

8

A Constituinte e o Sistema Único de Saúde

IALÊ FALLEIROS

JÚLIO CÉSAR FRANÇA LIMA

GUSTAVO CORREA MATTA

ANA LÚCIA DE MOURA PONTES

MÁRCIA CAVALCANTI RAPOSO LOPES

MÁRCIA VALÉRIA CARDOSO MOROSINI

ANAMARIA D'ANDREA CORBO

2ª Conferência Nacional de Saúde

• Saúde Como Direito
• Formulação do Sistema
• Planejamento do Setor

11 de março de 1986
Ginásio de Esportes

Medicamento Genérico
Lei nº 9.787/99

USO ORAL

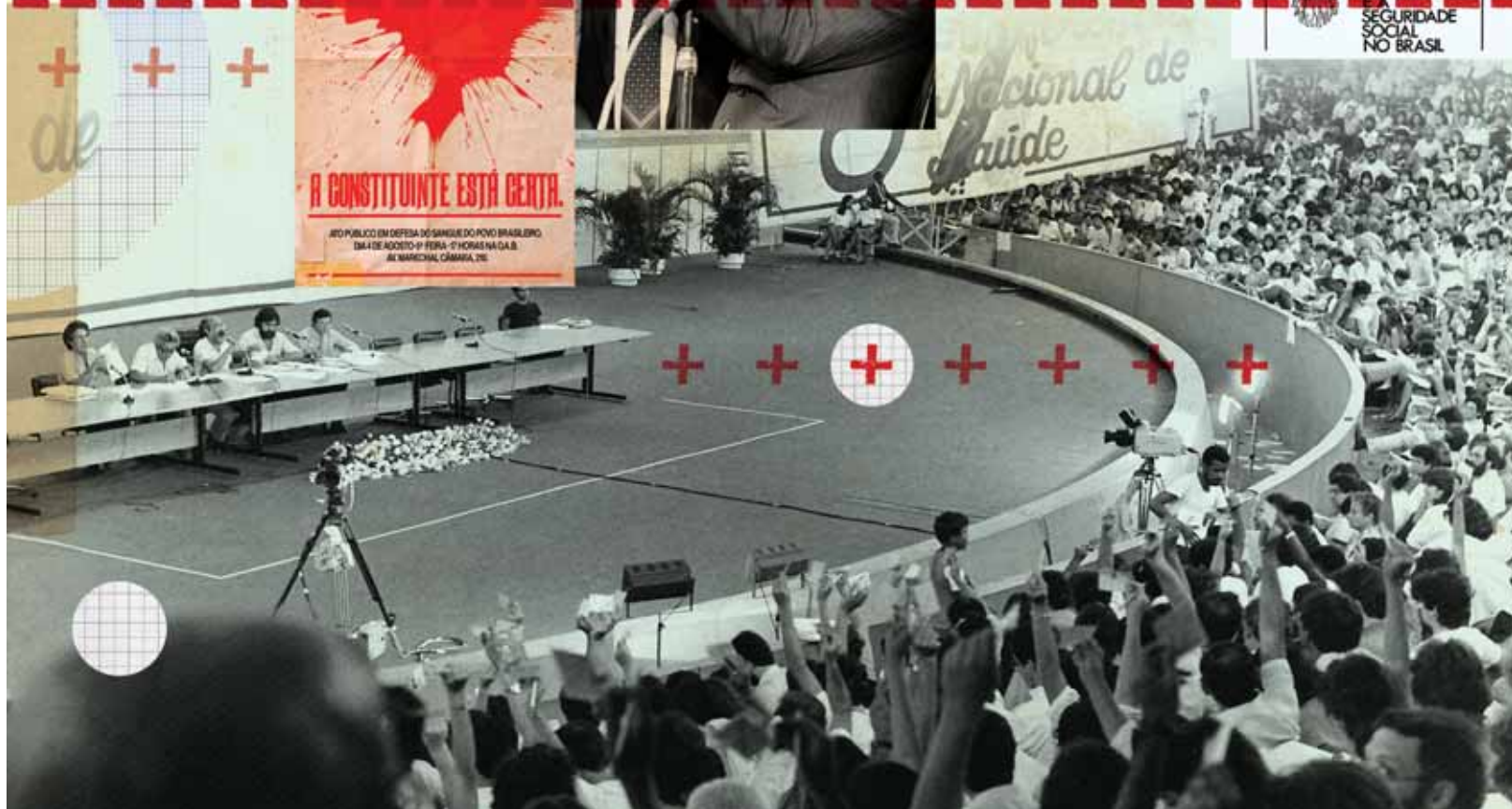
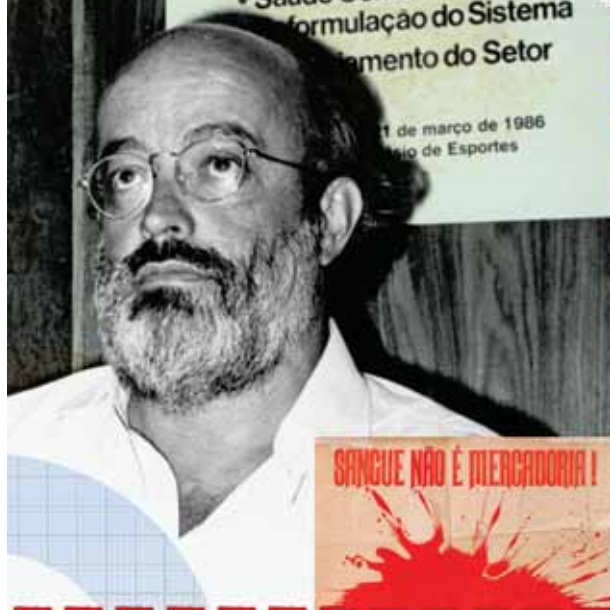
USO ADULTO

em 28 comprimidos revestidos

G

Medicamento Genérico

VENDA SOB
PRESCRIÇÃO
MÉDICA



SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

Ialê Falleiros e Júlio César França Lima

“A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o instante mais significativo e democrático de debate sobre a questão social que jamais aconteceu neste país.”

Sérgio Arouca

A segunda metade dos anos 1970 foi um período de rearticulação das forças políticas nacionais e de discussão e mobilização popular pela democratização da saúde e do próprio regime político do país (Teixeira, 1988). A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, tiveram enorme importância na luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira. Os membros dessas entidades atuaram como difusores da reforma sanitária e conseguiram aprofundar, por meio de textos científicos e do debate público, a crítica e a formulação teórica sobre as principais questões ligadas à saúde, pondo em prática a estratégia de se inserir nos espaços institucionais e intervir nas decisões parlamentares. O conteúdo da nova proposta que então começou a ser construída incorporou as diretrizes expressas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, em 1978: extensão de cobertura com base na atenção primária à saúde, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, e participação comunitária.

A luta pelo fim da ditadura militar levou a área da saúde a organizar os simpósios de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, tendo o primeiro deles ocorrido em 1979. Nesse período de reorganização da sociedade civil, forças políticas ligadas à saúde pública passaram a discutir questões amplas ligadas à redemocratização do país e ao acesso aos serviços de saúde junto ao Legislativo. Esse foi um período de “crise” da Previdência Social, e não apenas crise financeira, mas também crise ideológica acerca do modelo de saúde a ser adotado, que colocou em confronto privatistas e publicistas. O II Simpósio, ocorrido em 1982, já contaria com o movimento organizado da reforma sanitária, propondo um sistema nacional de saúde, com a integração das medidas preventivas e curativas.

Em 1983, a partir do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (Inamps/MPAS), começam a ser implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária (Escorel, 1998). Na realidade, com as AIS o



Capa do primeiro número da revista *Saúde em debate*. Editado pelo Cebras desde 1976, o periódico foi um dos principais canais de divulgação da reforma sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980

Acervo Cebras

Cartaz de seminário promovido pelo Cebras em Brasília no ano de 2009

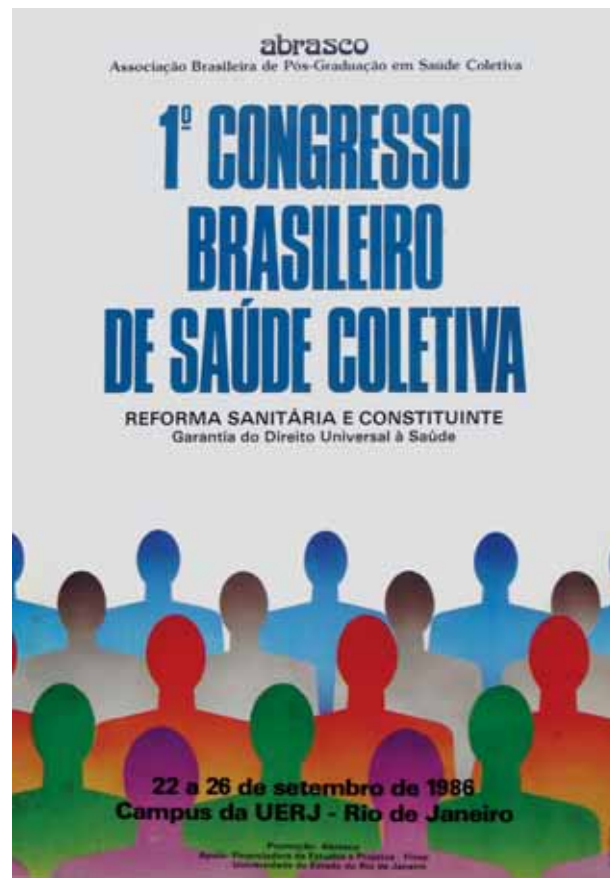
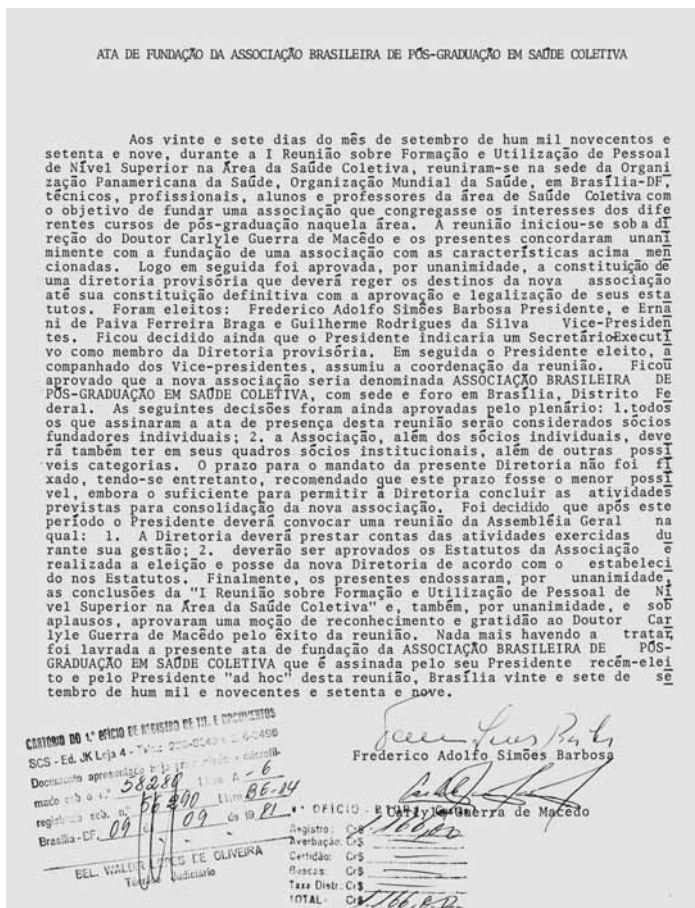
Acervo Cebras

Ata de fundação da Abrasco. Brasília, 27 set. 1979

Acervo Abrasco

Cartaz de divulgação do 1º Congresso de Saúde Coletiva promovido pela Abrasco, 1986

Acervo Fernando Vasconcelos



movimento sanitário põe em prática a estratégia de ocupar os espaços institucionais para com isto mudar a direção da política de saúde e privilegiar o setor público. A intensa articulação e a consequente adesão de sindicalistas e parlamentares do principal partido de oposição – o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) – fizeram prevalecer as propostas do movimento sanitário nas negociações políticas ocorridas no início da transição do regime autoritário para o regime democrático, particularmente a unificação do sistema de saúde, assim como garantiram a nomeação dos representantes desse movimento para postos-chave da administração pública federal.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o principal marco desse processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal, visando romper com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que então caracterizava o sistema de saúde brasileiro. Reunindo um amplo espectro de alianças, a VIII CNS contou com a participação de milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços de saúde públicos. Os prestadores de serviços privados foram os grandes ausentes nos debates travados nessa Conferência, considerada como o maior evento de discussão dos problemas enfrentados pela saúde pública brasileira. Apesar dos interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, as forças progressistas aprovaram o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado,



Reunião do PMDB gaúcho em 1986, com a presença de lideranças do movimento sanitário. Os setores progressistas do partido foram um importante aliado dos sanitaristas na luta pela democratização da saúde durante a transição para a Nova República. Da esquerda para a direita, Sérgio Aroura (1°), Pedro Simon (2°) e Franco Montoro (3°), Eleutério Rodriguez Neto (4°)

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

a ser implementado com a unificação, a democratização e a descentralização do sistema de saúde, depois inscrita na Constituição Federal de 1988; ampliaram e politizaram o conceito de saúde, compreendido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde; e aprovaram propostas relativas às bases financeiras do sistema, incorporadas posteriormente ao texto constitucional e um dos principais problemas que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentaria nas décadas de 1990 e 2000. A partir da VIII CNS, a saúde passou a ser considerada antes de tudo como resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, devendo ser entendida no contexto histórico de cada sociedade no seu estágio de desenvolvimento.

Após a realização da conferência, o movimento sanitário passou a pressionar o Ministério da Saúde e o Inamps/MPAS para a convocação de uma Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS). Segundo Rodriguez Neto (2003), mesmo contando com a presença de representantes dos empresários da saúde, a CNRS levou adiante as proposições tiradas na VIII Conferência, embora os representantes do movimento sindical, ligados à bandeira da “estatização já!”, as considerassem moderadas, e os representantes dos empresários da saúde as taxassem de radicais. Ao longo de 1987, durante os trabalhos da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte, quatro grupos de entidades foram convidados a se manifestar nas audiências públicas: as entidades estatais, como o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); as entidades patronais e prestadoras de serviços privados lucrativos ou filantrópicos, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Santas Casas de Misericórdia; as entidades dos trabalhadores, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e as associações profissionais; e as entidades científicas e de ética, como a Fiocruz, o Cebes e a Abrasco. A maioria dessas entidades apresentou considerações e propostas coerentes com a VIII CNS, enquanto as cooperativas médicas e a FBH, alinhadas com a prática liberal e a iniciativa privada, uniram-se contra a perspectiva de estatização do atendimento à saúde. O setor filantrópico (Santas Casas) aderiu às propostas estatizantes quando lhe foi assegurado um tratamento diferenciado dentro do setor privado (Rodriguez Neto, 2003).

Cumprida com êxito essa etapa na luta dos sanitaristas, o relatório aprovado na subcomissão foi apresentado como anteprojeto para a Comissão da Ordem Social da Assembleia Constituinte. O anteprojeto trazia a noção de seguridade social, que englobava saúde, previdência e assistência social, tal como proposto no documento da Comissão Nacional para a Reforma Sanitária. Contudo, para que o SUS não fosse levado a um comando orçamentário subordinado às áreas de seguridade e previdência, foi incluído o dispositivo definindo a cada área a gestão de seus recursos (que se tornaria o parágrafo 2º do art. 195, seção I, cap. II, da Seguridade Social). O passo subsequente do texto constituinte foi a Comissão de Sistematização. Durante os trabalhos desta comissão, previa-se que a sociedade enviasse propostas de emenda constitucional – as emendas populares, que deveriam ter no mínimo trinta mil assinaturas para serem admitidas. A emenda popular apresentada pela Plenária da Saúde foi defendida por Sérgio Arouca,

Mesa de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde. Da esquerda para a direita, o ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos, o presidente da República, José Sarney, Sérgio Arouca, presidindo a Conferência, o ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, o ministro-chefe da Casa Civil, Marco Maciel, e Carlyle Guerra de Macedo, diretor da Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, mar. 1986

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

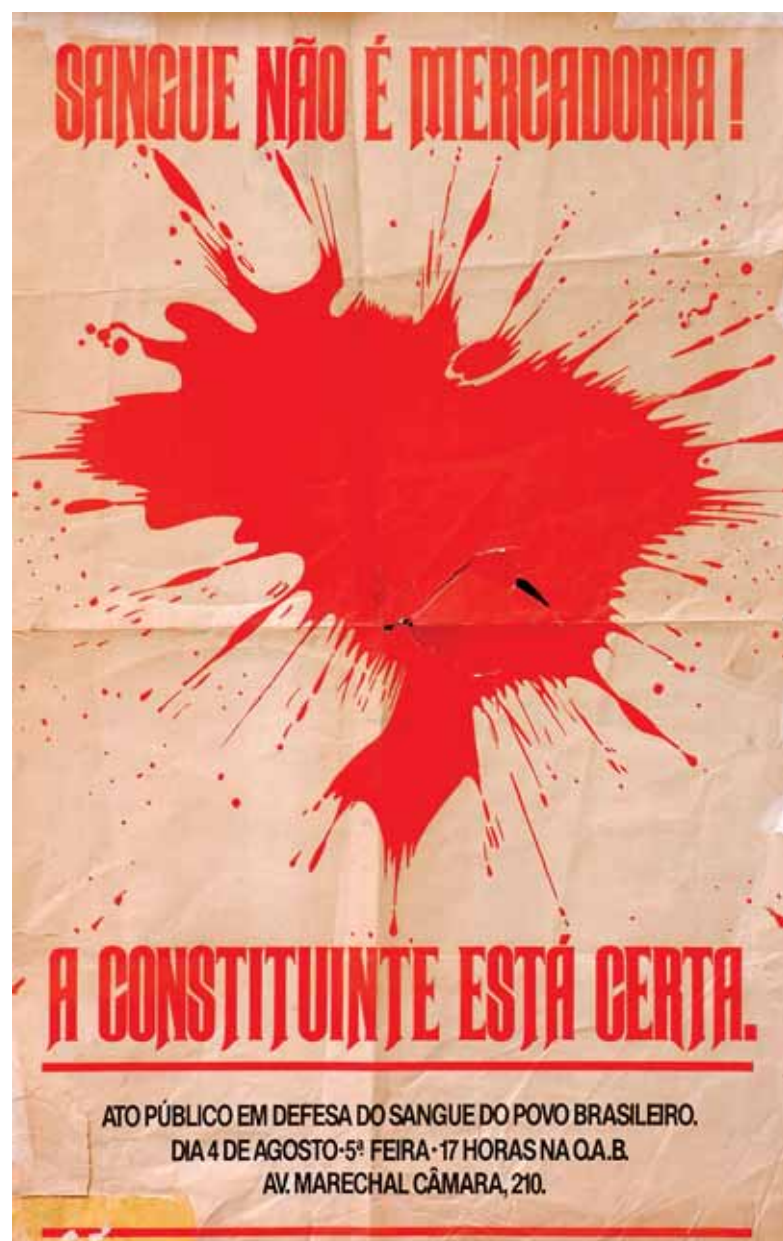
Plenária da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, mar. 1986

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história

então presidente da Fiocruz, contando com o apoio do PT, PCB, PC do B, Abrasco, Cebes, Conselho Federal de Medicina, CUT, entre outras entidades. Da parte dos empresários, apenas uma emenda foi apresentada pela FBH, Abrange, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade, propondo a existência de um sistema privado autônomo e concorrente com o sistema público. Naquele contexto, essa emenda não foi incorporada ao texto apresentado à última etapa da Constituinte: o Plenário.



Nessa instância final, contudo, os grupos conservadores recuperaram o espaço que haviam perdido em muitas comissões da Assembleia Constituinte e, numa manobra política astuciosa, reuniram-se no chamado “Centro Democrático” ou “Centrão”, que contava com representantes do PMDB, PFL, PTB e PDS. Dizendo-se representantes da “vontade média” do povo brasileiro, conseguiram mudar o regimento interno da Assembleia, para que, a partir de então, pudessem ser apresentadas emendas e até mesmo projetos de Constituição que não tivessem passado pela Comissão de Sistematização para votação. Na saúde, os deputados conservadores reuniram-se em torno do combate à “estatização” e defenderam os interesses dos setores hospitalares privados, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e do setor liberal da medicina (Rodríguez Neto, 2003).

A ampla frente de forças políticas organizadas em torno da Plenária Nacional de Entidades de Saúde e o trabalho dos líderes dos partidos progressistas durante as negociações garantiram, de acordo com Rodríguez Neto (2003), os resultados positivos para a saúde na nova Constituição Federal, aprovada em outubro de 1988. Embora o texto constitucional não fosse idêntico ao que os sanitaristas haviam levado à Assembleia, o essencial foi mantido: era dever do Estado a criação de um sistema universal de saúde, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, bem como a ordenação da formação dos trabalhadores para esse sistema. O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser descentralizado – com a obrigação de o

O médico sanitarista Sérgio Arouca (1941-2003) foi talvez a figura de maior expressão do movimento sanitário brasileiro nas décadas de 1970 e 1980, tendo participado ativamente do processo que resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde e na implantação do SUS

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Cartaz produzido pelo cartunista Ziraldo em 1987 para a campanha contra a privatização do sangue. A proibição do comércio de sangue e hemoderivados suscitou intensos debates durante a Constituinte e foi aprovada após forte mobilização das entidades ligadas à defesa da saúde pública

Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Votação do texto relativo à saúde pelo Congresso Constituinte. Brasília, 17 maio 1988

Acervo Programa Radis/Fiocruz



CONSTITUINTE 2º TURNO CONSOLIDA AVANÇOS



governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, destinar parte do seu orçamento para as secretarias estaduais e municipais de saúde, que teriam de assumir as ações na área de forma autônoma e coordenada.

Por outro lado, na avaliação de Bahia (2008), no embate de forças com o setor privado de saúde, a proposta de mudar as bases jurídico-legais dos contratos público-privados não se traduziu integralmente no texto constitucional. O resultado foi uma solução negociada do artigo 199 da Constituição,¹ que define que a assistência médica à saúde é livre à iniciativa privada, podendo ela participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste e mediante contrato de

direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos. Além disso, o artigo 227, parágrafo 1º, do capítulo VII, relativo à família, à criança, ao adolescente e ao idoso, abriu a possibilidade de o Estado promover conjuntamente com entidades não governamentais (ONGs) programa de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, o que para Rodriguez Neto (2003, p. 102) significa uma “clara contradição com a natureza e os princípios do Sistema Único de Saúde”.

De todo modo, do ponto de vista da reforma setorial, o SUS preconizou uma mudança estrutural no

sistema de saúde em direção à universalidade e à eficácia, fazendo da atenção básica a porta de entrada de um sistema destinado a atender as necessidades da população. A descentralização e a consequente municipalização seriam as formas de viabilizar e aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, articuladas com os processos de regionalização e hierarquização dos níveis de atenção, ainda que com a participação do setor privado complementar ao SUS. Ou seja, um modelo que, partindo da constatação dos limites das instituições públicas em atender determinadas demandas da população, complementar a cobertura da atenção à saúde por meio da contratação do prestador privado, com prioridade para as entidades filantrópicas e as que não tivessem fins lucrativos.



Charge de Carlos Xavier (Caco) alusiva às conquistas obtidas pela saúde pública com a nova Carta

Súmula, n. 26, out. 1988

Acervo Programa Radis/
Fiocruz

Ulysses Guimarães,
presidente da Assembleia
Nacional Constituinte,
segura um exemplar da
nova Constituição
brasileira

Acervo Agência Brasil
Disponível em [http://
pt.wikipedia.org/wiki/
Ficheiro:Ulyssesguimaraes
constituicao.jpg](http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Ulyssesguimaraesconstituicao.jpg)

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Gustavo Correa Matta

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. O alicerce legal do SUS é formado por três documentos que expressam os elementos essenciais de sua organização:

- 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, em especial na seção II, artigos 196 a 200;
- 2 – a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional (Brasil, 1990a); e
- 3 – a lei n. 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).²

8



Charge de Carlos Xavier
(Caco)

Súmula, nº 23, jun. 1988
Acervo Programa Radis/
Fiocruz

Primeiramente, é necessário diferenciar o que são os princípios e o que são as diretrizes do SUS. O *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* define “princípio” como “o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão; ditame moral; regra, lei, preceito” (p. 2.299).

Os princípios do SUS servem de base para o sistema de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, representam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam esse sistema. Resultado de uma luta histórica, a saúde no Brasil passou a ser, a partir da Constituição de 1988 e das leis orgânicas, um direito de todo cidadão e um dever do Estado. Esse é o princípio da universalidade. Ele deve existir para todos e não apenas para aqueles que trabalham formalmente ou que contribuem diretamente para algum tipo de seguro saúde. Constitui-se, desta forma, como um dos pilares do SUS.

A palavra “diretriz” é definida pelo mesmo dicionário como “a linha básica que determina o traçado de uma estrada; esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto etc.; norma de procedimento, conduta etc.; diretiva” (p. 1.050). As diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos do SUS, articulados com seus princípios.³

Desse modo, organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização é um caminho para se atingir os objetivos do SUS. Portanto, descentralização seria uma diretriz que obedece aos princípios do SUS.

Em suma, a denominação princípios é dada para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e a designação diretrizes se refere à forma, às estratégias e aos meios de organização do sistema para a sua concretização.

Princípios do SUS

Universalidade

O artigo 196 da Constituição Federal afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Isso significa que a saúde é um direito e não um serviço a que se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde. A universalidade do SUS expressa a defesa do direito à vida e da igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação dos cidadãos brasileiros.

A noção de direito à saúde difere completamente da noção de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloy Chaves, em 1923, quando trabalhadores e empregadores financiavam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, e, em seguida, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (1930) e o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (1966).

Equidade

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores problemas históricos da nação: as injustiças sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de

Cartão de identificação do usuário do SUS. Material publicitário produzido por Luisinho Moura para a prefeitura de Lauro de Freitas (BA). Disponível em <http://luisinhomoura.wordpress.com/portfolio/sus/>

A pobreza e as disparidades sociais são fatores determinantes para as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e estão na origem da formulação do princípio de equidade do SUS

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



serviços de saúde. Portanto, para alguns autores, o princípio da equidade não pressupõe a noção de igualdade, mas significa, sim, tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a iniquidade é maior. Isto implicaria reconhecer a pluralidade e diversidade da condição humana em suas necessidades e em suas potencialidades. A principal questão relativa à equidade está em definir critérios para eleger princípios de distribuição, classificar pessoas ou populações e estabelecer estratégias de distinção.

Integralidade

A integralidade pode apresentar diversos sentidos no campo da saúde (Pinheiro et al., 2003). No primeiro deles, presente no texto constitucional, a integralidade pode ser entendida como uma ruptura histórica e institucional derivada da crítica à separação existente, desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil, entre ações preventivas e curativas. A Constituição de 1988 afirma que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. De acordo com essa concepção, o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam as suas necessidades, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Por isso a denominação Sistema Único de Saúde. Não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas.

Num segundo sentido, a noção de atenção integral também aponta para a crítica da atenção à saúde como algo exclusivamente biológico, incorporando o conceito ampliado de saúde que compreende as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, e que envolvem o sujeito, seu corpo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente. Desta forma, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender as necessidades diversas das pessoas e dos grupos sociais.

Um terceiro sentido pode ser atribuído à integralidade: o de que as políticas de saúde devem ser formuladas tendo em vista tanto a atenção às necessidades de grupos especí-

ficos quanto a relação com outras políticas de saúde. A atenção dispensada a esses grupos não pode prescindir da articulação de ações de prevenção e assistência, bem como da articulação com as demais políticas no âmbito da saúde. São exemplos desse tipo de política a atenção integral à saúde da mulher e a política de atenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à AIDS.

Finalmente, um quarto sentido de integralidade enfoca a formação de trabalhadores e o processo de trabalho em saúde. Propõe-se que a formação desses profissionais seja concebida a partir de uma organização integradora dos conhecimentos e das práticas de trabalho como eixo norteador do processo educativo. Essa proposta guarda relação com a perspectiva da politecnicidade, na qual a compreensão das bases que fundamentam a prática profissional possibilita a reflexão sobre a produção do conhecimento, o processo de trabalho e o papel do trabalhador como sujeito político na luta pela consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Diretrizes do SUS

Descentralização

A diretriz de descentralização na agenda da reforma sanitária brasileira está ligada a questões abrangentes, como a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações entre instituições, entre níveis de governo e entre serviços. No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e a municipal. Nesse sentido,



a descentralização por si não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, como seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como o aporte de recursos financeiros adequado, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor de saúde aos valores democráticos. Ou seja, é necessária a 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 n. 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 indicam com mais detalhes o processo de descentralização do SUS, estabelecendo as condições e estratégias necessárias para que os estados e municípios possam



Cartão de vacinação de usuário do SUS. O atendimento integral prevê a adoção de medidas preventivas, sem comprometimento das ações de caráter curativo

Foto: Peter Illiciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Kit de exame para o diagnóstico da AIDS produzido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) da Fiocruz

Foto: Ana Limp
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

A atenção aos idosos é uma das políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/jpg/capa_caderneta_idoso.jpg

assumir suas responsabilidades no 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.

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 difere, em muito, da descentralização política proposta pelo ideário neoliberal, que preconiza a redução do papel do Estado, a transferência para a iniciativa privada de serviços e atividades originalmente estatais, como a saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado em favor das leis de mercado.

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), que estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual; Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems.

VII Encontro Nacional de secretários municipais de Saúde. Com a implantação do SUS, os municípios assumiram papel relevante na administração dos serviços de saúde do país. Fortaleza, dez. 1990

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



Muitos estudiosos têm analisado o processo de descentralização e municipalização do SUS. Até o ano 2000, 99% dos municípios haviam aderido ao sistema, consolidando o processo de formalização da gestão descentralizada. Apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS, a União continua a centralizar poder e decisão em razão de seu papel na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, sobretudo, de incentivos financeiros. A atuação dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrática do que aglutinadora de estratégias de negociação por meio de pactos e convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus municípios.

Um dos principais desafios do SUS é garantir a oferta de serviços de saúde em todo o território nacional, tornando-os acessíveis também para as populações que vivem em regiões afastadas dos grandes centros urbanos

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Regionalização e hierarquização

A lei n. 8.080 dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa diretriz aponta para uma organização do sistema voltada para 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. A lógica proposta é: quanto mais perto o sistema estiver, maior será sua capacidade de identificar as necessidades da população e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços de saúde a ela destinados. A regionalização deve ser norteadada pela hierarquização

8



dos níveis de complexidade requeridos pelas necessidades de saúde das pessoas. A rede de ações e serviços de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, deve se organizar para incluir desde ações de promoção e prevenção até aquelas de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias. A organização do sistema pode então requerer uma rede de serviços que extrapola os limites do município, tornando-se necessário o estabelecimento de convênios com outros municípios para atender as demandas de saúde de seus cidadãos. As instâncias de pactuação, como a CIB, participam na constituição dessa rede e no estabelecimento das estratégias de referência e contrarreferência (ou trânsito entre os níveis de complexidade da atenção à saúde) intermunicipais.

Participação da comunidade

Em 1990 foi aprovada a lei n. 8.142 – resultante da luta pela democratização dos serviços de saúde –, que instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instâncias de participação social do SUS nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Atualmente, passadas quase duas décadas da institucionalização efetiva do “controle social” por meio dos conselhos, estima-se que existam mais de cem mil conselheiros de saúde em todo o país.

A principal característica dos conselhos é o seu caráter deliberativo sobre a formulação das estratégias de atenção à saúde no país. Os conselhos são formados por representantes de usuários do SUS (50%), trabalhadores da saúde (25%) e prestadores e gestores (25%). O SUS garante aos estados, Distrito Federal e municípios a autonomia para administrar os recursos da saúde, de acordo com a sua condição de gestão (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal), mas para isso é preciso que cada região tenha seu conselho de saúde funcionando de forma adequada. As conferências de saúde devem se reunir em cada nível de governo a cada quatro anos com a representação dos diversos segmentos sociais, convocadas pelo poder executivo ou extraordinariamente pela própria conferência ou pelos conselhos. As conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde têm o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas. Como se vê, a participação da comunidade não só nasce colada à diretriz de universalização da saúde, como pretende funcionar como garantia de plenitude da mesma diretriz. Finalmente, se por um lado a participação popular tem origem em uma história de luta e mobilização e constituiu-se, como vimos, em importante instrumento de afirmação do caráter público e universal do

“Queremos saúde”

Súmula, n. 14, jun. 1986, p. 4
Acervo Programa Radis/
Fiocruz

Cartaz da prefeitura de Guarapari (ES) convocando a população para a Conferência Municipal de Saúde realizada em setembro de 2009

Disponível em <http://www.guarapari.es.gov.br/ntmostra.php?id=1169>

A participação popular no SUS remonta às lutas pela democratização e universalização dos serviços de saúde. Na foto, manifestação pró-Constituinte realizada por entidades do setor. Rio de Janeiro, 1987

Foto: Erik Pinto
Acervo Programa Radis/
Fiocruz



Conferência Municipal de

SAÚDE de Guarapari



"Participação Popular na Construção do Plano Municipal de Saúde de Guarapari"



QUANDO SE FALA DE SAÚDE TODOS DEVEM PARTICIPAR

25 e 26 de Setembro

Local: Auditório da Faculdade Pilares

Programação:	23/09 - Sexta-Feira	25/09 - Sábado
10h	Sala de Conferências	08h15
11h	Abertura Solene	Paralelo Espiritiva: "Os Desafios da Gestão Social no SUS"
13h	Prévia do Evento - "Plano Municipal de Saúde - Uma Construção Coletiva"	09h30
15h15	Aprovação do Regulamento	10h
17h30	Início da Sessão	11h30
		13h

Logos: SEMSA, Prefeitura Municipal de Guarapari, and others.

www.guarapari.es.gov.br

SUS, por outro, a ocupação efetiva dos espaços e o exercício autônomo e soberano da política não estão automaticamente garantidos pela existência formal dessas instâncias.

Nesse sentido, a participação popular apresenta dois grandes desafios: primeiro, fazer com que a atuação dos conselhos e da sociedade não se reduza ao controle e monitoramento das ações do Estado na saúde, e se consolide efetivamente como uma instância participativa e deliberativa das políticas e ações de saúde em cada esfera de governo; segundo, não inibir a organização e reconhecimento de novos dispositivos de participação e controle social no SUS. Ou seja, se, por um lado, a conquista de uma instância de participação popular reconhecida e que faz parte legalmente do sistema de saúde brasileiro indica a democratização do SUS, por outro, a formalização de uma única instância representativa da sociedade como lugar de discussão e proposição das políticas de saúde burocratiza e limita as ações da sociedade civil nas suas formas de luta, expressão, participação e controle sociais. Como se vê, este é um tema muito caro para a discussão das origens e do futuro da reforma sanitária brasileira e de seu caráter político e democrático em nosso país.

8



A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

**Ana Lúcia de Moura Pontes, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes,
Márcia Valéria Cardoso Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo**

A lei n. 8.080, de 1990, institucionalizou o Sistema Único de Saúde, que tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a participação popular e a equidade. A proposta desse sistema é romper com o modelo de atenção predominante hoje, caracterizado pela centralidade no trabalho médico e no hospital, e voltado para o tratamento de doenças com forte uso de tecnologias e medicamentos. Ou seja, procura-se construir um sistema baseado na defesa da saúde como um direito, entendendo-a como resultante das condições de vida da população. Para isso, propõe-se um sistema pautado nas ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção (dos postos de saúde até o hospital especializado), e na participação popular na gestão do sistema e do cuidado.



Posto de saúde em Rondonópolis (MT)
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Assim, no decorrer de mais de vinte anos de construção do SUS, observa-se que a real conquista desses princípios é um desafio. Pode-se dizer que ainda hoje o sistema não garante a universalidade do acesso à atenção em saúde. Como veremos a seguir, o investimento na expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) vem gradativamente garantindo o acesso das comunidades mais pobres do país às ações básicas de saúde. Entretanto, embora seja evidente a inserção cada vez maior da população nos serviços de saúde, o acesso e a qualidade dos procedimentos de maior complexidade ainda são extremamente precários.

Além disso, segundo pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) de 2002, apenas 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e 8,7% não são usuários. Ou seja, esses dois últimos grupos utilizam o Sistema de Saúde Suplementar, que cobria, em 2006, uma população de 42,5 milhões de brasileiros (ANS, 2006). Longe de garantir o direito igualmente atribuído à população brasileira de ter suas necessidades de saúde atendidas, essa situação contribui para a

Em 1910, o educador norte-americano Abraham Flexner publicou um alentado estudo sobre a situação do ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá, concluindo que mais de 90% das faculdades de medicina avaliadas apresentavam sérias limitações em seu funcionamento. Frente a esse diagnóstico, Flexner propôs a adoção de um modelo de educação médica centrado na pesquisa biológica e na especialização profissional, vistas como alternativa ao empirismo predominante no ensino da época. Suas recomendações foram amplamente adotadas pelas instituições norte-americanas e influenciaram a reforma dos currículos de medicina em várias partes do mundo nas décadas seguintes

Acervo Fundação Rockefeller
Disponível em <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Aflexner21.jpg>



O MODELO ASSISTENCIAL OU MODELO DE ATENÇÃO

O modelo assistencial ou modelo de atenção diz respeito ao modo como são organizadas, numa dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. Consideramos que no mundo existam diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na Saúde e na Doença, e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde (Silva Junior e Alves, 2007). O modelo hegemônico da medicina científica tem sua base no fortalecimento das ciências biológicas – com destaque para a patologia e a fisiopatologia – no estudo das doenças e tem como um marco para sua consolidação os impactos produzidos pelo relatório Flexner (1910). Suas características são: biologicismo, mecanicismo, individualismo, especialização, tecnificação do ato médico, exclusão das práticas alternativas, ênfase na medicina curativa (Corbo et al, 2007). A partir da década de 1970, esse modelo configura-se como um modelo em crise, pois o que se observa são profundas desigualdades das condições de saúde da população e na oferta de serviços de saúde. O principal marco para a mudança de modelo foram as discussões da década de 70 sobre a Atenção Primária, definidas na Conferência de Alma-Ata. Dessa forma, a proposição do Sistema Único de Saúde se dá nos marcos desse debate, e busca responder às questões postas pela necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro construído nas décadas anteriores, denominado modelo previdenciário.

manutenção e ampliação das desigualdades sociais. Entretanto, vale lembrar que alguns serviços especializados de saúde, como transplantes, medicamentos antirretrovirais, serviços oncológicos, em geral não cobertos pelos planos de saúde, muitas vezes atingem níveis de excelência na rede do SUS e são o único recurso disponível para toda a população.

Do ponto de vista da integralidade, o SUS preconiza a integração entre as ações de promoção e prevenção da saúde e as de assistência, e a construção de projetos de cuidado que articulem, de acordo com a necessidade do usuário, desde os serviços de atenção básica (baixa densidade tecnológica) até os de atenção quaternária (alta densidade tecnológica).

Neste sentido, pensar em serviços de saúde que incorporem a diretriz da integralidade implica, quase sempre, a reestruturação dos processos de trabalho tradicionais, centrados no médico, no uso excessivo de tecnologias, desvinculados de ações de vigilância e educação em saúde e sem qualquer preocupação político-social em relação ao processo de adocimento dos sujeitos. A organização da atenção pautada na integralidade torna necessário, por exemplo, o maior conhecimento da realidade dos sujeitos atendidos,



a redefinição da recepção/acolhimento dos usuários, a discussão do vínculo e responsabilidade dos profissionais com os usuários/comunidade, o fortalecimento da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, assim como a articulação dos diversos níveis de atenção. Evidentemente, essas transformações da atenção apontam para a necessidade de incorporar profissionais de diferentes áreas aos serviços e também de investir na mudança do perfil dos profissionais de saúde. A formação desses profissionais costuma estar centrada no estudo de sintomas e tratamentos específicos e, quase sempre, não favorece o desenvolvimento da percepção e análise das necessidades de saúde dos usuários e do contexto em que eles vivem. Em virtude disso, novas políticas de formação foram implementadas no período.⁴ Vale destacar, entretanto, que, embora amplamente discutidas, e quase sempre reconhecidas também como fundamentais para a transformação da atenção pública em saúde, questões como condições de trabalho, valorização profissional e remuneração digna parecem não compor mais, de fato, as ações propostas neste sentido.

O objetivo deste texto é identificar algumas das estratégias adotadas para garantir

a universalidade, integralidade e equidade do sistema, tomando como eixo as transformações nas políticas relacionadas com a organização da atenção básica. Esse recorte apresenta alguns limites, mas pode contribuir para a análise desses princípios do SUS, pois a atenção básica, além de ser a “porta de entrada” ou o primeiro contato do usuário com o sistema, é também onde se resolveria a maior parte dos problemas de saúde da população. Ademais, é a atenção básica que deveria acompanhar os indivíduos e a comunidade, e que articula o processo de cuidado com os demais níveis de atenção.

Entretanto, cabe ressaltar que em torno da discussão sobre a atenção básica à saúde existem alguns projetos e concepções diferenciados (Corbo et al, 2007). Em uma conjuntura neoliberal, numa perspectiva de redução de custos e da reforma do Estado, proposta apoiada pelos organismos internacionais, a atenção básica seria uma atenção de baixo custo, concebida como um programa direcionado para populações empobrecidas. Nesse caso, observa-se uma atenção com baixa incorporação tecnológica, utilização de força de trabalho pouco qualificada, e voltada para resolução de algumas doenças prevalentes e/ou preveníveis (Corbo et al., 2007). Em contrapartida, o movimento da reforma sanitária e da defesa da saúde como direito concebe a atenção básica como um modelo de reorganização dos sistemas de saúde, que



Linha de produção do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz. O laboratório tem como finalidade o desenvolvimento e fabricação de medicamentos considerados essenciais para a população brasileira, sendo o principal produtor de antirretrovirais do país

Foto: Rogério Reis
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Paciente recebendo atendimento no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), unidade vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. É na atenção básica que se dá o primeiro contato do usuário com o SUS

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

se estrutura e se operacionaliza de forma a atender às necessidades da população, envolvendo a sua articulação com os outros níveis do sistema. Desse modo, o sistema de saúde é concebido como uma rede integrada de serviços de atenção à saúde que funciona de forma articulada na promoção de uma atenção continuada e integral.

Até a década de 1990, predominantemente, a organização da atenção básica no Brasil se dava por meio de centros de saúde e de postos de saúde, que respondiam a demandas espontâneas da população. Esses serviços contavam com atividades de prevenção, como vacinação e realização de campanhas, e atividades de assistência, estruturadas em torno do atendimento médico (de clínicos, ginecologistas e pediatras). Entretanto, é importante ressaltar que, desde a década de 1970, podem-se observar diversas experiências e inovações na forma de organização da atenção básica no país.

Em 1994 inicia-se a implantação nacional do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido com base na experiência bem-sucedida no Nordeste do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que conseguiu reduzir a mortalidade materna e infantil. Nos primeiros anos de implantação do PSF, foram priorizadas as áreas delimitadas no Mapa da Fome do Ipea, ou seja, buscava-se expandir a cobertura dos serviços de saúde, por meio do programa, para áreas com populações empobrecidas.

Desde 1996, esse programa passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, e posteriormente se consolidou a denominação Estratégia de Saúde da Família. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 1998, p. 1), o objetivo da saúde da família seria:

Pacientes aguardam atendimento em posto de saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Lançado em 1994, o Programa Saúde da Família alterou a forma de organização da atenção básica no Brasil

Súmula, nº 48, maio 1994, p.5
Acervo Programa Radis/
Fiocruz



a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

As equipes de saúde da família são responsáveis por uma área geográfica que possui de três mil até quatro mil habitantes (portaria 648, 2006). A equipe mínima é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo também integrar-se a equipe de saúde bucal (ESB). Cada equipe conta com até 12 ACS que acompanham de cem a 250 famílias da sua área de atuação, atendendo a um número máximo de 750 pessoas.

A saúde da família possui um sistema de informação específico, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com registro das atividades cotidianas dos agentes comunitários e da equipe, além de alguns dados sobre morbidade e mortalidade.

Corbo et al (2007) analisam que, com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde, o ESF incorpora as noções de 'integralidade' e 'universalidade' da assistência, 'equidade', e estímulo à 'participação comunitária', com o objetivo de corrigir as diversas distorções apresentadas pelos modelos de assistência à saúde no decorrer dos anos.

Para a sua implantação e expansão, o programa valeu-se, principalmente, de duas estratégias: de um lado, induziu a implantação de equipes de saúde da família por meio de incentivos financeiros; de outro, realizou investimentos significativos na mudança da formação de profissionais de saúde para atuarem segundo a lógica desse novo modelo.

A forma de financiamento da expansão da saúde da família foi reformulada algumas vezes. Inicialmente, por meio da portaria n. 157, de 1998, estabeleceu-se um valor

MÉDICO DE FAMÍLIA MODELO CUBANO VAI ATINGIR 14 CIDADES



Com previsão de atender inicialmente a 32 milhões de pessoas em 14 municípios brasileiros, o Governo Federal lançou o Programa Saúde da Família, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que garantirá assistência médica em período integral e continuado a todos os integrantes de uma família. Nos dois primeiros meses, serão destinados cerca de US\$ 200 milhões para custear 50 equipes de saúde, que atuarão em todas as regiões do País.

Aproveitando o tema da Campanha da Fraternidade de 94 - "A família como vai? -", o governo federal adotou o modelo que a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (RJ) importou de Cuba, onde o acompanhamento médico do paciente é feito na própria comunidade. Segundo o secretário Gilson Cantarino, o projeto já beneficiou cerca de 17 mil pessoas daquele município.

Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história



específico para cada equipe de saúde da família implantada, repassado do fundo federal para o fundo municipal, em função do Piso da Atenção Básica (PAB, criado pela NOB 96) fixo do município. Em 1999, por meio da portaria n. 1.329, o financiamento do PSF passou a ser definido com base no percentual de cobertura populacional realizado pelas equipes de saúde da família. A portaria instituiu também o valor de dez mil reais, como incentivo adicional, por equipe implantada.

O governo federal mais do que duplicou os recursos destinados à saúde da família entre 1999 e 2000, o que correspondeu a uma decisão política de despertar maior interesse dos gestores municipais pela expansão deste programa (Mattos, 2002). Entretanto, na portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o financiamento das equipes de saúde da família volta a ser repassado aos municípios, levando-se em consideração o número de equipes implantadas. A transferência de recursos fica vinculada à alimentação obrigatória dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

No que diz respeito à formação profissional, foram criados os polos de capacitação em saúde da família, que instituíram o treinamento introdutório. A criação e realização de cursos de residência e especialização em saúde da família também foram incentivadas, assim como os movimentos de reforma no currículo das profissões. Note-se, porém, que os investimentos listados têm focalizado os trabalhadores de nível superior, notadamente o médico e o enfermeiro.

8



Equipe de saúde da família em visita a comunidade no Rio de Janeiro

Foto: Peter Illiciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Publicação do Ministério da Saúde que avalia a situação da Atenção Básica no Brasil a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
Brasília, 2008

Acervo Ministério da Saúde

Capa da *Revista Brasileira de Saúde da Família*, publicação periódica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
Acervo Ministério da Saúde

É importante destacar que a força de trabalho de maior expressão numérica na saúde da família são os agentes comunitários de saúde. Em maio de 2003, quando se discutiam no âmbito do Ministério da Saúde as bases da formação dos ACS, havia 170.423 agentes, constituindo um conjunto muito significativo de trabalhadores em situação precária (76,7%), uma vez que somente 23,3% deles tinham contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já em março de 2010 observamos um crescimento significativo no número de agentes, que totalizam 236.399 trabalhadores, cobrindo 61,11% da população brasileira (MS/SAS/DAB). Esse quadro precário em relação ao vínculo empregatício teve, entretanto, mudanças positivas com a luta dos trabalhadores e as novas regulamentações da profissão.

No que se refere à profissionalização dos agentes, sugerimos a leitura do “Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde em julho de 2004”, que define conteúdo, carga horária e as condições mínimas para a formação dos ACS, indicando as etapas de um itinerário preparatório composto de três módulos. E sobre a regulamentação da profissão, a lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, que estabelece os requisitos para o seu exercício, a escolaridade de nível fundamental e a qualificação básica. Ademais, essa lei fortalece profissionalmente os ACS ao submetê-los ao regime jurídico da CLT e prever a realização de concurso público para sua admissão e dos agentes de endemias.⁵ Vale destacar que

Equipe de saúde da família realiza atendimento domiciliar em Salvador

Disponível em http://caldeiraadenovidadessaude.blogspot.com/2008_04_01_archive.html

Agentes de saúde do município de Aracaju durante protesto por aumento de salário e melhores condições de trabalho. Aracaju, 15 dez. 2009

Disponível em <http://www.infonet.com.br/saude/ler.asp?id=92931&titulo=saude>

Agentes comunitários de saúde entrevistam moradora em comunidade no Rio de Janeiro. Os ACS formam o maior contingente de trabalhadores do Saúde da Família

Foto: Peter Illiciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz



a profissionalização dos agentes comunitários de saúde é ainda um desafio, assim como a melhor definição da atuação dos auxiliares de enfermagem, cuja formação é frequentemente voltada para o atendimento hospitalar, centrada na doença e na realização de procedimentos técnicos.

Assim, a saúde da família reitera na atenção básica a tentativa de facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, constituindo um conjunto de ações e práticas que têm como objetivo incorporar ou reincorporar parcelas da população historicamente apartadas dos serviços de saúde. A Atenção Básica

(Brasil, 2006b, p. 10) é definida como “o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde”, e tem um caráter de reorganização de todo o sistema. Segundo dados do MS/SAS/DAB, em março de 2010 havia em atuação 236.399 agentes comunitários de saúde e 30.782 equipes de saúde da família no Brasil, garantindo o acompanhamento de 115.922.534 (61,11% da população) e 97.352.949 pessoas (51,32 % da população), respectivamente. Em relação à implantação das equipes de saúde bucal, observou-se, em 2008 (MS/SAS/DAB), uma cobertura de 45,3% da população, por meio de 17.807 equipes.

Esses avanços têm sido impulsionados por estratégias como o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), que o Ministério da Saúde desenvolveu em 2002 com o apoio do Banco Mundial. O volume total de recursos para os sete anos de vigência do programa (2002-2009) foi de 550 milhões de dólares, sendo 50% financiados pelo Banco Mundial e 50% como contrapartida do governo brasileiro. O Proesf tem como objetivo o apoio à organização e ao fortalecimento da atenção básica no país por meio do investimento em estratégias de qualificação dos trabalhadores e de monitoramento e avaliação da atenção básica.

A saúde da família, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, está se comprometendo na busca da organização dos serviços, ações e práticas de saúde, de forma a garantir à população o atendimento mais abrangente



de suas necessidades. Essa atitude implica a compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde dos indivíduos e populações, e envolve um conjunto de práticas e saberes para além dos tradicionais da biomedicina. Assim, aponta para a incorporação de novos profissionais nos serviços, ações articuladas com outros setores – como habitação, educação e assistência social – e, dessa forma, para a centralidade do trabalho em equipe no processo de cuidado. Esses são desafios diante do atual quadro de formação profissional e do corporativismo de algumas categorias.

Na mesma medida, esse compromisso implica o estreitamento da relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde. A atenção básica deve ter uma alta capacidade de resolução dos problemas da população, porém é insuficiente para responder ao cuidado integral das necessidades de saúde. Assim, a atenção básica deve atuar de forma complementar e contínua com ambulatórios e hospitais gerais e de especialidades. Por isso, é fundamental a garantia de sistemas de encaminhamento para outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como o retorno e continuidade do cuidado na atenção básica (fluxos de referência e contrarreferência). Da mesma forma, devem ser contínuos e integrados os componentes preventivo e curativo das práticas desenvolvidas nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a atenção à saúde.

Entretanto, a relação entre esses diversos níveis de atenção (básica e especializada) precisa avançar muito. A população busca e valoriza, sobretudo, o atendimento hospitalar, justificado pela dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica e pela baixa capacidade desses serviços responderem de forma adequada às necessidades da população. Ao mesmo tempo, não são raros os relatos das equipes de ESF a respeito da dificuldade de marcação de consultas e exames nos serviços especializados e da ausência de retorno sobre os procedimentos e atendimentos realizados nesses serviços. Algumas questões relacionadas à organização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatoriais e hospitalares devem ser lembradas, como: concentração desses serviços em grandes centros e nas regiões sul e sudeste; baixa responsabilização e resolutividade desses serviços; falta de políticas de qualificação desses trabalhadores; predominância de prestadores do setor privado; financiamento baseado na produtividade com baixo controle de qualidade; e incipiente política de regionalização e articulação com a rede básica.

Alguns dados sobre o setor hospitalar e ambulatorial, encontrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, www.datasus.gov.br), contribuem para a compreensão dessa análise. Em janeiro de 2008 estavam registrados: a) 1.259 hospitais especializados, distribuídos 42% na região Sudeste, 30% na região Nordeste, 11% na região Centro-Oeste; 9% na região Sul e 7% na região Norte; b) dos 5.185 hospitais gerais, 34% estão na região Sudeste, 27% na região Nordeste, 19% na região Sul, 13% na região Centro-Oeste e 7% na região Norte; c) das 14.382 unidades de apoio a diagnose e terapêutica, 44% estão na região Sudeste, 24% na região Sul, 18% no Nordeste, 9% no Centro-Oeste e 4% na Norte. Quanto à esfera administrativa, pertencem ao setor privado 77% dos hospitais especializados, 68% dos hospitais gerais e 93% das unidades de serviços de apoio a diagnose e terapêutica.

Considerando que a equidade é outro princípio estruturante do SUS, a saúde da família orienta-se pelo respeito ao direito igualmente atribuído à população brasileira em ter suas necessidades de saúde atendidas. Compromete-se também a considerar as diferenças e desigualdades historicamente instituídas e que se expressam, por exemplo, em indicadores sociais diferenciados segundo regiões, estratos sociais, etários, étnicos, de gênero etc., que geram necessidades distintas e, conseqüentemente, exigem uma



Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde, manual produzido pelo Ministério da Saúde para a formação de agentes comunitários. Brasília, 2004

Acervo Ministério da Saúde

Equipe de saúde bucal realiza atendimento na comunidade do Perpétuo, em Teresópolis (RJ). 25 mar. 2010

Disponível em <http://psperpetuo.blogspot.com/>

Cartaz de divulgação do Programa Saúde da Família

Disponível em <http://karinanutricao2.wordpress.com/2009/11/12/o-programa-saude-da-familia/>

8





Hospital Anália Franco, em São Paulo. A grande maioria dos estabelecimentos de saúde no Brasil pertence à rede privada

Foto: Lukaaz
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hospital_An%C3%A1lia_Franco_-_by_Lucas.jpg

Família indígena da região amazônica. A grande heterogeneidade da população brasileira exige do SUS uma política de saúde capaz de dar conta das diversas realidades sociais encontradas no país

Foto: Rogério Reis
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz



política de saúde capaz de se organizar e responder de forma apropriada a essas múltiplas questões e de contribuir para a redução das desigualdades.

Nesse sentido, por um lado podemos apontar que a territorialização e a inserção dos agentes comunitários de saúde (enquanto trabalhadores e moradores das comunidades) favorecem a aproximação com o contexto e as especificidades epidemiológicas, sociais e culturais do local; por outro, percebe-se ainda a dificuldade das equipes em inserir esses aspectos na organização de seus trabalhos. Ainda é um desafio para elas adequar e superar as metas estabelecidas pelos programas de atenção que organizam e avaliam o trabalho da equipe, e são baseadas em critérios de produtividade relacionados principalmente às execuções de consultas, visitas domiciliares e procedimentos, sendo pouco valorizada a dimensão qualitativa do cuidado e da educação em saúde. Assim, pode-se dizer que as equipes ainda encontram enormes problemas para integrar ao serviço os usuários com demandas e necessidades fora de padrões previamente estabelecidos.

O atendimento aos idosos e a outros grupos sociais com necessidades específicas é uma das mais importantes atividades desenvolvidas pelo SUS. Na foto, médico e agente comunitária do Programa Saúde da Família realizam atendimento em residência no Rio de Janeiro

Foto: Peter Illiciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz



Outro desafio para a transformação do modelo de atenção que a Estratégia de Saúde da Família adota é a “promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, planejamento, execução e avaliação das ações” (Brasil, 2006). Assim, as equipes perseguem a aproximação entre as ações e as necessidades da população e buscam compreender que a população pode qualificar e modificar a definição e a execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização. Destacam-se, principalmente, as instâncias participativas previstas no setor saúde – conselhos e conferências –, além de outros meios de mobilização e organização, como as associações de moradores e os sindicatos. Instâncias essas nas quais os próprios trabalhadores de saúde também devem participar ativamente enquanto categoria profissional. Nesse aspecto, entretanto, podemos apontar a heterogeneidade das ações das equipes e da organização do controle social, uma vez que em algumas comunidades existem associações e conselhos locais ativos, e em outras essa participação ocorre pontualmente (Corbo et al, 2007).

A participação da comunidade é fundamental para o sucesso das ações do Saúde da Família

Foto: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

O trabalho dos agentes comunitários de saúde constitui um elo fundamental para o bom relacionamento da população com os outros profissionais envolvidos no PSF

Foto: Peter Illiciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

Logomarca criada pelo Ministério da Saúde em comemoração aos 20 anos do SUS

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/sus_20anos_.jpeg.jpg
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

A produção de genéricos, de custo mais barato que os remédios fabricados pelos laboratórios privados, tem sido uma das principais iniciativas do governo para universalizar o acesso da população brasileira a medicamentos

Foto: Peter Illiciev
Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz



Vale destacar, por fim, que a proposta deste novo “serviço”, a Estratégia de Saúde da Família, implica uma importante transformação na estrutura tradicional do trabalho em saúde, afetando diretamente as práticas e as relações cotidianas dos trabalhadores. Os profissionais de saúde não têm mais como referência principal para suas práticas o contexto das unidades de saúde. Seu trabalho deve ser centrado no território e, mais especificamente, nas famílias adstritas. A ideia da equipe de saúde aparece ainda com mais força, valorizando-se a troca entre os diferentes profissionais e o trabalho coletivo. Os agentes comunitários de saúde são incorporados como ponto fundamental desta nova forma de organização do trabalho em saúde, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população e de compreender o contexto local, favorecendo a efetiva mudança da noção de saúde no interior do sistema.



É inegável que todo esse processo efetivamente impulsiona certa reordenação do trabalho em saúde na atenção básica e coloca em questão o papel e as práticas dos profissionais envolvidos. É preciso analisar com cuidado, entretanto, os variados formatos que essas propostas adquirem nos diferentes contextos em que se constroem, e as enormes dificuldades que envolvem a reorientação de modelos de atenção arraigados não só nos profissionais como nos usuários. Assim, frequentemente ouvem-se relatos de uma reprodução do modelo de atenção tradicional e da hierarquização das profissões de saúde. Na realidade, é possível constatar múltiplos conflitos na organização do trabalho na Saúde da Família, na maioria dos casos, a ESF repete o modelo médico-biológico hegemônico: médicos mandam, enfermeiros obedecem e agentes comunitários ou técnicos cumprem (Sávio, 2003).

A divisão social do trabalho típica da nossa sociedade não parece desestruturar-se concretamente. Permanece a tentativa de reduzir a complexidade do processo de trabalho, ao se prescreverem tarefas *aparentemente* simples para os trabalhadores com menor escolarização e retirar deles a possibilidade de compreensão do processo mais amplo da produção, dificultando a construção de uma nova lógica de trabalho em saúde e a inserção diferenciada de trabalhadores e usuários neste processo. A Saúde da Família, em muitos casos, mantém os trabalhadores de nível médio isolados do trabalho da equipe, sem participação ativa no planejamento e avaliação dos processos, com remuneração muito inferior à do restante da equipe e sem qualificação para o trabalho.

Plenária da IV
Conferência Municipal de
Saúde de Itabuna (BA).
13 abr. 2010

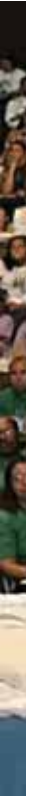
Disponível em <http://www.redebrasildenoticias.com/2010/04/secretario-anuncia-novo-pacto-com.html>



Por fim, pode-se dizer que a reorganização da atenção básica na década de 1990 evidencia as dificuldades de concretizar, nesses vinte anos, os princípios do SUS de universalidade do acesso à saúde e da integralidade da atenção, e de contribuir, dessa forma, para um projeto de sociedade que supere as desigualdades sociais.

Vale apontar também que o crescimento do número de profissionais não médicos no sistema, atuando de formas diversas nos serviços de atenção à saúde, vem favorecendo o surgimento de novas perspectivas a respeito dos usuários e de suas demandas de saúde. A municipalização da gestão do sistema propicia, ainda, experimentações interessantes em relação à constituição de novas práticas de saúde que, no entanto, nem sempre parecem ter continuidade. Apresenta-se, então, para o SUS, a importante questão de pensar estratégias de fortalecimento dessas propostas.

Como desafios ainda enfrentados pelos profissionais de nível técnico, podemos apontar a necessidade da realização de uma política de gestão que possibilite a conquista de vínculos de trabalho pautados pelas premissas básicas de cidadania, e a efetivação de uma política de educação em saúde que permita uma formação profissional, tanto teórica e prática quanto política, para os trabalhadores do SUS.



PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

A garantia dos direitos humanos básicos (sendo o principal o direito à vida) é premissa para qualquer sociedade que se suponha minimamente democrática. Nesse sentido, o direito à saúde se revela como condição fundamental para o exercício dos outros direitos sociais; sua garantia, conforme versa a Constituição, é referencial de desenvolvimento econômico e social do país. Ao adotarmos o direito à vida como um valor a ser defendido, assumimos o direito à saúde como ponto indiscutível das políticas sociais, como característica *indispensável* no exercício da cidadania. Tal exercício pode ser desempenhado de diversas formas, mas, sobretudo, pelos espaços institucionais previstos na Constituição, entre os quais se inscrevem os conselhos de saúde. No mesmo ano em que o SUS foi regulamentado (lei n. 8080/90), criou-se a lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta a realização das conferências de saúde. De acordo com esta lei, os conselhos de saúde têm um caráter permanente e deliberativo, ou seja, suas reuniões acontecem independentemente da vontade dos governos e constituem-se como a última instância de decisão do SUS, pois todas as propostas de ação dos estados e municípios devem ser por eles aprovadas. A atuação dos conselhos volta-se para a “formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. Para cada esfera de governo existe um conselho de saúde correspondente.

Assim temos, no nível federal, o Conselho Nacional de Saúde; no estadual, os conselhos estaduais de Saúde e no municipal, os conselhos municipais de Saúde. A composição dos conselhos é repartida entre gestão e usuários, de forma que 50% das vagas são destinadas aos usuários do SUS e as outras 50% são ocupadas por representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde.

Assim como os conselhos, as conferências de saúde também existem em todas as esferas de governo. Elas se realizam a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, e seu objetivo é “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”. Mas, qual a importância dos conselhos e das conferências para os trabalhadores do SUS? A resposta a esta questão pode ser encontrada no texto da própria lei. Nela podemos perceber que essas instâncias podem ser espaços de luta para os trabalhadores de saúde (vide a quantidade de trabalhadores do SUS), sobretudo se seus pleitos forem congruentes com os dos usuários.

A inserção dos trabalhadores do SUS na discussão das políticas públicas para o setor significa a responsabilidade de defesa do SUS também por esta parcela da sociedade. Não custa lembrar que o SUS foi uma conquista de toda a sociedade e é essencial para esta sociedade manter as conquistas anteriores e avançar na luta pela melhora do sistema. É possível dizer que parte das dificuldades e iniquidades da saúde em nosso país podem ser creditadas, em alguma medida, ao abandono das instâncias públicas de discussão, como os conselhos de saúde. Na ausência de uma representação forte da sociedade, esses espaços em geral são ocupados por grupos que têm interesses estritamente pessoais no setor de saúde ou por segmentos que não são sensíveis às questões sociais. Diversos trabalhos têm indicado os dilemas fundamentais que permeiam a atuação dos conselhos.

Algumas pessoas – usuários, conselheiros e mesmo pesquisadores – admitem até uma ineficácia intrínseca a esta instituição em razão de dois fatores principais: conflito entre a linguagem técnica exigida e a linguagem leiga do conselheiro nesse órgão e, sobretudo, tutela excessiva das instâncias governamentais sobre os conselhos, tornando-os meros “aprovadores” de suas políticas. Embora tais críticas devam ser consideradas, a experiência tem demonstrado justamente o oposto: que a utilização, pela sociedade, das prerrogativas constitucionais dos conselhos faz com que estas instâncias atuem como instrumentos políticos eficazes na luta pelo direito à saúde. Exemplo disso pode ser encontrado na associação entre conselhos de saúde e Ministério Público, como vem acontecendo em algumas localidades no Brasil. Essa parceria qualifica a atuação dos conselhos, que não apenas alteram seu modo de abordar problemas e de propor soluções, mas se tornam principalmente aptos a criar oportunidade para novas questões na área, tanto do direito quanto da saúde.

Felipe Rangel S. Machado

Notas

¹ Art. 199. “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. §1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. §2º – É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. §3º – É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.” (CF, 1988)

² Além dessa base legal, existem diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do SUS. Neste texto, no entanto, nos centraremos na sua estrutura formal, disposta nos três documentos citados.

³ 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, p. 66)

⁴ Algumas políticas de mudança e investimento na formação profissional foram propostas, entretanto, quase todas visam apenas aos trabalhadores de nível superior, deixando um importante vazio no campo da educação de nível médio.

⁵ Sobre o trabalho dos ACS, ver Morosini, Corbo e Guimarães, O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções do trabalho e da formação profissional, no livro *O processo histórico do trabalho em saúde* (2007).

Referências bibliográficas

Saúde como direito de todos e dever do Estado

BAHIA, Ligia. A *démarche* do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 123-185.

SCOREL, Sara. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (Coord.). *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: ENSP, 1988.

Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 dez. 1990.

PINHEIRO, R., MATTOS, R., CAMARGO, K. R. Jr. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj-IMS-Abrasco, 2003.

A reorganização da Atenção Básica no Brasil

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.11-41.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass, 2006.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C., CORBO, Anamaria D'Andrea e GUIMARÃES, Cátia. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções

do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 189-211.

SÁVIO, D. *Atenção básica e as políticas específicas: desafios para a construção da integralidade e da atenção à saúde*. In: III SEMINÁRIO do Projeto de Integralidade, Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde. Rio de Janeiro, jun. 2003 (comunicação oral).

SILVA, J. P. V., LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.