



# Sessões Temáticas

de Instrumentalização das Equipes Gestoras em Saúde **2010**

## MÓDULO 2

### O SUS e as Políticas de Saúde no Brasil

PARCERIAS



**SESAP-RN**

Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN

*Planeja***SUS**

Sistema de Planejamento do SUS

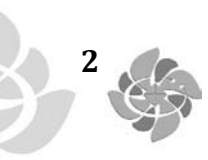
Ministério da Saúde



REALIZAÇÃO



CONSELHO DE SECRETARIAS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO NORTE







## APRESENTAÇÃO

---

**A**pós os inúmeros avanços ocorridos nos últimos anos no âmbito da Saúde em nosso país, os maiores desafios que se apresentam hoje, são aqueles de ordem gerencial e assistencial que repercutem diretamente sobre a saúde da população, bem como, aqueles voltados ao fortalecimento das políticas públicas que viabilizem estruturas organizacionais resolutivas e recursos financeiros, em todas as esferas de governo, compatíveis com a importância que o setor saúde tem e a sua relação sobre a qualidade de vida das pessoas, deixando de ser um componente periférico e assumindo definitivamente seu espaço como eixo central do processo de desenvolvimento do país.

Os processos de gestão de um sistema de saúde é muito complexo e requer constante aprimoramento de conhecimentos, bem como, de ferramentas que atendam as constantes exigências conjunturais. Nessa perspectiva, há no mercado uma afeição por profissionais capacitados, considerados verdadeiros experts em gerenciamento da saúde, preparados academicamente ou com mais frequência formados no cotidiano da administração de um órgão municipal de saúde.

O presente curso é voltado para você, dirigente (secretário, diretor, coordenador, técnicos de órgãos gestores da saúde), utilizando-se uma metodologia simples e eficaz, de alta qualidade, capaz de compensar seu esforço e acima de tudo o compromisso com a construção do SUS, tendo sido planejado para suprir as necessidades das pessoas envolvidas no processo de gestão nas diferentes realidades regionais e locais.

Nossa expectativa com esse curso não é pequena, mais do que capacitar gestores públicos de saúde, pretendemos iniciar um novo relacionamento e o compromisso do COSEMS/RN no processo de produção de conhecimento marcado pela horizontalidade e a capacidade de converter experiências vividas em conhecimentos acumulados a serviço da sociedade.

*Solane Maria Costa*

Presidente do COSEMS/RN

*Dívaneide Ferreira de Souza*

Coordenadora Pedagógica



## **ESTRUTURA PEDAGÓGICA DO CURSO**

---

O curso está organizado de acordo com uma estrutura pedagógica padronizada em todas as Sessões Temáticas. Assim, mesmo uma sessão sendo independente da outra o ideal é que a sua participação seja integral para que você possa apreender todos os conteúdos de forma seqüencial, favorecendo um maior acúmulo de conhecimento.

Cada Sessão Temática terá duração de 12 horas, equivalendo a um dia e meio de atividades, distribuído em dias seguidos (sextas e sábados), intercalada a cada 15 dias.

Ao final de cada sessão você deverá apresentar o produto inerente a cada tema interrelacionando com sua agenda prioritária de gestão. Fará também jus a um certificado comprobatório da carga horária inerente a cada Sessão Temática.

### **CORPO DOCENTE E PARCERIAS**

O corpo docente é formado por profissionais de ensino e serviço que irão compartilhar conhecimentos científicos e da rotina do serviço, unindo a teoria à prática, objetivando a instrumentalização e incorporação do saber para a aquisição de uma nova rotina, partindo da realidade concreta do sujeito para um processo de abstração do conhecimento, tendo como base o diálogo entre o monitor e o gestor.

A Coordenação geral do curso está sob a tutela do COSEMS/RN, tendo como parceiros o Ministério da Saúde, através do PlanejaSUS, Secretaria de Estado da Saúde Pública e Secretarias Municipais de Saúde do RN. A estrutura organizacional é composta por Coordenação Geral, Coordenação Pedagógica, Coordenação Administrativa e instrutores.

### **MATERIAL DIDÁTICO**

O material foi elaborado em caráter autoinstrucional, em seis volumes, cujos conteúdos estão voltados para atender as reivindicações explícitas por vocês gestores e apresentados de maneira clara e compreensível para que haja o maior aproveitamento na rotina diária representando o perfil adotado para o curso.

### **EMENTAS E CALENDÁRIO DAS SESSÕES TEMÁTICAS**

As unidades são divididas em seis sessões temáticas.





## CALENDÁRIO

DATA	SESSÕES TEMÁTICAS	REGIÕES	LOCAL	COORDENADORES/ INSTRUCTORES
<b>1ª Sessão Temática</b>				
16 e 17 abril	Planejando a Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Terezinha Rego Coordenadora
23 e 24 abril		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
07 e 08 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>2ª Sessão Temática</b>				
07 e 08 maio	O SUS e as Políticas de Saúde do Brasil	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Mariza Sandra Coordenadora
14 e 15 maio		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
20 e 21 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>3ª Sessão Temática</b>				
21 e 22 maio	Gestão Administrativa e Financeira do SUS no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Eleonora Castim Coordenadora
04 e 05 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
11 e 12 junho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>4ª Sessão Temática</b>				
11 e 12 junho	Gestão de Atenção à Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Goretti Cunha Coordenadora
18 e 19 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
02 e 03 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>5ª Sessão Temática</b>				
02 e 03 julho	Gestão Participativa e Controle Público	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Marcelo Dantas Coordenador
09 e 10 julho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
16 e 17 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>6ª Sessão Temática</b>				
16 e 17 julho	Gestão do trabalho e Educação na Saúde	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Aldenísia Albuquerque Coordenadora
23 e 24 julho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
30 e 31 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	







## 2ª SESSÃO TEMÁTICA

---

### O SUS e as Políticas de Saúde no Brasil

**Coordenador do Grupo:** Mariza Sandra

**Colaboradores:** Paulo Rocha/Carlos Roberto/Solane Maria Costa/Mariza Sandra/Elizabeth Fagundes

**Público Alvo:** Gestores municipais e membros de equipes gestoras.

**Carga Horária:** 12 Horas

#### EMENTA

História das políticas de saúde no Brasil. Idéias-força da Reforma Sanitária no Brasil. Arcabouço jurídico-legal. Princípios e diretrizes do SUS. Instâncias de gestão. Modelos de gestão e os mecanismos de participação. Normas operacionais. Pacto de gestão. Processo de regionalização da assistência.

#### OBJETIVOS

Pretende-se com o desenvolvimento deste módulo da sessão temática:

- Refletir sobre a história das políticas sociais no Brasil, com ênfase no momento atual do SUS;
- Caracterizar os marcos teóricos e conceituais que fundamentaram a Reforma Sanitária brasileira e deram origem ao SUS;
- Compreender o arcabouço jurídico-legal do SUS, seus princípios e diretrizes e suas implicações operacionais na implementação deste sistema;
- Analisar o pacto de gestão e sua implicação para o processo de regionalização da atenção no RN.

**METODOLOGIA**

As atividades serão desenvolvidas em momento presencial, sendo seu formato de organização fundamentado nas experiências acumuladas dos participantes, com articulação permanente entre saber e práxis.

Aulas expositivas dialogadas para apresentação e problematização dos conteúdos. Realização de debates, trabalhos em grupo, estudo de caso e aplicação prática dos conteúdos.

**AVALIAÇÃO**

A avaliação será contínua, durante todo o desenvolvimento do módulo. Os aspectos a serem observados compreendem: o interesse do participante, a assiduidade, a participação no cumprimento das atividades, além da pertinência das discussões questionada junto ao grupo. Serão priorizadas as impressões verbais dos participantes.

## PROGRAMAÇÃO - SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES

DATA	HORA	ATIVIDADE/TEMA	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA
1º Dia	08h00min	Credenciamento e entrega de material	
		Dinâmica dos participantes e da proposta da sessão temática	
		Leitura e análise do caso Ana	Divisão em pequenos grupos, buscando responder as seguintes questões: que princípios do SUS aparecem no relato do caso, e de que forma aparecem fragilizados ou fortalecidos? Por quê?
		Intervalo	
		Apresentação dos resultados dos grupos	
		Discussão e sistematização das apresentações, destacando significados, potencialidades e dificuldades de efetivação dos mesmos	
	14:00	Sessão de filme sobre a história das políticas de saúde no Brasil, analisando a conformação dessa política nos diferentes contextos históricos do país	
		Retomando o caso Ana, refletir sobre a seu desenvolvimento considerando a inexistência do SUS: Como estaria Ana sem o SUS?	
		Intervalo	
		Aprofundamento de conceitos: direito à saúde, seguro e seguridade, princípios doutrinários integralidade e universalidade - organizativos: hierarquização e regionalização do SUS, instâncias de gestão e arcabouço legal, com destaque para o pacto	Apresentação através de aula expositiva
2º Dia	08h00min	Sessão de vídeo: Pacto pel Saúde	
		Apresentação dos indicadores do pacto de gestão no RN analisando a suas implicações no caso Ana (termo de compromisso de gestão/ regional e região/ colegiado gestor/potencialidades e fragilidades da regionalização, no contexto do SUS RN);	
		Leitura do texto O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas	
		O Pacto pelo SUS: como entrei e como saio implicado nisso	



## TEXTO 1:

---

Baptista, Tatiana Wargas de Faria; Machado, , Cristiani Vieira; Lima, Luciana Dias de. **O caso de Ana**. Qualificação de gestores do SUS. Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro/RJ: EAD/Ensp, 2009, pp. 77-95.

Iniciaremos a Unidade de Aprendizagem II com base em um caso ilustrativo, visando aprofundar diferentes situações e desafios que se apresentam no processo de organização de uma rede de serviços de saúde.

Esse caso é um convite a reflexão sobre as implicações de uma política de organização do sistema de saúde para a produção do cuidado em saúde, afetando a vida e o destino das pessoas e, também, o próprio projeto político do SUS.

As diferentes situações e desafios que se apresentam no processo de organização de uma rede de serviços de saúde serão trabalhados ao longo dos três módulos que compõem essa unidade de aprendizagem.

Vamos, então, conhecer o caso de Ana, uma mulher de 53 anos que se descobre com câncer de mama, acompanhando seu percurso no sistema de saúde, assim como os limites dos serviços e do gestor local para atender as demandas da população.

Ao longo das cenas, você encontrará a indicação de estudos nos módulos desta unidade de aprendizagem, com vistas a alimentar e fomentar o debate sobre aspectos dos temas enfocados. Esses módulos foram criados e pensados para estabelecer um diálogo contínuo com o caso. Caso e módulos estão interligados. Você pode - e deve - ir e voltar de um a outro (inclusive aos das outras unidades de aprendizagem). Crie seu próprio ritmo, sua música - invente sua própria caminhada!

Durante as cenas do caso e o estudo dos módulos, estão propostas questões para refletir, que você poderá discutir, na medida de sua necessidade, com seu tutor e com outros parceiros desse processo.

A organização de um sistema de saúde é um grande desafio. Num país desigual e diverso como o Brasil, somam-se dificuldades. Para enfrentá-las é preciso ter claro o projeto político e não perder de vista aonde se quer chegar; mas é preciso também saber como se quer chegar.

Não aceiteis o que e de habito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.

*Bertold Brecht*

## REFLEXÕES INICIAIS

Antes de iniciar o estudo do caso de Ana, convidamos você a fazer um exercício de reflexão. Procure lembrar-se de suas experiências como gestor ou profissional da secretaria de saúde ou de um serviço de saúde do seu município.

Escolha uma experiência, a que mais fez você refletir sobre a organização do sistema de saúde na sua região. Pode ser uma situação de dificuldade para a realização de uma cirurgia de emergência ou a necessidade de um leito para recém-nascido; talvez uma barreira de acesso em alguma unidade, a dificuldade na interação com outros municípios. Tente lembrar com detalhes dessa experiência, o que ocorreu, como ocorreu, o que você viu, ouviu e aprendeu com tudo isso, e o que sentiu ao final de toda a história. Busque lembrar suas expectativas, como imaginava que poderia transcorrer a solução da situação. Lembre-se dos profissionais, de como resolveram as questões, de como o gestor se posicionou frente ao caso.

---

### PARA REFLETIR

Que aspectos devem ser considerados na organização de um sistema de saúde? Identifique em sua região/localidade quais são os principais desafios que se apresentam para a organização do sistema de saúde.

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

---

## CONHECENDO MELHOR O CASO DE ANA

Ana é uma mulher de 53 anos que certo dia acordou apresentando dor e secreção em um mamilo. No auto exame percebeu um pequeno volume na mama. Sempre muito atenta com sua saúde, Ana buscou o mais rápido possível entender o que ocasionava aquela situação e resolver seu problema de saúde. Por quase dois anos, Ana percorreu diferentes serviços, dentro e fora de seu município, a fim de realizar exames e adotar a terapêutica indicada pelos profissionais que a atenderam. Após esse período, Ana estava sem uma mama e sentindo-se extremamente insegura. Não sabia mais o que esperar de seu futuro e se deveria contar exclusivamente com os serviços públicos de saúde disponíveis em sua região. Chegou a pensar em pagar um plano de saúde particular, mas se deu conta de que muitos conhecidos seus também se sentiam insatisfeitos com seus planos de



saúde e que o dinheiro gasto com o piano lhe faria muita falta. Desde então, Ana não dorme mais tranqüila e reza para que Deus a proteja.

Conheça melhor o que fez Ana se sentir assim e que lições poderíamos tirar deste caso para a organização do sistema de saúde em um município e região.

### **CENA 1 - ANA TEM O SINAL DE ALERTA**

Ana mora num município de 50 mil habitantes. Nesse município existem 10 Equipes de saúde da Família (ESP), cobrindo 80% da população, e um hospital municipal, com um pronto-socorro, ambulatorios e 50 leitos de clínica medica e pediatria. Existem também no município dois laboratórios de apoio diagnostico conveniados. O município depende de outros municípios e do estado para a realização de consultas e exames mais especializados.

O bairro onde Ana reside conta com Equipe da saúde da Família, que funciona de 7h as 17h, de segunda a sexta, mas não funciona nos finais de semana. Ana faz parte de uma das famílias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

A história de Ana começa num sábado. Ana acorda com uma sensação de incômodo em uma das mamas e percebe uma secreção no mamilo. No auto exame percebe que ha um volume diferente e ate então inexistente em sua mama. Temerosa por já ter tido um caso de câncer de mama na família, Ana logo procura atendimento médico e recorre ao pronto-socorro municipal, já que a Unidade de Saúde da Família de seu bairro não abre nos finais de semana.

---

#### PARA REFLETIR

Se as unidades de Saúde da Família foram pensadas como porta de entrada para o sistema, que análises poderiam ser feitas em relação aos dias e horários de funcionamento dessas unidades?

Registre as conclusões de suas reflexões.

---

No pronto-socorro Ana espera por algumas horas e é atendida pelo plantonista.

- No que posso ajudar? - perguntou o médico.

- Hoje acordei com um desconforto grande na mama, doutor. E tem também uma secreção estranha... Também senti alguma coisa mais alta na mama.. - respondeu Ana.

- Quando foi a ultima vez que a Sra. foi ao ginecologista? - questionou o médico.

- Sou acompanhada pelo médico da Unidade de Saúde da Família do meu bairro. Fiz o preventivo tem mais ou menos um ano - Ana.

- A Sra. já fez alguma vez o exame de mamografia? - perguntou o médico.



- Não, senhor - respondeu Ana.

- Pois bem, vamos ver isso. Retire a blusa para que eu possa avaliar melhor - solicitou o médico.

Ana seguiu as instruções. O médico a examinou e concluiu:

- A Sra. não precisa se preocupar, não se trata de uma emergência. Seu médico poderá avaliar melhor o seu caso. Por ora, vou lhe receitar um analgésico. Esta semana procure o médico da sua unidade e relate o ocorrido - finaliza o médico.

---

#### **PARA REFLETIR**

Por que o médico do pronto-socorro não fez um encaminhamento de Ana para um especialista nem solicitou um exame mais específico da mama, como a mamografia? O que poderia orientar melhor a prática médica e assistencial em geral num caso como esse? Qual a importância dos instrumentos - diretrizes gerenciais e clínicas - para a organização da rede de serviços de saúde?

Faça o registro de suas reflexões.

---

Ana sai desolada do pronto-socorro; não queria adiar uma solução para o seu caso. E o desconforto na mama persistia. Restava-lhe tomar o analgésico.

Na manhã de segunda-feira, Ana acorda cedo e rumo para o Centro de saúde. Havia uma pequena fila em frente à unidade. A enfermeira recebe Ana e ela explica o ocorrido. Ana consegue ser logo atendida e o médico da Saúde da Família a examina.

- É, dona Ana, parece que temos uma infecção aqui e também percebi um pequeno volume na mama direita - resume o médico.

- É grave, doutor? - questiona Ana.

- Não posso ainda afirmar. E preciso ter a opinião de um especialista. Vou pedir que a Sra. vá a um ginecologista para que possamos ter uma segunda opinião. Além disso, só o especialista poderá solicitar um exame mais específico, como a mamografia. Mantenha a medicação receitada pelo médico do pronto-socorro caso venha a sentir dor.

---

#### **PARA REFLETIR**

O médico da Saúde da Família gostaria de ter pedido uma mamografia, mas em seu município há uma regra que determina que apenas o especialista está autorizado a pedir tal exame. Por isso ele solicita uma consulta com o especialista. Como você avalia a resolutividade da atenção bási-



ca em relação a essa questão, uma vez que esse nível da atenção é definido como uma estratégia para reestruturação do sistema de saúde?

Ao final, registre suas conclusões no Diário de Estudos.

---

O médico entrega a Ana um papel de solicitação de atendimento especializado, sem qualquer especificação do serviço de referência. Ana sai da unidade triste e negativa

- Um pequeno volume na mama... Será um caroço? Será que estou com um câncer, assim como minha avó? - angustia-se Ana. E esse pedido do médico? Onde tem ginecologista aqui no município? Será que no pronto-socorro tem?

Ana sai da unidade sem discutir suas dúvidas. A enfermeira que a atendeu a vê saindo, mas como esta envolvida com outros atendimentos não consegue saber se Ana precisa de mais alguma coisa. Todos os profissionais da unidade estão envolvidos com algum atendimento.

---

#### **PARA REFLETIR**

Ana sai da Unidade de Saúde da Família sem um caminho certo; terá que, por sua própria conta, buscar informações sobre onde estão os médicos ginecologistas que atendem pelo SUS no município. Quais os problemas nessa forma de orientar o encaminhamento dos pacientes? Que outras formas de encaminhar poderiam ser adotadas pelas unidades? O que poderia ser feito pelo gestor local para melhor organizar os fluxos de encaminhamento do paciente desde as próprias unidades assistenciais?

Anote suas reflexões.

---

#### **CENA 2 - ANA E APENAS MAIS UMA BRASILEIRA COM CANCER C E MAMA**

Ana chega a casa no final da manhã de segunda-feira e se dá conta que havia esquecido os seus afazeres domésticos - o almoço dos filhos, a hora do colégio etc. Esquece, por algum tempo, de sua situação e realiza as tarefas.

Assim que seus filhos saem, Ana resolve procurar uma vizinha, uma amiga de infância. Ana precisará contar para alguém o que se passava e precisava também se informar onde haveria médico s ginecologistas no município A amiga de Ana trabalha na prefeitura e informa que, no hospital municipal, além do pronto-socorro há também alguns ambulatórios com especialidades, dentre eles a ginecologia. Ana se despede de sua amiga e vai imediatamente para o hospital municipal

Eram 15h quando Ana chega ao hospital. Na recepção, Ana busca informações sobre a marcação de consultas.

- Boa tarde. Preciso de uma informação. Estou com a solicitação do meu médico para um atendimento com o ginecologista. Onde posso agendar a consulta? - pergunta Ana.

A atendente responde secamente:

- O horário para agendamento de consultas e até às 14h, mas já te adianto que há uma fila de espera de mais de dois meses para o ginecologista.

Ana insiste:

- Mas estou com muita dor e preciso fazer essa consulta com urgência.

A atendente não se sensibiliza:

- Todas dizem a mesma coisa. Se for de fato uma urgência vá ao pronto-socorro. Agora, se quiser marcar uma consulta, volte amanhã até as 14h- a atendente encerra a conversa.

Ana não entende por que tanta má vontade; não entende também por que a definição de um horário tão rígido e restrito para marcar as consultas; não entende por que tem uma fila de dois meses para o ginecologista. E se questiona: será que há muita mulher precisando de consulta de ginecologista ou será que há pouco médico no município? Não é possível que ninguém nunca tenha reparado que isso é um problema! Ana fica irritada com toda a situação, mas também se sente impotente. Volta para casa e de novo se vê envolvida com seus afazeres; a dor persiste e o analgésico parece não fazer mais efeito. Ana se programa para voltar à unidade da ESF no dia seguinte.

---

#### **PARA REFLETIR**

Ana consegue identificar, com base em sua dificuldade de acesso a uma consulta de ginecologia, que há talvez uma carência de médicos especializados no município. O que dessa situação pode servir de aprendizado para o gestor local?

---

Na terça-feira, Ana procura novamente o médico da Saúde da Família e relata o ocorrido. Preocupado com a dificuldade de Ana para marcar a consulta com o especialista e com seu estado clínico, que parecia agravar-se com o aumento do volume da secreção, o médico prescreve um antibiótico e resolve solicitar uma mamografia com urgência, mesmo sabendo que a regra do município permitia apenas a solicitação desse exame por um especialista. O médico sabe também que esse não é um exame disponível no município e orienta Ana a buscar o município vizinho, localizando a unidade que realiza o exame.

Ana segue para a cidade vizinha e vai para a unidade. Ao tentar realizar o exame descobre que também nesse município só realizam mamografia se solicitada por um ginecologista e não consegue marcar o exame.

Ana mais uma vez volta para casa sem solução para o seu problema. A angústia só aumenta a cada dia. Ela resolve ir até a capital para tentar realizar o exame. A capital fica a 200



km de sua residência e exigira que Ana fique distante de casa por alguns dias. Ana tem conhecidos na cidade e poderá contar com a ajuda deles. Em sua casa a comoção é total. O marido de Ana fica atordoado, não sabe bem como ajudar. Os filhos de Ana percebem a angústia da mãe e também se angustiam. Ana pede ajuda a uma irmã para os dias em que ficará fora.

Dois dias depois, tendo resolvido como fazer para se afastar de casa, Ana vai para a capital.

Na capital, Ana se depara com uma série de problemas. Apesar da oferta de serviços de saúde ser bem maior que em sua região, os problemas também são complexos: aparelhos quebrados, falta de profissional para manusear o equipamento, falta de médico para dar o laudo, filas para a realização de exame etc. Foram várias negativas, algumas com a mesma justificativa do município vizinho, condicionando o exame ao pedido de um especialista. Após várias tentativas e tendo passado quatro dias, Ana consegue finalmente marcar o exame para dois meses. Sua amiga da capital havia conseguido uma ajuda com um conhecido que trabalhava num hospital do município. Ana volta para casa. Já não estava mais com dor, pois o antibiótico tinha surtido efeito.

---

#### **PARA REFLETIR**

O que é possível identificar de problemas na organização do sistema de saúde no percurso de Ana? Como se organiza a relação entre os municípios? É possível perceber alguma configuração de organização regional do sistema de saúde? Há formas estabelecidas de encaminhamento dos pacientes para outros municípios? Há mecanismos de acompanhamento do paciente de modo a verificar suas dificuldades para a realização de exames ou consultas? Quem se responsabiliza pelo paciente, nesse caso?

Faça suas anotações no Diário de Estudos.

---

#### **ATIVIDADE 1**

O que é regionalização? Qual a importância do território na organização dos serviços de saúde? Reflita sobre qual tem sido a forma de organização do sistema de saúde em seu município.

Registre suas reflexões no Diário de Estudos e dialogue com seu tutor.

Ana volta a capital depois de dois meses e realiza finalmente a mamografia. Mais quinze dias e o laudo estaria disponível, informa a auxiliar de enfermagem. Ana imaginava que teria o resultado no mesmo dia. Retorna para casa e pensa como será se tiver que fazer um tratamento na capital, se terá dinheiro para tantas passagens, para a comida, e os dias que ficara sem trabalhar porque estará em tratamento. Ana é uma trabalhadora autônoma, vende bijuterias, roupas e outras coisas. Sua vida já não andava fácil; se ficasse doente então...

Ana pega o exame. Curiosa lê o laudo, mas não consegue saber se o que tem e ou não ruim. Ana leva o resultado ao médico do Saúde da Família.

- Doutor, só agora estou com o resultado da mamografia que o Sr. me solicitou ha três meses. Enfrentei tantos problemas... Só consegui fazer o exame na capital - explicou Ana.

- A Sra. foi a unidade que lhe falei? - questionou o médico.

- Sim, mas eles não aceitaram o seu pedido, disseram que só de especialista. Na capital também não queriam aceitar, mas aí um conhecido da minha amiga que trabalha no hospital conseguiu para mim. Assim mesmo só depois de muito lamento.

-É, esse e um problema difícil de resolver..., mas vamos ao exame. Pelo que esta aqui, a Sra. tem uma imagem que sugere uma neoplasia, um câncer. Precisamos fazer rápido uma biopsia. Não podemos perder mais tempo - resume o médico.

- Ai, doutor, outro exame? - angustia-se Ana.

- Dona Ana, não vou lhe enganar, e preciso fazer o exame o mais rápido possível. Se for um câncer maligno podemos ter menos prejuízos, dependendo da nossa agilidade. Se demorarmos muito poderá lhe causar mais problemas. Assim, como já foi muito difícil realizar o primeiro exame vou fazer algo diferente desta vez. Vou recorrer direto a Secretaria Municipal de Saúde para ver se eles conseguem agilizar a marcação da biopsia. Vamos tentar - disse o médico.

- Ai, meu Deus, isso e muito bom - diz Ana aliviada.

O médico sai do consultório e conversa com a enfermeira. Depois de alguns telefonemas ele retorna e explica:

- Dona Ana, na Secretaria Municipal de Saúde, no gabinete do Secretario, tem uma Sra. que se chama Socorro. Ela e a responsável da Secretaria por tentar marcar exames complexos em outros municípios. A Sra. irá até lá e levará o meu pedido para ela. Já explicamos toda a situação, basta a Sra. entregar o pedido que ela explicará o que deve ser feito.

Ana segue rápido para a Secretaria de Saúde, nem acredita que não terá que passar por tudo de novo para fazer um exame. Mas pensa: puxa vida, por que o médico não fez isso antes? Será que isso e só para quem esta numa situação muito grave? E como ficam todas aquelas pessoas que não tem essa oportunidade de ir direto a Secretaria, pessoas como eu meses atrás? Mas Ana para de se questionar. Era preciso resolver seu problema e ela não podia resolver o problema de todos.

Chegando à Secretaria, Ana procura dona Socorro e lhe entrega o pedido do médico. Socorro olha o pedido e comenta:



- Mais uma biopsia de mama, quantas será que vamos solicitar esse mês? Já esta difícil agendar. Filhinha espera ali que quando eu tiver uma resposta eu te chamo.

Ana senta-se numa sala cheia de outras pessoas, algumas ali na mesma situação de Ana, outras mais complicadas. Parecia ate que Ana estava num pronto-atendimento. Todo mundo tinha um caso para contar. Mais ou menos depois de uma hora e meia, Socorro chama Ana e lhe informa: “consegui agendar seu exame para daqui a dois meses lá na capital foi o melhor que pude fazer. As unidades estao lotadas”.

Ana sai mais uma vez desolada. O que fazer? Se aquela Sra. não havia conseguido marcar o exame para antes de dois meses, ela sozinha não teria a menor chance. Ana pensa em fazer o exame particular, mas descarta rapidamente a idéia, as dúvidas que acumulava não permitiam que ela pensasse nessa possibilidade.

Após dois meses Ana realiza a biopsia e o resultado indica uma neoplasia maligna. Dessa vez ela lê o laudo e consegue perceber a gravidade. Leva rapidamente o laudo para o médico do Saúde da Família que decide encaminhá-la a um mastologista:

- Dona Ana, o que eu podia fazer pela Sra. eu já fiz, agora e preciso um tratamento com um especialista. O melhor tratamento esta na capital, mas e melhor a Sra. voltar a Secretaria de saúde e procurar aquela mesma senhora da outra vez. Certamente será mais fácil. Já são seis meses desde a sua primeira consulta aqui no PSF, e preciso agilizar, lembre-se do que eu lhe disse da ultima vez.

---

#### **PARA REFLETIR**

Analise a atitude do médico ao decidir recorrer à Secretaria Municipal de Saúde para agilizar a realização do exame de Ana. Por que o médico tomou essa atitude? O que esta situação explicita em relação à organização do sistema de saúde de seu município? Existem alternativas possíveis a esse tipo de organização?

Quais as consequências que se pode prever pela demora na realização de exames e na obtenção de diagnostico? Como isso se relaciona com a organização do sistema de saúde?

Registre suas conclusões.

---

#### **CENA 3 - TRATA R É CU I DA R?**

Ana recorre novamente a Secretaria Municipal de saúde para agendar a consulta do mastologista Como no município não há essa especialidade, Socorro marca o atendimento no hospital estadual da capital, que e credenciado como CACON (Centro de Complexidade em Oncologia). A consulta e agendada para um mês e novamente Ana escuta os comentários de Socorro sobre a situação de saúde no município:

- Olha, a cada dia e mais difícil agendar consultas especializadas e exames; só consegui sua consulta para daqui a um mês. Nem pense em faltar, porque senão fica ainda mais difícil. Não esqueça também de levar todos os exames que já realizou - diz Socorro.

Ana agradece o agendamento e sai da Secretaria. Mais uma vez sente aquele sentimento desconfortável de como se estivesse sendo mais beneficiada do que outros. “Essa dona Socorro e poderosa”, pensa ela.

---

#### **PARA REFLETIR**

Como seria se existisse um setor de marcação de consultas e exame nesse município? O fato de existir uma pessoa que centraliza essa informação no município, que implicações acarreta para o sistema?

---

No mês seguinte, Ana estava lá no horário e dia agendado para a consulta. Ela e outras dezenas de mulheres, vindas de vários cantos do estado. Parecia, de fato, que aquele era o único lugar de tratamento do câncer de mama no estado.

Ana e recebida pelo mastologista que a examina e analisa os laudos de seus exames realizados. O médico e taxativo:

- Dona Ana, a Sra. já está ciente de que tem um nódulo maligno e que precisa retirá-lo. No momento, este nódulo tem aproximadamente 2cm e não há aparência de comprometimento clínico da sua cadeia linfática axilar, o que significa que existe a possibilidade de não precisarmos retirar a mama toda. A Sra. poderá voltar as suas atividades normais. Para dar continuidade ao tratamento, temos que realizar uma bateria de exames para saber exatamente qual é a situação atual da sua doença. Só assim poderemos saber o que fazer e tomar nossas decisões - explica o médico.

Ana pergunta apreensiva:

- Mas onde eu farei esses exames?

- Aqui mesmo. Vou lhe indicar o setor de marcação de exames para que a sra. possa agendar - responde o médico.

Ana respira aliviada.

No setor de marcação de exames, Ana descobre que terá que fazer várias idas a unidade para realizar os exames, pois nem todos podem ser realizados no mesmo dia. Além disso, um dos exames teria que aguardar o conserto de um aparelho quebrado. Com isso, Ana levou quase três meses para fazer todos os exames solicitados e obter os laudos. Além dos exames, Ana tinha que



participar de reuniões com outros pacientes em tratamento, com o objetivo de discutir e compreender melhor a doença e compartilhar suas angústias e expectativas.

As idas e vindas de Ana a capital oneravam seu orçamento e apenas faziam-na sentir-se mais e mais cansada. Um monte de questões sempre passava por sua cabeça: por que esses aparelhos estão sempre quebrados? Uma unidade não pode emprestar para a outra ou usar o equipamento da outra? Será que alguns exames mais simples não poderiam ser feitos no meu município? Ninguém pensa que tudo isso pode prejudicar ainda mais a vida das pessoas? Por que tantas reuniões de esclarecimento? E quem não tem dinheiro para pagar todas essas passagens, como fica? Vai ver que é por isso que muita gente falta e aí dona Socorro ainda fica brava com a falta. Vai entender..

---

### PARA REFLETIR

O que implica o fato de o tratamento em oncologia só existir na capital, que fica a 200 km do município de Ana? O que isso diz sobre a organização desse sistema de saúde em específico? Que estratégias poderiam ser traçadas para garantir o acesso mais fácil da população a esse tipo de serviço? Como resolver a questão financeira do deslocamento desses pacientes?

No que diz respeito à organização do cuidado articulado a organização do sistema, que elementos desta cena podem ser repensados de modo a melhor atender as expectativas e necessidades de Ana?

Anote suas conclusões sobre essas questões.

---

Na consulta com o mastologista para a avaliação dos resultados dos exames, Ana recebe a notícia de que fará uma cirurgia de retirada parcial da mama, mas que durante o procedimento cirúrgico será feita uma avaliação pelo médico patologista. Dependendo do resultado, a conduta poderá ser de retirada de toda a mama (mastectomia). Ana assina um termo de consentimento informado e tem sua cirurgia marcada para dali a três semanas.

A cirurgia foi um sucesso, mas Ana teve que retirar toda a mama e ainda esvaziar o conteúdo ganglionar de sua axila, pois havia indícios de comprometimento metastático. Após três semanas, Ana recebe alta hospitalar e é encaminhada para o serviço de oncologia clínica do hospital para iniciar o tratamento de quimioterapia. O hospital agenda a consulta com o oncologista para quatro semanas, e Ana se desespera, achando que é muito tempo de intervalo. Com medo, recorre a um dos mastologista do ambulatório do hospital (aquele que lhe pareceu mais atencioso com ela).

- Doutor, desculpe-me incomodá-lo, sei que o Sr. já está de saída, mas estou muito angustiada. Só consegui agendar a consulta com o oncologista para daqui a quatro semanas. Tenho filhos ainda para criar, doutor. Já estou há muito tempo tentando resolver meu problema, estou com muito medo.. - intercede Ana.

- Calma, dona Ana, vou ver o que posso fazer - fala o mastologista. O médico pega o celular e liga para seu colega oncologista. Explica o caso e desliga o telefone. Dona Ana, na terça-feira que vem o Dr. Carlos irá atendê-la. A Sra. deve chegar cedo, ele fará um encaixe para a sua consulta.



- Obrigada, doutor. Nem sei como agradecer.

Após essa consulta, popularmente chamada de “gato”, ela consegue iniciar as sessões de quimioterapia. Ana então passa a entender que dentro do hospital não existe um fluxo correto entre os diversos serviços envolvidos no tratamento de uma patologia como a sua, e que as relações informais, associadas a simpatia, são elementos importantíssimos para a obtenção de resultados.

Ana passou os quatro meses seguintes em tratamento com quimioterapia; depois foi encaminhada para o setor de radioterapia.

Na radioterapia, enfrentou outras dificuldades: as já conhecidas, como as filas e a disponibilidade de aparelhos, e outras de natureza clínica e econômica. As aplicações diárias causavam queimaduras e obrigavam Ana a suspender as aplicações. A falta de dinheiro e a ausência de apoio do município dificultavam seu deslocamento. Ana conclui, após um ano, a pior parte de seu tratamento, mas, como seu tumor tinha receptores hormonais positivos, pelos próximos cinco anos ela deveria tomar a medicação, fornecida pelo hospital. Nos cinco anos seguintes Ana terá que ir a capital buscar o seu remédio, rezando para que ele não esteja em falta na farmácia.

---

#### **PARA REFLETIR**

Quais foram às conseqüências concretas de uma organização pouco efetiva na atenção no caso de Ana? Que momentos dessa cena são importantes para repensar a organização do sistema de atenção?

Acrescente mais essas reflexões no seu Diário de Estudos.

---

Ana levou um grande choque após a cirurgia, ao descobrir que estava sem a mama e que teria ainda que se submeter por um tempo ao tratamento de quimioterapia e radioterapia. Todo o tratamento deprimia-a ainda mais. De volta para casa, não encontrava consolo. Sentia-se envergonhada, inútil, não sabia mais como se posicionar frente aos filhos e marido. Enquanto esteve no hospital, o ritmo acelerado dos profissionais parecia não dar espaço para uma conversa sobre esses sentimentos. O único espaço possível eram as reuniões abertas com os pacientes. Ana resumia-se a comer e dormir, mais dormir do que comer. As visitas de amigos que recebia mais a angustiavam do que a acalentavam. A família não sabia mais o que fazer para animá-la.

Concluído o tratamento, Ana é orientada a fazer o acompanhamento clínico (seguimento) por meio de consultas semestrais e mamografias anuais.

De volta a Unidade de Saúde da Família, o médico a orienta de que o melhor acompanhamento de seu caso e o hospital da capital que realizou o tratamento, apesar de o município vizinho possuir ginecologista e mamografia disponíveis. Ana não suportava mais pensar em voltar a capital, mas entendia que ali talvez fosse o melhor lugar para o acompanhamento.



Ana já não é mais a mesma. Não sente mais as dores físicas da doença, mas é uma mulher marcada por um grande sofrimento, se sente insegura e deprimida com sua condição de saúde, o que repercute na sua vida conjugal e familiar. Todo seu percurso pelo sistema de saúde do município e da capital havia deixado nela uma marca de tristeza; ela presenciou problemas mais graves que o seu, e se sentiu insegura em muitos momentos. Sua cirurgia havia sido um sucesso, diziam os médicos, mas ela se questionava: que sucesso e esse que me retirou a mama? Se eu tivesse conseguido fazer logo os exames teria sido esse o meu destino? Ana pensava em suas opções. Conhecia pessoas que haviam cansado do sistema público e que compravam planos de saúde particular, mas Ana não achava isso justo, conhecia seus direitos e sabia que os planos não davam conta desses problemas mais complexos. O que Ana queria mesmo era que o sistema público de saúde funcionasse, mas nesse momento, depois de toda a experiência vivida, só lhe restava rezar.

---

#### **PARA REFLETIR**

Que lições podemos tirar do caso de Ana para pensar a organização do sistema de saúde atrelada à organização do cuidado e das práticas em saúde? O tratamento clínico propriamente dito foi suficiente para resolver o problema de Ana? Que outros tipos de acompanhamento seriam necessários nesse caso e deveriam ser previstos na organização desse sistema?

Faça o registro de suas principais conclusões.

---

#### **CENA 4- O CASO DE ANA CHEGA AO CONSELHO DE SAÚDE**

O presidente da Associação de Moradores do bairro, Sr. Ivan, vizinho de Ana e conselheiro municipal de saúde, toma conhecimento de seu caso. Indignado, resolve levar a discussão para a reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Iniciada a reunião do Conselho, Sr. Ivan solicita a entrada, como ponto de pauta, do caso de dona Ana.

- Prezados senhores e companheiros de Conselho, esta semana tomei conhecimento de um caso grave que denuncia a qualidade da atenção à saúde no nosso município. Trata-se de uma senhora de 51 anos que teve um diagnóstico de câncer de mama e ficou mais de nove meses para iniciar de fato o seu tratamento. Iniciado o tratamento verificou-se a gravidade do caso, especialmente pela demora no combate a doença. E tudo isso ocorreu por que? Porque em nosso município, em nossa região, não há equipamentos disponíveis ou médicos suficientes para atender a demanda. Ela pulou de assistência em assistência até conseguir atendimento na capital. E lá também encontrou muitas dificuldades. Hoje, essa mulher está sem uma mama e extremamente afetada emocionalmente; é uma outra pessoa, não se reconhece mais. É essa assistência à saúde que desejamos para o nosso município? Penso que esse caso pode servir para refletirmos sobre a saúde na nossa região.

- Sr. Ivan, eu não entendi um aspecto da questão, essa senhora não conseguiu o atendimento no município que nos serve de referência – questionou outro conselheiro.

- Não. Ela não conseguiu realizar a mamografia nesse município, negaram porque ela só tinha o pedido do médico da Saúde da Família – respondeu Sr. Ivan.

- Mas todo mundo sabe que tem uma regra, que exame especializado é só com pedido de especialista, não pode ser da Saúde da Família. Esse médico não sabia disso? – retruca outro conselheiro.

- Pois é, mas é que havia um afila de dois meses para a consulta com o especialista e o médico da Saúde da Família já estava preocupado, por isso solicitou a mamografia. E tem outra coisa, eu também acho que precisamos rever essas regras que adotamos. Essa, por exemplo, de que o médico da Saúde da Família não pode pedir alguns exames, parece não ser muito boa. – responde Ivan.

- Ora, Sr. Ivan, não podemos mudar uma regra só porque em um caso... – intervém outro conselheiro.

- Não se trata de um caso, precisamos pensar melhor essa regra. E tem mais, essa senhora só conseguiu realizar outros exames e garantir seu tratamento na capital porque a nossa conhecida Dona Socorro fez a marcação do exame e da consulta – completou Sr. Ivan.

- Mas, Sr. Ivan, a Dona Socorro não está lá para isso mesmo? Ela não é aquela que marca as consultas e exames mais complexos? – questionou um conselheiro.

- Espere lá, a Dona Socorro não pode ser a nossa Central de Marcação de consultas e exames, até porque nem todas têm acesso a ela! – explica um conselheiro.

- Que absurdo!

- O que vocês estão insinuando?

- Ordem, ordem. Minha gente vamos com calma, vamos ter tranquilidade para discutir esse caso. Pede o Secretário de Saúde.

- Pois bem, Sr. Secretário, o Sr. poderia nos informar como temos resolvido essa questão da referência para outros municípios? Qual tem sido a orientação da secretaria? - pergunta um conselheiro.

- Senhores, esta não é uma questão fácil. Nosso município localiza-se numa região distante e de difícil acesso. Tenho enorme dificuldade em manter os profissionais de saúde lotados nas unidades e também de estabelecer relações com os municípios vizinhos. Não temos recursos suficientes para garantir um leque mais abrangente de especialidades e mesmo que quiséssemos teríamos dificuldade em implementar. Tenho solicitado com frequência o apoio da Secretaria de Estado de Saúde, mas não tenho obtido sucesso. O caso dessa senhora extrapola os limites do mu-



nicípio. No momento, estou em negociação com outro município de pequeno porte da região para fazer um consorcio intermunicipal de saúde, na esperança de juntar recursos para resolver alguns desses problemas - resumiu o secretario.

- Mas há questões nesse caso que poderíamos discutir, Sr. Secretario. Essa regra da saúde da Família, o papel da dona Socorro e outros. Acabo de me lembrar que esta Sra. não teve qualquer ajuda de custo para mantê-la em tratamento fora do município. Isso trouxe muitos problemas - respondeu Sr. Ivan.

- Regras precisam existir. Não posso aceitar, e outros secretários também não aceitam, que qualquer médico peça exames especializados. Isso poder gerar problemas financeiros inadmissíveis no futuro. A dona Socorro é fundamental, ela ajuda muito, se não fosse ela teríamos ainda mais problemas para agendar essas consultas. E todos a conhecem. Não posso aceitar a crítica de favorecimento. Quanto a ajuda de custo, essa é uma questão importante, podemos pensar em mecanismos para ajudar as pessoas nessa situação - retrucou o secretario.

- Sr. secretario, eu ainda acho que precisamos rever essas regras e outras mais. Não estamos sendo sensíveis aos problemas que a população enfrenta - retoma Sr. Ivan.

- Estou de acordo com o Sr. Ivan - soma um conselheiro.

- Eu também. Proponho que façamos uma oficina de trabalho para analisar os principais problemas que temos no município para garantir a referência dos pacientes - próprias o conselheiro.

- E a contrarreferência também - adicionou um conselheiro.

- Isso, a referência e a contrarreferência - concluiu o conselheiro.

O tópico de discussão do caso de dona Ana foi encerrado e a oficina proposta não foi marcada. Apesar da comoção gerada pelo caso de Ana, o problema suscitado não foi discutido em reuniões subsequentes.

---

#### **PARA REFLETIR**

O caso de Ana trouxe à tona no Conselho Municipal de Saúde a crítica situação do sistema de referência do município. O fato de discutir o caso de Ana é suficiente para possibilitar uma mudança na gestão municipal? O que o Conselho Municipal de saúde poderia fazer para contribuir para uma organização do sistema de saúde nesse município e região?

Quais as dificuldades do Conselho Municipal de exercer o seu papel de controle social?

Os desafios apresentados pelo secretario de saúde justificam a situação do município? O que poderia ser feito para enfrentar esses desafios?

Anote suas reflexões sobre o assunto.

---





## TEXTO 2

---

Menicucci. Telma Maria Gonçalves. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas.** Caderno de Saúde Pública, RJ, 257: 1620 a 1625, julho de 2009.

### INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde a partir da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Uma das formas de se fazer um balanço do SUS quando se comemoram os seus 20 anos, pode ser fazendo uma avaliação dos resultados alcançados quanto a esses objetivos e quanto à implementação dessas diretrizes e quais os principais desafios para isso. Nessa perspectiva, o artigo enfatiza três ordens de questões inter-relacionadas: o processo de implantação do SUS; os avanços efetivos em relação ao acesso, à integralidade e à gestão; e os desafios decorrentes de fatores exógenos ao SUS.

### O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

Na década de 90 se colocou a tarefa de transformar em realidade os dispositivos definidos na Constituição Federal. Devido às suas enormes dimensões, esse processo tem implicado alto grau de criatividade e inovação, mas, para além das questões institucionais e de gestão em que os avanços são significativos, o processo de implementação do SUS tem sido repleto de ambigüidades, avanços e dificuldades.

Para evitar avaliações simplistas que se limitem a contrapor os objetivos do SUS e os seus resultados, destaco a necessidade de discutir o processo de implementação de políticas públicas, cujo sucesso está associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político. Sua implantação exige decisão e iniciativa governamental e instrumentos para efetivá-la, entre eles a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente pela política. A questão da viabilidade política é crucial, dado que sustentação política e legitimidade da política são variáveis fundamentais para a imple-

mentação.

Dá a pergunta que é preciso responder: qual a sustentação política e a legitimidade dos princípios definidos para o SUS que permitissem a efetiva universalidade e igualdade? Meu argumento é que em função da fragilidade de suas bases de apoio, mais do que mera tradução prática de decisões, a implantação da reforma se mostrou, de fato, como um processo de formulação da política de saúde, cujo resultado será a consolidação de um sistema híbrido – público e privado –, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito<sup>1</sup>.

O contexto político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável. A configuração conservadora dos governos no período da transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais, com focalização do gasto público nos setores mais pobres. Ao processo de democratização se seguiram os de ajuste e estabilização econômica, acompanhados das reformas estruturais, em sentido inverso à ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém-consagrados na Constituição Federal, em sintonia com o receituário internacional<sup>2</sup>.

A conjuntura de crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, colocou constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde para garantir a universalização. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado.

A heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos dos integrantes do “movimento sanitário”, base social da reforma de saúde, se evidenciou no momento de sua implantação quando se atualizaram as divergências de interesses, que durante o movimento pela redemocratização tinham sido escamoteados em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária enquanto um projeto ético de caráter coletivo. Particularmente, acirram-se as divergências partidárias em decorrência do fortalecimento das identidades partidárias e aprofunda-se o corporativismo entre o movimento médico que se distancia do projeto da reforma sanitária<sup>3</sup>. Por sua vez, o movimento popular em saúde não foi capaz de garantir o apoio dos usuários dos serviços de saúde. Contribuiu para isso não apenas sua fraca mobilização, mas a característica da reforma, que faz com que os seus benefícios sejam muito dispersos e só perceptíveis a longo prazo, o que fez com que os responsáveis pela reforma não pudessem contar com o apoio mobilizado do público alvo da política de saúde.

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde. Entender a implementação do SUS implica entender a configuração institucional das políticas anteriores que encorajaram a expansão de redes de produção e gestão da assistência à saúde, institucionalizaram formas diversificadas de financiamento, provisão e acesso à assistência, configurando um padrão segmentado e estabelecendo-se padrões de comportamento difíceis de reverter,

---

<sup>1</sup>Menicucci TMG. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde Soc* 2006; 15:72-87.

<sup>2</sup>Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil – atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

<sup>3</sup>Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.



o que ampliaria os custos associados à adoção de alternativas diversas. Em decorrência, tiveram efeitos sobre o processo político ao modelar identidades e clivagens sociais e estruturar os interesses privados na saúde, organizados de forma a obter significativa influência nos processos decisórios subsequentes. A inserção de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidaristas. Por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos, na prática, deram sustentação à assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública.

A reforma que estabeleceu o sistema universal e público não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública e não rompeu com o padrão segmentado. Essa duplicidade se expressa no próprio texto constitucional e se consolida no final da década de 90 com o estabelecimento da política regulatória, voltada para o segmento privado que formalizou essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, paralelamente ao processo de implementação do SUS.

A falta de identificação dos segmentos organizados da população com uma assistência pública e igualitária contribuiu para o enfraquecimento da proposta de caráter publicista e universalista e para o fortalecimento da segmentação, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho.

Outro legado das políticas prévias é a dependência do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços. Ao longo das duas últimas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública, principalmente a ambulatorial, que aponta tanto o esforço para universalização da assistência a partir da garantia de acesso à atenção primária e de reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, quanto está relacionada ao aprofundamento do processo de descentralização, gerando maior pressão sobre os governos locais.

Embora venha ocorrendo uma expansão relativa dos leitos públicos, a rede hospitalar é ainda o “calcanhar de Aquiles” do SUS e ainda é significativa a superioridade dos leitos privados: em 2005, para 0,81 leito/mil habitantes públicos, havia 1,6 privado e destes, apenas 57, 6% disponíveis ao SUS (Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em Out/2008). Em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio à diagnose e terapia, formada quase que exclusivamente por estabelecimentos privados lucrativos (92%). Entretanto, apenas 35% desses estabelecimentos prestavam serviços para o SUS, contra 91% que vendiam serviços para os planos de saúde privados.

O fato de o sistema de saúde ser não apenas dual, mas alicerçar-se em grande parte sobre a mesma rede de serviços privados, tem implicações para o funcionamento do SUS. Em função das diferenças de valores pagos aos prestadores, caso o estabelecimento tenha condições favoráveis no mercado que lhe permitam prescindir do SUS, a sua opção será sempre vender serviços para os planos de saúde, exceto nos procedimentos para os quais os valores pagos pelo SUS sejam superiores.

### **O QUE COMEMORAR: OS AVANÇOS EFETIVOS EM RELAÇÃO AO ACESSO E À INTEGRALIDADE – AVANÇOS INTERNOS AO SUS**

Se os legados da trajetória da política de saúde limitam a universalização da assistência pública, não são suficientes para impedir que o sistema público venha se institucionalizando. A predominância do SUS e seu impacto na população é substancial: o sistema público possui o maior



número de estabelecimentos de saúde, é responsável pela maior parte dos procedimentos e pela cobertura de três quartos da população. Além disso, é no SUS que a população encontra cobertura para procedimentos tipicamente de saúde coletiva, além do fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial – um dos itens de maior gasto privado em saúde.

A organização da assistência foi o foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS e o desafio era substituir o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda, preservando os princípios de universalidade e integralidade. Na primeira metade da década de 1990, foram criados instrumentos para a gestão pública descentralizada de estabelecimentos de saúde, homogeneizando mecanismos de pagamento e monitoramento dos serviços. Mas contando com praticamente a mesma e concentrada capacidade instalada, com a atenção centralizada no hospital e orientada para o atendimento à demanda daqueles que conseguiam acesso. O desafio era expandir a cobertura a fim de propiciar de fato o acesso universal, particularmente às ações de promoção e prevenção. Em 1995 foi iniciada a adoção de medidas mais efetivas para viabilização da mudança do modelo a partir das estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com enfoque na promoção e prevenção, e que deveriam buscar a racionalização da utilização dos serviços, ampliar o acesso e melhorar a eficácia e a efetividade das ações, servindo de “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde – média e alta complexidades (Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br>, acessado em Out/2008).

Entre os resultados desse esforço, a produção ambulatorial cresceu 123% no período de julho de 1994 a dezembro de 2007, sendo que os atendimentos básicos cresceram 424%, ao passo que os não básicos apenas 39%. Isso se reflete no número de internações que teve variação negativa de 16% no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2007.

Outros indicadores sinalizam para o esforço de investimentos na atenção básica, como a redução da proporção de óbitos por diarreia, que passa de 10,83% em 1990 para 4,13% em 2005, embora com variações Regionais. Mas mesmo na Região Norte, que tem a mais alta proporção, houve redução de 12,59% para 6,45% no mesmo período.

A redução da mortalidade proporcional por causas mal definidas reflete a ampliação do acesso a serviços, tendo passado de 18,17% em 1990 para 10,37% em 2005, tendo maior redução na Região Norte: de 42% para 17,71% (Departamento de Informática do SUS – DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em Out/2008).

A cobertura pelo PSF tem aumentado gradativamente, atingindo, em 2007, 95% dos municípios, embora cobrindo apenas cerca de 50% da população e enfrentando problemas quanto à qualidade, resolutividade e fixação de recursos humanos, particularmente do médico de família. Em relação à saúde bucal, os avanços são recentes e a cobertura era de apenas 40,9% da população no mesmo ano. A implantação em 2004 do Programa Brasil Sorridente, que engloba ações com o objetivo de ampliar o acesso à saúde bucal, entre outras ações aumentou o número de equipes de saúde bucal e estas passaram a ficar vinculadas a equipes do PSF. Em 2001 havia cerca de 2.200 equipes de saúde bucal, ao passo que em 2005 este número já subira para 12.900. Mas de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2003), ainda é grande a parcela de brasileiros que nunca foi ao dentista (15,9%), embora em 1998, esta proporção fosse ainda maior (18,7%).

A PNAD/2003 mostra outros dados significativos: para os 25,7 milhões de pessoas que buscaram atendimento de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa, 57,2% dos atendimentos foram pelo SUS; a maioria da população busca atendimento em postos de saúde (79,3%). Dados da AMS



de 2002, também apontam que 68% das internações e 73% das consultas realizadas no país foram prestadas a pacientes do SUS que é, portanto, responsável por mais de dois terços de todos os atendimentos de saúde realizados no país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. <http://www.ibge.gov.br>, acessado em Out/2008).

No campo da assistência hospitalar, em setembro de 2003, o governo federal propôs a reestruturação da atenção de urgência e emergência, tendo por carro-chefe o Serviço Móvel de Atendimentos às Urgências e Emergências (SAMU), um serviço de atendimento pré-hospitalar. De acordo com o Ministério da Saúde, o SAMU está implantado em 1.136 municípios, cobrindo cerca de 100 milhões de pessoas, e tem conseguido reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as seqüelas decorrentes da falta de atendimento oportuno.

Da perspectiva da gestão, o SUS constitui um exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais com a participação das três esferas de governo e da sociedade. Destacarei aqui apenas o esforço que tem sido desenvolvido no sentido de constituir uma institucionalidade complexa para lidar com as questões relativas às condições e possibilidades de solução dos dilemas federativos no processo dinâmico de implementação da política, particularmente, a experiência recente de construção de sistemas regionalizados que envolvem articulação e cooperação entre as

instâncias governamentais. A gestão da rede de serviços em contexto federativo, associada à descentralização, coloca a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos. O arranjo institucional para construção de uma rede regionalizada de serviços tem avançado no sentido de resolver os problemas da coordenação, e favorecer a superação dos problemas de ação coletiva de forma a produzir uma relação cooperativa entre os entes federados, buscando-se otimizar a utilização da rede de serviços e ampliar o acesso de forma mais igualitária<sup>4</sup>.

## **DESAFIOS DECORRENTES DE FATORES EXÓGENOS AO SUS**

Se avanços consideráveis foram obtidos no âmbito do sistema de saúde, o alcance dos objetivos finalísticos do SUS está associado a questões cuja solução está fora dele, localizando-se no âmbito político da definição de políticas públicas.

O financiamento do SUS ainda é objeto de disputa, refletindo-se na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, colocando constrangimentos para a efetivação do SUS na sua completa aceção. A prática concreta tem negado constantemente os objetivos da reforma, expressa pelas dificuldades atuais de regulamentação da Emenda Constitucional no. 29 (EC29) e da não prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Ao mesmo tempo, a questão do financiamento indireto da assistência supletiva por meio de incentivos fiscais, tanto para pessoas jurídicas quanto físicas, não tem sido questionada na agenda pública e não foi discuti-

---

<sup>4</sup> Menicucci TMG, Marques AMF, Oliveira BR, Fortes FBCTP, Duarte VC. Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2008.

da por ocasião da regulamentação dos planos de saúde privados. Embora a hipótese da eliminação dos subsídios necessariamente não se traduziria em aumento de recursos para o SUS, a permanência desse subsídio indireto para o setor privado em um quadro de insuficiência de financiamento do sistema público reafirma a dualidade da política de saúde no país.

A EC29, que fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios, definiu uma regra transitória para a União, que deveria ter vigorado até 2004, mas que continua em vigor por falta de uma lei complementar que a regulamente.

A EC29 não foi capaz de garantir crescimento significativo nos recursos do governo federal para as políticas de saúde (embora tenha passado de 20 bilhões e meio em 2000 para 48 bilhões e meio em 2008) e foi parcialmente bem-sucedida na elevação dos gastos dos entes subnacionais. Ela provocou uma mudança da composição relativa do gasto público com saúde: redução relativa do gasto federal (de cerca de 60% das despesas com saúde em 2000, para pouco mais de 50%), ampliação significativa dos gastos municipais e ampliação menor da participação dos estados no custeio da assistência. Em 2004, o gasto público per capita em saúde era assim distribuído: federal: R\$ 180,10; estadual: R\$ 180,10; municipal: R\$ 90,15 (Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br>, acessado em Out/2008). O gasto total era de apenas R\$ 358,54, volume insuficiente, seja para fazer frente às necessidades do setor, seja em comparação com outros sistemas de saúde que buscam a universalidade e integralidade da atenção.

O Projeto de Lei Complementar no. 306/08, do Senado Federal, regulamenta os §§ 2o e 3o do art. 198 da Constituição Federal de 1988 (texto da EC29, de 2000) e cria a Contribuição Social para a Saúde (CSS). O Plenário da Câmara dos Deputados aprovou em junho de 2008 essa regulamentação dos gastos com saúde e a criação da CSS por uma margem apertada de votos: 259 contra 159 (somente dois votos a mais que o mínimo necessário). Os desdobramentos dessa votação são imprevisíveis, mas não há indícios de que se obtenha suporte político para ampliação de arrecadação e, portanto, de recursos para o SUS. Além disso, a questão dos subsídios aos planos de saúde privados continua fora da agenda pública e governamental.

A questão do financiamento é apenas um dos sintomas da falta de suporte político à assistência pública, justificada, muitas vezes de forma retórica, pela avaliação negativa da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, difundida de forma intensa na mídia e pelo setor privado. Embora muitas pesquisas, como as PNAD 1998 e 2003; pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) em 1998 (apud Mendes<sup>5</sup>); pesquisa qualitativa com moradores de Belo Horizonte, realizada por Menicucci<sup>6</sup> em 2003, apontem avaliações positivas dos atendimentos prestados, é logicamente plausível supor que as imagens negativas, que têm como contraface a preferência pela assistência privada e reforçam a idéia de que o SUS seja voltado principalmente para os pobres, traduzam-se na falta de sustentação política do SUS, embora para a efetivação dos princípios universalistas e igualitários seria necessária a constituição de coalizões mais amplas, por se tratar de uma proposta de grande conteúdo redistributivo.

O maior desafio para uma construção institucional do sistema de saúde do Brasil que garanta maior efetividade e sustentabilidade, parece estar relacionado à definição das formas de articulação do mix privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Dada a institucionalização

---

<sup>5</sup> Mendes E. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

<sup>6</sup> Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.



de um sistema dual, isso demanda a construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema “único” e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde.

A característica dual do sistema de saúde impede que o setor público tenha na rede privada a garantia da prestação de serviços públicos. Esse legado gera a necessidade de regulação governamental mais forte para, de fato, publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função do imperativo legal de garantir o acesso universal. As limitações para uma regulação mais efetiva têm sido muitas e incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos. As restrições políticas são também significativas, na medida em que o setor privado, com forte tradição de auto-regulação ou de regulação governamental quase que limitada à definição de preços e controle da produção dos serviços, impõe fortes resistências. Mas, o que parece mais decisivo é que não têm sido construídas, no âmbito do setor saúde ou mesmo na sociedade, propostas consistentes no sentido de uma transição para uma regulamentação sob a lógica do interesse público. Uma macrorregulação que defina a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde não tem feito parte da agenda pública e/ou governamental e o esforço regulatório tem sido voltado para o cotidiano das operações do SUS.

É necessária também uma agenda de saúde que ultrapasse a atuação do SUS e que se sustente no conceito constitucional de direito à saúde, garantido por meio de um conjunto de políticas públicas. Alguns movimentos nesse sentido podem ser identificados quando a discussão de saúde tem ultrapassado o âmbito setorial, como: a discussão do aborto (que em 2006 acarretou a realização de 220 mil curetagens decorrentes); a questão do tabagismo que redundou na proibição da venda de bebidas em rodovias e na proibição de dirigir após o consumo de álcool; a 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde/2007, que teve como tema central Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento; a aprovação em 2006 do Pacto em Defesa do SUS, com o objetivo de consolidar a política pública de saúde como uma política de Estado e que teria no financiamento público da saúde um dos seus pilares, tendo como estratégia a mobilização social, buscando mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como garantidor deste direito. Como o financiamento público é fator primordial, a mobilização se direcionaria para o alcance, em curto prazo, da regulamentação da EC29. Enfim, uma proposta de repolitizar a questão da saúde.

O lançamento do PAC-Saúde, em fevereiro de 2008, com a denominação Mais Saúde, sinaliza para a vinculação de saúde com desenvolvimento, em duas vertentes. Por um lado, retoma a discussão da saúde enquanto direito social básico, e que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento, que contemple a inclusão social, a reversão das iniquidades entre pessoas e regiões, o combate à pobreza, a participação e organização da sociedade. Por outro lado, trata-se de pensar a saúde como parte constitutiva da estratégia de desenvolvimento e como uma frente de expansão para um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o bem-estar social. “A saúde contribui tanto para os direitos de cidadania quanto para a geração de investimentos, inovações, renda, emprego e receitas” (Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br>, acessado em Out/2008).

Enfim, o alcance dos objetivos do SUS passa pela politização da questão da saúde, o que de início tem implicações para a definição do financiamento e para a resposta à questão: quanto a sociedade está disposta a pagar para o SUS? Mas que também aponta para a necessidade de uma

macrorregulação que, entre outras coisas, defina a relação público/privado, além da necessidade de integração de políticas públicas não apenas voltadas para o desenvolvimento, mas também para o bem-estar. Acima de tudo, o desafio é promover uma resignificação do SUS para que ele não continue sendo o SUS para os pobres.

#### **REFERÊNCIAS**

Gerschman, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

Mendes, E. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

Menicucci T.M.G. **A implementação da reforma sanitária**: a formação de uma política. *Saúde Soc* 2006, 15:72-87.

Menicucci T.M.G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil – atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Menicucci T.M.G., Marques; A.M.F.; Oliveira B.R.; Fortes FBCTP, Duarte VC. **Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2008.

Menicucci T.M.G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.



## LEITURA COMPLEMENTAR

Matta, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Qualificação dos Gestores do SUS/Organizado por Roberta Gondim Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009.

### INTRODUÇÃO

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização.

Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros.

Este artigo tem o objetivo de organizar, descrever e colaborar para a compreensão dos princípios e diretrizes do SUS a partir da análise dos conteúdos disponibilizados pela legislação do SUS e por autores que o apresentam para fins didáticos ou analíticos. Apresentaremos o tema não apenas de forma descritiva, mas compreendendo seu contexto histórico, político e epistemológico.

A base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

- 1 – A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988).
- 2 – A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990a).
- 3 – A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

Além disso, há diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema. Mas a estrutura formal do SUS está disposta nesses três documentos citados anteriormente.

### PRINCÍPIOS E DIRETRIZES: INSTRUÇÕES DE USO

Definir e descrever os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, o SUS, não é tarefa das mais simples, muito menos, breve. As dificuldades são várias e de diversas ordens.

Façamos rapidamente uma apreciação de trechos do texto constitucional sobre o setor saúde e da lei 8.080, a lei orgânica da saúde:

Art. 198. 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, sempre juízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade. (Brasil, 1988: 63)

#### Capítulo II . Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de 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;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - 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;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990a:69)

A primeira dificuldade é definir claramente a diferença entre princípio e diretriz. Aparentemente pode parecer uma tarefa simples, não fosse a própria dificuldade apresentada pelos legisladores quando formularam o texto constitucional e a lei orgânica da saúde.

Por exemplo, o texto constitucional em nenhum momento menciona o termo princípios, afirmando que o SUS é organizado a partir de diretrizes. Já a lei 8.080 de 1990, afirma que o SUS será organizado de acordo com as diretrizes dispostas no artigo 198 da constituição e também por princípios discriminados no texto.



Apesar de aparentemente haver uma referência explícita ao texto constitucional, alguns elementos apresentados como princípios na lei 8.080 são exatamente os mesmos que constam como diretrizes do texto constitucional. Veja a comparação no quadro a seguir:

Quadro 1 . Comparação entre a Constituição e a lei 8.080

Texto Constitucional Diretrizes	Lei 8080 (Princípios)
I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo	IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo
II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais	II. integralidade de 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.
III. Participação da comunidade	VIII. Participação da comunidade

Percebemos, portanto, que descentralização, integralidade e participação da comunidade, tomada a legislação em seu conjunto, são apresentados ao mesmo tempo como princípio e diretriz.

A segunda dificuldade são os diversos atributos do SUS apontados como princípios e diretrizes. Como podemos observar nas citações anteriores, a legislação do SUS apresenta diversos elementos que podem ser apresentados como estruturantes e também como organizativos, o que contribui para o esvaziamento da diferença entre princípio e diretriz, bem como para a pulverização dos atributos que devem constituir o SUS.

Estas dificuldades encontram-se também entre alunos, docentes e, principalmente, entre os usuários do SUS, que, para defenderem seus direitos, devem conhecer quais os elementos (princípios e diretrizes) que orientam o SUS e que marcam historicamente a luta popular pela saúde.

O que seriam, então, os princípios e diretrizes do SUS?

Devemos inicialmente esclarecer o que a língua portuguesa define como princípio e diretriz, para posteriormente identificar os usos desses termos como elementos constituintes do SUS.

O dicionário Houaiss da língua portuguesa (Houaiss & Villar, 2001: 2.299) define princípio como: “1. o primeiro momento da existência (de algo), ou de uma ação ou processo; começo, início (...); 2. o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão (...); 3. ditame moral; regra, lei, preceito”.

A definição do dicionário nos serve de várias formas. Ao utilizar as definições 2 e 3, podemos pensar os princípios do SUS como aquilo que serve de base, alicerce, para o sistema de saúde brasileiro; em contrapartida e ao mesmo tempo, tais princípios representam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde. Ou seja, mencionamos um princípio que é estruturante e ao mesmo tempo é princípio moral, ou seja, os valores que escolhemos para orientar as ações e políticas de saúde em nosso país.

Por exemplo, escolhemos, por uma luta histórica e pactuada na assembléia nacional constituinte de 1988, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Portanto, todo



cidadão brasileiro tem o direito à atenção à saúde. Esse é o princípio da universalidade. É uma das razões do SUS. Ele deve existir para todos e não apenas para aqueles que trabalham formalmente, ou que contribuam diretamente para algum tipo de seguro saúde. Simplesmente a saúde é um direito universal para nós brasileiros.

Claramente constitui-se como um dos pilares, dos ditames morais do SUS. Sem esse princípio, o SUS não teria essa cara, não existiria dessa forma. O sistema de saúde deve mover-se no sentido de que todas as ações devem atender a todos aqueles que dele necessitam.

Diretriz é definida pelo Houaiss (Houaiss & Villar, 2001: 1.050) como “1. a linha básica que determina o traçado de uma estrada; 2. esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto etc;<sup>3</sup>. norma de procedimento, conduta etc; diretiva”.

Os sentidos apontados nos permitem compreender diretrizes como aquilo que define rumos, dinâmicas, estratégias que organizam o SUS. São linhas gerais, determinam rotas; são estratégicas, pois apontam caminhos e meios para atingir objetivos. Nesse sentido, as diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos<sup>1</sup> do SUS que, em última instância, estariam articuladas com seus princípios.

Organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização política, administrativa e financeira da União, estados e municípios é um meio para atingir os objetivos do SUS. Portanto, descentralização seria uma diretriz que obedece aos princípios do SUS.

Em contrapartida, a descentralização tornou-se um traço estruturante do sistema de saúde brasileiro que muitas vezes confunde-se com um princípio, a ponto de alguns autores apresentá-lo dessa forma (Pereira et al., 2004).

Alguns autores, na tentativa de organizar a discussão em torno dos princípios e diretrizes do SUS, propõem uma redescrição dessas noções. Ao invés de princípios e diretrizes, o SUS seria organizado a partir de princípios doutrinários e princípios organizativos (Cunha & Cunha, 2001).

Os princípios doutrinários seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para os SUS. A idéia de doutrina, ao mesmo tempo que identifica um conjunto de elementos comuns que justificam ou embasam um sistema ou uma teoria, pressupõe também a idéia de que só exista um único modo de compreensão desse sistema ou dessa teoria. Se por um lado fortalece a concepção de que é a partir dessa visão de mundo que todo o sistema deva ser pensado; por outro, esvazia o caráter histórico, político e democrático, que esses princípios representam. Nesse sentido, os princípios do SUS são uma escolha e um resultado da luta da sociedade brasileira para legitimar e garantir esses valores. Valores que se contrapunham aos princípios, por exemplo, liberais, da privatização da saúde; da saúde como um bem de consumo que deve obedecer a uma lógica de mercado.

Os princípios organizativos representam a forma de organização e operacionalização do sistema. Ou seja, a partir dos princípios doutrinários, os princípios organizativos definiriam as estratégias, os meios para concretizar os valores fundamentais do SUS.

---

<sup>1</sup> Segundo a lei 8.080, de 1999, os objetivos do SUS são: “I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - 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” (Brasil, 1988: 66).



Poderíamos, conforme a argumentação desenvolvida neste trabalho, tornar equivalentes os significados de princípios e princípios doutrinários, e diretrizes e princípios organizativos. Portanto, a partir deste momento, tomaremos denominação .princípios. para a base filosófica, cognitiva e ideológica do US, e .diretrizes. para a forma, as estratégias e os meios de organização do sistema para sua concretização.

A construção desses sentidos que estamos propondo aqui é importante para pensarmos os usos dessas noções na política, na assistência e na formação de trabalhadores em saúde, sob o risco de tratarmos de forma a-histórica ou despolitizada os valores e as normas que escolhemos e defendemos na organização do sistema de saúde brasileiro.

Feita esta introdução semântica e retórica sobre princípios e diretrizes, iniciemos o trabalho de identificação e descrição dos elementos que compõem a base e a organização do SUS.

## **PRINCÍPIOS DO SUS**

Conforme nossa descrição sobre o sentido de princípios, identificamos três elementos que compõem a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema brasileiro e que foi inscrita na Constituição Federal de 1988:

- . Universalidade;
- . Equidade;
- . Integralidade.

Voltemos ao texto constitucional e procuremos realizar um trabalho de identificação das idéias estruturantes e seus sentidos.

### **Princípio da Universalidade**

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988: 63)

O artigo 196 da Constituição Federal afirma que .a saúde é direito de todos e dever do Estado.. Isso significa dizer que a saúde é um direito e não um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde.

A noção de direito à saúde difere completamente da noção de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloi Chaves em 1923, quando trabalhadores e empregadores financiavam as Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), e que perdurou até o modelo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1990.

Em decorrência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas, muitos associam a noção de universalidade à de gratuidade. A universalidade pressupõe a idéia de direito, o que torna completamente inadequado o uso de qualquer menção à idéia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura.

Logicamente, os serviços de saúde necessitam de financiamento para atender às diversas demandas da população que se materializam na contratação e remuneração de trabalhadores, na aquisição de insumos (medicamentos, equipamentos, entre outros), na construção e manuten-

ção de hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, veículos e as diversas instalações para abrigar, transportar e produzir as ações de saúde. Além da prestação direta de serviços, há a necessidade de organização da gestão com todas as atividades de coordenação, planejamento, monitoramento, tratamento e armazenamento de informações, comunicação e educação para a saúde, que são objeto de políticas e financiamento por parte do Estado, entre outros.

O financiamento da saúde se dá por meio da arrecadação de impostos e outras formas de obtenção de recursos que devem ser administrados para atender aos princípios do SUS e às demandas de saúde da população brasileira.

Portanto, quando ressaltamos que é inapropriado afirmar que o SUS é gratuito, queremos reforçar a noção ou princípio do direito à saúde. Não queremos dizer que não é financiado, mas que a população não deve desembolsar nenhuma espécie de pagamento direto para a obtenção de serviços de saúde no SUS.

Aqui falamos da noção de direito presente na concepção do Estado de Bem-estar Social, na qual o Estado tem um papel fundamental na correção das iniquidades sociais, na redução dos riscos decorrentes da expansão dos mercados e no estímulo ao crescimento econômico e social.<sup>2</sup>

A noção de direito à saúde expressa na Constituição afirma que as condições de saúde da população são resultantes do contexto econômico e social brasileiro que não se reduz à compreensão biomédica do processo saúde/doença. Ou seja, para uma população atingir padrões aceitáveis de saúde, é necessário, além de ações e serviços setoriais, políticas econômicas e sociais que assegurem a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento social. Nesse sentido, a saúde se confunde com o direito à vida (Cunha & Cunha, 2001).

Em decorrência, o princípio da universalidade, bem como os demais princípios, é atravessado pelo que se convencionou chamar de conceito ampliado de saúde. Sua melhor forma de expressão está descrita na definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

A universalidade do SUS apresenta-se não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas, bem como aponta para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro.

Nesse sentido, precisamos distinguir dois desafios colocados pelo princípio da universalidade:

- . A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde;
- . A universalidade das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde.

---

<sup>2</sup> Sobre a concepção de Estado de Bem-Estar Social, ver Monnerat e Senna, texto "A seguridade social brasileira: dilemas e desafios", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).



Fica claro que a proposta em pauta no marco histórico da constituição do SUS não é um projeto de reformulação apenas do setor saúde, mas um projeto de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. Esta reflexão nos leva a discutir um outro princípio do SUS.

### **Princípio da Equidade**

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atender para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior.

A noção de equidade não está presente nos textos fundacionais do SUS e apenas algum tempo depois apresenta-se como um norteador das políticas nos documentos legais e nos textos acadêmicos (Escorel, 2001). Apesar da base constitucional que legitima o SUS, a preocupação principal naquele momento da construção constitucional parecia reforçar, produzir a idéia de igualdade. Igualdade na concepção de cidadania, uma vez que todos os brasileiros teriam o direito político, legitimado pelo Estado, de acesso ao sistema de saúde, como descrito anteriormente.

Uma espécie de cidadania sanitária. Mas ao confrontar-se com o que chamamos de conceito ampliado de saúde, o espaço da igualdade, do exercício da liberdade, não seria suficiente para fazer frente às diferenças entre as diversas regiões, os diversos grupos populacionais, entre outros.

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atender para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e na suas potencialidades.

A preocupação da equidade, no que se refere à saúde e ao projeto de sociedade que o SUS expressa, coloca o problema da distribuição de recursos, insumos e serviços, que, segundo Escorel, pertence a uma forma diferenciada da noção de igualdade: .Assumindo a diversidade da espécie humana, igualdade e equidade concentram-se nas regras de distribuição e em critérios comparativos. Daí a igualdade proporcional atribuir partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença. (Escorel, 2001: 5).

O problema da equidade e igualdade está em estabelecer um juízo de valor para eleger critérios de distribuição, classificando pessoas ou populações e estabelecendo modos de distinção.

Alguns autores simplificam a questão da equidade identificando como critério a priorização de segmentos populacionais com base em indicadores epidemiológicos e de distribuição de renda.

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. (Vasconcelos & Pasche, 2006: 535)

O problema aqui é identificar os processos de eleição dos critérios de distribuição de ações, serviços e insumos em prol da equidade como estratégias puramente técnicas, destituídas de

sua dimensão política. São processos de construção forjados em uma arena política e social, a partir de juízos de valor historicamente determinados. Ao discutir o tema, obrigatoriamente estamos em relação direta com o problema das necessidades de saúde. Este último também é alvo de grande disputa entre as diversas racionalidades e interesses que procuram explicar o processo saúde/doença, naturalizando tanto o processo de construção do conhecimento como também o ocultamento das estratégias de hegemonia na formulação de políticas e prioridades em saúde (Camargo Jr., 2005).

Portanto, apesar de reconhecermos a iniquidade do sistema de saúde e da distribuição da riqueza no Brasil, o princípio da equidade tem o desafio da construção de estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social, expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país.

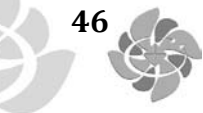
### **Princípio da Integralidade**

O princípio da integralidade tem sido revisitado, estudado e debatido nos últimos anos (Pinheiro, Mattos & Ferla, 2006; Pinheiro & Mattos, 2005; Giovanella et al., 2002), influenciando os modelos de gestão e participação popular, a formulação de políticas, os saberes e as práticas em saúde, bem como, estruturando a formação de trabalhadores para a saúde.

Tentando seguir o caminho aberto por Mattos (2001), é importante identificar os diversos sentidos de integralidade presentes no campo da saúde: 1- No sentido histórico, na idéia de construção de um sistema único de saúde em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; 2 - No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; 3 - No sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; 4 - No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde.

Em um primeiro sentido, presente no texto constitucional, a integralidade apresenta-se como uma ruptura histórica e institucional partindo da crítica à dicotomia entre ações preventivas e curativas, cindidas historicamente desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil até a extinção do modelo Inamps. A Constituição afirma que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. Isso significa afirmar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, ou seja, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Esta ênfase se deve ao quase abandono dessas ações de cunho coletivo e preventivo em saúde durante toda a ditadura militar. Por isso a denominação sistema único de saúde. Não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas. Isso significa dizer que na direção do SUS em cada esfera de governo devem ser organizados ações e serviços que visem à integralidade.

Em um segundo sentido, que expressa uma concepção do processo saúde/doença, a noção de atenção integral também diz respeito à crítica ao reducionismo biomédico, incorporando o conceito ampliado de saúde que mencionamos anteriormente. Isto é, a compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente, e não apenas sua descrição biológica. Nesse sentido, mais uma vez, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender à diversidade de necessidades das pessoas e dos grupos sociais. Podemos, no sentido proposto, identificar todo o esforço de humanização das práticas de saúde e da política nacional de humanização, localizando o sujeito como o centro e objetivo privilegiado da ação em saúde e não a doença ou o corpo.



No terceiro sentido proposto, as políticas de saúde devem ser formuladas tendo em vista a integralidade, compreendendo a atenção às necessidades de grupos específicos. São exemplos desse tipo de política: a atenção integral à saúde da mulher e a política de atenção à DST/Aids.

No quarto sentido de integralidade, voltamos nosso foco para a formação de trabalhadores e para o processo de trabalho em saúde. A formação de trabalhadores da saúde deve ser concebida a partir de uma organização dos conhecimentos e das práticas que viabilizem o reconhecimento da integralidade como o eixo norteador do processo educativo. Essa proposta guarda relações com a perspectiva da politecnia, na qual a compreensão das bases que fundamentam a prática profissional possibilita a reflexão sobre a produção do conhecimento, o processo de trabalho e a emancipação dos trabalhadores no seu sentido político-produtivo. A crítica à divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre a divisão social e técnica do trabalho em saúde, deve ser superada na articulação entre trabalho, educação e saúde com base na integralidade, trazendo repercussões para processo de trabalho em saúde (Matta, 2006).

### **DIRETRIZES DO SUS**

A partir da análise da legislação do SUS e dos textos que tematizam sua organização, identificamos três diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS:

- . Descentralização.
- . Regionalização e hierarquização.
- . Participação da comunidade.

É por intermédio dessas diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se organizar. São estes os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro.

#### **Diretriz da descentralização**

O texto constitucional define que o SUS deve se organizar a partir da “descentralização” com direção única em cada esfera de governo. (Brasil, 1988: 63).

O debate entre centralização x descentralização é antigo e não pode ser tratado separadamente nem no sentido histórico e nem no sentido político, sob o risco de ser reduzido à discussão de questões de cunho técnico ou ideológico. Se por um lado a completa centralização leva à organização de um Estado totalitário; por outro, a completa e radical descentralização levaria à dissolução da noção de Estado (Bobbio et al., 2004).

Portanto, há necessidade de uma aproximação cuidadosa da diretriz da descentralização do SUS, pois ela apresenta-se tanto como uma estratégia de constituição de um Estado federativo como também como uma estratégia de organização do sistema de saúde. O tema da descentralização pode ser abordado de diversas formas: descentralização política, descentralização administrativa, descentralização de serviços, entre outros.

A descentralização que trata o SUS é coerente com a concepção de um Estado federativo obediente a princípios constitucionais que devem ser assegurados e exercidos em cada esfera de governo.

No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ou seja, estamos

falando de uma desconcentração do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o ministério da saúde; nos estados e distrito federal, as secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde.

A legislação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as atribuições comuns da União, distrito federal, estados e municípios, bem como o papel e as responsabilidades de cada esfera do governo na organização e operacionalização do SUS.

A lei 8.080, de 1990, descreve as atribuições e competências dessas instâncias de forma genérica e abrangente, muitas vezes tornando difícil reconhecer as especificidades de cada uma.

As NOB-SUS especificam com mais detalhes o processo de descentralização do SUS, estabelecendo as condições e estratégias necessárias para que os estados e municípios possam assumir suas responsabilidades perante o processo de implantação e consolidação do SUS.

A NOB-96 não só estabelece as funções e responsabilidades de cada esfera de governo como determina o desenho de reorientação do modelo assistencial brasileiro.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a. os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b. os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c. os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d. a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e. os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (Brasil, 1996: 162-163)

É importante ressaltar que a descentralização é uma diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, fortalecendo o federalismo político expresso na Constituição de 1988. Isso é inteiramente diferente da descentralização política proposta pelo ideário neoliberal que preconiza a redução do papel do Estado, a terceirização de serviços e atividades originalmente estatais para a iniciativa privada, como a saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado a favor das leis de mercado<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Sobre neoliberalismo, ver Linhares e Pereira, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro Sociedade, Estado e Direito à Saúde, nesta coleção (N. E.).



Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo.

Essas instâncias são:

- . Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- . Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- . Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual;
- . Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems.

Muitos autores têm realizado análises a respeito do processo de descentralização e municipalização do SUS. Até o ano 2000, 99% dos municípios haviam aderido ao SUS, consolidando o processo de formalização da gestão descentralizada. Apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS, o papel da União na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, principalmente, de incentivos financeiros, tem concentrado poder e decisão nessa esfera de governo. O papel dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrático que aglutinador de estratégias de negociação e fortalecimento por meio de pactos e convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus municípios.

### **Diretriz da Regionalização e Hierarquização**

A lei 8.080 dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região.

Essa concepção aproxima a gestão municipal dos problemas de saúde, das condições de vida e da cultura que estão presentes nos distritos ou regiões que compõem o município. A lógica proposta é: quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços para a população.

A regionalização deve ser norteadada pela hierarquização dos níveis de complexidade requerida pelas necessidades de saúde das pessoas. A rede de ações e serviços de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, deve se organizar desde as ações de promoção e prevenção até as ações de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias. A organização do sistema pode então requerer uma rede de serviços que extrapole os limites do município, sendo necessário o estabelecimento de convênios com outros municípios para atender às demandas de saúde de seus cidadãos. Nesse momento a diretriz da descentralização, através de suas instâncias de pactuação, como a CIB, participam na constituição dessa rede e no estabelecimento das estratégias de referência e contra-referência intermunicipais.

Definida como a organização da rede de serviços por nível de complexidade, a hierarquização aponta para uma outra dicotomia, presente no processo de trabalho em saúde, entre trabalho simples e trabalho complexo. Nesse sentido, supor, por exemplo, que as atividades que envolvem a atenção primária à saúde possuem um nível de complexidade menor que outras atividades de âmbito hospitalar ou cirúrgico é reproduzir uma divisão social e técnica do conhecimento



que obedece à racionalidade biomédica e à reprodução da divisão social do trabalho (Matta & Morosini, 2006). Portanto, a hierarquização no sentido de reconhecer a complexidade do processo de trabalho em saúde em seus diversos ambientes, estabelece fundamentalmente fluxos necessários de organização e orientação da rede de serviços presentes no SUS orientadas pelo princípio da integralidade.

### **Diretriz da participação da comunidade**

A participação popular é um dos marcos históricos da Reforma Sanitária brasileira, quando, no final dos anos 70, sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais organizados e políticos engajados na luta pela saúde como um direito, propunham um novo sistema de saúde tendo como base a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade e os elementos que atualmente constituem o arcabouço legal e a organização do SUS. Ao mesmo tempo, a Reforma Sanitária brasileira lutava pela abertura democrática e por um projeto de sociedade mais justo, participativo e equânime, questionando as bases das formas de produção da desigualdade e da opressão no sistema capitalista.

Desde então, a participação da comunidade tornou-se uma diretriz da forma de organização e operacionalização do SUS em todas as suas esferas de gestão, confundindo-se mesmo com um princípio, constando do texto constitucional como uma das marcas identitárias do sistema ao lado da universalidade, integralidade e descentralização.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação popular aparece como um dos princípios que devem reger o 'novo' sistema nacional de saúde: "Participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e avaliação das ações de saúde" (Brasil, 1986: 10).

A lei 8.142, de 1990, regulamenta as instâncias de participação da comunidade no SUS, formalizando e institucionalizando-as como dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento das políticas no interior do sistema.

O SUS possui instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo. São elas:

- . Os conselhos de saúde;
- . As conferências de saúde.

Os conselhos de saúde estão presentes nos três níveis de governo, representados pelo Conselho Nacional de Saúde,<sup>4</sup> Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Essas instâncias representativas são organizadas de forma paritária, composta por metade de representante de usuários e o restante de representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados.

Os conselhos de saúde devem se reunir em caráter permanente e deliberativo com o objetivo de influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, bem como de exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde,

---

<sup>4</sup> O Conass e Conasems participam também do Conselho Nacional de Saúde.



inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo.

As conferências de saúde devem se reunir em cada nível de governo a cada quatro anos, com a representação dos diversos segmentos sociais, podendo ser convocadas pelo poder Executivo ou extraordinariamente pelo pela própria conferência ou pelos conselhos. Constituem-se, portanto, as conferências municipais de saúde, as conferências estaduais de saúde e a Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas.

Essas instâncias, que também participam da diretriz de descentralização da gestão do SUS, reproduzem o modelo federativo proposto pela constituição brasileira e pelo sistema de saúde brasileiro. Portanto, a participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS, para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia em nosso país.

### **Considerações Finais**

Nesses quase 20 anos de constituição do SUS, seus princípios e diretrizes apesar de reconhecidos legalmente e operando formalmente em quase todo o país, ainda estão muito distantes de atingir seus objetivos mais caros para a constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Mas seu reconhecimento legal e seus embates diários nos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e nas instituições de formação são uma motivação permanente para fazer valer a luta histórica pelo direito à saúde.

Diversos interesses econômicos, políticos e culturais estão em jogo na arena sociopolítica brasileira e colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, impedindo muitas vezes o avanço do SUS, como em governos recentes que reduziram o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde. O modelo democrático e civilizatório proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, implica também o debate e a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra-hegemonia.

A formação técnica dos agentes comunitários de saúde (ACS) constitui atualmente um novo desafio para o SUS e para sociedade brasileira. Os princípios e diretrizes aqui discutidos constituem a base para a formação desses trabalhadores e devem orientar a construção de uma prática em saúde emancipatória e cidadã.

O trabalho dos ACS, e de todos os trabalhadores do SUS, se institui como o desafio cotidiano de construção permanente, ao defender seus princípios e repensando as formas de sua materilização, sempre com base na participação e discussão coletiva.

A consolidação do SUS depende também de um novo projeto societário, da superação das históricas iniquidades sociais e econômicas que persistem em existir no Brasil e na construção de um modelo de Estado que se responsabilize por políticas sociais que possam convergir e potencializar o ideário da Reforma Sanitária brasileira.

Para finalizar, o trecho a seguir representa muito bem o lugar que ocupamos como defensores e trabalhadores do SUS e o difícil ofício de existir e trabalhar na contradição daquilo que acreditamos e criticamos enquanto vivemos.

Os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação/oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos. (Mattos, 2001: 43)

## REFERÊNCIAS

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de Política**. Brasília: UNB, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB-SUS 1/96. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Constituição Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc, Abrasco, 2005.

CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

SCOREL, S. **Os Dilemas da Equidade em Saúde: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. 2001. Disponível em: <[www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=712](http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=712)>. Acesso em: 30 jul. 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, 26(60): 37-61, jan.-abr., 2002.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

MATTA, G. C. A. Construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.) **Estudos de Politecnicia e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATTA, G. C. & MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: EPSJV. (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.



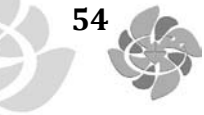
PEREIRA A. L. et al. **O SUS no seu Município:** garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. & FERLA, A. A. (Orgs.) **Gestão em Redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs, Cepesc, IMS, Uerj, 2006.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.





Baptista, Tatiana Vargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** a trajetória do direito à saúde. Qualificação dos Gestores do SUS/Organizado por Roberta Gondim Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009.

## INTRODUÇÃO

Antes de iniciarmos a leitura sobre a história das políticas de saúde no Brasil, faço um convite à reflexão:

- . Qual a importância da saúde para o indivíduo e para a sociedade?
- . Quem é ou deve ser responsável pela saúde dos indivíduos e da sociedade?
- . Que direitos e garantias os Estados devem prover a seus cidadãos?
- . Os Estados devem atuar na proteção à saúde das comunidades?
- . Se entendermos que os Estados têm um papel fundamental na garantia do direito à saúde, qual deve ser a extensão desse direito?
- . Os Estados devem proteger todos os indivíduos ou apenas aqueles que contribuem financeiramente para um sistema de atenção? Ou apenas os mais necessitados?
- . Qual deve ser a abrangência da proteção ofertada? O Estado deve prover todos os tipos de assistência à saúde ou somente ações coletivas de prevenção e promoção à saúde?

Estas questões têm permeado o debate das políticas de saúde em todos os países desde pelo menos o final do século XIX. Desde então, cada país buscou soluções e modelos de políticas que atendessem a suas necessidades e respondessem às reivindicações de cada sociedade, conformando modelos de proteção social de maior ou menor abrangência.

No Brasil, a garantia do direito à saúde<sup>1</sup> e a configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente (para todos e de forma igualitária) se configuraram muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, ainda hoje (2007) as questões anteriormente apontadas se apresentam no debate político e social, tensionando interesses e somando problemas para a consolidação do modelo de proteção social.

Fato é que o SUS legal não é ainda uma realidade nacional e muito há que se fazer para se alcançar a proposta constitucional. Basta dizer que o gasto público em saúde no Brasil, no ano de 2006 (gastos do Ministério da Saúde, dos governos estaduais e municipais), foi menor que o gasto privado em saúde. Neste mesmo ano eram beneficiários de planos de saúde 36 milhões de brasileiros (ANS, 2007).

O que esses dados revelam é um paradoxo, pois, apesar da existência de um sistema de saúde público e universal, há uma boa parcela da população que optou por outro tipo de sistema de saúde, o privado. Tal situação fragiliza o modelo de proteção definido em 1988 e levanta questionamentos acerca da extensão dos direitos . desde as formas de financiamento do sistema protetor até quem deverá ser protegido pelo Estado.

O objetivo central deste texto é apresentar a história das políticas de saúde no Brasil, tendo como principal eixo de análise o direito à saúde – conhecer como e por que não se tinha o

---

<sup>1</sup> Sobre direito e cidadania, ver Reis, texto .Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil, no livro Sociedade, Estado e Direito à Saúde, nesta coleção (N. E.).

direito à saúde até um período da nossa história e quando isso mudou – a fim de avançar em uma compreensão crítica sobre os desafios e dilemas do SUS na atualidade.

### **A FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E AS PRIMEIRAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA**

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida em um contexto maior da própria história do Brasil como Estado-Nação. As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governantes foram executadas no período colonial com a vinda da família real para o Brasil (1808) e o interesse na manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza.

Muitas doenças acometiam a população do país, doenças tropicais e desconhecidas dos médicos europeus, como a febre amarela e a malária, além das doenças trazidas por estes, como a peste bubônica, a cólera e a varíola. O conhecimento acerca da forma de transmissão, controle ou tratamento dessas doenças ainda era frágil, possibilitando diferentes intervenções ou visões sobre as moléstias.

O povo brasileiro constituía-se de portugueses, outros imigrantes europeus e, principalmente, índios e negros escravos. Cada um desses grupos era detentor de uma cultura própria, costumes e tradições e um conhecimento também próprio acerca das doenças e da forma de tratá-las.

Até a chegada da família real, o assistir à saúde era uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um desses grupos. A população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeiramente ou fisicamente.

Existia o barbeiro ou prático, um conhecedor de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus, tais como as sangrias, que atendia à população capaz de remunerá-lo. Existiam os curandeiros e pajés, pertencentes à cultura negra e indígena, mais acessíveis à maioria da população, que se utilizavam das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes.

Havia também os jesuítas, que traziam algum conhecimento da prática médica europeia utilizando-se principalmente da disciplina e do isolamento como técnica para cuidar dos doentes.

A vinda da família real para o Brasil possibilitou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional. Foi assim que, no mesmo ano da chegada da família ao Brasil (1808), foi inaugurada a primeira faculdade de medicina, a Escola médico-cirúrgica, localizada em Salvador – Bahia, com vistas à institucionalização de programas de ensino e à normalização da prática médica em conformidade aos moldes europeus.

A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da República. Outro resultado da política de normalização médica foi a constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. Assim, em 1852 é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro – Hospital D. Pedro II – com o objetivo de tratar medicamente os denominados “doentes mentais” (Costa, 1989).

Nesse período, o interesse pela saúde e pela regulamentação da prática profissional esteve estritamente relacionado ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, seguindo uma velha política, já aplicada com sucesso em outros países da Europa, desde o início do século XVIII (Costa, 1985; Rosen, 1979), de controle da mão-de-obra e dos produtos, com ações coletivas para o controle das doenças, disciplina e normatização da prática profissional (Foucault, 1979).



Assim, as primeiras ações de saúde pública (políticas de saúde) que surgiram no mundo e que também passaram a ser implementadas no Brasil colônia voltaram-se especialmente para:

- . proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados;
- . controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes;
- . teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias.

A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começavam a ser implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas, como a quarentena – afastamento por quarenta dias do doente do ambiente que habita e circula –, principal estratégia utilizada para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente.

A proclamação da República em 1889 inicia um novo ciclo na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. As políticas de saúde ganham ainda mais espaço nesse contexto, assumindo um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, configurando um esforço civilizatório (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). A lavoura do café e toda a base para armazenamento e exportação do produto, dependentes do trabalho assalariado, necessitava cada vez mais de mão-de-obra, e as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores, devido às péssimas condições de saneamento, prejudicavam o crescimento da economia.

Começava a busca por conhecimento e ações na área da saúde pública,<sup>2</sup> com a criação, em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), o incentivo às pesquisas nas faculdades de medicina e no exterior (no Instituto Pasteur) e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) um ano depois.

A partir de 1902, com a entrada de Rodrigues Alves na presidência da República, ocorreu um conjunto de mudanças significativas na condução das políticas de saúde pública. A primeira ação mais concreta levou à concepção de um programa de obras públicas junto com o prefeito da capital Guanabara, Pereira Passos, na primeira tentativa mais sistematizada de organização e saneamento da cidade capital. As ações de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, especialmente no combate a algumas doenças epidêmicas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola.

A reforma na saúde foi implementada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a diretoria geral de saúde pública. Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código

---

<sup>2</sup> Durante os séculos XVIII e XIX, os cientistas europeus buscavam explicações para os quadros de morbidade que acometiam a população. As pesquisas acerca das doenças baseavam-se na observação da morbidade com registro contínuo dos quadros de adoecimento e morte (evolução da doença e acompanhamento dos casos) e na busca de causalidade e formas de transmissão das doenças (Costa, 1985). Uma referência interessante é o livro de Snow (1967) – publicado em 1849 – no qual o autor demonstra o raciocínio e a conduta de investigação de um cientista para compreender a forma de transmissão do cólera. No Brasil, a pesquisa epidemiológica (o estudo das doenças) tem início de forma mais sistemática no século XX, sendo seu principal executor Oswaldo Cruz (médico, especialista em microbiologia, formado pelo Instituto Pasteur na França).



sanitário que instituiu a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (Costa, 1985; COC, 1995).

O código sanitário foi considerado por alguns como um – código de torturas –, dada a extrema rigidez das ações propostas. A polícia sanitária tinha, entre outras funções, a tarefa de identificar doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento. Se a pessoa identificada como doente não tivesse recurso próprio para se isolar em fazendas distantes e pagar médicos próprios, era enviada aos hospitais gerais – conhecidos no período como matadouros – ou simplesmente isolada do convívio social, sem qualquer tratamento específico, o que significava a sentença de morte para a grande maioria, uma prática que causou revolta e pânico na população. O isolamento dos doentes e o tratamento oferecido nos hospitais eram o maior temor do período. Além disso, a ignorância da população sobre o mecanismo de atuação da vacina no organismo humano associada ao medo de se tornar objeto de experimentação pelos cientistas e atender interesses políticos dos governantes fez com que surgissem ‘preações de grupos organizados (Costa, 1985)<sup>3</sup>

Em contrapartida, com as ações de Oswaldo Cruz conseguiu-se avançar bastante no controle e combate de algumas doenças, possibilitando também o conhecimento acerca das mesmas. Em 1907, a febre amarela e outras doenças já tinham sido erradicadas da cidade do Rio de Janeiro e Belém. Outros cientistas, como Emílio Ribas, Carlos Chagas, Clementino Fraga, Belisário Penna, estiveram, juntos com Oswaldo Cruz, engajados na definição de ações de saúde pública e na realização de pesquisas, atuando em outros estados e cidades do país.

Nas décadas de 1910 e 1920 tem início uma segunda fase do movimento sanitarista com Oswaldo Cruz, e a ênfase passou a estar no saneamento rural e no combate a três endemias rurais (ancilostomíase, malária e mal de Chagas).

A partir de expedições pelo país, os médicos sanitaristas tiveram um conhecimento mais amplo da situação de saúde no território nacional e do quanto era necessário desenvolver uma política de Estado nesta área (Hochman & Fonseca, 1999).

As expedições revelaram um Brasil doente e suscitaram o questionamento do discurso romântico sobre os sertões como espaço saudável. A repercussão dos relatórios médicos sobre as condições de saúde nos sertões propiciou intenso debate sobre a questão nacional, e a doença generalizada passou a ser apontada como razão para o atraso nacional (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

As expedições foram acompanhadas por escritores como Euclides da Cunha que, mais tarde, através da sua obra *Os Sertões*, expressou as mazelas vividas pelo povo brasileiro nesta região.

Durante a Primeira República, o movimento sanitarista trouxe a situação de saúde como uma questão social e política – o grande obstáculo à civilização. Um dos efeitos políticos do

---

<sup>3</sup> É interessante como ainda existe no imaginário social do povo brasileiro o temor em relação às vacinas e a desconfiança acerca das intenções dos governantes quando instituem uma nova vacina no calendário oficial, como ocorreu nos anos 90 no caso da vacina contra a gripe para os idosos.



movimento, nesse período, foi a expansão da autoridade estatal sobre o território, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública. Em 1920, é criada a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), reforçando o papel do governo central e a verticalização das ações (Hochman & Fonseca, 1999).

Mas o fato de as ações de saúde pública estarem voltadas especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada grande parcela da população que não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social.

### **CIDADANIA REGULADA. E DIREITO À SAÚDE**

Na década de 1920, início do século passado, o Estado brasileiro sofria mais agudamente a crise do padrão exportador capitalista. Os países importadores tornavam-se cada vez mais exigentes com a qualidade dos produtos e muitas represálias surgiam com relação aos produtos brasileiros, pois os navios e portos ainda mantinham níveis de higiene insalubres, exportando doenças. Novas ações foram implementadas no controle das doenças, tanto na área da saúde pública quanto na da assistência médica individual (Costa, 1985).

As revoltas populares, os movimentos anarquistas e comunistas pressionavam por ações mais efetivas do Estado na atenção à saúde. Foi a partir desses movimentos que o chefe de polícia, Eloy Chaves, propôs, em 1923, uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps) para algumas organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, como os ferroviários e os marítimos, ligados à produção exportadora (Oliveira & Teixeira, 1985).

As Caps eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma Caixa – esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas. sua atuação restringia-se à legalização de uma organização, que já se vinha dando de maneira informal desde a década de 1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses (Oliveira & Teixeira, 1985).

Os benefícios que os segurados recebiam eram: socorros médicos (para o trabalhador e toda a família, inclusive amigos), medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Com as Caps, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado.

Note-se que apesar de o Estado não ter definido um sistema de proteção abrangente e de se ter mantido à parte dessa forma de organização privada, restringindo-se a legalizá-la e a controlá-la a distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro, que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> O governo Vargas tem início no cerne de uma crise mundial, efeito da quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929, e a partir de uma revolução política interna, Revolução de 1930, que encerra a República Velha (1889-1930).

O Estado assume ativamente, a partir de 30, o papel de regulador da economia (Fiorelli, 1995) e define um projeto econômico baseado na industrialização. Investe na área de energia, siderurgia e transportes, implantando uma infra-estrutura produtiva, absorvendo a mão-de-obra advinda do campo e alavancando a economia nacional. Assistia-se a um gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional, acompanhado de medidas que favoreceram sua implementação (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). Duas mudanças institucionais marcaram a trajetória da política de saúde e merecem ser aprofundadas: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

O Mesp trazia para o centro do debate duas políticas sociais importantes na configuração de qualquer modelo de proteção. No entanto, os primeiros anos do Mesp foram marcados pela inconstância e indefinição de projetos e propostas, enquanto o MTIC reunia proposições claras e bastante específicas de proteção ao trabalhador, inclusive na área da saúde. Desenvolveu-se de um lado um arcabouço jurídico e material de assistência médica individual previdenciária, a ser garantida pelo MTIC, e, de outro, a definição de ações de saúde pública de caráter preventivo atribuídas ao Mesp. Como resumem Lima, Fonseca & Hochman (2005: 41) “muito além de uma simples divisão e especificação de funções em razão da área de atuação de cada órgão, em um contexto de reestruturação e consolidação de políticas sociais, a separação correspondeu a um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais”.

A política de proteção ao trabalhador iniciada no governo Vargas marca uma trajetória de expansão e consolidação de direitos sociais. Algumas políticas foram importantes: a obrigatoriedade da carteira profissional para os trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias e a lei do salário-mínimo. Getúlio, o pai dos trabalhadores, como passou a ser conhecido, inicia no Estado brasileiro uma política de proteção ao trabalhador, garantindo, com isso, uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos. É nesta fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (Iaps), ampliando o papel das Caps, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro.

Os Iaps passam a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas – instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos industriais (Iapi) e outros –, e a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Com os Iaps, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. Portanto, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social. Para Santos (1979), essa forma de organização do sistema protetor brasileiro reforçou um padrão de regulação do Estado que valoriza o trabalhador que exerce funções de interesse do Estado, atribuindo apenas a estes um status de cidadão, uma ‘cidadania regulada’ e excludente, pois não garante a todos os mesmos direitos.

Outra característica desse modelo era a discriminação dos benefícios de acordo com a categoria profissional. Cada IAP organizava e oferecia a seus contribuintes um rol de benefícios compatível com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria, o que fez com que



algumas categorias profissionais tivessem mais privilégios que outras. As categorias com maior poder econômico, como os industriais, os bancários, tinham maior disponibilidade de verbas, e por isso podiam oferecer a seus contribuintes um leque maior de benefícios. No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica e hospitalar, diferenciado por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores.

Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo Mesp em áreas estratégicas (saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O Mesp promovia também as ações de saúde pública, cuidando do controle e prevenção das doenças transmissíveis.

### **ANOS 50: DESENVOLVIMENTO E SAÚDE**

A partir da década de 1950, mudanças ocorreram no sistema de proteção à saúde. O processo de acelerada industrialização do Brasil determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia. Até então, o Brasil tinha sua economia assentada na agricultura, mas, a partir dessa década, com o processo de industrialização, os grandes centros urbanos passaram a ser o pólo dinâmico da economia, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde (Mendes, 1993). Tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes.

Surgem os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde. O modelo de saúde que passa a se definir baseado no hospital e na assistência cada vez mais especializada também seguia uma tendência mundial, fruto do conhecimento obtido pela ciência médica no pós-guerra.<sup>5</sup> O conhecimento mais detalhado da fisiologia e da fisiopatologia permitiu o desenvolvimento de drogas modernas<sup>6</sup> e possibilitou uma revolução na prática médica, bem como o início de um processo de mudança nos níveis de saúde das populações, que passam progressivamente a viver mais (aumenta a expectativa de vida) e a sofrer de doenças mais complexas (crônicas) ou típicas da modernidade, como os acidentes de carro, violências, entre outras.<sup>7</sup>

Nos principais países desenvolvidos da Europa, constituem-se, no pós guerra, os Estados de Bem-Estar Social (também conhecidos como Welfare State) com o objetivo de reerguer as economias afetadas pela guerra e configurar Estados fortes e compromissados com a democracia e a justiça social – uma forma de combater o comunismo e manter as economias européias no padrão competitivo mundial (Esping-Andersen, 1995).

---

<sup>5</sup> A guerra possibilitou um grande quantitativo de experimentos com humanos utilizados como cobaias nos campos de concentração e nos hospitais militares e, conseqüentemente, um maior conhecimento acerca das drogas, técnicas médicas e seus efeitos no homem.

<sup>6</sup> Como exemplos, podemos citar os betabloqueadores, para a prevenção das dores cardíacas; os medicamentos contra úlcera e Parkinson; a quimioterapia do câncer; os antidepressivos.

<sup>7</sup> Fenômeno que se consolidará especialmente nos países desenvolvidos, em três décadas (de 1950 para 1980), e que será denominado transição demográfica – para explicar a mudança no perfil populacional, com pessoas mais idosas e maior controle da natalidade – e transição epidemiológica – para explicar a mudança no perfil das doenças, com uma diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças degenerativas, crônicas e típicas da modernidade. Nos países em desenvolvimento (ou periféricos), há uma grande variedade de situações com transições mais ou menos avançadas, convivendo novas e antigas doenças.

Os Estados de Bem-Estar consistem em uma política sustentada e pactuada entre a área econômica e a área social com o objetivo de garantir o bem-estar da população e manter a produção econômica. Os pilares dessa política eram: o pleno emprego, a provisão pública de serviços sociais universais – como saúde, educação, saneamento, habitação, lazer, transporte etc. – e a assistência social para aqueles não incluídos no sistema produtivo (Faria, 1997).

No Brasil, não se configurou nesse período (anos 50) uma política de bem-estar social, mas ganhou espaço a ideologia ‘desenvolvimentista’ que apontou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessidade de políticas que resultassem em melhora do nível de saúde da população como condição para se obter desenvolvimento. Este foi o primeiro passo para uma discussão mais aprofundada sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública. O ‘sanitarismo desenvolvimentista’, que tinha como representantes Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Mário Magalhães, reagia ao campanhismo da saúde pública, à centralização decisória, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país e propunha a compreensão das relações entre saúde e doença e sua importância para a transformação social e política do país (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

Foram acontecimentos importantes deste período e que marcaram a trajetória da política de saúde: a criação do Ministério da Saúde em 1953, atribuindo um papel político específico para a saúde no contexto do Estado brasileiro; e a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru) em 1956, possibilitando o incremento nas ações e nos programas de saúde voltados para o combate às doenças endêmicas na área rural.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro.

Mas o desenvolvimentismo gerou riqueza e mobilizou recursos, o que levou a mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública. A partir de então, as políticas de saúde configuraram-se em um importante instrumento do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar – postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros. Estava constituída a base para a expansão do sistema de saúde e para a consolidação de um complexo produtivo, como veremos no tópico a seguir.

### **EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DO COMPLEXO MÉDICO-EMPRESARIAL**

O golpe militar, em 1964, e a nova forma de organização do Estado trouxeram mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966 com a unificação dos Iaps e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A cria-



ção do INPS permitiu uma uniformização dos institutos, principalmente em termos dos benefícios prestados, causando certa insatisfação naqueles contribuintes com mais benefícios; afinal, com a unificação, a assistência dos institutos mais ricos podia também ser usufruída pelos contribuintes de outros institutos, que contribuíam com valores menores e não apresentavam uma assistência de tão boa qualidade. Tal fato ocasionou uma migração de pacientes de alguns institutos e a superlotação de alguns hospitais, gerando filas, demora no atendimento e outros problemas, o que culminou em uma insatisfação geral.

Além disso, a unificação levou à centralização do poder dos Iaps no Estado e ao afastamento dos trabalhadores das decisões a serem tomadas. Com isso, fortaleceu-se a tecnocracia<sup>8</sup> e reforçaram-se as relações clientelistas do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder.

No início da década de 1970, a política proposta pelo INPS levou à inclusão de novas categorias profissionais no sistema – trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos –, e, a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços e os gastos no setor saúde. O Estado respondeu à demanda com a contratação dos serviços privados, permitindo a formação do que ficou conhecido como ‘complexomédico-empresarial’ (Cordeiro, 1984).

Os gastos com a saúde dobraram de valor, com uma tendência clara para o atendimento hospitalar. A política de saúde estava subordinada à organização do INPS, que manteve a estrutura de funcionamento anteriormente proposta pelos Iaps e oferecia serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo com o INPS – as pessoas levavam suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de comprovar sua inclusão no sistema.

Mesmo com a inclusão de novas categorias no sistema de proteção, muitos ainda não tinham o direito à atenção à saúde. Os índices de saúde mostravam a situação alarmante vivida pelo país. Apenas para citar alguns dados: a esperança de vida ao nascer na década de 1970 era de 52,7 anos, a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos-vivos, e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito. A transição demográfica e epidemiológica ocorrida nos países desenvolvidos ainda estava longe de ser alcançada na realidade brasileira, mesmo em face de todo desenvolvimento econômico obtido pelo país desde os anos 50 até o milagre econômico do período 1968-1974. A principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social.

A partir de meados da década de 1970, finalizado o ‘milagre econômico’ e em um cenário de crise política, institucional e econômica iminente do governo militar começam a se definir

---

<sup>8</sup> A tecnocracia expressa uma forma de atuar do burocrata que se utiliza do argumento técnico no processo de construção de estratégias de ação do Estado. O tecnocrata, assim como o técnico, parte da competência e tem em vista a eficiência. Não é um especialista, mas um perito em idéias gerais, e com isso acumula um conhecimento global das variáveis de ação. É ele quem coordena e reelabora o processo decisório, com o argumento da legitimidade e neutralidade da ciência. Outras interpretações sobre esse conceito são apresentadas no Dicionário de Política organizado por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995).

novas estratégias para a garantia de manutenção do governo, dentre elas a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais – um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais, até então, sob forte repressão e sem espaço para vocalizar as demandas.

Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do ‘movimento sanitário’, que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico. Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), dentre outras. A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil.

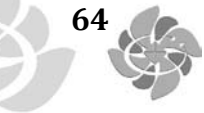
O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições para debate:

- . A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação;
- . As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- . A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- . O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

O cenário era de exclusão de uma boa parcela da população do direito à saúde, haja vista o fato de que apenas poucos tinham garantido, nesse momento, o direito à assistência médica prestada pelo INPS, e que os serviços de saúde, do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, não absorviam a demanda de atenção gerada pelo restante da população. Não havia de fato se constituído, até então, no Brasil, uma política de Estado cidadã no sentido mais abrangente; uma cidadania substantiva que desobrigasse qualquer espécie de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão simplesmente pelo valor que tem como membro daquela comunidade. Prevalencia a lógica da ‘cidadania regulada’, em que cidadão era aquele que se encontrava localizado em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Portanto, a proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo movimento sanitário também se inseria em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro (Baptista, 2003).

As pressões por reforma na política de saúde possibilitaram transformações concretas ainda nos anos 70, mudanças que se efetivaram de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário. Dentre as políticas implementadas, destacam-se:

- . a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;



- . a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- . a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- . a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- . a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
- . a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Este conjunto de medidas favoreceu a construção de políticas mais universalistas na área da saúde priorizando a extensão da oferta de serviços básicos e fortalecendo a perspectiva de reforma do setor. Foi também neste período que o setor médico-empresarial começou a se fortalecer institucionalmente, beneficiando-se igualmente das políticas de investimento na área social. O FAS, por exemplo, repassou grande parte dos recursos para investimento na expansão do setor hospitalar, onde 79,5% dos recursos foram destinados para o setor privado e 20,5% para o setor público. O aumento gradativo dos convênios com o setor privado significou o desinvestimento progressivo na criação de serviços públicos, e as medicinas de grupo surgiram também como mais uma opção de atenção à população (Cordeiro, 1984).

A concessão de privilégios ao setor privado e a mercantilização da medicina sob o comando da previdência social foram duramente criticados pelo movimento sanitário. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e Ministério da Saúde em um mesmo sistema e a integralidade das ações (com a garantia do acesso a ações de prevenção e assistência médica). A partir desse momento, ampliava-se o debate sobre o direito à saúde no Brasil, a começar pela própria concepção de saúde.

A saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional.

Nesse sentido, a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado, Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social – modos de fazer política que se reproduziam não só no âmbito de organização do setor saúde como em todos os demais setores, mas que



foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser este um setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado (Baptista, 2003).

Os 100 anos de história do Brasil tinham enraizado uma cultura política de Estado enfaticamente concentradora do poder decisório nas mãos de uma parcela pequena da sociedade (poder oligárquico), ou dos recursos produzidos no âmbito do Estado, mantendo um grande fosso entre grupos sociais e regiões, reproduzindo, dessa forma, uma situação de desigualdade.

Assim, o processo político também estava comprometido em uma rede imbricada de poder instituído na burocracia estatal, na organização política e partidária e na cultura social.

O ideal da Reforma Sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão do modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática.

### **REDEMOCRATIZAÇÃO E DIREITO À SAÚDE**

A década de 1980 iniciou-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado Nacional. A área social e, em especial, a previdência social vivia uma crise profunda, assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema. No âmbito da saúde, o movimento da Reforma Sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, intensificando os conflitos de interesse com a previdência social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado.

Neste contexto, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), que apresentou como proposta a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O Prev-Saúde consistia em uma proposta de extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que havia sido desenvolvido no período compreendido entre 1976/79 no Nordeste do Brasil.

O Piass foi uma experiência bem-sucedida que possibilitou uma melhoria no nível de saúde da população da região Nordeste a partir da implantação de uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes. O Prev-Saúde visava, na mesma medida, dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000 (Conferência Nacional de Saúde, 1980).

No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática, dadas as resistências intraburocráticas assentadas no Inamps, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e ainda as pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado (Cordeiro, 1991). Este conjunto de forças conformou um sem-número de razões para que o Prev-Saúde não se concretizasse. Os conflitos em torno dos encaminhamentos da política de saúde ganhavam o espaço da arena institucional. Em contrapartida, e significativamente, o Prev-Saúde também revelou um momento inédito de entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde. As idéias reformistas defendidas por diversos grupos de discussão começavam a se integrar em uma proposta abrangente de definição da política de saúde. Existiam, contudo, divergências de postura no encaminhamento das propostas entre os grupos de reformistas, o que também influenciou na condução da política de saúde.



Em 1980, outros mecanismos de reformulação começaram a ser encaminhados. A primeira medida tomada foi a formação, em 1981 – na esfera de atuação do MPAS e do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) – um grupo de trabalho específico criado no contexto da crise da previdência com a intenção de buscar respostas concretas que explicassem as razões da crise do setor.

O diagnóstico do Conasp identificou um conjunto de distorções no modelo de saúde então vigente, a saber:

- . serviços inadequados à realidade;
- . insuficiente integração dos diversos prestadores;
- . recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto;
- . desprestígio dos serviços próprios;
- . superprodução dos serviços contratados.

O diagnóstico apontava para uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos. A relação do Inamps – órgão responsável pela assistência médica previdenciária – com os demais serviços de assistência promovidos pelo Estado, via estados e municípios, era opaca e pouco operativa. Os serviços oferecidos pelo Ministério da Saúde (secretarias estaduais e municipais, inclusive) funcionavam independente e paralelamente aos serviços oferecidos pelo MPAS/Inamps, o que formava uma rede pública desintegrada sem a prévia programação do sistema. Tal fato conformava uma dificuldade a mais no planejamento dos investimentos e gastos no setor (Cordeiro, 1991).

A partir deste diagnóstico, foram elaboradas propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor, mas não para desmontagem do sistema. Dentre as propostas apresentadas, destacaram-se: o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

O Pais, posteriormente denominado apenas Ações Integradas de Saúde (AIS), revelou-se como a estratégia mais importante para a universalização do direito à saúde e significou uma proposta de ‘integração’ e ‘racionalização’ dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento.<sup>9</sup> A proposta resumia-se na assinatura de convênios entre o Inamps e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita à toda população e não só para os beneficiários da previdência. Com essa proposta, as AIS retomavam a estratégia apresentada no Prev-Saúde e conquistavam um avanço expressivo na conformação de políticas que levaria à reforma do setor saúde, fortalecendo o princípio federativo (coordenação de ações entre a união e os estados) e a incorporação do planejamento à prática institucional. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS/Inamps/Secretarias Estaduais.

---

<sup>9</sup> Unificado nas ações propostas pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde e pelo Inamps. Regionalizado, compondo a organização de um sistema em que municípios se comunicam e planejam juntos a assistência à saúde. Hierarquizado por nível de atenção, do mais simples ao mais complexo.

O processo de coordenação interinstitucional e gestão colegiada concretizou-se a partir da Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), envolvendo os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura. Formaram-se também as comissões interinstitucionais estaduais (CIS), regionais (CRIS), municipais (CIMS) e locais (Ceaps) respectivamente, construindo um amplo contingente de técnicos nas secretarias estaduais e municipais envolvidos com o projeto de reforma.

A POI consistiu na criação de mecanismos para programação e orçamentação dos recursos para saúde de forma integrada, ou seja, na concepção de um instrumento integrador da política de recursos do Inamps e dos serviços estaduais e municipais. O PRA pretendia estabelecer uma hierarquia de prioridades assistenciais entre os postos de assistência médica (PAM do Inamps) e o conjunto de consultórios e laboratórios privados e credenciados. Já o SAMHPS visou ao controle de recursos para o setor privado, a partir da introdução de um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseado nos procedimentos médico-cirúrgicos – a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Com este sistema foi possível alcançar uma informatização inicial do controle das internações e, conseqüentemente, maior controle das fraudes. A AIH ainda hoje é utilizada, tendo sido empregada no controle das internações também no setor público a partir de 1991.

Dos quatro programas apresentados, apenas o Pais e o SAMHPS expressaram a conformação dos princípios básicos para uma política de saúde unificada, integrada e descentralizada. Estas propostas avançaram na discussão sobre o funcionamento do setor previdenciário e sua articulação com a saúde e criaram condições para a discussão sobre a democratização e universalização do direito à saúde, especialmente a partir do governo da Nova República.

## **A POLÍTICA DE SAÚDE NA NOVA REPÚBLICA**

No governo da Nova República, a partir de 1985, a estratégia das AIS foi retomada, promovendo, junto com uma nova POI, a reformulação do sistema de saúde na lógica de uma rede unificada. Integrantes do movimento sanitário passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado (no Ministério da Saúde, no Inamps, na Fiocruz), coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdenciário.

No ano de 1986, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, realizando, assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS).

Esta conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial.

A conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates, e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral (Faria, 1997).

No relatório da VIII Conferência consta:

- . Saúde como Direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, as-



sim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Este relatório, com todas as afirmações nele contidas, serviu como instrumento de pressão política no contexto da Nova República. E mais: serviu de referência na discussão da Assembléia Nacional Constituinte em 1987/88,<sup>10</sup> sendo reconhecido como um documento de expressão social.

As propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato. Após a conferência, por iniciativa do MPAS/Inamps, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que se apresentou como estratégia ponte na construção do SUS.

O Suds surgiu como uma proposta política formulada no interior da burocracia do Inamps, contando com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação, que assinaram juntos a exposição de motivos para a criação do Suds, em julho de 1987. O Suds avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do Inamps a soma de poder que ele centralizava.

Mas o Suds também foi motivo de controvérsias entre os dirigentes e reformistas dos ministérios da Saúde e da Previdência. Enquanto os reformistas do Ministério da Saúde pressionavam por uma política de unificação imediata da saúde com a incorporação do Inamps, os reformistas do MPAS resistiam na passagem do órgão e definiam estratégias mais graduais para a unificação, fortalecendo especialmente os estados (Faria, 1997).

Ao mesmo tempo em que o Suds era implementado, ocorria a discussão da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88. Nela, o relatório da VIII CNS foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde, e o SUS foi finalmente aprovado.

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao Ministério da Saúde e os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (Faria, 1997).

Após a legalização do SUS, em 1988, buscou-se definir em novas leis, assim como em portarias do Ministério da Saúde, regras para garantir o financiamento do setor e a regulação do

---

<sup>10</sup> Este fórum reuniu parlamentares na definição de uma nova Carta Constitucional para o Brasil. A nova carta surgiu no contexto político da redemocratização e tinha a intenção explícita de afirmar o compromisso com políticas mais justas e igualitárias. A Constituição foi aprovada em 5 de outubro de 1988 e ganhou a denominação de Constituição Cidadã.

setor privado e demais pontos da política. Hoje, 2007, após quase 19 anos da Constituição, ainda resta muito a se definir para a garantia da proposta, e antigos e novos conflitos se apresentam no processo de negociação da política de saúde.

Vamos, então, entender um pouco melhor o SUS e seus princípios para que possamos avançar na compreensão dos principais desafios que essa política enfrenta.

### **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública . a seguridade social<sup>11</sup> – que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil significou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social ‘abrangente’ (universalidade da cobertura e do atendimento), ‘justa’ (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), ‘equânime’ (equidade na forma de participação do custeio) e ‘democrática’ (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), na qual cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção (Brasil, 1988, art. 194). Com esse modelo, rompe-se definitivamente com o padrão político anterior excludente e baseado no mérito e afirma-se o compromisso com a democracia.

O SUS foi peça-chave no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Com a sua instituição, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988, art. 196).

Com esse enunciado, pelo menos três inovações estão presentes:

- . Uma proposta de reforma que prevê o compromisso do Estado na maior integração entre os diversos setores, com políticas econômicas e sociais que promovam desde condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer até acesso a serviços de saúde, o que amplia a compreensão do que seja saúde e do que é preciso fazer para alcançar uma condição de saúde plena.
- . A proposta de construção de um sistema de saúde para todos, igualitário e de responsabilidade do Estado, e a instituição de um novo formato para a política de saúde brasileira, até então fundada em uma lógica restrita de proteção social que beneficiava apenas alguns grupos sociais, no sentido de avançar na construção de um modelo que vise a atender a todos conforme suas necessidades.
- . A proposta de construção de um sistema de saúde único capaz de abarcar as diferentes situações de saúde nos seus variados níveis de complexidade, possibilitando o acesso a ações de promoção e prevenção às doenças até a assistência médica de maior complexidade. (Lima & Baptista, 2003):

---

<sup>11</sup> Sobre seguridade social no Brasil, ver Monnerat e Senna, texto “Seguridade social brasileira: dilemas e desafios”, no livro Sociedade, Estado e Direito à Saúde, nesta coleção (N. E.).



### **PRINCÍPIO 1 – UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

Consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos. É o princípio fundamental da reforma.

### **PRINCÍPIO 2 – INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

diz respeito à garantia do acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, devendo o sistema de saúde proporcionar ao indivíduo ou à coletividade, as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades. O princípio da integralidade se apresentou no contexto da reforma como um contraponto ao contexto institucional da saúde que se dividia nas ações promovidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária. Surgiu, portanto, como uma proposta para a integração dessas ações com o argumento de que tanto as ações individuais quanto as coletivas eram necessárias e imprescindíveis para a garantia da saúde da população. Estava posta aí a questão da unicidade do sistema (na composição de um novo Ministério da Saúde, reunindo suas antigas funções e as ações do Inamps) e da necessária articulação dos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) e de atenção (primário, secundário e terciário) para a organização das políticas de saúde. Com esse princípio, o Estado compromete-se na garantia a todo e qualquer tipo de atenção à saúde, do mais simples ao mais complexo (da vacina ao transplante).

### **PRINCÍPIO 3 – DESCENTRALIZAÇÃO, COM DIREÇÃO ÚNICA DO SISTEMA**

Apresenta-se no contexto da Reforma Sanitária brasileira com o propósito de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde, já que até então se estabeleciam práticas centralizadoras de poder no âmbito federal de governo.

A descentralização é vista como uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais e prevê a transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo, considerando uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios).

A descentralização se apresentou como uma estratégia de democratização porque possibilitaria à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas. Desse modo, a população poderia interferir de forma mais efetiva no processo de formulação da política. Por trás dessa concepção há uma lógica de organização do sistema de saúde que tem como pressuposto que quanto mais perto o gestor está dos problemas de uma comunidade, mais chance tem de acertar na resolução dos mesmos.

O princípio da descentralização exige um novo formato na condução e organização da política. Nesse sentido, apresentam-se as 'diretrizes do SUS' de 'regionalização' e 'hierarquização' dos serviços, com a organização de um sistema de referência e contra-referência, incorporando os diversos níveis de complexidade do sistema (primário, secundário, terciário).

'Regionalizar' implica um melhor conhecimento, por parte de estados e municípios, dos problemas sociais e de saúde de suas localidades para que se possa então implementar uma

política de saúde condizente. Quem passa a decidir as prioridades de cada região é o gestor, que leva em consideração as características geográficas, o fluxo da demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e as necessidades expressas pelos usuários. Estados e municípios devem estar mais integrados no processo de planejamento das ações e serviços de saúde de modo a atender melhor às necessidades da população.

A 'hierarquização' dos serviços segue a mesma lógica, organizando a rede de saúde a partir dos diferentes níveis de complexidade dos serviços e de acordo com as realidades local e regional. A referência e contra-referência funcionam como os elos de ligação dessa rede. Se um município ou um serviço de saúde não apresenta condições para atender a um determinado problema de saúde, individual ou coletivo, deve remetê-lo a uma outra unidade (referenciada), com capacidade de resolução do problema apresentado e de garantir seu atendimento. A contra-referência significa o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência. Para a construção desse sistema, faz-se necessária a identificação das unidades de prestação de serviços de saúde por área, por nível de complexidade, tipo de atendimento, especialização e natureza (pública ou privada), além de um compromisso de cada unidade na execução dos serviços definidos, garantindo o acesso da população aos diferentes níveis de atenção que cada caso requer.

Com o princípio da descentralização e as diretrizes de regionalização e hierarquização apresenta-se uma proposta de organização e gestão do sistema de saúde bastante diferente da prática adotada durante toda a história das políticas de saúde no Brasil. A proposta só se concretiza com sucesso se há solidariedade e cooperação entre governantes (das três esferas de governo), transparência e democratização decisória.

#### **PRINCÍPIO 4 - PARTICIPAÇÃO POPULAR**

Trata da garantia constitucional que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução. Esse princípio expressa bastante bem o momento político de redemocratização vivido pelo país e a capacidade de articulação do movimento social no contexto da saúde.

A participação social foi enunciada na Constituição de 1988 e regulamentada na lei reguladora do SUS de 1990 (lei 8.142/1990), onde se definem a configuração dos conselhos de saúde (em cada esfera de governo) e a realização periódica (a cada quatro anos) das conferências de saúde (também em cada esfera de governo).

Os conselhos têm como função, dentre outras, exercer papel de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações do governo nos seus três níveis. O principal avanço foi o estabelecimento de um canal permanente de relação entre o gestor e a população – representada de forma paritária nos conselhos –, possibilitando maior transparência no processo decisório.

Já as conferências de saúde têm por objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde (Brasil, 1990).

#### **SUS: UMA REFORMA EM CONSTRUÇÃO E MUITOS DESAFIOS A ENFRENTAR**

Os princípios e diretrizes do SUS definem para os gestores da saúde e governantes em geral quais são as bases para a construção das políticas de saúde e aonde se deseja chegar (ima-



gem-objetivo). A Constituição afirmou um direito, e cabe ao Estado, na figura de seus governantes, implementá-lo. Entretanto, não é simples colocar em prática uma política tão abrangente como a que foi proposta com a seguridade social e o SUS, menos simples ainda quando existem lacunas importantes no desenho da proposta, como na questão do financiamento ou da descentralização. fatores importantes na sustentação da reforma.

Com a definição do SUS, na Constituição Federal de 1988, iniciaram-se o debate e as negociações em torno da lei reguladora do SUS, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080). A lei visava regulamentar o SUS, definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, dentre outras, mas o contexto político no momento de negociação dessa lei (último ano do governo Sarney e primeiro ano do governo Collor) não possibilitou agilidade na sua aprovação; foram 390 dias de tramitação no Congresso Nacional e uma aprovação parcial da lei, que sofreu vetos presidenciais (Collor) nos aspectos relativos ao financiamento, à participação popular, à organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários e outras.

Três meses após a aprovação da lei 8.080, foi aprovada uma outra (lei 8.142), complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original, especialmente no que diz respeito ao financiamento e à participação popular. Contudo, ainda se mantêm, nas leis reguladoras do SUS (8.080 e 8.142), lacunas expressivas para a implementação efetiva da política.

No processo de construção e operacionalização do SUS nesses últimos 14 anos (1990-2002) o que se vê é um constante processo de negociação e reconstrução da proposta original. Milhares de portarias foram editadas pelo Ministério da Saúde, e novas leis foram aprovadas pelo Congresso Nacional. Cada contexto político e de gestão de governo permitiu avançar ou definir rumos mais consistentes para a reforma; só uma análise mais precisa de cada gestão pode dizer o que se alcançou.

Em uma análise ampliada da política e de todas as estratégias adotadas visando à operacionalização do SUS, é possível identificar alguns desafios que se apresentam de forma constante, desafios que revelam as heranças deixadas pelos anos de autoritarismo, centralização decisória e prática clientelista no Brasil e que foram reproduzidas na burocracia institucional da saúde e nas práticas dos serviços de saúde, quiçá no imaginário social.

No princípio da descentralização, esbarramos no primeiro grande desafio na operacionalização da reforma. O Brasil é um país de grande heterogeneidade: convivem estados ricos e pobres, municípios de grande e também de pequena extensão territorial, tem secretário de saúde que vira ministro e secretário de saúde que mal escreve o próprio nome, tem cidade com mais de 1.000 unidades de saúde e cidade sem médico. Por trás da disparidade entre regiões e até mesmo entre municípios de um mesmo estado está a trajetória de organização política e dos interesses daqueles que se mantiveram no poder.

A proposta de descentralização, tal como apresentada no contexto da reforma da saúde, exige um enfrentamento das disparidades, pressupõe uma política de solidariedade e cooperação entre União, estados e municípios, provoca a revisão de práticas institucionalizadas na forma de condução da política, buscando maior transparência no processo decisório e o compromisso com a política pública, o que, em um cenário de disputa por poder, tem-se mostrado bastante difícil. Não à



toa esse tem sido o princípio mais discutido no processo de operacionalização do SUS com normas próprias buscando alavancar o processo.<sup>12</sup>

O principal desafio é construir uma política de descentralização que fortaleça de fato os gestores estaduais e municipais mantendo o compromisso destes na garantia do SUS, e a continuidade do governo federal como principal regulador da política capaz de suprir eventuais fragilidades dos estados e municípios (especialmente com suporte técnico e financeiro). A descentralização não é uma política uniforme e que se ajuste como uma fôrma para todo o país. Há que se definir estratégias diferenciadas de modo a fortalecer aqueles que precisam de força e manter os estímulos para aqueles que já garantem a construção da reforma.

Também o princípio da participação popular esbarra no cenário de heterogeneidade do país e especialmente na imaturidade política dos diversos segmentos sociais (prestadores, profissionais e usuários), que têm dificuldade para se articularem como propositores e controladores da política, seja nos conselhos ou nas conferências de saúde. A imaturidade política está diretamente associada à compreensão da noção de direito, o que também denuncia a trajetória político-institucional do Estado brasileiro.

O processo de construção de nossa cidadania esbarrou em barreiras de toda ordem no curso da história: a segmentação dos direitos por classes sociais, etnia e sexo; a valorização do trabalhador (a cidadania regulada); o estímulo ao corporativismo extremado na briga por interesses de cada categoria (cooptação do trabalhador, populismo); os períodos de ditadura em momentos-chave de transformação política e social (ditadura populista, ditadura militar); a manutenção constante das elites no poder.

A cidadania se constituiu assim à imagem e semelhança da forma de funcionamento do Estado, baseada na garantia de um direito primordialmente individual, revelando-se no dito popular 'farinha pouca, meu pirão primeiro'. Quando transportamos essa prática para os fóruns participativos da saúde, encontramos dificuldade para a definição de políticas mais redistributivas e solidárias, e prevalecem os interesses individuais e/ou corporativos.

Por último, o desafio na construção de uma política universal e integral de saúde. A trajetória de constituição de dois campos na área da saúde – a saúde pública e a medicina previdenciária – constituiu uma lógica de atuação que não favorece a construção de ações integradas e muito menos a solidariedade social com o objetivo da universalização. Um dos principais embates no processo de discussão da reforma nos anos 70/80 esteve relacionado ao fato de que os trabalhadores que financiavam o sistema previdenciário não estavam dispostos a repartir seus benefícios com o restante da população (não contribuinte). A definição da proposta da seguridade social se deu sob bases frágeis e sem o apoio efetivo dos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário (Faria, 1997).

Outro aspecto da questão é o fato de que os serviços, os profissionais de saúde e também a população apreenderam durante anos uma prática em saúde que não buscava o olhar inte-

---

<sup>12</sup> Como as Normas Operacionais Básicas da Saúde (Nobs) publicadas nos anos de 1991, 1992 (reedição da NOB 91 com pequenos acréscimos), 1993 e 1996, e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), publicadas em 2001 e 2002. As normas têm exercido, especialmente desde a edição de 1993, o papel de orientação do processo de descentralização, explicitando as competências e responsabilidades de cada esfera de governo e estabelecendo as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir novas posições no processo de implantação do SUS. Cada norma avançou na definição de regras para a implantação do SUS sobrepondo propostas, mas não necessariamente anulando a política anterior.



gral. Com a reforma, é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emana. Esse desafio remete à questão da formação profissional e de novas práticas sociais.

Todos os desafios aqui apresentados exigem uma disposição dos governantes, técnicos e da população para a mudança. O SUS não nasceu da cabeça de alguns poucos; nasceu de um processo político complexo e que envolveu a sociedade civil, as instituições de ensino e pesquisa e o próprio Estado. São milhares de indivíduos hoje implicados nesse processo com muitos interesses em questão.

Na lei está escrito que todos têm direito à saúde, independente de raça, gênero, idade, classe social etc. Na prática, o que percebemos é ainda uma grande insatisfação/descrência com relação ao SUS. A saúde pública não consegue atender a todos, e o setor privado, com regras frouxas, estabelece seus próprios critérios de exclusão. A reforma do sistema de saúde brasileiro ainda está em curso, e certamente só terá um final feliz se Estado e sociedade concordarem que há a necessidade urgente de uma política mais justa, solidária e redistributiva no Brasil.

Durante os anos 90, assistimos a inúmeras tentativas de ajuste e estabilização de nossa economia, sacrificamos as classes sociais menos favorecidas e apostamos nas reformas de governo propostas.<sup>13</sup> Hoje, no início do terceiro milênio, mantemos estruturas sociais que correspondem ao modo de vida do início do século passado. O compromisso com o social, com uma política de saúde coletiva é dever de qualquer cidadão, mas principalmente daquele que pretende algum dia atuar na área de saúde. O direito à saúde é uma conquista do movimento social, e o caminho agora é a busca para implementá-lo.

## REFERÊNCIAS

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tabnet . Distribuição dos beneficiários. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <[www.anstabnet.ans.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET\\_BR.DEF](http://www.anstabnet.ans.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET_BR.DEF)>. Acesso em: 8 out. 2007.

BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de Saúde no Pós-Constituinte**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BOBBIO, N; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1995.

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em: <[www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf](http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2003.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <[www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/](http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/)>. Acesso em: 1 out. 2004.

---

<sup>13</sup> Sobre o ajuste estrutural no Estado capitalista, ver Pereira e Linhares, texto.O Estado e as políticas sociais no capitalismo., no livro Sociedade, Estado e Direito à Saúde, nesta coleção (N. E.).

- COC. Casa de Oswaldo Cruz. **Guia do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro: COC, Fiocruz, 1995.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- CORDEIRO, H. **As Empresas Médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, H. **O Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.
- COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- COSTA, N. R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Revista Lua Nova**, 35: 73-111, 1995.
- FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 . um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil**, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- FIORI, J. L. **Em Busca do Dissenso Perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado**. Rio de Janeiro: Insight, 1995.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.) **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- LIMA, L. D. & BAPTISTA, T. W. F. **Política e gestão da saúde no Brasil: desafios para a VISA**. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 2003. (Texto didático para o curso de atualização em gestão da vigilância sanitária para dirigentes municipais do estado do Rio de Janeiro).
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.
- OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. **(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SNOW, J. **Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera**. Rio de Janeiro: Usaid, 1967.



**AV. Romualdo Galvão, 1017, Tirol - Natal/RN - CEP 59022-460**  
**FONE/FAX - COSEMSRN (84) 3222-8996**  
**PABX/FEMURN (84) 3212-2545 - Ramal 26 (cosemsrn)**  
**cosemsrn@digi.com.br**