a fazer uma fiscalização mais rigorosa da prestação de contas (auditorias) dos prestadores de serviços médico-

assistencial credenciados e da revisão dos mecanismos de financiamento do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Essa ação era necessária já que os recursos do governo já não estavam arrecadando tantas contribuições como era antes da crise, de modo que se compreendeu a necessidade de investir mais na medicina preventiva. O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema. No entanto, isto, não impediu que o CONASP implantasse e apoiasse projetos pilotos de novos modelos assistenciais, destacando-se a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, por meio do PIASS para o período 1980-1985. Este período coincidiu com o movimento de transição democrática, já que em 15 de novembro de 1982 o eleitorado brasileiro foi chamado a eleger os governadores que administrariam seus estados por quatro anos, a contar de 15 de março de 1983, sendo a primeira eleição direta para governador de estado desde os anos 1960. Neste pleito valeu o "voto vinculado", no qual o eleitor teria que escolher candidatos de um mesmo partido para todos os cargos em disputa, sob pena de anular seu voto. Em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. De 1983 a 1984 o movimento Diretas Já despontou com reivindicações por eleições presidenciais diretas no Brasil, no entanto, a proposta de Emenda Constitucional Dante de Oliveira foi rejeitada pelo Congresso. Ainda assim, os adeptos do movimento conquistaram uma vitória parcial em janeiro de 1985 quando Tancredo Neves foi eleito presidente pelo Colégio Eleitoral, marcando o fim do Regime Militar. Além disso, esse processo de redemocratização do Brasil culminou na VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, constituindo-se em um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, e contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde (acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e mesmo grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde). O conjunto dessas forças impulsionou a reforma sanitária,

que obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema, e visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Na saúde, houve ainda a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS, em 1982) e municipais (CONASEMS, em 1988), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1987, foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. Então, o SUDS traz os antecedentes mais imediatos da criação do SUS. Nesse momento de crise para o modelo médico-privatista, devido à crise do Estado, surge o modelo médico neo-liberal, que direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural. Assim, foi concebido o subsistema de atenção médica-supletiva, que cresceu vertiginosamente, por meio de contribuições mensais dos beneficiários (poupança), estes recebiam serviços médicos e benefícios pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo, a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas. Este sistema, assim como as

CAPs de outrora, baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde.

### *O SUS*

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No artigo 198, o Sistema Único de Saúde (SUS) é definido: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização , com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Ficou determinado que o sistema único de saúde seria financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

### **ANOS 90**

Em 1990, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) foi criado mediante a fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), havendo consequências também no setor saúde. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei Nº 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Para começar, a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente: “A saúde tem como

fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”. O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: universalidade; equidade; integralidade; hierarquização; participação popular; descentralização política administrativa. A Lei Nº 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social, com repasses de recursos financeiros a estados e municípios, baseados nos seguintes critérios no perfil demográfico e epidemiológico, na rede de serviços instalada, no desempenho técnico e no ressarcimento de serviços prestados. Vale ressaltar que sobre o repasse de recursos ocorreram mudanças substanciais com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). A Lei Complementar da Saúde, Lei Nº 8.142 (1990), dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Vale lembrar que todos esses acontecimentos ocorreram em meio a governos neoliberais, que procuram reduzir o papel do estado (chamado estado mínimo), o seu peso na economia nacional e diminuir essa função inclusive na área social para que preponderasse o mercado capitalista. Em 1991, foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), esta com representação das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde, para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo. No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello é implementada com força total uma política neoliberal-privatizante, com limitações dos gastos públicos, privatização

de empresas estatais, atingindo inclusive o setor saúde para reduzir o estado ao mínimo. Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros, modificando assim, alguns artigos da Lei Nº 8080 de 1990. A primeira foi a NOB 01/91 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei Nº 8.080 (que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc). Assim, a NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços (semelhante ao setor privado) que, em grande parte, permanece vigorando até hoje. Com isso, tem-se um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Em 1993, a NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semi-plena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros. Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993, ano em que o Presidente Fernando Collor de Mello sofreu um processo de Impeachment, envolvendo uma grande mobilização popular. Nessa época, em se tratando de atenção básica à saúde, destaca-se que em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, no entanto, o mesmo foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997. O PACS é entendido como uma estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994 como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais

médicos especialistas focais (BRASIL, 2001). Como se pode perceber, não se tem como falar em saúde, sem mencionar o cenário político, pois este influencia diretamente na assistência prestada. Desse modo, em 1994, o Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, e alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou que a partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados somente para custear a Previdência Social. Assim, descumpriu três Leis Federais que obrigavam a previdência a repassar os recursos financeiros para o Ministério da Saúde, agravando a crise financeira do setor. Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, mantendo e intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado a ideologia da globalização e do estado mínimo. Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, foi aprovada em 1996, pelo congresso nacional a CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira), imposto que passou a vigorar em 1997 e teria duração de um ano. No entanto, a CPMF foi alvo de frequentes denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro. Ressalta-se que a primeira CPMF foi aplicada apenas no ano de 1994. Mas a contribuição voltou ser cobrada em 1997, e foi prorrogada diversas vezes, até 2007, totalizando onze anos de uma cobrança que deveria ter durado um ano. E o que deveria ser em prol da saúde, não havia essa obrigação na lei, e cerca de R\$ 33,5 bilhões foram usados para financiar outros setores (Caixa do Tesouro Nacional, Fundo de combate e erradicação da pobreza, previdência social), conforme Senado Federal em notícia veiculada na internet sobre a CPMF. A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva, ocasionando uma diminuição de leitos disponíveis para o SUS. Os Hospitais Universitários também entram em crise e acabam tendo que reduzir o número de atendimentos, e induzidos pelo próprio governo à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor. O motivo da crise foi o baixo valor pago pelos serviços

prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos. O governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização, pois revogou os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão. Entre os benefícios oriundos desta NOB, pode-se destacar no âmbito da saúde da família, os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. Além disso, a NOB 96, que passou a vigorar a partir de 1998, trouxe uma nova forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per-capita (Piso Assistencial Básico/PAB) e não mais vinculado à produção de serviços, o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população. Segundo o documento do próprio Ministério da Saúde intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, esse Programa, futuramente Estratégia, “faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social” (BRASIL, 1997, p.8). A descentralização dos serviços e ações de saúde ganha impulso com a edição das NOB 01/91, 01/92, 01/96, mas seu enfoque ainda se concentrou no financiamento, principalmente da assistência médica, individual e curativa (SCATENA; TANAKA, 2001).

#### *Piso Assistencial Básico*

O PAB (Piso Assistencial Básico) consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência

básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional (atualmente) pela população de cada município (fornecida pelo IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios. Além disto, o município poderá receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde agregando valor ao PAB. As ações de saúde que fornecem incentivos são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programa de combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental. Em 1998, Fernando Henrique Cardoso é reeleito para mais quatro anos de governo, e diante da crise econômica vivida pelo Brasil e outros países “emergentes”, o governo FHC aumentou ainda mais os juros para beneficiar os especuladores internacionais e propõe para o povo um ajuste fiscal prevendo a diminuição de verbas para o orçamento de 1999, inclusive na área de saúde. O governo regulamentou a Lei Nº 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional, que limitou os abusos cometidos pelas empresas, entretanto, ratificou ainda mais o universalismo excludente, na medida em que cria os seguintes modelos diferenciados de cobertura de serviços: plano ambulatorial; plano hospitalar sem obstetrícia; plano hospitalar com obstetrícia; plano odontológico; plano referência (representa a somatória dos quatro tipos de plano anteriores).

### **POLÍTICAS DE SAÚDE NO SÉCULO XXI**

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se a Norma Operacional da Assistência Saúde 01/2001 (NOAS/SUS 01/01). O objetivo da NOAS/SUS é promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da

assistência em cada Estado e no Distrito Federal. Na elaboração do PDR, um dos passos mais importantes é a definição dos conceitos-chave, a ser feita de acordo com a realidade de cada Estado, sendo eles: Região de Saúde; Módulo Assistencial; Município-Polo de uma região ou microrregião; Microrregião de Saúde. No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, definindo como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/SUS 01/02) trouxe algumas modificações com relação à NOAS anterior, como: o município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual; estabeleceu que cabe aos estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública. Chegando ao ano de 2003, tivemos o início do Governo Lula, o qual trouxe expectativas quanto à inflexão no modelo de desenvolvimento e de proteção social. Assim, entre 2003 e 2008, houve destaque governamental para as políticas de redução da pobreza, o que contribuiu para a redução da desigualdade de renda no país (SOARES et al., 2007). Em termos do gasto social federal, a área da assistência social (em termos relativos) e da previdência (em valores absolutos) constituíram-se nas duas áreas que contaram com maior incremento. Já os gastos com educação e saúde têm apresentado oscilações em termos de participação no Produto Interno Bruto, mas ainda assim, a saúde representa o segundo maior orçamento da área social. Entretanto, além dos estudos quantitativos, é importante analisar qualitativamente a condução governamental de políticas universais como a de saúde (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Sobre o SUS, em princípio, a responsabilidade por sua gestão é dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e as normas operacionais vinham regulamentando as relações e responsabilidades dos diferentes níveis até 2006, momento em que se instituiu o Pacto pela Saúde, como um conjunto de reformas nas relações institucionais e fortalecimento da gestão do SUS. O Pacto introduziu mudanças nas relações entre os entes federados, inclusive nos mecanismos de financiamento, demonstrando um esforço de atualização e aprimoramento do SUS. Para a adesão dos gestores ao Pacto pela Saúde, é assinado um termo de compromisso, onde se estabelecem compromissos entre os gestores em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Em 2006, com o Pacto pela Saúde, foram extintas essas formas de habilitação, através da Portaria Nº 399\2006 passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos. Assim, no Pacto pela Vida são firmados compromissos em torno das medidas que resultem em melhorias da situação de saúde da população brasileira, definindo-se prioridades e metas a serem alcançadas nos municípios, regiões, estados e país. Atualmente são seis as prioridades em vigência: 1. Saúde do Idoso; 2. Controle do Câncer do colo do útero e da mama; 3. Redução da mortalidade infantil e materna; 4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; 5. Promoção da Saúde; 6. Fortalecimento da Atenção Básica. Em 2008, a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades, assim, foram acrescentadas: 7. Saúde do Trabalhador; 8. Saúde Mental; 9. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; 10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; 11. Saúde do Homem. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação. No Pacto em Defesa do SUS firma-se em torno de ações que contribuam para aproximar a sociedade brasileira do SUS, seguindo as seguintes diretrizes: 1. A repolitização da saúde, como movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, atualizando as

discussões em torno dos desafios atuais do SUS; 2. Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como direito; 3. Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema. No que concerne ao Pacto de Gestão são abordados os seguintes aspectos: 1. A Regionalização; 2. A qualificação do processo de descentralização e ações de planejamento e programação; 3. Mudanças no financiamento. Salienta-se que na adesão ao Pacto, os gestores assinam em conjunto o Termo de Compromisso, onde constam nos eixos prioritários as metas a serem atingidas anualmente ou bianualmente. Existe um sistema informatizado de monitoramento (SISPACTO) com indicadores e metas atingidas do ano anterior e as pactuadas para o ano seguinte. São em torno de 40 indicadores tais como: coeficiente de mortalidade infantil, cobertura de Programa de Saúde da Família, proporção de internação por complicação de Diabetes, proporção de sete consultas ou mais de pré-natal, cobertura de primeira consulta odontológica programática, entre outros.

Machado, Baptista, Nogueira (2011) fizeram uma análise aprofundada sobre as políticas prioritárias na agenda federal da saúde no período de 2003 a 2008, tendo identificado quatro políticas prioritárias: 1. Política de Estado de alta densidade institucional (prioridade anterior, que persiste na agenda federal de sucessivas gestões ministeriais): Estratégia Saúde da Família (ESF); Políticas priorizadas na agenda do Governo Lula, assumidas como prioridade pelo Ministério da Saúde: 2. Brasil Sorridente, 3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 4. Farmácia Popular.

A ESF representa uma estratégia de reorientação do sistema de saúde brasileiro com base na atenção primária, que compreende a conformação de equipes profissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tais equipes são implantadas tendo em vista diretrizes relacionadas à definição de território e população de abrangência e deve orientar-se por princípios como o estabelecimento de vínculos com os usuários, busca de integração do sistema e coordenação do cuidado. Salienta-se que a ESF já havia representado uma política prioritária para a organização da atenção primária em saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-

2002), com incentivos para a sua implementação (VIANA; DAL POZ, 2005). No início dos anos 2000, a estratégia havia alcançado uma importante disseminação no território nacional e uma expressiva base de apoio política, técnica e social. Quando se inicia o Governo Lula em 2003, a ESF permanece na agenda e prossegue a sua expansão. Ao final de 2008, segundo estimativas oficiais, a ESF abrangeria 49% da população, o que corresponderia a mais de 90 milhões de pessoas.

O Brasil Sorridente é uma política de ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, buscando assegurar inclusive atendimento de maior complexidade. A política preconiza a expansão de equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde da família, define como estratégia-chave a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência para as equipes de saúde bucal e propõe a implantação de laboratórios de próteses dentárias (BRASIL, 2004). No entanto, a saúde bucal foi considerada uma prioridade tardiamente no Brasil, já que entrou na agenda de prioridades do governo dezessete anos após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (ambos de 1986), quando já se denunciava a precária situação de saúde bucal da população e os limites da atenção nessa área. Assim, a partir de 2001 houve a implantação das equipes de saúde bucal articuladas às equipes de saúde da família, possibilitando a expansão dessa política (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Outra política que ganhou destaque na agenda da saúde a partir de 2003 foi a implantação dos SAMU, ou seja, do atendimento pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências. O propósito geral da estratégia é melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas no país, compreendendo atendimentos nas áreas clínica, pediátrica, cirúrgica, traumática, gineco-obstétrica e de saúde mental. Cada SAMU é constituído por uma central de regulação médica, uma equipe de profissionais e um conjunto de ambulâncias, de suporte básico ou intensivo, que podem ter abrangência municipal ou regional. O governo federal, além do papel de regulamentação, financia a implantação das centrais, a aquisição das ambulâncias e parte da

manutenção dos serviços em todo o território nacional. As origens da política nacional de urgências são anteriores ao Governo Lula, sendo que em 2002 uma Portaria Federal havia traçado diretrizes para a organização da atenção às urgências no sistema de saúde. No entanto, seu destaque na agenda federal da saúde e a ênfase no atendimento pré-hospitalar representam novidades, favorecidos pelo apoio do Presidente e do primeiro ministro da Saúde do período.

A quarta política de saúde priorizada no período mencionado é o programa Farmácia Popular, voltando-se para o aumento do acesso das pessoas a medicamentos a baixos preços para as famílias, com subsídio do Governo Federal, configurando uma estratégia de co-pagamento entre usuários e Estado. Tais farmácias disponibilizam para venda subsidiada pelo Ministério da Saúde mais de setenta medicamentos, incluindo aqueles voltados às doenças cardiovasculares, infecciosas, do sistema endócrino e anticoncepcionais orais. A venda é feita diretamente às pessoas com receita médica (de serviços públicos ou privados), e o usuário paga 10% do valor de referência e o Governo Federal arca com 90%. A partir de 2006, cresce uma segunda vertente do programa, representada pelo credenciamento de farmácias privadas da rede do comércio varejista em todo o país.

Em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011, o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros. Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção a Saúde (RAS) que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com o intuito de garantir a integralidade tendo como porta de entrada para tais ações a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto e a partir destes partem as referências para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar especializado.

Entre as principais políticas específicas que vigoram até os dias atuais, as quais foram implementadas em continuidade a políticas específicas anteriores ou que aparecem como inovação nesse cenário, podem-se citar: Política Nacional de Humanização; Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), junto a esta, Programas Prioritários como a Rede Cegonha e o Brasil Carinhoso; Política Nacional de Saúde do Idoso; Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH); Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Saúde Mental; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP); Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari), entre outras.

Como se pode perceber, no Brasil, possuímos diversas Políticas de Saúde, sendo o SUS a maior política de saúde e de inclusão social no país, proporcionando aos que antes eram excluídos pelo sistema garantia de assistência à saúde. Entretanto, o grande desafio consiste na execução, ou seja, em colocar em prática tudo aquilo que está preconizado nas Leis e Portarias que legalizam essas Políticas.

Assim, após a leitura desta unidade, seria interessante que vocês refletissem e discutissem em grupo, em profundidade, sobre o que está ao seu alcance e da equipe com a qual você trabalha, para a concretização com qualidade do SUS, enquanto política de saúde. O SUS depende de todos nós, profissionais de saúde, gestores, governantes, população, afinal o SUS é uma conquista e um direito de todos nós.

## *Resumindo*

Nesta Unidade, descrevemos a sequência histórica dos eventos relacionados à saúde e modelos de políticas de saúde no Brasil desde 1500 até os dias atuais. Buscamos fazer uma breve articulação entre esses modelos de saúde articulando com alguns dos principais eventos que ocorriam na sociedade de uma maneira articulada, assim como identificamos a gênese do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, os quais ainda serão foco de discussão nas duas próximas unidades.

## *Atividades de aprendizagem*

Para lhe auxiliar a consolidar ainda mais o conteúdo abordado nesta unidade, sugerimos que você amplie sua reflexão sobre os temas aqui discutidos realizando a atividade a seguir.

Assista ao vídeo “Políticas de Saúde no Brasil - Um Século de Luta pelo Direito à Saúde”, disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e no youtube (<https://www.youtube.com/watch?v=Kbo7YrhsE84>). Interrompa o filme a cada período e tente fazer uma relação com o que está escrito nesta Unidade. Em seguida, discuta com seus colegas as informações relevantes sobre cada período e sobre os acontecimentos que marcaram a construção do SUS em nosso País.

## *Leia também*

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990:

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>

Pacto pela Saúde 2006:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

NOB- SUS 01/91:

[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf)

NOB-SUS 01/93:

[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf)

NOB-SUS 01/96:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)

NOAS-SUS 01/01:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)

NOAS-SUS 01/02:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)

# Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, 29 jul. 1953.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos Sistema Único de Saúde: revisão para concursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências**, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 28 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I, p. 15 29 set. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93**, Brasília, 1993. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf)>. Acesso em 15 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, 2006. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06\\_0257\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov.1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 12 jun.2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 91. **Resolução nº 258**, de 07 de janeiro de 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf)>. Acesso em: 12 jun.2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** 1.ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Agência Senado-Portal de Notícias. **Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).** Disponível em: <

<http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS 25 anos**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **A história do CONASEMS**: da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/historia\\_conasems.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/historia_conasems.pdf)>. Acesso em: 20 nov.2016.

CARVALHO, A.I.; BARBOSA, P.R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES-UAB, 2012.

CECÍLIO, L. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v.1, p.200-207, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84>>. Acesso em: 12 mar.2009.

CONASS. **Para entender o pacto pela saúde 2006**. Brasília: CONASS, 2006.

CORREIA, B.S. **A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. Portal da educação. 2014. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/a-evolucao-historica-das-politicas-de-saude-no-brasil/56457>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. / Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Resolução INAMPS n. 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/91. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção I, p. 14216, 18 jul. 1991.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v.6, n.2, p.269-293, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dez.2016.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In:

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"**: anos 80. Physis, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C.; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. 2011. Disponível em: <[www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/.../Unidade\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_4.pdf)>. Acessado em 25 de jan. 2017.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.429-435, abr.2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dez.2010.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde**. Saúde e Sociedade, v. 10, n.2, p.47-74, 2001.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

VIANA A.L.A.; DAL POZ, M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis** (Rio J.), v.15, Suppl:225-264, 2005.

# *UNIDADE 2*

## *Fundamentos e Diretrizes do SUS*

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM**

Ao finalizar esta Unidade, espera-se que você seja capaz de:

- Identificar as diretrizes do sistema de saúde brasileiro;
- Compreender os princípios doutrinários do SUS; e
- Discutir os princípios organizativos do SUS.

Nesta Unidade poderemos aprofundar um pouco mais os fundamentos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e teremos a oportunidade de fazer um paralelo com a assistência que é prestada.

Vale ressaltar o Sistema Único de Saúde é assim denominado justamente porque sua formulação corresponde à unificação dos vários subsistemas até então existentes, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública etc.) quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual, municipal), e distinguindo o setor estatal do setor privado (CARVALHO; BARBOSA, 2012).

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, no eixo da Política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações (TEIXEIRA, 2011).

A Constituição Federal de 1988 definiu que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

A Lei 8080/90, menciona que são objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, em observância à necessidade de redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;

- A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Além disso, o SUS norteia-se por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são três: universalidade, equidade e integralidade da atenção. Sendo assim, esses princípios expressam as ideias filosóficas intrínsecas à criação e à implementação do SUS (ROCALLI, 2003). Esses princípios também são chamados de finalísticos, ou seja, é um ideal a ser alcançado (TEIXEIRA, 2011).

Já os princípios organizativos do SUS incluem: descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, e a participação e o controle social. Assim, os princípios organizativos orientam o funcionamento do SUS, apontando para a democratização das ações e serviços de saúde, possibilitando o direito a todos, independente de contribuir ou não para a previdência ou com qualquer outra contribuição (ROCALLI, 2003).

A Universalidade é a garantia constitucional de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, independente de qualquer coisa, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990, 1999).

Assim, sabe-se que de acordo com a Lei Nº 8080/90 e conforme a Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Percebe-se que esse princípio fundamental da universalidade comunga com esse aspecto, mas precisa-se compreender saúde de uma maneira ampla, que envolve as condições de vida da população como um todo, pois ela não se constitui na ausência de doenças.

Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas,

culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011).

Então, deixamos a seguinte reflexão: como um sistema pode ser considerado universal se para determinados tratamentos, ou para se conseguir vagas em unidades de internação de elevada complexidade, ou para conseguir realizar alguns exames e cirurgias, o usuário do SUS precisa recorrer à justiça? Não é um direito adquirido? Então, não deveria haver empecilhos para esses exemplos citados, que são apenas alguns dos diversos entraves encontrados quando se busca acesso no sistema de saúde. Além disso, será que na atual conjuntura do nosso país é possível uma universalidade da saúde, considerando o conceito ampliado de saúde?

Equidade significa igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos da população (BRASIL, 1999). Este princípio assegura que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco e das condições de vida e de saúde, desse modo, é um princípio de justiça social, buscando corrigir as iniquidades sociais e de saúde (AGUIAR, 2011).

A equidade consiste em “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (TEIXEIRA, 2011).

Nesse sentido, cabe destacar os esforços que vem sendo feitos para a formulação e implementação de Políticas específicas voltadas ao atendimento de necessidades de segmentos da população que estão expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em função de características genético-hereditárias, econômico-sociais ou histórica-política e culturais, como é o caso

da população indígena, da população negra, da população GLBTT, e outras. Nos últimos anos, particularmente, os movimentos sociais organizados em torno das reivindicações e demandas políticas destes grupos tem gerado a adoção de propostas que se desdobram em programas e projetos específicos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde (TEIXEIRA, 2011).

No que diz respeito à equidade, deve-se ter cuidado para que o sistema de saúde não beneficie a uns porque “gritam” mais, ou seja, pois reivindicam mais do que outros. Desse modo, chama-se atenção para a necessidade de levar em consideração a real situação do paciente, da comunidade, enfim, da população, para que a assistência seja prestada a contento e com qualidade.

Assim, o grande desafio para a construção da equidade na saúde consiste em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido (BRASIL, 2003).

Integralidade de assistência deve ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Assim, para que esta integralidade seja implementada se faz necessária a articulação entre prevenção, promoção e recuperação da saúde, bem como ações inter-setoriais para o alcance de melhorias na saúde individual e coletiva (AGUIAR, 2011).

A Constituição Federal enuncia a integralidade em seu Art. 198 quando diz: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais”. No Art. 200, descrevem-se as ações de saúde, como vigilância sanitária, meio ambiente, saneamento, saúde do trabalhador, entre outras.

A Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, vai um pouquinho mais longe e profundo em seu Art. 7, II, quando diz que o SUS deve seguir os seguintes princípios: “Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. No Art. 6, garante inclusão no campo de atuação do SUS: “Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. A dimensão do que fazer da saúde, a abrangência da integralidade da ação está também no Art. 3, genericamente, quando declara os objetivos e, entre eles, coloca as ações de “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

Assim, conforme Carvalho (2006), não é por falta de definição, de modo que o maior problema está no não-cumprimento do desejado e do prometido. Para o autor, a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. A horizontal é a dimensão da ação de saúde em todos os campos e níveis. Sempre considerando todos os aspectos, ou seja, levando em conta o ser humano como um todo: bio-psico-social. O bio-psico incluindo órgãos e sistemas de maneira integrada e não-dicotomizada; a atuação da saúde em todas as áreas (promoção, proteção e recuperação) e em todos os níveis (do primário ao quaternário) (CARVALHO, 2006).

Mattos (2001) propõe três conjuntos de sentidos ao termo integralidade: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

No primeiro conjunto, não se deve cuidar do paciente (cliente ou usuário do SUS) olhando, priorizando ou olhando apenas para sua lesão ou para sua doença, pois é preciso cuidar dele como um todo, de uma maneira holística. No segundo conjunto, a organização dos serviços de saúde pautada no princípio

da integralidade, deve buscar ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades, não apenas no momento de seus sofrimentos, também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro, devendo ser, portanto, de uma maneira ampla. No terceiro, em relação às políticas, faz-se necessária uma visão mais abrangente daqueles que serão os "alvos" das políticas de saúde que configura a integralidade em uma de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões (MATTOS, 2001).

Para Carvalho e Barbosa (2012), a integralidade da assistência em saúde inclui quatro ações:

- A articulação entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção e também as de assistência a doentes.
- A articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contrarreferência.
- A articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta.
- A oferta de serviços cuja organização atenda à demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários.

Assim, esses autores sintetizam que a integralidade consiste em uma oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos necessários para prevenir

ou para resolver problemas de saúde, dos indivíduos ou das coletividades (CARVALHO; BARBOSA, 2012).

No que concerne aos princípios organizativos do SUS, tem-se a descentralização, compreendida como uma redistribuição de atribuições, de responsabilidades e de recursos quanto às ações e serviços de saúde entre as três esferas do governo (federal, estadual, e municipal).

De acordo com a Lei Nº 8080/90, entre os princípios do SUS encontra-se a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Salienta-se que a descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços de saúde, foi uma vitória proposta pelo movimento da reforma sanitária, tendo em vista que cada município deve priorizar as ações de saúde de acordo com as necessidades de seus moradores, sendo o município também responsável pela coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento e avaliação, além do controle sobre os recursos financeiros (AGUIAR, 2011).

A NOB 01/91, NOB 01/93, NOB 01/96 e as NOAS 2001 e NOAS 2002, bem como o Pacto pela Saúde (2006) mencionados na Unidade anterior, vieram, após a Constituição cidadã, para buscar implementar e normatizar essa descentralização, constituindo-se em um processo de contínuo aperfeiçoamento.

Outro princípio organizativo do SUS trata-se da regionalização e hierarquização do sistema. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, de acordo com a Lei Nº 8080/90. Este princípio visa uma adequada distribuição do serviço para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade dos gastos (BRASIL, 2009).

O princípio da hierarquização preconiza que o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutive à população. Assim, o acesso do usuário à rede deve ser pelo serviço de atenção básica, porta de entrada do SUS, o qual deve estar qualificado para atender os principais problemas de saúde que cheguem nesse nível e que possam ser resolvidos com os recursos e estrutura disponíveis neste, de modo que os casos não resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para serviços que comportam maior complexidade tecnológica.

O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental (TEIXEIRA, 2011).

A participação e o controle social (participação da comunidade), também princípios organizativos do SUS, garantem que a população poderá participar, por meio de suas entidades representativas, do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, desde o nível local, até o federal.

Apenas com a Lei Nº 8142/90 ficou garantida a participação popular e controle social, a qual logo em seu Art. 1º garante que “o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde”.

A Conferência de Saúde reúne-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. E o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, trata-se de um órgão colegiado composto por

representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando 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, conforme a Lei Nº 8142/90 (BRASIL, 1990).

A Lei Nº 8142/90 garante ainda que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde, participando assim do controle social do SUS. Além disso, defende que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990), tendo sido ratificada essa paridade posteriormente pela Resolução 333, de 2003 e nas recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde. Segundo a qual, a paridade se dá com 50% dos conselheiros devem ser representantes do seguimento dos usuários e quanto aos outros 50%, 25% dos conselheiros devem ser constituídos pelo seguimento de trabalhadores da saúde, e os outros 25% por gestores e prestadores de serviço. Saliencia-se que em 2005, todos os municípios brasileiros tinham criado seus conselhos municipais de saúde (AGUIAR, 2011).

Além dos princípios já mencionados, é relevante que tenhamos conhecimento de que a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90) estabelece em seu Art.7º os seguintes princípios do SUS:

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Esses demais princípios são menos citados na literatura quando o assunto é SUS, no entanto, cada um possui a sua relevância e deve ser do conhecimento de todos aqueles que buscam se tornar especialistas em Gestão em Saúde.

## *Resumindo*

Nesta Unidade, descrevemos as diretrizes do sistema de saúde brasileiro, bem como os princípios fundamentais e organizativos do SUS. Além disso, são mencionados ainda outros oito princípios que constam na legislação que ampara o SUS.

## *Atividades de aprendizagem*

Para que vocês possam trazer os princípios do SUS para o nosso cotidiano, sugere-se como atividade de aprendizagem, que você exemplifique com casos reais, situações em que os seguintes princípios se fizeram presentes no nosso

Sistema de Saúde: universalidade, equidade, integralidade da atenção, descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, e a participação e o controle social.

# Referências

AGUIAR, Z.N. **SUS**: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1.ed. 2.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual\\_organizacao\\_ab.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos Sistema Único de Saúde: revisão para concursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências**, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 28 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 545/GM, de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/93**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 maio 1993 Seção I, p. 6961.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma**

**Operacional da Assistência à Saúde:** NOAS-SUS 01/01 e Portaria n. 95/GM, de 26 de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov.1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 12 jun.2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, G. **Os governos trincam e truncam o conceito de integralidade.** Radis, n.49, p.16, 2006.

CARVALHO, A.I.; BARBOSA, P.R. **Políticas de saúde:** fundamentos e diretrizes do SUS. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES-UAB, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Resolução INAMPS n. 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/91. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção I, p. 14216, 18 jul. 1991.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A.; organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/Abrasco; 2001. P.39-64.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2016.