



e-Tec Brasil
Escola Técnica Aberta do Brasil

Gerência em Saúde

Políticas Sociais e de Saúde no Brasil

Adilson José da Silva

Maria Patrícia da Silva



Ministério
da Educação



Rio de Janeiro – RJ
2011

Este caderno foi elaborado em parceria entre a Universidade Estadual de Montes Claros, a Fundação Cecierj/Consórcio CEDERJ e o Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil – e-Tec Brasil.

Equipe de Elaboração

Universidade Estadual de Montes Claros

Coordenação Institucional

Zaida Ângela Marinho de Paiva Crispim

Professor-autor

Adilson José da Silva
Maria Patrícia da Silva

Coordenação de Desenvolvimento Instrucional

Cristine Costa Barreto
Paulo Vasques de Miranda

Coordenação de Produção

Fabio Rapello

Supervisão de Desenvolvimento

Instrucional
Flávia Busnardo

Supervisão de Produção

Paula Gosselen

Desenvolvimento Instrucional

Clara Miranda
Marcelo Lustosa
Paula de Almeida

Revisão de Linguagem

Nataniel dos Santos Gomes

Revisão de Provas

Cristina Freixinho
Elaine Bayma

Projeto Gráfico

Eduardo Meneses
Fábio Brumana

Diagramação

Andreia Villar
Carlos Cordeiro
Verônica Paranhos

Ilustração

Alessandra Nogueira
Sami Souza

Copyright © 2011, Fundação Cecierj / Consórcio Cederj

Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, mecânico, por fotocópia e outros, sem a prévia autorização, por escrito, da Fundação.

S586g

Silva, Maria Patrícia da.

Gerência em saúde: políticas sociais e de saúde no Brasil/ Maria Patrícia da Silva, Adilson José da Silva. – Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2011.

196p.; 20,5 x 27,5 cm.

ISBN: 978-85-7648-724-1

1. Saúde pública- Brasil. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde - Legislação. I. Silva, Adilson José da.

CDD: 614.0981

Sumário

Aula 1 Relação Estado e sociedade	5
Aula 2 O início do processo de construção de políticas sociais no Brasil	19
Aula 3 O início da história das políticas de saúde no Brasil	33
Aula 4 História das políticas de saúde no Brasil	47
Aula 5 O movimento pela reforma sanitária	61
Aula 6 Projetos de gestão da saúde anteriores ao SUS	77
Aula 7 O Sistema Único de Saúde – SUS	93
Aula 8 Avanços e desafios do SUS	113
Aula 9 Legislação do SUS	127
Aula 10 O SUS e a municipalização da saúde	145
Aula 11 Controle social no SUS	161
Aula 12 Ética e racionalização na saúde	183

Aula 1 | Relação Estado e sociedade

Meta da aula

- Apresentar os conceitos de Estado e de governo, além de explicar a relação entre eles e a sociedade.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. definir o conceito de Estado;
2. diferenciar governo de Estado;
3. explicar a relação entre Estado e sociedade.

Forças ocultas



Fernando Stankuns

Fonte: www.flickr.com/photos/stankuns/362526468/sizes/m/in/photostream/

Pense em onze milhões de pessoas reunidas num espaço vazio, sem qualquer edificação, suponhamos, um imenso gramado. Agora, imagine que você tenha que construir uma cidade para abrigar tais pessoas. O que você terá de fazer? Fatalmente, terá de criar milhares de prédios e casas para que todos

possam morar confortavelmente. Será necessária uma rede elétrica que forneça energia a todas essas residências. Será necessária também uma rede de água e esgoto integrando-as. Será imprescindível uma logística que dê conta do escoamento do lixo gerado. Ruas e mais ruas terão de ser construídas. Elas não suportarão o deslocamento diário do volume de pessoas, logo, será preciso construir linhas de metrô e trens, além de portos e aeroportos. Como toda cidade, a nossa, “fictícia”, terá seus infratores, logo, será necessária a construção de delegacias de polícia e presídios, por exemplo. E quanto ao perigo iminente de incêndios? Um corpo de bombeiros. E as creches, escolas e faculdades? E os hospitais? E os museus? E os estádios de futebol? Seria preciso construir tantas coisas que poderíamos passar dias aqui listando-as e não chegaríamos a esgotá-las.

No entanto, por improvável que pareça, essa talvez seja a parte mais fácil da nossa “missão” de abrigar esses onze milhões de pessoas. Tente imaginar como deve ser complexa a manutenção e a administração disso tudo! Os prédios e ruas terão de ser constantemente preservados. As redes de luz e água terão de passar por obras sistemáticas para sua manutenção. O trânsito de carros terá de ser monitorado e adaptado às mudanças que ocorrerem. O mesmo relativamente às linhas de trem e metrô, aos portos e aeroportos, e daí por diante. É tão complexo administrar algo dessa dimensão que parece até impossível!

Porém, é sabido que a cidade de São Paulo, por exemplo, tem mais de onze milhões de habitantes. E, apesar de todos os problemas, funciona, isto é, a maioria das pessoas tem residência para morar, tem luz e água encanada, transporta-se diariamente para os mais variados lugares da cidade, usufrui de serviços como polícia e corpo de bombeiros etc.

Para que isso tudo seja possível, é necessária a presença de uma entidade que as viabilize. Essa entidade, responsável pela organização dos aglomerados humanos, chama-se “Estado” ou, atendo-se mais ao aspecto administrativo, “governo”.

Na aula de hoje, aprenderemos a respeito dessas “forças ocultas” que viabilizam o convívio de incontáveis pessoas num espaço tão complexo. Então, vamos lá?

Estado e governo: uma apresentação geral

O Estado surgiu da necessidade de organização dos povos e de uma autoridade para intermediação dos conflitos que iam surgindo do convívio social. A organização de um poder político sob o comando de um governo tornou-se algo necessário porque, se não fosse assim, os homens, em estado primitivo, ficariam em permanente condição de guerra.

Para um melhor entendimento, podemos dizer que governo é um grupo de pessoas que têm a responsabilidade de administrar, seguindo normas pelas quais é organizado. Esse governo tem a responsabilidade de criar leis, regras e regulamentos. É dever da sociedade cobrar do Estado e dos governos medidas de intervenção e criação de políticas públicas que possam contribuir para a solução de problemas sociais, como, por exemplo, o acesso igualitário a serviços e assistência à saúde com qualidade para toda a população. Essa é uma das principais formas de relação entre o Estado e a sociedade.

A ideia de que a prestação da saúde é um dever do Estado está presente na Constituição Federal, como você pode verificar a seguir:

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.



Fonte: <http://www.aracruz.es.gov.br/noticia.php?area=91&item=293&idioma=en>

A saúde é um direito de todos, prestada pelo Estado como um dever. As políticas sociais e os serviços públicos são de sua responsabilidade, enquanto as demandas por mudanças para criar políticas de intervenção vêm da sociedade.



Podemos perceber, portanto, o papel imprescindível que desempenhamos nessa relação como cidadãos. Então, que tal nos aprofundarmos ainda mais nessas questões?

Antes do Estado

Inicialmente, o homem vivia da caça e da coleta de alimentos na natureza. Pequenos grupos humanos se instalavam numa região e ficavam lá até o esgotamento dos recursos. Quando chegava esse ponto, o deslocamento para outra região era inevitável. Eis a razão pela qual nos referimos a esses homens como nômades.



Grandes mudanças na transformação do espaço ocorreram a partir do momento em que se começou a praticar a agricultura e a domesticação de animais. Isso possibilitou aos homens que se mantivessem num só lugar, tornando-se sedentários. Assim, inicialmente com pequenas famílias instaladas numa região, surgiram, ao longo dos tempos, as grandes civilizações, que deram gênese ao Estado como organização social e política do homem.

Tratamos do homem antes da revolução da agricultura, há alguns milhares de anos. Identificamos que o sedentarismo foi condição indispensável para que fosse possível o crescimento e desenvolvimento das grandes cidades. Mas foram necessários milhares de anos para que isso efetivamente ocorresse. Então, vamos dar um salto no tempo para “ver de perto” quando isso se deu?

Vamos para a Idade Média, período em que surgiram os feudos. Estes eram terras concedidas por um nobre a outro, em troca de apoio e prestação de serviços. Os feudos eram autossuficientes, produziam aquilo de que precisavam para sua manutenção. O que era produzido era consumido neles mesmos.



Tony Hammond

Fonte: http://www.flickr.com/photos/8525214_N06/4157841081/

Na época feudal, as maiores aglomerações de pessoas ocorriam nos dias de festas ou comemorações religiosas nos arredores das igrejas ou castelos. Nestes locais começaram a surgir pequenas cidades ou burgos. Com o passar do tempo e o desenvolvimento do comércio, essas aglomerações cresceram de forma desordenada e sem planejamento. O crescimento fez surgir vários problemas, inclusive relativos à saúde, decorrentes da falta absoluta de saneamento básico, comprometendo a qualidade de vida da população. Ao estudar esse período, percebemos que algumas catástrofes atingiram os homens, entre elas a peste negra, que matou mais ou menos um terço da população na Europa.

Muitos acreditam que os ratos foram os causadores da peste negra, mas isso não é verdade! Quer saber quem foi o verdadeiro culpado pela morte de um terço da população europeia de 1347 a 1352? Descubra a resposta no curta-metragem *Seu amigo, o rato*, que é um extra do DVD do filme *Ratatouille* (ambos os filmes de 2007) ou então no [link](http://mais.uol.com.br/view/22119): <http://mais.uol.com.br/view/22119>.



Fonte: http://www.adorocinema.com/media/film/images/4013/1245101513_ratatouilleposter01.jpg

Esse período ficou marcado pelas grandes epidemias. Um dos principais motivos para o surgimento destas era a falta de higiene nos lugares e entre as pessoas. O lixo era jogado nos rios, a água utilizada não recebia tratamento, o esgoto circulava a céu aberto e até mesmo a circulação de ar nas casas não acontecia de maneira adequada. Só para você ter uma ideia, as classes mais pobres nem tinham o hábito de enterrar os mortos individualmente – as covas eram coletivas.

Outra característica marcante desse período é que não havia a centralização do poder político nas mãos do Estado. Nesse contexto, o individualismo e o egoísmo imperavam. Em virtude da falta de organização, era cada um por si. Os interesses dos indivíduos prevaleciam em detrimento do bem comum, o bem da coletividade. A população, que não pertencia à nobreza ou ao clero, vivia em condições precárias e, quando passava por situações de necessidade, não tinha a quem recorrer. Os aglomerados de pessoas exigiam organização para resolver os problemas que surgiam. Podemos observar, portanto, que, embrionariamente, as bases do Estado moderno surgiram pela necessidade de superação dos problemas sociais e de mediação dos conflitos que se agravavam cada vez mais.

Para entendermos melhor a formação e a organização do Estado por meio do consentimento entre os homens, escolhemos um importante pensador.

Agora, com vocês, Thomas Hobbes!

Um monstro chamado Estado

Hobbes não tinha uma visão muito otimista do ser humano. Segundo ele, o ser humano é mau por natureza, em constante espírito de maldade em relação aos seus semelhantes, sujeito à destruição de uns pelos outros. Para evitar a sua própria destruição enquanto espécie, o homem necessita da organização de um poder político, que surge do consenso entre eles. Na explicação de Tomas Hobbes esta importante organização política denomina-se Estado.

Continuando em seus escritos, Thomas Hobbes diz que o Estado – *Leviatã* – controla a sociedade e a liberdade dos indivíduos, estabelecendo a ordem. O ordenamento da vida da sociedade é necessário no intuito de impedir a luta entre os homens, comum em seu estado natural.



Leviatã – Nome de um ser monstruoso mencionado na Bíblia, retomado no plano político na obra de um pensador inglês, Thomas Hobbes (1588-1679), que assim denominou um de seus livros, publicado em 1651. (...) Para ele, os homens são livres; essa liberdade, porém, faz com que a sociedade fique a risco, pois nada impedirá que cada um venha a fazer o que quiser. Para evitar a destruição de uns pelos outros, torna-se necessária a organização de um poder político. Os homens, expostos aos perigos da liberdade, entregam-na a uma nova entidade, surgida do consenso: o Estado, ou seja, o Leviatã” (AZEVEDO, 1999, p. 276).



Mats Hallidín

Fonte: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Destruction_of_Leviathan.png

Nessa obra, o autor faz uma defesa do **Absolutismo** como forma de governo ideal. Essa forma de governo foi a primeira forma de organização dos Estados nacionais.

Agora que já vimos as razões pelas quais os Estados se formaram, vamos tratar um pouco da sua organização e funcionamento?

Estado: constituição e funções

Vimos que o Estado moderno se formou a partir dos agrupamentos iniciais que deram origem às cidades. Estas foram crescendo cada vez mais, e sua expansão se deve a inúmeros fatores, dentre os quais podemos citar, por

A-Z Glossário

Absolutismo

Forma de governo na qual o poder é centralizado nas mãos de uma só pessoa, na maioria das vezes, um monarca que exercerá o poder independentemente de qualquer órgão, ou seja, de modo absoluto.

exemplo, o aumento populacional (seja em virtude de uma taxa de natalidade alta, seja devido às imigrações). Outra forma de expansão das cidades se dá pela incorporação de territórios por meio de guerras (e a consequente dominação das populações conquistadas). Uma das funções essenciais de qualquer Estado é a defesa de sua soberania e de seu território constituído contra pretensões expansionistas de outros Estados.

O Estado é formado por três elementos:

- o governo;
- o povo;
- o território.

É um agrupamento de pessoas politicamente organizado. Essas pessoas estão submetidas às regras estabelecidas dentro de um território, isto é, dentro de um espaço geográfico onde convivem governo e governados. Cabe ao Estado assegurar aos cidadãos acesso aos serviços de que dispõe para o bem comum.

O Estado brasileiro é formado por três poderes. O Poder Executivo é o que tem como responsabilidade a execução das leis, como no caso do presidente da República e seus ministros. O Poder Legislativo é o responsável pela elaboração das leis do país, este é o caso dos senadores, deputados e vereadores. Há ainda o terceiro poder, que controla e fiscaliza se as leis são cumpridas – é o chamado Poder Judiciário.



Atividade 1



Atende ao Objetivo 1

O Estado é uma força abstrata que não podemos ver ou tocar. Tendo em vista seus elementos constituintes, explique com suas próprias palavras o que é Estado.

Governo e Estado são a mesma coisa?

Governo é um grupo de pessoas que tem a responsabilidade de administrar um território, seja este um país, uma província ou uma região, mediante a observação das normas pelas quais é organizado. Podemos citar como exemplo de governo: no caso do município, os prefeitos; do país, o presidente da República. O governo tem a responsabilidade de criar leis, regras e regulamentos que servirão de orientação para a população que o compõe. São exemplos de leis a criação dos impostos pagos pela população e a Constituição Federal, lei suprema que condiciona todas as leis do país.

A arrecadação de impostos permite ao governo o custeamento da sua manutenção administrativa e a oferta de serviços de saúde, educação e segurança à população. Por exemplo, a assistência que você recebe ao ir a um hospital público só é possível graças ao pagamento de impostos. Logo, podemos dizer que pagamos indiretamente pelos serviços públicos de que usufruímos. Eles são prestados pelo Estado não como um favor, mas como uma obrigação, já que são custeados pelos impostos que pagamos.

O governo possui ainda muitas outras atribuições, como o estabelecimento da diplomacia com outros países na busca de superação de conflitos, os acordos comerciais e os intercâmbios de conhecimentos científicos. Além disso, ele tem o dever de zelar pela gestão do bem público. Nessa tarefa, os governantes têm como obrigação criar políticas públicas. Algumas duram até o final da gestão que as implementou (dizemos nesse caso que essa foi uma *política de governo*). Outras, não, permanecem atuando mesmo após as eleições e a mudança da gestão (dizemos nesse caso que se trata de uma *política de Estado*). O Sistema Único de Saúde é um exemplo desse segundo tipo de política.

O tipo de governo define a maneira pela qual o mesmo é organizado, estabelecendo a relação entre governantes e governados.

Por exemplo, o tipo de governo no Brasil, nos anos 1964 até 1985, era a ditadura militar. Há outros tipos de governo muito comuns, como:

- democráticos
- anárquicos
- monárquicos.

O mais comum dos quatro é a democracia. Esta pressupõe a participação do povo na tomada de decisões do Estado. Uma das medidas para essa participação é o direito ao voto na escolha de seus representantes.



Atividade 2

Atende ao Objetivo 2

Nas eleições de 2010, o povo elegerá um novo presidente da República, novos deputados e senadores. Sabemos que eles irão governar o Brasil, isto é, que serão integrantes daquilo que entendemos como governo. Tendo-se isso em vista, você sabe indicar qual a diferença entre Estado e governo?

Relação entre Estado e sociedade

Como foi analisado anteriormente, o Estado é regulador, por meio das leis, e também é fornecedor de serviços para a sociedade que estão assegurados na legislação.

No Brasil, temos a Constituição Federal como principal regulamentação da conduta da sociedade e do próprio Estado. O Brasil é um Estado democrático, logo, é fundamental que seja dada à sociedade a oportunidade de contribuir na elaboração e decisão das políticas públicas, assegurando a participação do cidadão na definição das ações políticas destinadas à população.

Os conselhos constituídos pelos vários segmentos da sociedade são exemplos de participação dos cidadãos na decisão dos rumos que deverão seguir os serviços públicos. Os conselhos municipais de saúde são um bom exemplo das representações participativas da sociedade (você sabe o que é um conselho municipal de saúde? Não? Não há problema, nós trataremos desse tipo de conselho ao longo do curso!)

Em dados momentos, a participação da sociedade é tão intensa que substitui o Estado, realizando as atribuições que naturalmente são de responsabilidade dele. A sociedade organizada, representada por empresas privadas, organizações não governamentais, além dos inúmeros trabalhos voluntários exercidos por alguns cidadãos, é responsável pela oferta de serviços que deveria ser feita pelo Estado, mas que são negligenciados.

A sociedade organizada deve cobrar do Estado e dos governos medidas de intervenção e a criação de políticas públicas que possam contribuir para a solução de problemas sociais como, por exemplo, o acesso igualitário a serviços e assistência à saúde com qualidade para toda a população. Essa é uma das principais formas de relação entre o Estado e a sociedade. Um bom exemplo de participação ativa da sociedade em questões estatais aqui no Brasil ocorreu nos anos 1970. A sociedade se organizou em um movimento chamado Reforma Sanitária, que lutou por mudanças na saúde pública do Brasil (nós estudaremos mais sobre esse movimento nas próximas aulas).

A parte da população que se organizou e se uniu em benefício da coletividade é denominada sociedade civil. É importante ressaltar que essa organização ocorre livremente nos governos democráticos. No caso dos governos ditatoriais, a sociedade organizada é controlada pela força e pela violência física.



Edberto Ticianelli

Fonte: <http://picasaweb.google.com/lh/photo/YsjKULsRxInzaThFOz-Yjg>

Figura 1.1: Uma das formas mais comuns de se reivindicar ações do Estado se dá por meio de protestos e passeatas.

A sociedade civil é formada por um conjunto de organizações, sejam elas igreja, sistema escolar, partidos políticos, sindicatos etc. Todas têm o intuito de difundir ideias, de buscar mudanças na sociedade, de cobrar do Estado que os direitos sociais sejam colocados em prática. Porém, para que tais mudanças aconteçam, a sociedade civil deve estar forte e articulada, além de ter consciência dos seus direitos e deveres. Percebemos, assim, que a cobrança das obrigações do Estado é um dever fundamental dos cidadãos; devemos sempre lutar pelos direitos que nos são reservados.



Atividade 3

Atende ao Objetivo 3

Você, integrante da sociedade, responda: qual o seu papel como cidadão diante de situações nas quais o governo não cumpre com suas obrigações?

Conclusão

Podemos dizer que as questões importantes para a coletividade, para cada pessoa em uma sociedade, não são apenas responsabilidade do Estado, mas de todos nós! Temos direitos, que o Estado deve fazer cumprir, mas também temos deveres, e um deles é cobrar dos governantes que nossos direitos sejam atendidos!



Resumo

- Estado é a instituição formada por um povo, reunido em um espaço geográfico e que possui um governo.
- O Estado surgiu pela necessidade de organização dos povos e de uma autoridade para intermediação dos conflitos.

- Para tanto, foi necessária a organização de um poder político sob o comando de um governo.
- O governo compõe o Estado, logo, não são a mesma coisa. O Estado é algo maior que o governo.
- O governo administra o Estado.
- É dever da sociedade cobrar do Estado e dos governos medidas de intervenções e a criação de políticas públicas que possam contribuir para a solução de problemas sociais.

Informação sobre a próxima aula

No nosso próximo encontro, vamos estudar sobre alguns fatos importantes a respeito do início da implantação de políticas sociais no Brasil, bem como a diferença entre estado de bem-estar social e políticas sociais.

Respostas das atividades



Atividade 1

O Estado é formado por três elementos: governo, povo e território. Nele, as pessoas estão politicamente organizadas, seguindo regras estabelecidas que visam à ordem, e em um território, espaço geográfico onde convivem governo e governados. A maior responsabilidade do Estado é assegurar o bem comum à coletividade.

Atividade 2

Estado é uma instituição organizada política, social e juridicamente, dentro de um território definido, dirigida por um governo que possui soberania reconhecida tanto interna como externamente. Governo é o grupo de pessoas responsáveis pela execução das funções do Estado, ou seja, é parte integrante do mesmo. A responsabilidade pela gestão, isto é, pela administração do Estado, é do governo, que deve zelar pelo bem comum.

Atividade 3

Como cidadão, é fundamental cobrar do Estado o efetivo desempenho das suas atribuições, assim como o cumprimento das obrigações por ele impostas, além de reivindicar a criação de políticas públicas para solução de problemas.

Referências bibliográficas

AZEVEDO, Antônio Carlos do Amaral. *Dicionário de nomes, termos e conceitos históricos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

CREMONESE, Dejalma. *Teoria do estado contemporâneo*. Ijuí: Unijuí, 2009 (Coleção educação a distância. Série livro-texto). Disponível em: <http://www.capitalsocialsul.com.br/capitalsocialsul/arquivos/mt/EaD_Teoria_Estado_Contemporaneo%20final.pdf> Acesso em: 06 ago. 2010.

FREITAS, Deroci Santos de Oliveira; MUSA, Cristiane Inês. *Situação do saneamento básico no bairro Rauber, no município de Santa Cruz do Sul/RS*, um estudo de caso. Disponível em: <<http://www.liceubr.com.br/tcc/tma2008-2/artigo05.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

Aula 2 | O início do processo de construção de políticas sociais no Brasil

Meta da aula

- Apresentar um panorama do início da implantação de políticas sociais no Brasil, além de caracterizar o Estado de Bem-Estar Social.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. diferenciar políticas sociais do Estado de Bem-Estar Social;
2. identificar características relativas ao início da construção de políticas sociais no Brasil.

Efeito borboleta



Labberté K.J.

Fonte: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anastasiya_Markovich_Effect_of_Butterfly.jpg

Figura 2.1: Esta linda obra da artista ucraniana Anastasiya Markovich chama-se justamente *Efeito borboleta* e ilustra, de forma poética, o fenômeno que será tratado nesta seção.

Para a compreensão do tema desta aula, é inevitável: temos de percorrer alguns acontecimentos da história do Brasil e do mundo, acontecimentos que modificaram para sempre o curso da humanidade!

Você já ouviu falar na “crise de 29”? Esta foi uma crise econômica, também conhecida como Grande Depressão de 1929, que aconteceu inicialmente nos Estados Unidos, evidenciando as fragilidades do **liberalismo**.

A-Z Glossário

Liberalismo

A ideia central é a de que o Estado deve interferir o mínimo possível no mercado, na economia. Nesse tipo de organização, as políticas sociais são extremamente reduzidas.

Você pode estar se perguntando: “O que uma crise na economia americana tem a ver com as políticas sociais no Brasil?” Nesse ponto, é importante apresentar um efeito muito comum em economia (e em outras áreas): com vocês, o “efeito borboleta”!



Poderíamos enunciar esse efeito da seguinte forma: “Algo pequeno como o vento gerado pelo bater de asas de uma borboleta pode, em última instância, causar um tufão do outro lado do mundo.” Existem dois filmes famosos que tratam desse assunto: *Efeito borboleta* (no original em inglês; *Butterfly effect*) e *Corra, Lola, corra* (no original em alemão, *Lola Rennt*).

É no mínimo estranho imaginar que o ruflar de asas de uma borboleta seria capaz de ocasionar um tufão. Com isso, queremos dizer basicamente o seguinte: em determinadas situações, as coisas estão interligadas de tal modo que uma modificação qualquer, muitas vezes considerada inofensiva ou sem grande repercussão, pode gerar grandes efeitos. E é assim que se comportam a economia e a História: pequenos acontecimentos numa região longínqua do globo terrestre podem modificar todo o planeta.

Com a crise econômica nos Estados Unidos não foi diferente: ela exerceu efeitos sobre o mundo todo, efeitos esses que não se restringiram ao âmbito econômico. No Brasil, nessa época, além dos problemas ocasionados pela crise internacional, aconteceu também uma superprodução de café. Como resultado, houve muita oferta de café no mercado, os preços despencaram, e a economia sofreu seriamente por conta desses fatos. Os Estados Unidos, que eram grandes compradores do café produzido no Brasil, com a crise, deixaram de ser, prejudicando ainda mais a economia brasileira. Viu como os eventos no mundo todo se interligam?



Fazenda do Café

Fonte: <http://picasaweb.google.com/lh/photo/1UEQuOqnhz0DVID7ERDxRg>

Vejamos mais relações entre eventos: as crises financeiras afetam as empresas e a classe trabalhadora, pois nesse contexto há poucos recursos para investir na produção de mercadoria. Nesse caso, a oferta de emprego diminui. Assim, em situações como essa, o Estado costuma intervir, criando políticas sociais para auxiliar na solução desses problemas e tirar o país da crise.

Outro momento histórico importante para nossa aula foi o final da Segunda Guerra Mundial, quando surgiu na Europa o Welfare State, ou *Estado de Bem-Estar Social*. Na próxima seção, veremos no que consiste isso. O que é digno de atenção agora é o fato de ser muito comum, seja depois de uma crise econômica ou de uma guerra, que o Estado venha a intervir com ações voltadas para a reorganização da sociedade.



Za Rodinu

Fonte: <http://www.flickr.com/photos/36919288@N08/3807540011/sizes/s/in/photostream/>

Grande Depressão de 1929

Foi uma crise econômica que aconteceu entre os anos de 1929 e 1933, inicialmente nos Estados Unidos da América, mas que posteriormente atingiu o mundo todo. Muitos dos investidores da Bolsa de Valores perderam toda a fortuna que haviam acumulado. Na foto, a seguir, vemos um deles tentando vender o carro, logo após ter perdido tudo.

No período anterior à crise, a economia americana crescia fortemente, tinha boas relações de mercado com várias nações e realizava empréstimos a países com economia menos desenvolvida. No entanto, ao final da Primeira Guerra Mundial, a Europa estava destruída e necessitava investir recursos na sua reconstrução.



Isso fez com que os países europeus diminuíssem a importação de mercadorias dos EUA. A consequência foi um excesso de mercadorias acumuladas e a desvalorização das empresas. Com isso, muitas delas faliram e um grande número de pessoas ficou desempregado.



Ethan Stock

Fonte: <http://www.flickr.com/photos/onohoku/3109349739/>

Políticas sociais e Estado de Bem-Estar Social são a mesma coisa?

Na aula anterior, estudamos a diferença entre Estado e governo. Em resumo, podemos dizer que Estado é uma união de três elementos: povo, território e governo. O governo integra o Estado e o administra por um período no qual acontecem inúmeros fatos que movimentam a vida do povo, do país e até do mundo. Muitos desses acontecimentos podem gerar problemas e, nesse caso, o governo irá trabalhar para solucioná-los. As políticas sociais podem ser consideradas como uma das estratégias que o governo pode utilizar para intervir nesses problemas – seja em educação, saúde, emprego, habitação etc.

Podemos dizer que políticas sociais são aquelas ações desenvolvidas pelo Estado ou pelos governos com o objetivo de contribuir para a diminuição de desigualdades, buscando uma melhor assistência e distribuição de benefícios a parte da população que não tem acesso a eles.

Vimos na aula anterior que há diferentes modelos de Estado, dentre eles o Estado de Bem-Estar Social ou, em inglês, Welfare State (Estado Providência). Esse modelo de Estado, para alguns autores, não foi implementado no Brasil. Segundo eles, o que tivemos aqui foi o desenvolvimento de ações e políticas voltadas para questões sociais.

O final da Segunda Guerra Mundial pode ser considerado o momento histórico em que efetivamente houve maior desenvolvimento, nos países da Europa Ocidental, de experiências de Estado de Bem-Estar Social.

As medidas implementadas nos Estados Unidos durante a crise de 1929 não podem ser consideradas como a consolidação desse modelo de Estado. Isso porque foram políticas pontuais que não conseguiram a retomada da economia no estado de sucesso no qual ela se encontrava, nem a solução do problema do desemprego.

Estado de Bem-Estar Social significa:

(...) a mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista, com o objetivo de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar da população ou, em outras palavras, a sociedade por intermédio do Estado se solidariza com o indivíduo, quando o mercado o coloca em dificuldade (VIANNA, 1998 apud FAHEL, 2008).

De maneira geral, Estado de Bem-Estar Social é uma organização político-econômica que tem como fundamento um conjunto de medidas realizadas pelo Estado no sentido de buscar a construção e implantação de programas, serviços e políticas sociais. Com isso, objetiva-se garantir igualdade de acesso a todos (universalização), diminuindo a exclusão social e a pobreza. São intervenções estatais no sentido de garantir o bem-estar dos cidadãos.



Alicia Nijdam

Fonte: <http://www.flickr.com/photos/anijdam/2361799355/>

Figura 2.2: Este é um retrato da desigualdade social: ricos e pobres morando lado a lado. O Estado de Bem-Estar Social visa diminuir essas desigualdades por meio de políticas sociais que assistam as camadas mais pobres da população.

Assim, podemos dizer que políticas sociais são ações centrais no Estado de Bem-Estar Social. Por meio delas, o Estado intervém na realidade social do país para garantir os direitos dos cidadãos. Mas não podemos considerar tais políticas e o Estado de Bem-Estar Social como sinônimos. Isso porque as políticas sociais estão presentes em outros tipos/modelos de organização de Estado, embora sejam realizadas em menor escala e não tenham a mesma importância que no Estado de Bem-Estar Social. São exemplos de políticas sociais: Bolsa Família, o programa Saúde da Família e o projeto E-Tec Brasil, ao qual pertence este curso que você está fazendo.



Fonte: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios>

Até agora, referimo-nos ao Estado de Bem-Estar Social como se existisse um modelo único. Porém, segundo o estudioso Esping-Andersen, podemos encontrar três tipos diferentes desse modelo de Estado. São eles: Welfare State liberal, Welfare States conservadores/corporativistas e social-democrata. Vamos analisá-los de forma mais detida?

- Welfare State liberal: a assistência é oferecida somente aos grupos marginais, comprovadamente pobres, que possuem baixa renda ou dependem do Estado. Sendo assim, este modelo encoraja a venda de alguns serviços sociais, uma vez que as pessoas com melhores condições financeiras acabam sendo “forçadas” a comprar os serviços da rede privada. Os Estados Unidos adotam este modelo.
- Welfare States conservadores/corporativistas: a França, a Alemanha e a Itália estão entre os países em que este modelo é o principal. A diminuição das desigualdades não é o foco das medidas de intervenção. As categorias mais fortes contribuíam mais e, por isso, tinham direitos a mais benefícios. Desse modo, podemos observar que este modelo contribui para manutenção do *status*, seja profissional, seja social.

- Welfare State social-democrata: é o menos comum dos três. Possui como prioridade os princípios de universalização e desmercadorização dos direitos sociais. Nesse modelo, os direitos sociais possuem níveis elevados, e a igualdade entre os trabalhadores garante que os serviços tenham a qualidade dos direitos comparáveis aos desfrutados pelos mais ricos. A Áustria, a Holanda e a Dinamarca estão entre os países exemplares desse tipo de Estado de Bem-Estar Social.



Spekulátor

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/695069>

Desmercadorização

Nas palavras de Esping-Andersen (1993, p. 20) “o critério relevante para os direitos sociais deve ser o grau em que eles permitem que as pessoas tenham níveis de vida independentes das forças puras do mercado.”

Ou seja, a desmercadorização se efetiva quando o Estado garante os direitos sociais à população, evitando que os mesmos sejam vendidos por setores privados, como uma mercadoria qualquer.



Como você pôde ver, não há um tipo único de Welfare State. É possível inclusive que, em alguns países, ocorra a implantação de políticas sociais em um cenário que possua características dos três modelos apresentados.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

E agora, você pode responder à pergunta título desta seção de nossa aula? Podemos dizer que políticas sociais e Estado de Bem-Estar Social são a mesma coisa? Justifique sua resposta.

Agora que fomos apresentados ao Estado de Bem-Estar Social, vamos dar uma olhada nas políticas sociais implementadas no Brasil?

Um breve debate sobre a construção de políticas sociais no Brasil

Não é possível afirmar que no Brasil aconteceu efetivamente a implementação do Estado de Bem-Estar Social. A primeira iniciativa no intuito de cuidar da aposentadoria e da saúde dos trabalhadores (enfatizamos: apenas dos trabalhadores formais, com carteira assinada) foi a criação do sistema de previdência e saúde. Em 1923, a Lei Eloy Chaves criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão, as CAPs, que oferecia alguns benefícios que podemos citar:

- assistência médica;
- remédios;
- aposentadoria;
- pensões para os herdeiros (caso o trabalhador morresse);

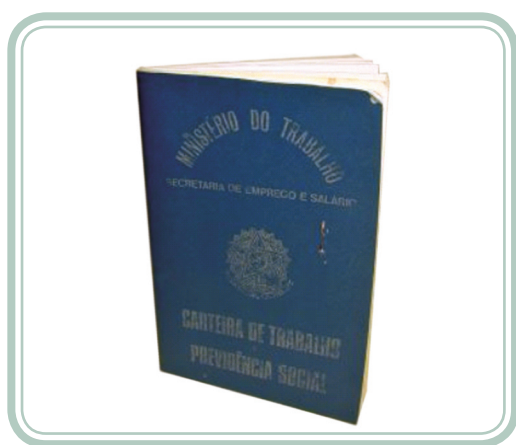
As CAPs não eram mantidas propriamente pelo Estado, mas por empresas e empregados. Elas apresentavam características próximas do modelo implementado na Alemanha, segundo o qual o trabalhador só teria direito se pagasse por ele, por meio de contribuições diretas descontadas no salário. É o chamado modelo **bismarkiano**.

A-Z Glossário

Modelo bismarkiano

Criado na Alemanha no século XIX, nesse modelo os benefícios são organizados em caixas, com recursos advindos das contribuições dos trabalhadores e de seus empregadores. Assim o acesso aos benefícios depende das contribuições.

Muitos estudiosos, dentre eles Lima, Fonseca e Hochman, afirmam que, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões temos, no Brasil, o começo da responsabilização do Estado para regulamentar políticas sociais voltadas para o bem-estar do trabalhador. Enfatizamos o fato de que a implementação das políticas sociais no país tenha começado pela saúde, ainda que unidas às questões da **Previdência Social** (aposentadoria), promovendo a saúde do trabalhador formal. Mas você deve ter em mente que era uma política que garantia os direitos apenas dos trabalhadores de carteira assinada e que contribuíam para isso.



Luiz Baltar

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/489889>

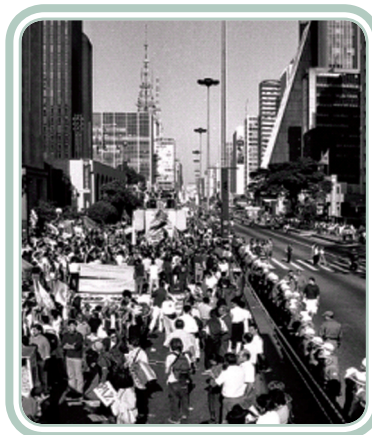
Vamos ver como tudo isso começou? Pois bem, no início do século, em particular após a Primeira Guerra Mundial, os operários não tinham qualquer direito trabalhista e começaram a protestar, organizando-se e chegando, inclusive, a fazer greves. Em resposta às pressões sociais, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão. A criação do sistema de previdência e saúde possuía um forte caráter excludente, pois contemplava apenas os trabalhadores ferroviários, setor mais forte economicamente à época.

Apesar de ter sido muito importante como reconhecimento dos direitos sociais dos trabalhadores, o modo de organização das Caixas de Aposentadoria e Pensão demonstrou, com o passar do tempo, que não seria capaz de concretizar a universalização dos direitos.

A-Z Glossário

Previdência Social

É um seguro social que, mediante contribuições do trabalhador, visa amparar o mesmo, caso ele perca sua capacidade laborativa, isto é, caso não tenha condições plenas de trabalho.



Fernando Stankuns

Fonte: <http://www.flickr.com/photos/82289802@N00/2649722558>

Nos anos 1930, durante o governo presidido por Getúlio Vargas, no qual o Estado era mais centralizador e regulador da economia, iniciou-se a constituição de um sistema de proteção social. Nessa mesma época foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAPs, com participação do Estado na administração. Estudaremos mais sobre eles na próxima aula!



Getúlio Vargas

Foi presidente do Brasil em dois períodos que, somados, resultam em dezoito anos e meio no poder. Ficou conhecido como o Pai dos Pobres justamente por ter criado muitas leis sociais e trabalhistas, além do volume de políticas sociais que implementou.



Fonte: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Get%C3%BAlio_Vargas_08111930.jpg

No governo de Getúlio Vargas também foram iniciadas políticas sociais que se voltavam para a proteção social dos trabalhadores urbanos organizados, que cobravam do governo a implementação dessas medidas e que estavam inseridos em setores importantes para a economia do país. No período de 1937 a 1945, aconteceram a criação do salário mínimo (1940) e a regulação da Consolidação das Leis Trabalhistas (1943).

Você pode estar se perguntando: por que os primeiros movimentos no processo de construção de políticas sociais no Brasil se deram justamente no âmbito do trabalho? Ou por que razão o Estado brasileiro atendeu as reivindicações dos trabalhadores antes de outras relativas a outras áreas?

A resposta é que o foco central era a questão econômica, e os trabalhadores que contribuíam efetivamente na construção da economia do país eram prioridade para essas políticas. Ou seja, as políticas de proteção social voltavam-se para o trabalhador formal, tanto nos governos populistas, quanto no Estado autoritário da ditadura militar. Isto mostra que tais governos possuíam políticas sociais com características excludentes, o que dificultou a universalização desses direitos até os dias atuais.

Atividade 2



Atende ao Objetivo 2

Dentre as afirmações a seguir, que se referem ao início da implementação de políticas sociais no Brasil, indique com V as verdadeiras e com F as falsas.

- a) () As CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensão) amparavam tanto os trabalhadores formais quanto os informais.
- b) () As CAPs tinham um forte caráter excludente, mas representam o início da previdência social no Brasil.
- c) () O Estado autoritário de Getúlio Vargas desenvolveu políticas sociais com ênfase no trabalhador formal. Logo, dizemos que no Brasil houve efetivamente um Estado de Bem-Estar Social.
- d) () Só os trabalhadores que contribuísem diretamente, mediante desconto dos seus salários, tinham direito aos benefícios oferecidos pelas CAPs.

- e) () A assistência médica e a aposentadoria são dois exemplos de benefícios oferecidos pelas CAPs e de ações de bem-estar social direcionadas aos trabalhadores formais.
- f) () Os primeiros movimentos na construção de políticas sociais no Brasil se deram no âmbito do trabalho.

Conclusão

As primeiras políticas sociais realizadas no Brasil voltaram-se para a classe trabalhadora, uma vez que o interesse dos governantes estava dirigido prioritariamente para a economia. Não podemos dizer que os direitos sociais de todos os brasileiros foram atendidos, nem que por meio de tais medidas pontuais o Brasil consolidou um Estado de Bem-Estar Social. Os casos da previdência e da saúde aqui trabalhados demonstraram ser excludentes, aproximando-se daquele modelo de Bem-Estar Social chamado Welfare States conservadores/corporativistas, em que são beneficiados apenas os contribuintes. O ideal seria que o Brasil adotasse como modelo o Welfare State social-democrata, em que todos os brasileiros seriam incluídos! Veremos ao longo do curso as consequências dessas escolhas para o sistema de saúde brasileiro.



Resumo

- Estado de Bem-Estar Social é um modelo de Estado no qual o mesmo intervém, com grande frequência, por meio de políticas sociais para solucionar problemas. Em suma, é o modelo de Estado que usa grande parte do seu aparato visando ao bem-estar da população.
- Políticas sociais e Estado de Bem-Estar Social não são a mesma coisa. Políticas sociais que visam melhorar o bem-estar da população são uma das principais “ferramentas” do Estado de Bem-Estar Social, mas não devem ser confundidas com o mesmo.
- O Estado de Bem-Estar Social ou Welfare State surgiu após a Segunda Guerra Mundial.
- Há diferentes tipos de Welfare State, dependendo da história de cada país.

- O início de políticas de bem-estar social ou políticas sociais aconteceu no Brasil com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, as CAPs, em 1923.
- Esse processo de criação de políticas sociais no Brasil aconteceu de maneira excludente, pois apenas trabalhadores com carteira assinada podiam ter direito a elas.

Informação sobre a próxima aula

No nosso próximo encontro, estudaremos um pouco sobre a história da construção de políticas de saúde no Brasil.

Respostas das atividades



Atividade 1

Políticas sociais e Estado de Bem-Estar Social não são a mesma coisa. Políticas sociais de intervenção com o intuito de melhorar o bem-estar da população são uma das principais práticas realizadas pelo Estado de Bem-Estar Social. Porém, tais políticas também são implementadas por outros modelos de Estado. Ou seja, as Políticas Sociais são práticas do Estado e o Estado de Bem-Estar Social é um dos modelos de Estado.

Atividade 2

- a) (F) As CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensão) amparavam tanto os trabalhadores formais quanto os informais.
- b) (V) As CAPs tinham um forte caráter excludente, mas representam o início da previdência social no Brasil.
- c) (F) O Estado autoritário de Getúlio Vargas desenvolveu políticas sociais com ênfase no trabalhador formal. Logo, dizemos que no Brasil houve efetivamente um Estado de Bem-Estar Social.
- d) (V) Só os trabalhadores que contribuísssem diretamente, mediante desconto dos seus salários, tinham direito aos benefícios oferecidos pelas CAPs.

- e) (V) A assistência médica e a aposentadoria são dois exemplos de benefícios oferecidos pelas CAPs e de ações de bem-estar social direcionadas aos trabalhadores formais.
- f) (V) Os primeiros movimentos na construção de políticas sociais no Brasil se deram no âmbito do trabalho.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Benefícios*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios>>. Acesso em: 18 out. 2010.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare state. In: *Revista Lua Nova*, n. 24, São Paulo, CEDEC, 1991, p. 85-115.

_____. *Los tres mundos del Estado del bien estar*. Valência: Alfons El Magnamim, 1993.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In.: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

SILVA, Maria Patrícia. Desenvolvimento e saúde: *dimensão social do Projeto Montes Claros*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, 2010.

XAVIER, Murilo Cássio. *Desigualdades em saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde entre 1998 e 2003*. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2008.

Aula 3 | O início da história das políticas de saúde no Brasil

Meta da aula

- Apresentar acontecimentos importantes do início da construção de políticas de saúde no Brasil.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. identificar as primeiras medidas sanitárias tomadas no Brasil;
2. listar alguns fatos importantes no início da construção da saúde pública no Brasil.

Onde posso me tratar?

A televisão frequentemente noticia problemas enfrentados pela população quando esta precisa utilizar serviços de saúde. Os problemas com hospitais ligados ao SUS (Sistema Único de Saúde) são recorrentes. As informações que são transmitidas à sociedade dizem que a saúde do brasileiro vai mal. A má distribuição de renda em nosso país não se reflete apenas nas questões relacionadas à saúde: muitos cidadãos não dispõem de renda suficiente para assegurar condições dignas de vida como moradia, trabalho, educação etc.



Fonte: <http://www.ipea.gov.br/desafios/edicoes/7/imagens/fila.jpg>

Figura 3.1: A maior parte da população brasileira depende do serviço público de saúde e encontra dificuldades de utilizá-lo quando precisa.

As políticas sociais de saúde foram estabelecidas no Brasil no século XX. Elas foram implementadas seguindo uma lógica em que fica clara a preferência pelo crescimento econômico em prejuízo do desenvolvimento da saúde da população e das questões sociais. Mas a verdade é que, desde o início das ações voltadas para a saúde, a assistência médica e o acesso a serviços de saúde eram privilégio de alguns grupos de pessoas, apenas aqueles que estivessem formalmente empregados. A parte da população que não tivesse carteira assinada não tinha seus direitos a assistência à saúde reconhecidos. Para essas pessoas, restavam as casas de misericórdia, que eram mantidas graças às doações e, muitas vezes, a esmolas. A maioria da população cuidava de seus problemas de saúde com tratamentos tradicionais como benzeções, chás de ervas, garrafadas etc.

Nesta aula, você irá estudar acontecimentos importantes relacionados ao início da implementação de políticas públicas sanitárias no Brasil. Verá como era a situação do país antes de adotar essas medidas e por que elas são tão importantes.

Saúde Pública no Brasil: o início

No período em que o Brasil era colônia de Portugal, a produção econômica atendia às necessidades do comércio internacional. Pode-se dizer que, naquela época, a política de saúde era praticamente inexistente. O governo se limitou a tentar controlar a comercialização de alimentos e o saneamento dos portos por onde saíam os produtos para Portugal. Essa medida sanitária foi tomada apenas devido à preocupação com o comércio exterior. As epidemias, resultado da falta de ações de saúde pública e de saneamento, que a população sofria traziam consequências para a economia, pois alguns países não queriam comprar mercadorias do Brasil. Entre as epidemias, podemos citar as de cólera, varíola, peste bubônica.

Assim, o foco de atenção da Coroa situava-se estrategicamente nos chamados “espaços de circulação de mercadorias”. Essas medidas de saneamento foram tomadas quando a família real se mudou para o Brasil, em 1808.

As classes dominantes da época eram os senhores rurais, os funcionários que ocupavam cargos mais importantes da administração colonial e alguns profissionais liberais. Esses eram os privilegiados que eram atendidos pelos raros

médicos existentes. Os índios, negros e brancos pobres recorriam à medicina caseira, ficando nas mãos de sangradores, curandeiros negros. Talvez seja por isso que hoje temos o hábito de tomar chazinhos e usar outros remédios caseiros no tratamento de algumas doenças.

Como você pode ver, no Brasil colônia não havia organização dos serviços de saúde, o que ocasionou o aumento da ocorrência de doenças no país. O número de mortes devido a enfermidades era alto e, por isso, diminuía o número de pessoas dispostas a vir para o Brasil.

O povo brasileiro era visto como um povo doente, e alguns diziam que o atraso do país se dava por conta dessa característica. Na literatura, Monteiro Lobato retratou essa realidade por intermédio de um personagem doente e preguiçoso chamado Jeca Tatu, imagem que o pensamento nacionalista tratou de remover quando surgiu a campanha sanitária. Para os sanitaristas, o povo doente seria transformado por meio de ações de higiene e saneamento que retirariam o país do caminho da condenação ao atraso.

O governo então viu-se obrigado a adotar algumas medidas para melhorar a situação. Iniciou-se um programa de saneamento e higienização dos portos, e fundaram-se institutos de pesquisa para o desenvolvimento de vacinas. O Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos, no Rio de Janeiro, foi criado em 1900 e existe até hoje. Atualmente, é conhecido como Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz –, instituição de referência em pesquisas relacionadas à saúde.



Fonte: <http://paracambi.rj.gov.br/edc/?p=16>

Figura 3.2: Em 1900 foi criado o Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos, no Rio de Janeiro, para o desenvolvimento de vacinas. Atualmente, é uma instituição de referência em pesquisas relacionadas à saúde, chamada Fiocruz.

As campanhas de vacinação começaram no final do século XIX/início do século XX, sendo obrigatórias por lei e caso de polícia, pois esta invadia as casas para que as pessoas se vacinassem. Um exemplo interessante da

obrigatoriedade da vacina é que, para uma pessoa se casar, ela precisava apresentar alguns documentos, e dentre eles estava o atestado de vacina. O povo, assustado, reagiu contra o programa de vacinação em massa, momento histórico que ficou conhecido como Revolta da Vacina.



Revolta da Vacina

A Revolta da Vacina foi uma reação violenta da população contra a vacinação imposta pelo Estado. Isso ocorreu em novembro de 1904, no Rio de Janeiro. O povo acusava o governo autoritário de devassar a propriedade alheia com interdições, desinfecções, da derrubada maciça dos bairros pobres, de arrombamentos de casas para nelas entrarem à força.

No estudo intitulado *A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica*, Nísia Trindade Lima, Cristina Fonseca e Gilberto Hochman afirmam que a década de 1910 pode ser considerada como o momento do início efetivo de políticas de saúde no Brasil. Neste período podemos destacar alguns acontecimentos importantes em relação à reforma sanitária:

- Viagens importantes aconteceram no intuito de sanear o sertão.
- Criação da Liga Pró-Saneamento em 1918. Nessa época ainda não havia um Ministério da Saúde e essa era uma das solicitações da Liga. A liga pró-saneamento não obteve grande sucesso na criação do Ministério da Saúde, pois não era de interesse dos grandes proprietários rurais, chamados muitas vezes de coronéis. Eles não queriam que as ações de saúde fossem controladas por um Ministério específico porque isso significaria que o seu controle sobre os territórios diminuiria.
- Conscientização da elite brasileira em relação à necessidade de resolver sérios problemas sanitários e que o Estado nacional deveria assumir a frente para solucioná-los.

Apesar destes acontecimentos, nesta época ainda não era possível identificar grandes mudanças na qualidade de vida da população.

Na literatura, podemos perceber a influência das ideias sanitaristas. O personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato, que retratava o povo brasileiro como preguiçoso e doente, mudou e passou a ser um homem saudável e empreendedor. Isso ocorreu quando os sanitaristas começaram a defender que a realidade de doenças que existia no país poderia ser mudada. O povo não tinha culpa de ter doenças, essa era uma questão de responsabilidade do governo, que deveria tomar as devidas providências para cuidar da saúde dos brasileiros.

Os sanitaristas desejavam a criação do Ministério da Saúde. Apesar de isso não ter ocorrido, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920. Seu primeiro diretor foi Carlos Chagas, que tinha entre seus objetivos:

- controlar a venda de produtos alimentícios, assim controlaria também as infecções gastrointestinais que matava um considerável número de crianças;
- produção de soros e vacinas para combater epidemias que aconteciam no Brasil;
- inspecionar a entrada de imigrantes nos portos e elaborar estatísticas demográfico-sanitárias.

Os recursos destinados à saúde pública não eram de grande monta, e muitas vezes alguns objetivos do Departamento Nacional de Saúde Pública ficavam limitados ao papel, não sendo colocados em prática.

Você sabe qual é a diferença entre epidemia e pandemia?

Dizemos que ocorre uma epidemia quando várias pessoas são acometidas por uma doença de maneira rápida.

Nos anos 1918 e 1919, o Brasil viveu uma epidemia de gripe espanhola que vitimou várias pessoas no país e no mundo e que chegou a matar até o presidente da República na época, Rodrigues Alves. No período atual, o Brasil vivencia, em alguns períodos do ano, epidemias de dengue.

Dizemos que aconteceu uma pandemia quando as epidemias ocorreram em todo o mundo, como aconteceu com a gripe H1N1 e a AIDS, por exemplo.



No campo da assistência individual, ainda inexistiam práticas de assistência à saúde, e a atenção médica ainda era essencialmente paga pelos próprios indivíduos. A parte da população que não tinha condições financeiras para custear o serviço buscava atendimento filantrópico em hospitais mantidos pela Igreja e recorria à medicina caseira.

Como vimos na aula anterior, em 1923, com a Lei Elói Chaves, foi criado o primeiro embrião do que hoje conhecemos como previdência social: as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que proviam assistência médica aos trabalhadores formais. É importante ressaltar que as primeiras formas do sistema de assistência médica no Brasil ocorreram de maneira excludente, uma vez que quem não tivesse trabalho formal não teria direito aos cuidados de saúde. Já as primeiras ações de saúde pública aconteceram através de campanhas de vacinação e buscavam atender a toda população.



Médico no século XI!

O livro *O físico – a epopeia de um médico medieval*, de Noah Gordon, conta a história de Rob Cole, um jovem órfão que começa seus aprendizados como barbeiro-cirurgião. Ambicioso e com vontade de aprender mais sobre os tratamentos médicos, ele deixa a Inglaterra e vai para a Pérsia estudar Medicina, onde começam a surgir as primeiras descobertas na área. A história começa em 1021, quando os hábitos de higiene e os conhecimentos sobre cura ainda eram bastante primários. É muito interessante ver como as pessoas lidavam com essas questões naquela época.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

Tendo como base o que você aprendeu sobre as primeiras medidas sanitárias no Brasil, marque V para verdadeiro e F para falso. Justifique as afirmativas falsas.

() Medidas precárias de saneamento ocorreram no Brasil colônia, com a vinda da família real para o país.

() A proclamação da República em 1889 fez com que as enfermidades diminuíssem e todos quisessem vir para o Brasil.

() Por volta de 1900 o governo iniciou um programa de saneamento e higienização dos portos, e fundaram-se institutos de pesquisa para o desenvolvimento de vacinas.

() A obrigatoriedade da vacinação foi vista pelo povo como algo muito importante, pois só assim as doenças seriam controladas.

() As primeiras formas de assistência médica apenas atendiam a quem tivesse um emprego formal.

A saúde nos anos 1930 até os anos 1960: sem grandes mudanças para a universalização do direito à saúde

No primeiro governo de Getúlio Vargas nos anos 1930, ele transformou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. A partir dessa mudança, os institutos passam a atender os trabalhadores de determinada profissão e não mais às empresas. Com as CAPs, trabalhadores de determinadas empresas possuíam direito ao benefício. Já os IAPs eram categorizados de acordo com a profissão da pessoa e não de acordo com a empresa. Mas o direito à assistência ainda era exclusivo aos **trabalhadores formais** que estavam nas cidades (os urbanos) e que tinham a carteira assinada.

A elite e o governo consideravam os trabalhadores urbanos como fundamentais para o crescimento econômico do país. Esses trabalhadores tinham voz e lutavam pelos seus direitos que nem sempre eram respeitados. Os direitos que eles já haviam conquistado eram a carteira assinada e a assistência à saúde.

A-Z Glossário

Trabalhador formal
É aquele que trabalha com carteira assinada.



Figura 3.3: Getúlio Vargas, em seu primeiro governo, transformou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. Assim os institutos passaram a atender os trabalhadores de determinada profissão e não apenas às empresas.

A saúde pública não era a grande preocupação do governo, tanto que em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. Você percebe a pouca importância dada à saúde? Tanto que nem havia um ministério próprio para as questões de saúde. No período que estudamos anteriormente, nos anos 1910 e 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública estava integrado ao Ministério da Justiça.

No campo da saúde pública, destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp –, criado em 1942 em decorrência de acordo com os Estados Unidos. O Sesp visava, principalmente, à assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção de borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. A produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos Aliados na Segunda Guerra.

Apenas em 1953 criou-se o Ministério da Saúde. As ações na área da saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria, mas a maioria dos recursos ainda ficava com o Ministério da Educação.

Essa era uma época em que os sanitaristas discutiam sobre a política de saúde. A discussão girava em torno de dois argumentos:

- Alguns achavam que as condições de saúde melhorariam se fossem utilizadas técnicas e metodologias adequadas de outros países. Essa era a

melhor forma de investir em assistência à saúde, assim, o Brasil deixaria de ser um país atrasado em relação às políticas sanitárias. O Sesp era um exemplo desse grupo, a estrutura dos serviços implantados era sofisticada e cara, semelhante à estrutura nos Estados Unidos. Para esses pensadores, bastava investir em saúde que o país sairia do atraso.

- Outros buscavam uma prática articulada com a realidade nacional. Eles defendiam a ideia de que investimentos em outros setores econômicos e sociais acabariam melhorando as condições de saúde da população, e assim o país iria se desenvolver, crescer.

Na verdade, podemos dizer que os investimentos apenas na saúde não resolveriam todos os problemas do país. Ao longo desta disciplina, vamos entender o porquê disso.

Para cada Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP) havia uma realidade diferente, pois alguns possuíam mais recursos que outros. Por exemplo: em algumas situações, o IAP dos trabalhadores em transportes e cargas não cobria todas as despesas dos serviços médicos mais caros. Quando isso ocorria, o trabalhador complementava o pagamento do seu bolso. Em 1964, os IAPs dos bancários eram os que possuíam mais dinheiro para gastar com a saúde dos trabalhadores.

Nos anos de existência dos IAPs, os institutos que possuíam recursos suficientes construíam hospitais próprios. Surgiram também os primeiros serviços médicos particulares, contratados pelas empresas insatisfeitas com o atendimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Tem-se aí a origem dos futuros convênios das empresas com grupos médicos, conhecidos como “medicina de grupo”, que iriam caracterizar a previdência social posteriormente.

Bem, percebemos que mesmo com a unificação das Caixas de Aposentadorias e Pensões nos IAPs, não mudou a realidade de exclusão na assistência à saúde. Ainda havia dois tipos de exclusão:

- o trabalhador sem carteira assinada não tinha direito à saúde;
- dependendo da categoria profissional, o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP) possuía mais ou menos recursos para utilizar na assistência.

Atenção primária

As atividades de atenção primária eram as que atendiam a população de maneira geral e que se resumiam, praticamente, a campanhas de vacinação.

Os investimentos eram maiores na assistência médica hospitalar em prejuízo da **atenção primária** (centros de saúde). Isso ocorria porque a assistência médica hospitalar e privada estava de acordo com o crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – aconteceu em 1966, com a unificação de todos os IAPs. Essa mudança não foi muito bem aceita pelos contribuintes que pagavam os impostos mais altos, como os bancários. Antes, esses trabalhadores pagavam mais caro para ter melhores serviços na área da saúde, mas com o INPS todos passaram a ter os mesmos direitos.



David Siqueira

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/993444>

Figura 3.4: Com a criação do INPS, todos os IAPs foram unificados. A mudança não agradou a alguns contribuintes que pagavam mais pelos IAPs, pois eles continuaram pagando mais do que outros trabalhadores pelo mesmo serviço: o INPS.

Mesmo com a criação do INPS, as ações de saúde continuavam excluindo a população que não tinha trabalho e que, portanto, não pagava impostos. A situação era a seguinte:

- O Ministério da Saúde focava suas ações na prevenção das doenças, por meio de campanhas.
- A assistência previdenciária era responsável pelos atendimentos curativos médico-hospitalares, limitada apenas aos contribuintes e seus dependentes.

Atividade 2



Atende ao Objetivo 2

Indique os acontecimentos relacionados à saúde pública brasileira que ocorreram nas seguintes datas:

1918

Década de 1930

1953

1966

Conclusão

No período colonial, praticamente não existiam as políticas sanitárias. Com a proclamação da República e o problema frequente relacionado à saúde do povo, o governo viu a necessidade de tomar medidas sanitárias. A partir daí, a preocupação com a saúde foi crescente, e os trabalhadores aos poucos foram conquistando seus direitos. Nesse sentido, as Caixas de Aposentadorias e Pensões – que se transformariam em Institutos e que posteriormente, unificadas, formariam o INPS – foram muito importantes.



Resumo

- No Brasil colônia, as ações de saúde pública praticamente não existiam.
- O governo se limitou a tentar controlar a comercialização de alimentos e saneamento dos portos por onde saíam os produtos para Portugal.
- A assistência de saúde individual era rara, somente os que tinham condições financeiras de pagar eram atendidos por médicos; quem não tinha recorria aos curandeiros e benzedeadas.
- Com a proclamação da República em 1889, houve um aumento da ocorrência de doenças no país e, por isso, as pessoas não queriam vir ao Brasil.
- Diante do grande número de doentes e mortes, por volta de 1900 o governo iniciou um programa de saneamento e higienização dos portos, e fundaram-se institutos de pesquisa para o desenvolvimento de vacinas. Os problemas sanitários nessa época impediam que pessoas de outros países viessem para cá ou que comprassem produtos brasileiros.
- As campanhas de vacinação se iniciam no fim do século XIX/início do século XX e são obrigatórias. Em 1904, ocorreu a Revolta da Vacina, uma reação do povo contra o programa de vacinação em massa.
- A década de 1910 pode ser considerada como o momento do início efetivo de políticas de saúde no Brasil. Viagens importantes aconteceram no intuito de sanear o sertão, foi criada a liga Pró-saneamento e a elite brasileira começou a se conscientizar sobre a importância da questão sanitária.
- Em 1923, com a Lei Elói Chaves são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que previam assistência médica aos trabalhadores formais.
- O modelo de assistência médica e aposentadoria criado excluía cidadãos que não trabalhassem de carteira assinada.
- No primeiro governo de Getúlio Vargas nos anos 1930, ele transformou as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs.
- Apenas em 1953 criou-se o Ministério da Saúde. As ações na área da saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria, mas a maioria dos recursos ainda ficava com o Ministério da Educação.

- A criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – aconteceu em 1966; assim, todos os IAPs foram unificados.
- As ações de saúde continuavam divididas e excludentes: ao Ministério da Saúde, a prevenção; a assistência médica vinha do INPS, mas apenas para os trabalhadores formais.

Informação sobre a próxima aula

Na próxima aula, você vai continuar estudando acontecimentos importantes na história das políticas de saúde no Brasil, no período que vai do final de 1960 até os anos 1970.

Resposta das atividades



Atividade 1

- (F) No Brasil colônia, tentava-se controlar a comercialização de alimentos e o saneamento dos portos por onde saíam os produtos para Portugal, mas não havia outras preocupações com a saúde.
- (F) Podemos dizer que a partir da proclamação da República aconteceram as primeiras ações de saúde pública no Brasil. Nesta época, aconteceram algumas epidemias que chegaram atrapalhar a circulação de mercadorias, pois ninguém queria vir para o Brasil ou comprar produtos daqui, com medo das doenças. Assim o governo começa com ações de saneamento dos portos e das cidades.
- (V) Por volta de 1900 o governo iniciou um programa de saneamento e higienização dos portos, e fundaram-se institutos de pesquisa para o desenvolvimento de vacinas.
- (F) A vacinação era algo obrigatório, e o povo não aceitou isso passivamente, foi nessa época que aconteceu a Revolta da Vacina.
- (V) As primeiras formas de assistência médica apenas atendiam a quem tivesse um emprego formal.

Atividade 2

O governo Getúlio Vargas transforma as CAPs em IAPs.

A criação da Liga Pró-Saneamento, que buscou sanear o interior do país, já que as primeiras ações na República eram nos centros urbanos.

Foi criado um ministério específico para a saúde. Antes disso, existiu o Ministério da Educação e da Saúde.

Foi criado o INPS através da unificação dos IAPs. Esta medida não agradou os maiores pagadores do IAPs, como os bancários por exemplo.

Referências bibliográficas

BATIPSTA, Tatiana Wargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In.: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In.: LIMA, Nísia Trindade, et. al. (Org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

SILVA, Maria Patrícia. *Desenvolvimento e saúde: dimensão social do projeto Montes Claros*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, 2010.

Aula 4 | História das políticas de saúde no Brasil

Meta da aula

- Apresentar alguns acontecimentos importantes da construção de políticas de saúde no Brasil no período de 1960 até os anos 1970.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. identificar alguns fatos importantes da construção da saúde pública no Brasil nos anos 1964 até final dos 1970;
2. definir como eram as políticas públicas no Brasil entre 1960 e 1970.

Como era a assistência à saúde antigamente?

Ana Tereza tem dezoito anos e mora ao lado de uma policlínica municipal e em frente há um ponto de ônibus. Todos os dias quando vai trabalhar, ela encontra pessoas que vão até a policlínica procurando assistência médica. Um dia desses, ela estava esperando o ônibus e escutou a conversa de duas senhoras:

- Na época do INPS, era difícil conseguir atendimento médico, as filas eram enormes...
- É verdade. Agora com o SUS melhorou bastante, apesar de ainda haver problemas...

Ana Tereza ficou curiosa e, quando chegou em casa, entrou na internet para pesquisar o que era INPS e como surgiu o SUS (Sistema Único de Saúde).



Fonte: http://www.saoluis.ma.gov.br/custom_files/image/1003Novo_hospital_ter%C3%A1_2.jpg

Figura 4.1: Antes de haver o SUS, o INPS era o sistema de saúde utilizado por parte do povo brasileiro.

Na aula de hoje, vamos aprender um pouco sobre o que Ana encontrou. Você verá como funcionava o INPS, entenderá como ocorreu o processo de privatização da saúde e como finalmente surgiu o SUS. Você verá que o sistema de saúde sofreu várias mudanças ao longo dos anos.

O golpe militar de 1964 até os anos 1970: como era a saúde nessa época

O governo militar foi implantado no Brasil por meio de um golpe em 1964, gerando uma situação da qual o povo não podia reclamar, nem discutir ideias políticas. As manifestações populares eram reprimidas pela força militar, e muitos cidadãos foram presos e até mortos. Havia repressão de toda e qualquer participação política. Os movimentos sociais se retraíram, os poucos que sobraram encontraram algum tipo de espaço apenas na Igreja Católica.

O povo brasileiro enfrentou diversos problemas sociais durante a ditadura. O forte **arrocho salarial** ocasionou intensa concentração de renda nas mãos dos mais ricos, e os pobres ficaram cada vez mais pobres. A falta de recursos e o empobrecimento da população tiveram como consequência o aumento da mortalidade e da **morbidade**. Ocorreram epidemias de poliomielite e de meningite.

As questões relacionadas à saúde não eram prioridade para o governo. A censura imposta pela ditadura militar proibiu a divulgação de notícias sobre a epidemia de meningite pelos meios de comunicação em 1974. O Estado não permitia a divulgação do problema, pois assim a população não ficaria alarmada nem reivindicaria soluções, e o governo não precisaria resolver a situação.

A-Z Glossário

Arrocho salarial

Salários baixos que não recebem aumento.

Morbidade

Refere-se ao número de casos de uma determinada doença na população.



Fonte: <http://historia.seed.pr.gov.br/arquivos/Image/cadernos2.jpg>

Figura 4.2: Durante a ditadura, as manifestações populares eram reprimidas por meio da força militar.

Na economia, a industrialização continuava sendo prioridade, mas com abertura e dependência de investimentos do estrangeiro. Na indústria farmacêutica, a dependência do capital estrangeiro era comum. A maioria das companhias brasileiras e dos laboratórios que produziam medicamentos era de grupos estrangeiros. O governo não protegia ou incentivava a produção nacional, facilitando a vinda de laboratórios de outros países. Diante disso, os laboratórios farmacêuticos (estrangeiros) determinavam os preços e a qualidade dos medicamentos vendidos no Brasil, que foram ficando cada vez mais caros.

Pode-se dizer que, durante a ditadura militar, houve um reforço na organização da política de saúde que havia sido iniciada no período anterior. Houve um crescimento significativo da **medicina previdenciária**, que se sobrepôs à saúde pública.

O governo investe em hospitais

O governo militar preocupava-se com as condições de saúde da população de forma muito específica. Os serviços de saúde estavam organizados de maneira que o ponto central era ter hospitais, fabricar remédios e curar doenças, o que chamamos de modelo curativista hospitalocêntrico. Esse modelo de organização seguia uma linha em que o importante era curar as doenças; havia grandes investimentos na construção de hospitais que nem toda a população podia usar.

A-Z *Glossário*

Medicina previdenciária

É aquela paga pela Previdência, ou seja, no início, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensão, depois pelos IAPs e depois pelo INPS, a que apenas os trabalhadores com carteira assinada tinham direito.

O governo não dava valor, colocava em segundo plano questões importantes como cuidar da população pobre e trabalhadora que não possuía moradia nem renda para se alimentar bem. Na realidade, esses eram problemas determinantes nas condições de saúde dos cidadãos, e precisavam ser atendidos.



Alaa Hamed

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/879871>

Figura 4.3: O modelo curativista hospitalocêntrico usado na ditadura militar priorizava a construção de hospitais, a fabricação de remédios e a cura de doenças. O governo não se preocupava com as más condições de moradia e alimentação da população pobre.

Privatização da saúde

Como vimos na Aula 3, na assistência médica individual houve a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – em 1966. Os impostos eram descontados todos os meses do salário dos contribuintes (trabalhadores de carteira assinada). Diante disso, um enorme volume de recursos financeiros ficou centralizado nas mãos do Estado, que acabou repassando-os à iniciativa privada, na compra de serviços médicos e na construção de hospitais.

Em 1966, após a criação do INPS, a política de saúde começou a priorizar a compra de serviços privados, deixando de lado a ampliação dos próprios serviços (MENICUCCI, 2007). Os hospitais não eram públicos, pertenciam à iniciativa privada, mas o Estado os usava para atender os trabalhadores que pagavam INPS (trabalhadores formais). Os cidadãos que não contribuíam através do pagamento de impostos teriam de pagar pelos tratamentos ou, quando não tinham condições, esperar pela filantropia.

A filantropia é uma forma sem fins lucrativos de ajudar as pessoas. Nesse caso, as pessoas pobres eram atendidas em hospitais, Casas de Misericórdia, que normalmente eram administradas pela Igreja Católica. Essas instituições prestavam assistência a pessoas que não podiam pagar pelos serviços, as quais eram chamadas de indigentes.

Nessa época, prevalecia a prática assistencial curativa, embasada na construção de hospitais com forte tendência privatizante. Acreditava-se que a solução seria a criação de convênios entre a iniciativa privada e o Estado. A partir desse momento, a assistência à saúde no Brasil começou a se tornar cada vez mais dividida. Essa divisão entre a saúde pública e a privada era a mais conveniente para o Estado, que naquele momento se preocupava mais com as questões econômicas do que com as sociais. Cabe lembrar que a iniciativa privada possuía mais recursos (dinheiro). Em resumo: havia um setor privado caro e um público que não resolvia todos os problemas da população.

A intervenção do Estado impulsionou o setor privado. Isso ocorreu porque a expansão dos hospitais não aconteceria sem o dinheiro do INPS. A população que trabalhava dependia dos serviços daquele órgão. Dessa forma, aumenta cada vez mais a contratação de hospitais e clínicas credenciados no INPS.

Assim, as ações implementadas nesse período encaminharam a organização da assistência à saúde em uma linha crescente para a privatização. A saúde foi transformada em mercadoria, uma mercadoria que a maioria da população não podia comprar. (A saúde deve ser considerada como um direito universal, que todos devem ter acesso e igualmente).

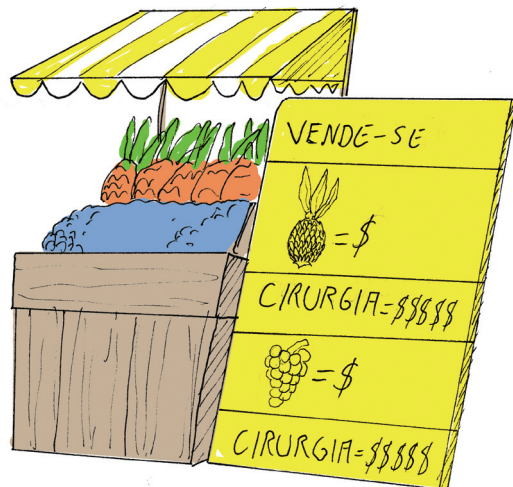


Figura 4.4: A intervenção do Estado impulsionou o setor privado e a saúde acabou sendo transformada em uma mercadoria que não era acessível à maioria dos cidadãos brasileiros.

Ao permitir essa crescente privatização, o governo deixou para terceiros a responsabilidade de prestar tal serviço a toda a população. Com isso, houve uma diminuição na prestação de serviços públicos. Cabe lembrar que a maioria dos serviços privados dependia dessa ação do Estado de investir na saúde pública.

Nesta aula, você pôde perceber que os problemas da saúde pública brasileira começaram há muito tempo. Os problemas que encontramos atualmente em nosso sistema de saúde são consequência das políticas sociais de saúde que foram implementadas ao longo dos anos.



Números da saúde

No estudo *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*, de Telma Menicucci (2007), ela apresenta os seguintes números:

- em 1960, 50% das atividades médicas estavam ligadas à previdência;
- em 1967, dos 2.800 hospitais do país, 2.300 estavam contratados pelo INPS;
- em 1969, 75% dos gastos da assistência médica vinham do INPS, apenas 25% dos gastos eram provenientes dos estados e municípios.
- em 1973, 90% dos hospitais eram dependentes dos recursos do INPS. Os hospitais que não eram dependentes do INPS e pertenciam aos estados e municípios possuíam assistência médica de qualidade inferior.

Em 1967, foi promulgado o Decreto-Lei 200, que estabelece as normas para a organização da administração federal. Ele inclui as responsabilidades do Ministério da Saúde, que se fundamentava basicamente nas seguintes ações:

- controle de drogas e medicamentos;
- responsabilidade pelas ações preventivas (que se resumiam em campanhas de vacinação);
- vigilância sanitária;

- controle de alimentos;
- controle dos portos.

Você percebe que as ações não estavam voltadas para o aumento da cobertura da assistência médica? O que isso nos diz? Isso nos diz que o governo federal não se preocupava com o aumento da cobertura dos serviços médicos ou com a inclusão de todos os brasileiros no acesso a assistência médica. Ele continuava excluindo os brasileiros que não conseguiam entrar no mercado de trabalho formal.

Decreto-Lei 200

No Decreto-Lei 200, de 1967, estão estabelecidas as normas para a organização da administração federal. Para ler todo o Decreto, acesse o site <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del0200.htm>.



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1105360>



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

Leia as afirmações a seguir e coloque V para verdadeiro ou F para falso.

- a) () Durante o governo militar houve um crescimento significativo da medicina previdenciária, que se sobrepôs à saúde pública.



- b) () No período estudado, 1964 até os anos 1970, a indústria farmacêutica era basicamente nacional, com preços de medicamentos acessíveis a toda população.
- c) () A crescente privatização da saúde foi impedida pelo Estado, após a criação do INPS.
- d) () A criação do Decreto-Lei para a organização administrativa do Ministério da Saúde não tinha entre os objetivos a melhoria da assistência à saúde da população.

A criação do Inamps e o começo de um novo movimento na saúde

Após algum tempo de funcionamento, nos anos 1970, o INPS enfrentou uma grave crise financeira, resultado:

- do aumento de gastos;
- do aumento de demanda;
- da forma como se dava o contrato com a rede médica privada, possibilitando fraudes;
- da inexistência de fiscalização dos serviços executados pela rede privada.

Diante da crise no INPS, houve uma mudança na sua estrutura. Foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, no qual os serviços da **previdência** foram separados dos serviços da assistência à saúde. A partir daí, a previdência ficava sob a responsabilidade do INPS e a assistência à saúde ficava sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps –, criado em 1977.

As ações de saúde estavam divididas da seguinte forma:

- O Inamps era responsável por medidas curativas, ou seja, cura das doenças em hospitais, assistência nos hospitais. Apesar de o órgão responsável pela saúde ter mudado de nome, a mesma lógica, que começou com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) permanecia. O direito aos cuidados médicos era reconhecido apenas aos contribuintes com a previdência, aqueles trabalhadores de carteira assinada.

A-Z Glossário

Previdência

A Previdência Social é um seguro que garante a renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice. Oferece vários benefícios que juntos garantem tranquilidade quanto ao presente e em relação ao futuro assegurando um rendimento seguro. Para ter essa proteção, é necessário se inscrever e contribuir todos os meses.

Fonte: <http://www.previdencia.gov.br/>

- O Ministério da Saúde atuava na área de saúde pública por meio de campanhas de vacinação e das ações que foram definidas pelo Decreto-Lei 200/1967.

Era visível que no Brasil não havia uma política de saúde que considerasse todos os cidadãos igualmente. Havia uma separação entre a previdência com medidas curativas voltadas para o tratamento das doenças e as ações de prevenção no Ministério da Saúde. Na prática, o Ministério da Saúde ficava com a menor parte dos recursos.

O modelo de assistência organizado dessa maneira não deu conta de solucionar os problemas da saúde pública brasileira. A divisão do sistema de saúde entre ações públicas e privadas era extremamente excludente, com uma visão de saúde limitada à cura de doenças.

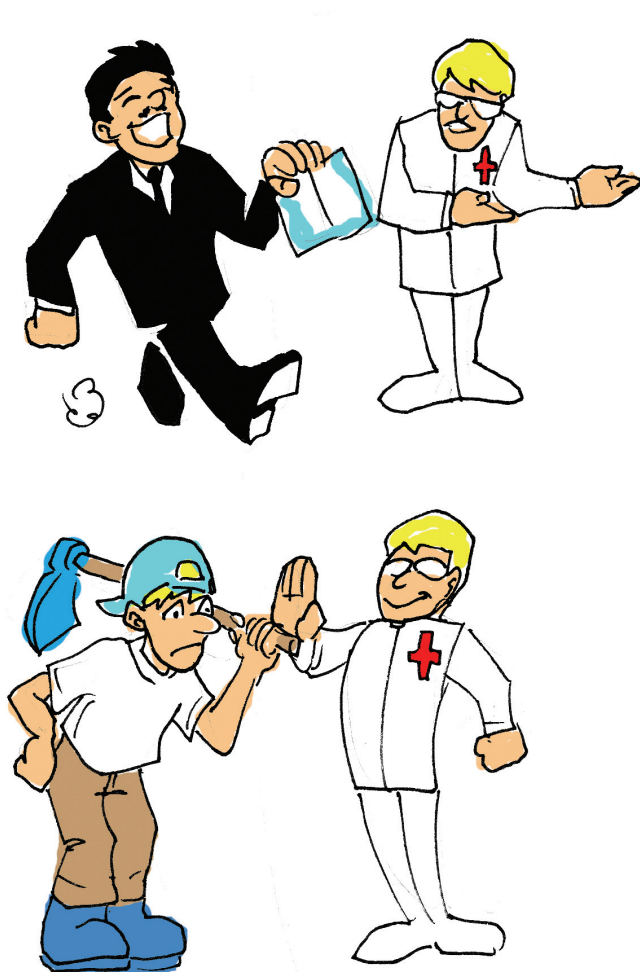


Figura 4.5: Apenas os trabalhadores com carteira assinada tinham direitos ao sistema de saúde pública.

Contra esse quadro surgiu no Brasil, no final dos anos 1970, o chamado movimento pela reforma sanitária ou movimento sanitário. Ele se caracterizou pela luta por uma reorganização da assistência à saúde no país e levantou um novo debate sobre o conceito de saúde/doença: em vez de tratar apenas a relação médico/paciente, discutia-se a determinação social da doença e da saúde, buscava-se a universalização do direito à saúde. Na Aula 5 estudaremos mais sobre esse movimento.



Atividade 2

Atende ao Objetivo 2

Semana passada, Luana, uma jovem de vinte anos, estava reclamando sobre o sistema público de saúde. Na fila de espera do atendimento ela conheceu dona Marina, que lhe explicou que a situação da saúde no Brasil está melhorando aos poucos e contou como era essa situação quando ela era jovem.

O que dona Marina contou para Luana? Responda tendo como base o que você aprendeu nesta aula.

Conclusão

A construção das políticas de saúde no Brasil ocorreu de forma bastante excludente. O governo militar não tinha como foco a construção de hospitais públicos ou um plano de ação em políticas de saúde com objetivo de melhorar os serviços de saúde pública. De fato, a divisão entre os setores público e privado na assistência à saúde que temos atualmente tem raiz, desde a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensão, nos anos 1920, e foi aprofundado e fortalecido em 1966, com a criação do INPS. As escolhas realizadas pelos governos nesse período privilegiaram o crescimento de atividades privadas.

Resumo



- O governo militar foi implantado no Brasil por meio de um golpe em 1964.
- No governo militar aconteceu uma forte dependência do capital externo. Na área da saúde, podemos perceber isso com a grande quantidade de laboratórios estrangeiros que fabricavam medicamentos e acabavam determinando seus preços.
- Durante a ditadura militar houve um crescimento significativo da medicina previdenciária, que se sobrepôs à saúde pública.
- Os serviços de saúde estavam organizados por meio do modelo curativista hospitalocêntrico. O ponto central era ter hospitais, fabricar remédios e curar doenças.
- O governo não dava valor a questões importantes como cuidar da população pobre e trabalhadora que não possuía condições de moradia, nem renda para se alimentar bem.
- Em 1966, após a criação do INPS, a política de saúde começou a priorizar a compra de serviços privados, deixando de lado a ampliação dos próprios serviços.
- A escolha do Estado foi utilizar recursos do INPS para comprar serviços de hospitais privados. Em vez de investir na construção de hospitais públicos, o Estado auxiliou na construção de hospitais privados.
- Diante da privatização da saúde, o governo deixou para terceiros a responsabilidade de prestar tal serviço para toda a população. Com isso, houve uma diminuição na prestação de serviços públicos.
- Em 1967 foi promulgado o Decreto-Lei 200, que inclui as responsabilidades do Ministério da Saúde. Dentre elas estão: controle de drogas e medicamentos, responsabilidade pelas ações preventivas, vigilância sanitária etc.
- Nos anos 1970 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, em que os serviços da previdência foram separados dos serviços da assistência à saúde.

- Com a separação dos serviços de previdência e de assistência à saúde, foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). A previdência ficava sob a responsabilidade do INPS, e a assistência à saúde ficava sob a responsabilidade do Inamps.
- As ações de saúde estavam divididas da seguinte forma: o Inamps era responsável por medidas curativas, assistência médico-hospitalar dos contribuintes com a previdência; enquanto o Ministério da Saúde atuava na área de saúde pública por meio de campanhas de vacinação.
- No Brasil não havia uma política de saúde que considerasse todos os cidadãos igualmente. O direito aos cuidados médicos era reconhecido apenas aos contribuintes com a previdência, aqueles trabalhadores de carteira assinada.
- No final dos anos 1970 surgiu um movimento pela reforma sanitária brasileira que contestava esse quadro de exclusão e lutava pela universalização da saúde e redemocratização do país.

Informação sobre a próxima aula

Na próxima aula, você irá aprender sobre o movimento pela reforma sanitária brasileira dos anos 1970. Verá como ele foi importante para a reorganização da saúde pública no Brasil.



Respostas das atividades

Atividade 1

- (V) Durante o governo militar houve um crescimento significativo da medicina previdenciária, que se sobrepôs à saúde pública.
- (F) Na verdade, no período em questão, a indústria farmacêutica foi aberta para laboratórios internacionais, e isso fez com que os preços dos medicamentos aumentassem.
- (F) A crescente privatização da saúde foi impulsionada com a criação do INPS, e o Estado financiava a construção de hospitais com esses recursos.

- d) (V) A criação do Decreto-Lei para a organização administrativa do Ministério da Saúde não tinha entre os objetivos a melhoria da assistência à saúde da população.

Atividade 2

Dona Marina contou a Luana que a organização da assistência à saúde no Brasil, desde sua criação, foi fundamentada em uma visão excludente. Não eram todos os brasileiros que tinham o direito à saúde reconhecido. Apenas os que trabalhavam com carteira assinada e que contribuíam com a previdência tinham esse direito. Com a criação do INPS, em 1966, o governo escolheu apoiar a contratação de serviços de terceiros (privados), deixando de lado a criação de políticas sociais de saúde pública. Para o governo, bastava investir em hospitais e remédios para melhorar a saúde da população (modelo curativista hospitalocêntrico).

Referências bibliográficas

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In.: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 fev. 1967. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del0200.htm>>. Acesso em: 01 out. 2010.

_____. Ministério da Previdência Social. *O que é Previdência Social*. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=59>>. Acesso em: 01 out. 2010.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

SILVA, Maria Patrícia. *Desenvolvimento e saúde: dimensão social do Projeto Montes Claros*, 2010. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social). Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2010.

Aula 5 | O movimento pela reforma sanitária

Meta da aula

- Apresentar o contexto político-econômico e o movimento pela Reforma Sanitária brasileira dos anos 1970.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. reconhecer fatos importantes do contexto político econômico que favoreceram o movimento pela Reforma Sanitária brasileira;
2. descrever o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil.

Sarampo: cuidado, doença fora de controle!

Em uma tarde de 1973, dona Maria Aparecida saiu desesperada, à procura de um hospital porque seu filho Pedro, com apenas três anos, estava doente. Por sorte, o marido de dona Maria trabalhava na construção civil e era contribuinte do INPS, e, por isso, seu filho pôde ser atendido pelo serviço público, apesar da grande fila de espera. O médico examinou Pedro e diagnosticou sarampo, uma doença grave que pode até levar à morte.

Nessa época as epidemias de sarampo eram comuns no Brasil. A situação política e econômica do país não favorecia as políticas de saúde. Foi apenas em 1992, com o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, que as epidemias da doença começaram a ser controladas. Esse plano incluiu uma campanha de vacinação em massa de crianças e adolescentes de 9 meses a 14 anos.



Domínio Público

Fonte: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/27/RougeoleDP.jpg>

Figura 5.1: Apenas em 1992 as epidemias de sarampo começaram a ser controladas com uma campanha de vacinação em massa.

O Sistema Único de Saúde começou em 1988, e foi nesse momento que a situação da saúde pública no Brasil começou a melhorar, pois o governo passou a investir mais na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Até a década de 1970 apenas havia preocupação com a cura.

Nesta aula, você irá estudar o contexto político-econômico do final dos anos 1960 e anos 1970 e verá como novas ideias foram importantes na criação de um novo sistema de saúde.

Contextualização político-econômica: fatos que contribuíram para o surgimento do movimento sanitário nos anos 1970

No Brasil do final dos anos 1970, a saúde era entendida cada vez mais como uma mercadoria. O setor privado passou a controlar a prestação de serviços de assistência à saúde individual. O governo ainda era uma ditadura militar que investia em hospitais e em medicamentos, sem se preocupar de fato com a saúde do povo.

A situação da saúde dos brasileiros era delicada, pois não havia o controle de doenças. Muitas crianças chegaram a morrer com sarampo e meningite, por exemplo, na década de 1970. A censura militar não permitia a divulgação dos números de doenças que aconteciam entre as crianças. O governo voltava seu foco para outras questões.

Nessa época havia uma forte preocupação com o crescimento econômico, e a industrialização do país era crescente. Diante dessa situação, o número de trabalhadores urbanos aumentava consideravelmente. As ações de saúde pública ficaram em segundo plano, uma vez que não eram consideradas produtivas para o crescimento do país. A maior preocupação do governo era prestar serviços de saúde pública à massa trabalhadora. Apesar de o INPS não oferecer os serviços de saúde ideais, ele atendia a esses trabalhadores.

Nisia Lima Trindade, Cristina Fonseca e Gilberto Hochman, em um estudo intitulado “A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica”, afirmam que a saúde pública estava realmente relegada a segundo plano:

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida, que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde (p. 61).

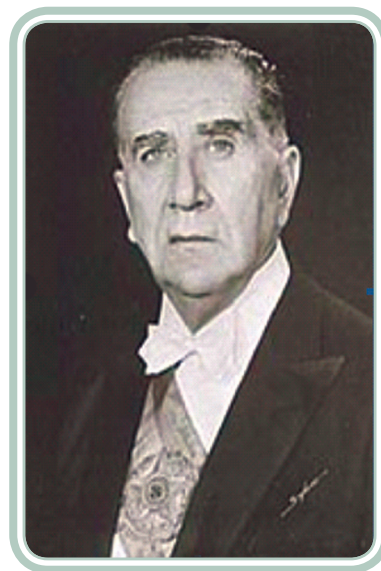
A maneira como era organizado o INPS facilitou o desvio de recursos da instituição. Isso ocorreu porque não havia um controle rigoroso da prestação de contas do dinheiro do Estado que era repassado para o setor privado. E os médicos e enfermeiras eram formados para trabalhar em uma lógica hospitalocêntrica embasada em especialidades, como se o corpo humano fosse apenas uma parte e não um todo.

Ao ter como foco a formação em hospitais, os profissionais não conheciam as diferentes realidades do Brasil, um país muito grande, com regiões e populações distintas. Havia a necessidade de se pensar a saúde contextualizada

ao lugar, às características daquela cidade ou região; no entanto, não era essa a prática. Os futuros médicos e enfermeiras deveriam ter em sua formação estágios que lhes permitissem conhecer tais realidades e, assim, poderiam compreender melhor as condições de saúde do povo em diferentes lugares. Há doenças que são mais comuns em uma cidade como São Paulo, e outras que ocorrem com mais frequência em uma zona rural, por exemplo. Os profissionais de saúde precisavam entender essas particularidades.

Entre 1968 e 1974, o Brasil foi governado pelo presidente Médici. Esse período se caracterizou pela maior repressão política aos que se posicionavam contra o regime militar e pelo crescimento econômico acelerado de maneira jamais presenciada por esse regime. Esse período ficou conhecido como “milagre econômico”.

O “milagre econômico” refere-se a um período de forte crescimento na economia do país, quando houve aumento de vagas de trabalho, mas com salários muito baixos. A forte industrialização foi acompanhada de uma grande concentração de renda nas mãos dos mais ricos, sem que houvesse uma preocupação social. Diante desse quadro econômico, as desigualdades sociais aumentaram, e a economia ficou muito dependente do capital estrangeiro.



Agência Brasil

Fonte: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/6f/Em%C3%ADlio_Garrastazu_M%C3%A9dici_2.jpg

Figura 5.2: O governo Médici é considerado o mais violento da ditadura militar.



Governo Médici: repressão e grandes obras públicas

O governo do general Emílio Garrastazu Médici começou em outubro de 1969 e foi até março de 1974. É considerado por muitos historiadores como o mais repressivo e violento. Outra característica desse governo foi o elevado número de obras públicas de grande porte.

Os projetos desenvolvimentistas da ditadura de Médici, como o Plano de Integração Nacional (PIN), possibilitaram a construção das rodovias Santarém—Cuiabá, da Transamazônica e da Ponte Rio—Niterói. Grande parte dessas obras foi financiada com recursos públicos advindos da Previdência e da saúde, recursos do INPS. Tal fato reafirma que o foco principal do governo era o desenvolvimento econômico do país e não a saúde pública do povo brasileiro.



Lucas Medella

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/834494>

Em 1973 ocorreu uma crise financeira que afetou a economia mundial: a crise do petróleo. O crescimento do Brasil dependia muito dos recursos estrangeiros e, por isso, foi muito prejudicado. Nesse ano, o Brasil produzia apenas 20% do petróleo que consumia, comprometendo, assim, o desenvolvimento do país.

Essa crise ocorreu devido à grande procura pelo petróleo no mercado internacional e à baixa produção, causando o aumento do preço do produto. A Organização dos Países Exportadores de Petróleo – OPEP – é que determinava os preços dos barris de petróleo e contribuiu para a crise, pois os preços passaram de 2,90 dólares para US\$11,65. Com a crise do petróleo, o momento de prosperidade na economia brasileira, o “milagre econômico”, entrou em declínio.

A-Z Glossário

Anistia política

Acontece quando o governo ou o Estado não considera mais necessário punir as pessoas que cometeram algum ato ilícito político, considerado como crime político.



Em 1974 tomou posse o general Ernesto Geisel, e até 1978 tivemos no país o fim do chamado “milagre econômico”. Em seu governo, Geisel iniciou certa abertura política no regime militar, “lenta, gradual e segura”, como eles chamavam na época. A abertura política ocorreu no sentido de ser um governo menos autoritário e menos violento. Durante os anos de repressão, algumas pessoas, entre as quais estavam incluídos profissionais da saúde, professores universitários, políticos, artistas e estudantes, tiveram de ir morar em outros países. Elas haviam sido exiladas para fugir das perseguições militares. Em 1979, o presidente Figueiredo outorgou a Lei 6.683, conhecida como “Lei da Anistia”, na qual consta que os exilados possuem permissão para voltar ao Brasil; eles conseguiram a chamada **anistia política**.

Lei 6.683: lei da anistia

Para ler a lei da anistia política de 1979 na íntegra, acesse:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6683.htm



Mário Alberto Magalhães Trejo

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/761984>

A abertura política permitiu que, aos poucos, os movimentos sociais comesçassem a colocar suas demandas sem medo da repressão e da violência. Assim, esses movimentos começaram a lutar pela redemocratização do país, pelo direito à saúde para todos os brasileiros e por outras causas que visavam ao bem-estar social da população.



Temos vários filmes que nos contam um pouco da história do período militar no Brasil. O filme Zuzu Angel conta a história da estilista que projetou a moda brasileira no mundo. Seu filho, Stuart, participava dos movimentos estudantis contra a ditadura militar e acabou sendo preso, torturado e morto. Diante dessa situação, Zuzu faz denúncias contra o governo que ecoam no Brasil e no exterior.



Fonte: <http://1.bp.blogspot.com/s34RXul-vMM/TDphTMBIVYI/AAAAAA-AABN4/vWBYISJLubQ/s1600/zuzu-angel-poster01.jpg>

Atividade 1



Atende ao Objetivo 1

Leia as afirmações a seguir e marque V para verdadeiro ou F para falso.

- () Nos anos 1970 a saúde era a principal preocupação do governo militar. O investimento na área da saúde era visto como de grande importância para o desenvolvimento econômico do país.
- () Durante o “milagre econômico” houve uma forte industrialização no país e o número de empregos aumentou, apesar de os salários serem muito baixos.
- () No campo da assistência à saúde, a crescente venda de serviços médicos teve como consequência uma tendência e a facilidade para desvios de dinheiro do INPS.

- d) () O governo do presidente Geisel se caracterizou pelo início da abertura política do regime militar que ocorreu de forma “lenta, gradual e segura.
- e) () A abertura política dificultou o desenvolvimento dos movimentos sociais.

A busca por uma política de saúde mais justa

Como consequência da crise internacional do petróleo, o cenário político também entrou em crise. A ditadura militar enfrentou uma considerável derrota nas eleições, quando a maioria dos candidatos que apoiava perdeu. No período de 1970 até 1982, a oposição se fortaleceu, elegendo mais representantes para o Senado e para Câmara de Deputados. No início dos anos 1980, aconteceram eleições diretas para governador e senador.

Cabe lembrar que durante a ditadura militar não havia eleições diretas, ou seja, o povo não votava. Nessa época, as eleições eram realizadas por um colégio eleitoral formado pelos congressistas e delegados das assembleias legislativas.

Diante desse quadro, o presidente Geisel (1974-1979) logo buscou implementar medidas que pudessem responder às demandas econômicas e sociais existentes. A população contestava o regime por meio de alguns movimentos sociais e o governo tentava melhorar sua aceitação.

Tais medidas sociais para melhorar o quadro político-econômico-social já se haviam iniciado com a uma abertura “lenta e gradual” da política do regime militar. O governo criou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), voltado também para questões sociais. A abertura política e o II PND encaixam-se em uma mesma concepção: tirar o regime da crise econômica e política.

Para desenvolver as ações desse novo plano, o governo precisou contratar profissionais voltados para as áreas específicas sociais e da saúde, por exemplo, pois em seus quadros de funcionários não havia pessoas suficientes e nem todas possuíam os conhecimentos necessários.

Movimento pela Reforma Sanitária

Com a abertura lenta e gradual, um dos movimentos sociais que surgiram foi o da reforma sanitária, do qual participavam grandes intelectuais que contestavam a organização dos serviços de saúde. Para implementar as políticas de saúde, o governo precisou contratar profissionais que estavam ligados a esse movimento. Dessa forma, o movimento sanitário ganhou força, pois seus integrantes passaram a ser contratados pelo governo para desenvolver projetos voltados para questões sociais e de saúde. Assim, ficou mais fácil fazer as mudanças necessárias e colocá-las em prática.

O movimento pela reforma sanitária buscava, entre suas reivindicações, uma mudança do sistema público de saúde, que era extremamente excludente. A divisão desse serviço entre ações públicas e privadas, como vimos na Aula 4, não melhorou as questões da saúde pública brasileira. Os indicadores de mortalidade infantil, por exemplo, não diminuíram.

O movimento pela reforma sanitária tinha como objetivo lutar contra esse quadro e se caracterizou pela busca por uma reorganização da assistência à saúde no Brasil. Um novo debate sobre o conceito de saúde/doença foi levantado. Em vez de tratar apenas a relação médico/paciente, discutia-se a determinação social da doença e da saúde.

Mortalidade infantil

A mortalidade infantil no período de dez anos, 1963 a 1973, aumentava, e entre as causas estavam o sarampo, a varíola e a diarreia. Em 1974, de cada mil crianças entre 0 e 4 anos, 33,78% morriam antes de completar 1 ano de idade.

Fonte: Dados apresentados no trabalho realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais – Conasems.



Sobre o processo saúde-doença, é importante dizer que a garantia à saúde vai além da esfera das atividades clínico-assistenciais. Isso significa que o governo deve oferecer mais do que consultas com um médico centradas no hospital e cuidado de uma doença com medidas curativas. É fundamental considerar que as condições de vida do indivíduo determinam se ele é saudável. A vida cotidiana pode contribuir com a saúde ou com a doença.

O movimento que tinha uma nova visão da saúde e buscava mudanças como uma prática político-ideológica surgiu nos Departamentos de Medicina Preventiva.

O modelo diferente que a reforma sanitária propunha priorizava a saúde coletiva. O indivíduo estava vinculado ao meio em que vivia, e isso era um fator determinante no processo de estar doente ou estar saudável.

Além disso, o movimento sanitário tinha como objetivo criar um sistema de saúde que atendesse a toda a população, sem excluir ninguém. Os serviços de saúde pública deveriam estar disponíveis para as necessidades dos brasileiros sem distinção de raça, gênero, faixa etária e renda.

Para os envolvidos nesse movimento era preciso unir a teoria e a prática (isto é, o que se estudava nos Departamentos de Medicina Preventiva e a implantação de novos projetos na prática) para transformar as condições de saúde. A saúde passou a ser entendida com uma dimensão ampla, não se limitando à interpretação de que saúde é simplesmente a ausência de doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou enfermidade.

No início, o movimento sanitário não era reconhecido como tal, e, às vezes, era chamado de partido sanitário, denominação que não agradava a seus integrantes, que afirmavam que ele era um movimento social que tinha como objetivo melhorar as condições de saúde da população. O movimento era integrado por cientistas, técnicos de saúde, universitários, médicos, usuários do serviço de saúde e partidos políticos de esquerda. Os exilados políticos que voltavam para o Brasil com a anistia também participaram.



Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou enfermidade.

Um dos momentos mais importantes para o movimento da reforma sanitária aconteceu em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília-DF. Mais de 4.000 pessoas ligadas ao movimento sanitário de todo o país participaram do evento, que teve como consequência a criação do SUS.

Sistema Único de Saúde (SUS)

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde passou a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que foi levado à Assembleia Nacional Constituinte em 1987. Um médico e professor muito importante que participou ativamente desse processo, chamado Sérgio Arouca, em depoimento ao Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais –, afirmou que o Movimento Sanitário teve muita força. Destacou que a VIII Conferência de Saúde, o envolvimento e a participação democrática no movimento tiveram como resultado uma proposta inovadora: a criação do SUS, que foi incluída na Constituição de 1988.

O inédito em nosso trabalho é essa articulação que ninguém fez, aí ninguém fez mesmo. Não aconteceu na Educação, na Assistência Social, uma movimentação para fazer articulação entre a Universidade, o pensamento crítico, e a organização de serviços, a montagem de um projeto alternativo novo. Tanto assim que quando vem a redemocratização e fomos para VIII e para Constituinte [...] a coisa caminha para criação do SUS de maneira quase natural [...] Tivemos uma grande vitória, num primeiro momento, que talvez tenha sido até surpreendente, porque o texto que fala da Constituição foi o único que nasceu de uma emenda popular, com mais de cem mil assinaturas no Brasil inteiro. Eu tive o privilégio de apresentar essa emenda popular na Constituinte. O SUS nasceu, num primeiro momento, de base social, ao criar essa estrutura democrática, ter conferência, ter conselho. Não existe nada parecido com o SUS na América Latina (Sérgio Arouca, em entrevista ao Conasems, BRASIL, 2007).

Após mais de dez anos do início do movimento, os pontos principais discutidos na conferência e pelo movimento foram inscritos na Constituição Federal de 1988. Assim foi criado o atual Sistema Único de Saúde – SUS.

Antes de conseguir a institucionalização na Constituição, a reforma da saúde no Brasil enfrentou forças contrárias. Alguns representantes da Previdência Social, dos dirigentes e associações de hospitais privados e indústrias farmacêuticas iriam ter perdas de poder e lucro. Isso iria ocorrer porque a saúde passaria a ser um direito de todos, oferecido pelo Estado. Assim, a saúde deixaria de ser fortemente vendida pelos serviços de saúde privados e seria considerada como um bem público, um direito social garantido pelo Estado.



Atividade 2

Atende ao Objetivo 2

Observe as informações a seguir:

a)



Takeshi Gondo

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/216998>

b)



Fonte: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/conteudo.jsp?page=26&conteudo=conteudo/da91c67a0eb106f631082d5330c90d2c.html>

“O SUS nasceu, num primeiro momento, de base social, ao criar essa estrutura democrática, ter conferência, ter conselho. Não existe nada parecido com o SUS na América Latina.”

– Sérgio Arouca

A criação jurídica do Sistema Único de Saúde foi resultado de um movimento social. Utilizando as informações a, b e c, identifique esse movimento. Inclua em sua resposta os problemas da saúde antes do movimento, os ideais pelos quais ele lutava, quando ocorreu e quem participou.

Conclusão

A Constituição de 1988 reconheceu a saúde como direito de todo cidadão brasileiro. A partir de então se buscou criar condições legais para a efetivação de um modelo de assistência à saúde do brasileiro de forma universal; um sistema público que atendesse a todo cidadão, independentemente de ter um trabalho de filiação profissional ou previdenciária (carteira assinada). A saúde é um direito do povo brasileiro, e o Estado tem o dever de garanti-lo.

Resumo

- Nos anos 1970, o governo militar ainda não se preocupava de fato com a saúde do povo brasileiro. O governo estava voltado para o desenvolvimento econômico do país e o sistema de saúde atendia apenas a massa trabalhadora com carteira assinada.



- A forma como estava organizado o INPS facilitou o desvio dos recursos do governo no setor privado.
- Os profissionais de saúde eram formados para trabalhar em uma lógica hospitalocêntrica, embasada em especialidades, como se o corpo humano fosse apenas uma parte e não um todo; logo, os serviços eram prestados assim.
- O governo do presidente Médici (1968-1974) foi o de maior repressão política e se caracterizou pelo “milagre econômico”.
- O “milagre econômico” foi um período em que houve um grande crescimento na economia do país. Houve aumento de vagas de trabalho, mas com baixos salários e uma forte industrialização, que foi acompanhada de grande concentração de renda na mão dos ricos.
- No governo do presidente Geisel (1974-1978) iniciou-se a abertura política no regime militar, de forma “lenta, gradual e segura”.
- Com o começo da abertura política houve maior facilidade de os movimentos sociais se manifestarem.
- Para desenvolver as ações do II Plano Nacional de Desenvolvimento, o governo precisou contratar profissionais voltados para as áreas específicas, sociais e da saúde, por exemplo.
- O movimento pela reforma sanitária buscava, entre suas reivindicações, uma mudança do sistema público de saúde, que era extremamente excludente.
- O movimento da reforma sanitária levantou um novo debate e discutia a determinação social da doença e da saúde. Nesse debate, as condições de vida do indivíduo eram consideradas determinantes para que ele fosse saudável.
- O movimento sanitário, como uma prática político-ideológica, surgiu nos departamentos de medicina preventiva das escolas de medicina e tinha como objetivo criar um sistema de saúde que atendesse a toda população, sem excluir ninguém.

- Um dos momentos mais importantes para o movimento sanitário aconteceu em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.
- Os pontos principais discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e pelo movimento sanitário foram inscritos na Constituição Federal de 1988. Assim, foi criado o atual Sistema Único de Saúde – SUS.

Informação sobre a próxima aula

Na próxima aula, você irá estudar alguns projetos e programas de gestão da saúde que foram influenciados pelas ideias do movimento pela reforma sanitária.

Respostas das atividades



Atividade 1

- (F) Nos anos 1970 a saúde era a principal preocupação do governo militar. O investimento na área da saúde era visto como de grande importância para o desenvolvimento econômico do país.
- (V) Durante o “milagre econômico” houve uma forte industrialização no país e o número de empregos aumentou, apesar de os salários serem muito baixos.
- (V) No campo da assistência à saúde, a crescente venda de serviços médicos teve como consequência uma tendência e a facilidade para desvios de dinheiro do INPS.
- (V) O governo do presidente Geisel se caracterizou pelo início da abertura política do regime militar que ocorreu de forma “lenta, gradual e segura.
- (F) A abertura política dificultou o desenvolvimento dos movimentos sociais.

Atividade 2

O movimento chamava-se Movimento pela Reforma Sanitária. Antes disso, apenas os trabalhadores com carteira assinada tinham direito aos serviços de saúde

pública. Esse movimento começou nos anos 1970, em plena ditadura militar, e contou com a participação de médicos, professores universitários, políticos de esquerda, profissionais da saúde, estudantes e usuários do serviço de saúde. O movimento sanitário tinha como objetivo transformar a organização da saúde de maneira que atendesse a todos os brasileiros e acabar com a exclusão na assistência à saúde. Queriam a redemocratização desse serviço. O atendimento ao público deveria ser completo, levando em consideração o ambiente em que as pessoas moravam. A imagem do Congresso Nacional e o trecho do discurso do Sérgio Arouca nos remetem à VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, em Brasília. Os pontos principais discutidos nessa conferência passaram a integrar a Constituição de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS.

Referências bibliográficas

AROUCA, Sérgio. Saúde e democracia: reflexão acadêmica e ação política. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios: memória*. Brasília, DF, 2007.

BATIPSTA, Tatiana Wargas de Faria. O Direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In.: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios: memória*. Brasília, DF, 2007.

_____. Lei nº 6.683, de 28 de agosto de 1979. Concede anistia e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 ago. 1979. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6683.htm>. Acesso em: 18 out. 2010.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In.: LIMA, Nísia Trindade, et al. (Org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SILVA, Maria Patrícia. *Desenvolvimento e saúde: dimensão social do Projeto Montes Claros*. 2010. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, 2010.

ZUZU Angel. Direção: Sergio Rezende. Produção: Joaquim Vaz de Carvalho. Intérpretes: Patrícia Pillar; Daniel de Oliveira; Alexandre Borges; Luana Piovani; Leandra Leal; Aramis Trindade; Angela Vieira; Flávio Bauraqui; Regiane Alves; Fernanda de Freitas; Othon Bastos e outros. Roteiro: Sergio Rezende, Marcos Bernstein. São Paulo: Warner Bros, 2004. 1 DVD (110 min), color.

Aula 6 | Projetos de gestão da saúde anteriores ao SUS

Meta da aula

- Apresentar projetos e programas de gestão da saúde que foram implantados no Brasil antes da criação do SUS.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. indicar características gerais relativas a projetos municipais de medicina comunitária no Brasil;
2. reconhecer características gerais relativas a projetos de saúde implantados em nível nacional nos anos 1980.

Doutor João Carlos: uma lição de vida

João Carlos é médico, tem 65 anos e é um excelente contador de histórias. Seus netos, nos dias em que vão à fazenda, adoram ficar ao redor dele para ouvir suas histórias.



Uma delas diz respeito à sua participação em um dos projetos, lá no interior de Minas Gerais, que foi considerado o precursor do SUS, o Projeto Montes Claros. Para o senhor João Carlos, esse projeto lançou as primeiras sementes do que veio a se tornar o Sistema Único de Saúde (SUS). Ele diz que, naquela época, ao sair da faculdade, desejava mudar o mundo ou pelo menos melhorar as condições de saúde da população brasileira. Para tanto, lutou para que houvesse maior participação da população na construção das políticas sociais e que o acesso à saúde fosse ampliado. Em função disso, saiu de Belo Horizonte e foi trabalhar com medicina comunitária no norte de Minas Gerais, em Montes Claros.

Você já tinha ouvido falar no Projeto Montes Claros? Ele foi implantado lá pela metade dos anos 1970, com base em medicina simplificada, ou seja, medicina comunitária. Ao longo de sua existência, o projeto conseguiu alcançar mais de 40 municípios daquela região, ampliando a cobertura da assistência à saúde da população excluída do sistema de assistência vigente. Impressionante, não é mesmo? Por isso o Dr. João Carlos tinha tanto orgulho de contar aos netos que participou desse projeto.

Agora nós vamos voltar para o período anterior ao do Projeto Montes Claros, quando começaram as primeiras experiências com medicina comunitária. E você vai entender o processo de transformação que o Dr. João Carlos ajudou a realizar. Vamos lá?

Projetos alternativos ao sistema de saúde nos anos 1970: uma breve apresentação

A medicina comunitária foi implantada primeiramente nos Estados Unidos, por meio dos centros comunitários de saúde. Alcançou seu auge durante os anos 30 do século passado, passou por um período de declínio e readquiriu importância nos anos 1960.

No Brasil, a medicina comunitária surgiu no início do movimento pela Reforma Sanitária. A medicina comunitária praticada aqui nos anos 1970 incorporou, além dos estudantes de medicina, acadêmicos de Enfermagem e Odontologia e serviu, muitas vezes, como campo de estágio para que eles se aproximassem da realidade da saúde pública do país. Seguem algumas características do trabalho que eles desenvolveram e que mostram muito bem o que é medicina comunitária:

- estudaram a relação do homem com o meio, buscando diminuir os riscos de aquisição de doenças;
- incentivaram a adoção de hábitos salútares gerais na população;
- estimularam a adoção de um papel ativo da população no cuidado com o ambiente por meio, por exemplo, do ensino de medidas de combate e prevenção à dengue;
- ofereceram serviços de saúde para a população pobre, seja urbana ou rural, por meio de visitas domiciliares e reuniões em que se ensinava, dentre outras coisas, medidas de higienização e ações de saneamento.



Milton Jung

Fonte: <http://www.flickr.com/photos/cbns/4839099100/>
Licença: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/deed.pt>

Figura 6.1: O estímulo ao papel ativo da população no cuidado com o meio ambiente pode impedir a disseminação de muitas doenças, como a dengue, por exemplo.

Acabamos de observar algumas características gerais relativas ao trabalho desempenhado pela medicina comunitária. Podemos observar que, de modo geral, o objetivo da medicina comunitária era promover a saúde e o bem-estar por meio de medidas simples e de baixo custo.



Sabemos que o cuidado com a higiene é fundamental para preservar a saúde e evitar a disseminação de doenças. Vejamos no que consiste a higiene para Sérgio Arouca, importante nome do Movimento pela Reforma Sanitária: “A higiene não é uma ciência, mas a aplicação de todo conjunto das ciências na manutenção do bem-estar” (AROUCA, 2003, p. 114).



Fonte: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=844&sid=12>

Quando o regime militar começou a se voltar para áreas sociais com o intuito de legitimar seu poder, técnicos inseridos no aparelho estatal participaram de projetos inovadores na área de saúde em todo o país.

No entanto, mesmo antes dessas ações do regime militar, experiências de gestão dos serviços de saúde de cunho mais social eram colocadas em prática em alguns municípios do país, opondo-se, de certa maneira, às orientações do governo. Dentre essas experiências, podemos citar a que ocorreu em Campinas, em Niterói e em Montes Claros, por exemplo. Esses projetos foram realizados por professores das universidades (críticos do sistema excludente que existia na época) militantes de partidos da esquerda, além de integrantes de outros movimentos de contestação ao militarismo. Na próxima seção, falaremos mais detidamente sobre alguns desses movimentos. Vamos lá?

Três projetos inovadores: Campinas, Niterói e Montes Claros

Em Campinas, em 1977, foi implementada uma experiência com base na medicina comunitária. A experiência começou com o secretário municipal de Saúde Sebastião de Moraes, na gestão do prefeito Francisco Amaral, contrário ao regime militar.

A população local praticamente não recebia assistência médica, já que o acesso aos serviços de saúde era limitado ao oferecido pelo INPS aos seus contribuintes.

Tendo isso em vista, a Secretaria Municipal de Saúde implantou centros de saúde, de maneira democrática. Para tanto, foram realizadas reuniões populares para melhor compreensão dos problemas que afetavam a saúde da população excluída.

Outra característica desse projeto foi o envolvimento da universidade, com o engajamento de profissionais vindos dos Departamentos de Medicina Preventiva da Unicamp e de movimentos sociais, cujo principal objetivo era implantar uma rede pública local de serviços de saúde. O projeto foi implementado com base nos princípios da hierarquização e regionalização, que você verá com mais detalhes na próxima aula.

Outro projeto importante foi o de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, que se estendeu de 1977 até 1980. Esse projeto começou com a gestão do secretário municipal de Saúde Hugo Tomassini, que desenvolveu um trabalho de oposição à ditadura militar. Sua política tinha como foco a criação de redes de unidades de saúde voltadas para atenção primária à saúde.

Você sabe o que é atenção primária à saúde? Os níveis de atenção à saúde são ordenados, organizados e definidos pelo grau de utilização e dependência de equipamentos tecnológicos.

O nível que menos depende de tecnologias para desenvolver suas ações é o de atenção primária. Esse nível é considerado a porta de entrada do sistema do serviço de saúde, o primeiro contato da população com os serviços médicos. Volta-se para os problemas mais comuns da comu-



nidade, por meio da oferta de serviços principalmente de prevenção, visando maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).



Fonte: <http://www.catanduva.sp.gov.br/home/?NoticiaDetalhe&p1=2217>

Agora vamos falar um pouco do projeto que aconteceu em Montes Claros, norte de Minas Gerais, em 1975, conhecido nacionalmente como Projeto Montes Claros. Para você entender melhor, vamos utilizar a definição de Sarah Escorel (2008), que nos explica o projeto.

Esse foi um projeto de prestação de serviços que buscou aumentar a cobertura dos atendimentos de saúde, por meio de medidas de baixo custo. Ao longo de sua existência, permitiu experimentar a aplicação:

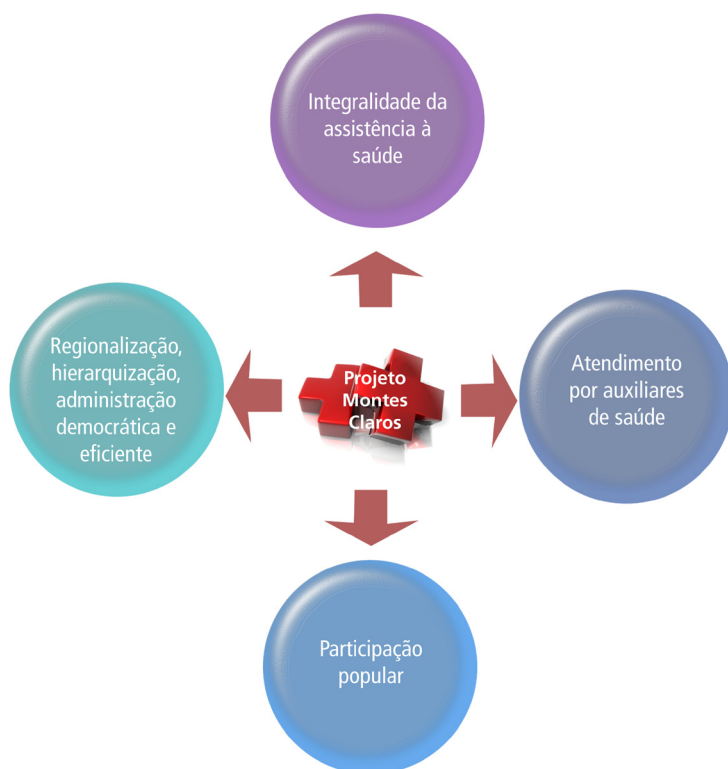
- dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiência;
- da integralidade da assistência à saúde;
- do atendimento por **auxiliares de saúde**;
- da participação popular.

Como você verá mais tarde, essas serão as metas doutrinárias e de organização do SUS. Não se preocupe se você não conhece aqueles princípios citados no primeiro tópico, pois na próxima aula explicaremos de forma pormenorizada cada um deles.

A-Z Glossário

Auxiliares de saúde

Eram profissionais que faziam visitas domiciliares e prestavam serviços de educação e saúde, atividades parecidas com as que os agentes comunitários de saúde fazem hoje. Não eram profissionais graduados ou técnicos com formação específica, eram membros da própria comunidade.



Fonte: <http://www.sxc.hu/browse.phtml?f=view&id=970728> – Thiago Miqueias.

Figura 6.2: O Projeto Montes Claros foi uma referência na área de atenção primária à saúde. As quatro principais ações implementadas eram algumas das marcas de ousadia dessa ideia.

O Projeto Montes Claros possuía um caráter inovador no que diz respeito à saúde pública. Entre as características que o definem assim, podemos citar:

- gestão democrática: trabalho em parceria com os gestores municipais por meio da descentralização na administração dos serviços. As decisões eram tomadas em reuniões e assembleias (lembramos que estamos falando da década de 1970, em plena ditadura militar!);
- a união de educação e saúde por meio de capacitações pedagógicas para os auxiliares de saúde, que trabalhavam na mobilização e educação das famílias.

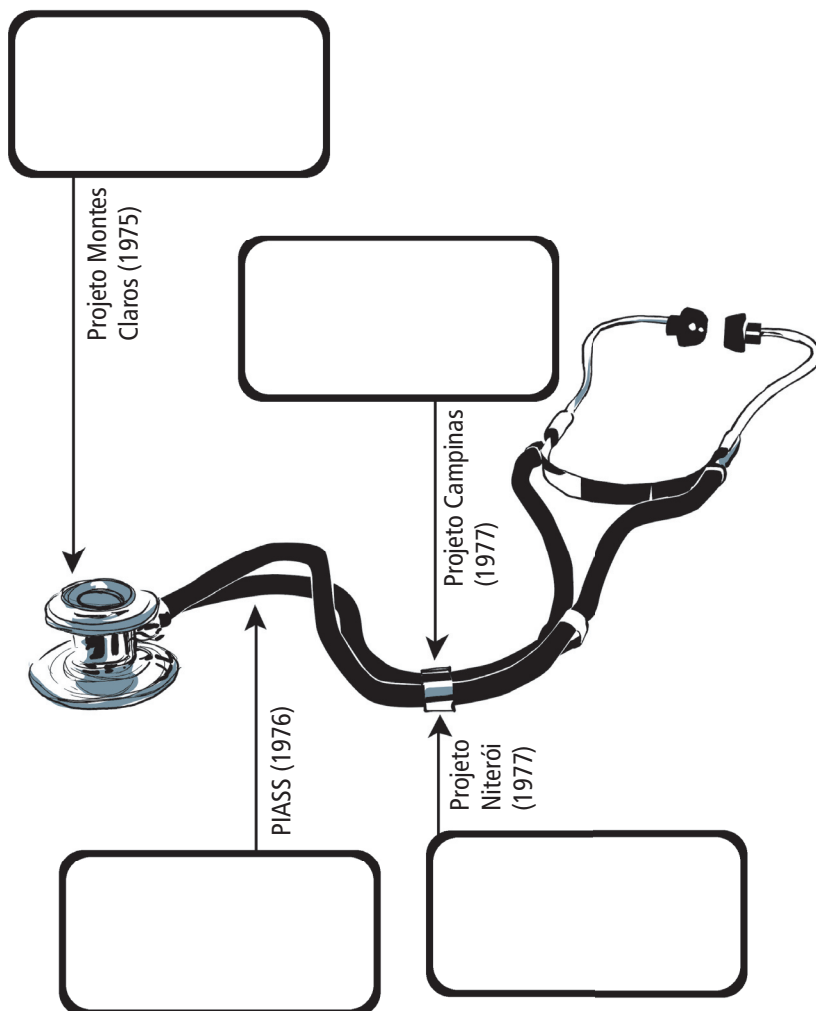
Em 1976, quando aconteceu a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), as diretrizes do Projeto Montes Claros passaram a ser aplicadas em âmbito nacional. O Piass foi o precursor de outros projetos federais implantados no país, como veremos em seguida.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

No diagrama a seguir, temos a representação de uma linha do tempo indicando o ano de implementação de cada um dos projetos mencionados na aula até agora. Escreva em cada um dos retângulos uma característica essencial relativa a cada projeto.



Chegando ao SUS...

Como dito anteriormente, em 1976 foi implantado em âmbito nacional o Piass. O foco desse programa era a ampliação da cobertura dos serviços para comunidades rurais no Nordeste do país. Sendo assim, o Piass concretizou, em uma área muito maior, uma nova proposta de organização de serviços de saúde alternativa. É importante destacar que o Piass foi uma ampliação do que era operacionalizado em Montes Claros. Se fizéssemos uma **árvore genealógica** do SUS, poderíamos dizer que um dos seus ancestrais foi o Projeto Montes Claros.

Nos anos 1980, após o Piass, três outros projetos foram implantados ou idealizados. São eles:

- Prev-Saúde;
- AIS – Ações Integradas de Saúde;
- SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde.

Como você poderá ver, a criação do SUS não foi imediata, mas resultado de anos de luta.

Em 1980 surge um projeto para a expansão do Piass, o Prev-Saúde. Ele buscava a ampliação da assistência à saúde para toda a população, inclusive para aquela parte excluída que não contribuía com a Previdência.

Na verdade, o Prev-Saúde possuía propostas que integravam todos os projetos que o Movimento pela Reforma Sanitária buscava implantar no país. Possuía propostas comuns aos projetos municipais que você já estudou nesta aula e a outros projetos do governo, como AIS, Piass, SUDS e SUS.

O Prev-Saúde não saiu do papel, pois recebeu forte oposição dos grupos que atuavam na medicina privada. Os representantes dos hospitais particulares viam em projetos de saúde propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária uma ameaça ao mercado da venda de serviços de assistência médica. O atendimento médico gratuito oferecido pelo Estado poderia diminuir os lucros obtidos pelo setor privado de saúde.

A-Z Glossário

Árvore genealógica

É uma representação gráfica das relações de parentesco de um indivíduo ou de uma família. Assim como uma árvore, as conexões familiares partem de um "tronco" comum, os ancestrais, e se ramificam a cada nova geração.



Vangelis Thomaidis

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1004852>

Figura 6.3: Os interesses dos grupos que atuam na medicina privada em regra conflitam com as iniciativas de expansão dos projetos públicos de saúde.

Outro projeto importante é o chamado Ações Integradas de Saúde (AIS). Ele foi criado em 1984 e representou um passo dado na direção da descentralização da gestão dos serviços de saúde. Esse projeto previa também, em sua organização, princípios da universalização, equidade e regionalização, que se tornaram mais tarde princípios do SUS, como veremos na próxima aula.

As AIS foram propostas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, com o objetivo de melhorar as ações de saúde. Um resultado interessante desse projeto foi a criação de pequenos postos de saúde nos bairros mais carentes de algumas cidades.

A intenção do governo era estender a cobertura na prestação dos serviços de saúde à população que não contribuía com a Previdência. Assim, podemos dizer que nas AIS estavam presentes algumas das ideias defendidas pelo movimento sanitário. Dentre essas ideias, podemos citar três, baseadas no estudo do médico e professor Jairnilson Silva Paim (1986):

- democratização da saúde, uma vez que este é um direito universal;
- administração descentralizada, transferindo a responsabilidade e gestão para os municípios que estavam mais perto dos problemas de saúde de cada região;
- a existência de órgãos colegiados, isto é, a participação popular nas mudanças de uma maneira negociada.



Ilker



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1105360>

Quer se aprofundar nas políticas de saúde desenvolvidas nas décadas de 1970 e 1980? Entre no endereço <http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n2/v2n2a05.pdf> e leia na íntegra o estudo de Jairnilson Silva Paim. Vale a pena conferir!

Já no final dos anos 1980, ocorreu a criação do Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), uma ação de adaptação para o surgimento e a implantação do Sistema Único de Saúde. A criação do SUDS se deu em 1987, ano em que aconteceu a Assembleia Constituinte que redigiu a Nova Constituição brasileira.

Podemos dizer que o Suds foi uma ação de preparação do caminho para que, após aprovação na Constituição de 1988, ocorresse a criação do SUS, ou seja, esse projeto foi o modelo de transição para o SUS. A proposta era iniciar aos poucos a transferência da responsabilidade do Inamps para os estados e municípios. isto é, descentralizar ou municipalizar a gestão dos serviços de saúde.



John Bevan

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/926916>

Figura 6.4: A criação do Suds foi o passo que abriu caminho para a implantação do SUS no país.

Foi assim que as propostas do movimento sanitário, que iniciou sua caminhada lá nos anos 1970, começaram a ser efetivadas.



Atividade 2

Atende ao Objetivo 2

Observe as afirmações a seguir e marque com V as verdadeiras e com F as falsas.

- () O projeto AIS (Ações Integradas de Saúde) atendia apenas a parte da população que pagava o INPS;
- () O Prev-Saúde, idealizado em 1980, não chegou a sair do papel;
- () O SUS foi uma política idealizada pelos órgãos do governo militar, que foi implementada imediatamente.
- () O Suds foi um passo para a adaptação e futura implementação do SUS.
- () O projeto Prev-Saúde sofreu forte oposição por parte de grupos pertencentes à medicina privada, que temiam perder espaço no mercado.
- () O projeto AIS possuía princípios diametralmente opostos aos do SUS.
- () O Projeto AIS preconizava a administração descentralizada, delegando parte da responsabilidade aos municípios.

Conclusão

A aula de hoje mostrou para você que o caminho para a criação do SUS não foi algo simples, nem fácil. Por isso dizemos que o SUS ainda está em construção, isto é, não é uma política social acabada. O SUS se aperfeiçoa todos os dias, buscando efetivar os princípios previstos em lei para que a saúde do povo brasileiro melhore cada vez mais!

Apesar de ser alvo de muitas críticas, o que seria dos que não podem pagar pela assistência à saúde caso não houvesse o SUS? Como vimos em aulas anteriores, o caminho que estava sendo trilhado ao longo da história das políticas de saúde no Brasil era o da privatização da assistência médica, como se esta fosse uma mercadoria! É sempre bom lembrar que a saúde é um direito de todos, e deve ser prestada pelo Estado como um dever!

Resumo



- A medicina comunitária surge no início do movimento pela Reforma Sanitária.
- Muitos projetos de assistência à saúde, alternativos ao tradicional, foram criados no país. Esses projetos se apoiavam na medicina comunitária. Dentre os de âmbito municipal, podemos citar os projetos de Niterói, de Campinas e o Projeto Montes Claros.
- As iniciativas e estratégias implantadas no Projeto Montes Claros foram estendidas a cidades e comunidades rurais do Nordeste do país por meio do Pias.
- O Pias – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – e o Projeto Montes Claros são as primeiras sementes do Sistema Único de Saúde.
- Na década de 1980 temos dois projetos anteriores ao SUS, as AIS (Ações Integradas de Saúde) em 1984, e o Suds, em 1987.
- O Suds surgiu como forma de preparação para a criação do SUS.
- Todos esses projetos, baseados nas ideias da medicina comunitária, acabaram “preparando o terreno” para a criação do Sistema Único de Saúde.

Informação sobre a próxima aula

Na nossa próxima aula, você vai conhecer os princípios organizativos e doutrinários que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Respostas das atividades



Atividade 1

Você deve apresentar pelo menos uma das características relativa a cada um dos projetos a seguir:

Projeto Campinas

- objetivava a implantação de centros de saúde;
- recebeu auxílio da universidade (Unicamp) e de movimentos sociais;
- buscava realizar reuniões com a população local visando compreender os problemas relativos àquela região.

Projeto Niterói

- criação de redes de unidades de saúde voltadas para atenção primária à saúde, ou seja, com foco em medidas de baixo custo e com baixo emprego de tecnologia.

Projeto Montes Claros

- prestação de serviços de saúde de baixo custo;
- aplicação de princípios de regionalização, ou seja, propunha a descentralização dos serviços de saúde por meio da parceria com gestores locais;
- gestão democrática, isto é, reuniões e assembleias decidiam os rumos do serviço de saúde (participação popular);
- aliança entre educação e saúde. Os profissionais realizavam capacitações pedagógicas para que pudessem ensinar medidas de prevenção à população.

Projeto Piass

- aplicação das mesmas diretrizes do Projeto Montes Claros, só que em âmbito nacional.

Atividade 2

- (F) O projeto AIS (Ações Integradas de Saúde) atendia apenas a parte da população que pagava o INPS;
- (V) O Prev-Saúde, idealizado em 1980, não chegou a sair do papel;

- (F) O SUS foi uma política idealizada pelos órgãos do governo militar, que foi implementada imediatamente.
- (V) O Suds foi um passo para a adaptação e futura implementação do SUS.
- (V) O projeto Prev-Saúde sofreu forte oposição por parte de grupos pertencentes à medicina privada, que temiam perder espaço no mercado.
- (F) O projeto AIS possuía princípios diametralmente opostos aos do SUS.
- (V) O Projeto AIS preconizava a administração descentralizada, delegando parte da responsabilidade aos municípios.

Referências bibliográficas

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Ed. Unesp/Fiocruz, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios: memória*. Brasília, DF, 2007.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Scorel_2008_II.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cad. Saúde Pública*, 1986, v. 2, n. 2, p. 167-183. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n2/v2n2a05.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

SILVA, Maria Patrícia. *Desenvolvimento e saúde: dimensão social do Projeto Montes Claros*. 2010. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social)- Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, 2010.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

Aula 7 | O Sistema Único de Saúde – SUS

Meta da aula

- Apresentar o Sistema Único de Saúde do Brasil e seus princípios organizativos e doutrinários.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. definir o que é o Sistema Único de Saúde – SUS;
2. identificar os princípios organizativos e doutrinários que regem o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

A saúde e a lei

Você já ouviu falar da Declaração Universal dos Direitos Humanos? É um documento da Organização das Nações Unidas (ONU), que visa assegurar direitos iguais para todos os seres humanos, independentemente de onde nasçam e vivam.



Julia Freeman-Woolpert

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/774483>

O artigo 25 dessa Declaração fala brevemente sobre a saúde:

“Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar (...).”

Bem breve mesmo, não é?

Em âmbito nacional, a nossa Constituição Federal fala sobre a saúde de uma forma mais especial. Tem uma passagem importante que fala sobre a seguridade social e, nela, a seção 2 é todinha sobre a saúde! Começa com uma grande frase: “A saúde é direito de todos e dever do Estado.”

Mas nós já vimos isso, não é? Eu sei, eu sei! Comecei por aí porque quero mostrar como é complicado montar leis, criar diretrizes e princípios para que a saúde funcione para todo mundo. Afinal, é isso que diz a lei, não é? Veremos um pouco mais sobre isso, estudaremos a base do Sistema Único de Saúde, sobre quais princípios ele funciona e por quê.

SUS: Você sabe o que é?



Aposto que você sabe o que é o SUS. Como você o definiria? Bom, eu não tenho como saber, mas eu arrisco que você responderia que é o sistema de saúde do governo, que atende as pessoas de forma gratuita. Acertei? Bom, se você pensou isso, está certo! Mas, como técnico em gerência em saúde, existem outras especificidades que é preciso saber, como os seus princípios, diretrizes e sobre como ele está organizado.

Pelo SUS, todos os cidadãos têm direito a:

Consultas



Fonte: <http://www.tubarao.sc.gov.br/f/sec-saude/dr-fabio-daniel-mendes-campestre.jpg>

Exames



Fonte: <http://www.exercito.gov.br/revista/Materias/2010/02fev10/imagens/tg04032.jpg>

Internações



Fonte: <http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/portal/images/stories/santa%20casa%20oncologia%20internacao%20inauguracao%20001.jpg>

Tratamentos



Fonte: http://www.olinda.pe.gov.br/wp-content/uploads/2010/07/fisioterapia_foto_Universidad-Internacional_de_Andalucia_2-240x159.jpg

Tudo isso acontecendo nas unidades de saúde vinculadas ao sistema, sejam elas públicas (municipais, estaduais ou federais), ou privadas (no caso das que são conveniadas com o sistema).

Durante muitos anos no Brasil, a saúde foi encarada como mera ausência de doenças, e assim a prevenção às doenças era algo muito raro, o que trouxe para o país não só a não erradicação das doenças que poderiam ter sido prevenidas, como a insatisfação da população, a baixa qualidade da saúde, a exclusão, as desigualdades. A nova organização da saúde prevista na Constituição e no SUS entende que a saúde é algo mais amplo do que

apenas a ausência de doença. A saúde é condicionada pelo acesso a bens e serviços como: educação, habitação, alimentação, trabalho e tudo isso, com qualidade para o bem-estar do indivíduo e da coletividade!

A ideia de saúde defendida pelo SUS é a primeira e maior novidade que o sistema apresenta. Esse conceito incorpora e iguala saúde às condições de vida, ao definir os elementos condicionantes da saúde, que agrupam:

- Meio físico: condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.
- Meio socioeconômico e cultural: emprego, renda, educação, habitação etc.
- A garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

A formação do SUS é composta por todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal), e, quando necessário, soma-se o serviço privado, que ao assinar um contrato ou convênio para realização de serviços deve funcionar como se fosse público.



Fonte: <http://www.campos.rj.gov.br/uploaded/2009/Janeiro/Atendimento%20no%20posto%20de%20Sapucaia%20-%20Hugo%20Prates%20-%202002%20Capa-1.jpg> - Hugo Prates

Figura 7.1: Atendimento médico em posto do SUS.

Sabe por que ele tem “único” no nome? Essa pergunta é fácil de responder e muito importante: ele é ÚNICO porque deve seguir a mesma doutrina e filosofia de atuação em todo o território nacional, tanto em uma instituição pública onde o atendimento é 100% gratuito quanto em uma instituição particular, que atende pessoas que pagam diretamente pelo serviço ou possuem uma

porcentagem de seu atendimento sendo realizada para pacientes pelo SUS (sob o tal contrato ou convênio de que falei, lembra?). Ou seja, ele é único porque, em todo lugar, deve seguir sempre os mesmos princípios.

É necessário salientar que a ideia de unicidade refere-se aos elementos doutrinários e organizacionais do SUS definidos na Constituição, que veremos a seguir. Em um país como o Brasil, com enorme diversidade cultural, econômica e social, deve-se levar em conta tais diferenças, e tal tarefa é um desafio para o nosso governo.



Figura 7.2: Brasil: um país bem diferente!



Quer uma dica legal?

Acesse o *site* do SUS! O endereço é este aqui:
<http://portal.saude.gov.br>

Lá você fica sabendo de tudo que acontece, tira dúvidas e consegue acessar *links* interessantes, como o “SUS de A a Z” e o “SUS 20 Anos”.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

E agora? Você já sabe o que é o SUS? Então vamos ver se sabe mesmo. A seguir teremos várias afirmativas, e quero que você me diga quais são verdadeiras (marque com um V) e quais são falsas (marque com um F). Para as falsas, quero que você as corrija.

a) () As unidades de atendimento do SUS nem sempre são do governo.

b) () O SUS é um programa do governo da sua cidade.

c) () A palavra “único” da sigla SUS quer dizer que o atendimento é para uma pessoa de cada vez.

d) () Uma das primeiras ideias do SUS foi combater a então existente desigualdade no atendimento de saúde ao cidadão.

Princípios do SUS

O SUS é um sistema complexo, por existir em todo o território nacional, o que significa que os diferentes níveis de governo devem trabalhar juntos, pois dependem um do outro. Além disso, é importante buscar, de forma permanente, acordos e superação de conflitos.

Partimos do princípio que...

O que é um princípio?

O que é o princípio?

Princípio é o começo, certo?

É um ponto de partida.

Mas também é o fundamento de algo, de alguma teoria.

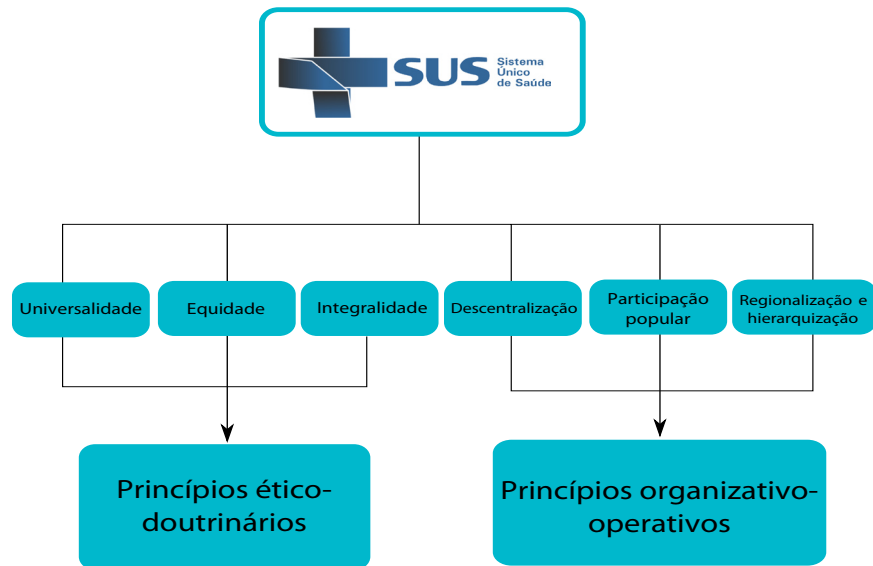
E também, princípio é uma norma de conduta.

Aqui vamos falar dos princípios do SUS.

Esses princípios são sua essência, são, sim, o ponto de partida.

Desses princípios, toda a forma de operação, de trabalho do SUS é moldada.





Fonte: http://www.saude.rs.gov.br/dados/1250002167809logosus_vetorizado.png

Figura 7.3: Esses são os princípios que compõem o SUS, previstos na legislação, e que definem como a assistência deve ser organizada.

Pode ser que agora você não entenda o que significa algumas destas palavras, mas vou explicar a partir de agora.

Princípios ético-doutrinários

Universalidade: visa garantir atenção à saúde a todo e qualquer cidadão

O Movimento da Reforma Sanitária lutou contra a assistência médico-hospitalar da época. Só tinha direito à atenção quem era registrado no setor formal da economia. Vimos isso na aula passada, lembra?

Esse princípio do SUS tem uma premissa bem diferente: a saúde é um direito de todos os cidadãos e obrigação do Estado. Deve atender a todos, sem distinções, sem cobrar nada, sem levar em conta cor ou classe social, se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social.

Equidade: busca tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem necessita mais, com o objetivo de reduzir as desigualdades.

Esse princípio reconhece que existem diferenças entre os grupos sociais, entre as pessoas, e que tais diferenças devem ser superadas. No entanto, equidade não tem o mesmo significado de igualdade. Considerando que a universalidade considera que todos devem ter acesso aos serviços, a equidade completa o sentido de universalidade, na medida em que deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um, deve dar mais a quem mais precisar.

Integralidade: considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

O princípio da integralidade também considera a pessoa como participante de uma comunidade, ou seja, um **cidadão**, que tem o direito de receber os benefícios de ações de saúde programadas para respeitá-lo como tal. Essas ações devem buscar a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde. Essas ações precisam estar organizadas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Aqui gostaria que vocês observassem uma coisa importante: o que seria um modelo de saúde integral e que ações seriam essas? Podemos concluir que um modelo de saúde integral dispõe de unidades de prestação de serviços, pessoal qualificado e recursos necessários para produção de ações de saúde. Por exemplo:

- ações de saúde bucal para crianças (promoção da saúde);
- ações específicas de vigilância ambiental, por exemplo:
 - controle de qualidade da água;



Fonte: http://www.cetesb.sp.gov.br/Solo/agua_sub/imagens/rede_historico.jpg

Figura 7.4: Coleta para controle da qualidade de água.

A-Z Glossário

Cidadão

Para a filósofa Hannah Arendt, ser cidadão é o direito de ter direitos, ou seja, ter direito à vida, à liberdade, à igualdade perante a lei. Para além de ter direitos, ser cidadão é também participar da vida em comunidade, seguir os deveres para o bem da coletividade.

- vigilância sanitária:
 - controle sanitário da merenda escolar;
 - vigilância epidemiológica dirigida ao controle de riscos e danos;
 - vacinação de rotina;



Ignácio Ferreira

Fonte: http://urutau.proderj.rj.gov.br/imprensa_imagens/Editalm-prensa/fotos/1_22042009vacinacao_04.jpg

- acompanhamento da carteira de vacinação das crianças.
- consultas médicas;
- consultas ao dentista;
- ações assistenciais;
- ações voltadas para recuperação, como:
 - cirurgias,
 - raio x etc.



Fonte: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/galeria/uploads/215/raioX.jpg>

Figura 7.5: Mesa de raio X.



Promoção da saúde

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. A promoção da saúde opõe-se à prática médica estritamente nesse sentido, as ações de saúde vão além da prevenção de doenças, pois possuem uma dimensão com atividades sociais, cuidados com a família, com a comunidade.

Nesse sentido, os serviços de saúde devem trabalhar levando em consideração o corpo humano e a saúde como um todo, e não de forma fragmentada, como aconteceu ao longo da história da saúde pública no Brasil.

Além das que já vimos até aqui, uma outra característica dos serviços de assistência foi a formação dos profissionais da saúde. Havia um especialista para cada parte do nosso corpo, sem considerá-lo de forma inteira e única. E sabemos como isso é importante, pois certos problemas de saúde estão relacionados com outros aspectos, e não necessariamente apenas com aquele órgão ou parte do corpo. Justamente por isso o princípio da integralidade diz que as pessoas devem receber atendimentos e assistência à saúde de uma maneira completa!

Vou mostrar aqui uma situação prática, para que você possa compreender melhor o que é um atendimento integral:

Joana está grávida, e tem uma filha de 2 anos de idade, Camila. Joana resolveu levar a pequena Camila ao médico, pois ela estava febril e sem conseguir se alimentar direito. Ao ser atendida pelo médico, o profissional faz a consulta da filha, descobre que o problema não é algo sério, apenas um resfriado e garganta inflamada. Mas antes de liberar Joana e Camila, ele pergunta:

- As vacinas de Camila estão em dia?
- Como está a sua gravidez, tudo bem?
- Tem feito pré-natal todos os meses?

Esse atendimento durou quase uma hora, e não ficou apenas no resfriado da filhinha de Joana! Foi um atendimento que buscou ser integral, completo, e não fragmentado apenas no resfriado!

Princípios organizativo-operativos:

Regionalização e hierarquização: os serviços de saúde devem se organizar regionalmente e obedecer a uma hierarquia.

Você sabe o que isso significa? Significa que os serviços devem ser organizados seguindo níveis de complexidade (desde exames/atendimentos mais simples até outros mais complexos), dentro de uma determinada área geográfica.

Vamos melhorar essa compreensão? Para melhor entendimento da regionalização e da hierarquização, imagine uma pirâmide da seguinte forma:

- na base: unidades que cuidam dos problemas que ocorrem com mais frequência em uma cidade ou região;
- no topo: as poucas unidades com serviços menos frequentes.

No caso das unidades com serviços menos frequentes, não é aceitável ociosidade: elas não podem ficar paradas só porque ninguém procura aquele serviço, têm de atender com serviços mais simples, se for preciso.

Seguindo essa lógica de organização do sistema de saúde, podemos perceber que não é necessário (nem viável!) que todos os hospitais ou centros de atendimento tenham todos os tipos de procedimentos. Assim, dentro da hierarquização temos alguns exemplos de atendimento, dependendo do nível de complexidade:

- Atenção básica: as questões menos complexas como vacinação, consultas, pré-natal, odontologia preventiva, hipertensão arterial, entre outras.
- Média complexidade: atendimentos clínicos e cirúrgicos especializados, serviços de apoio de diagnose, procedimentos especializados em odontologia, órtese e prótese, entre outros.

- Alta complexidade: hemodinâmica, terapia renal substitutiva, quimioterapia, hemoterapia, ressonância magnética etc.

Para que você entenda melhor os níveis de complexidade, podemos dizer que, a cada vez que o nível aumenta, é porque depende de uma tecnologia maior para ministrar a assistência ao paciente!

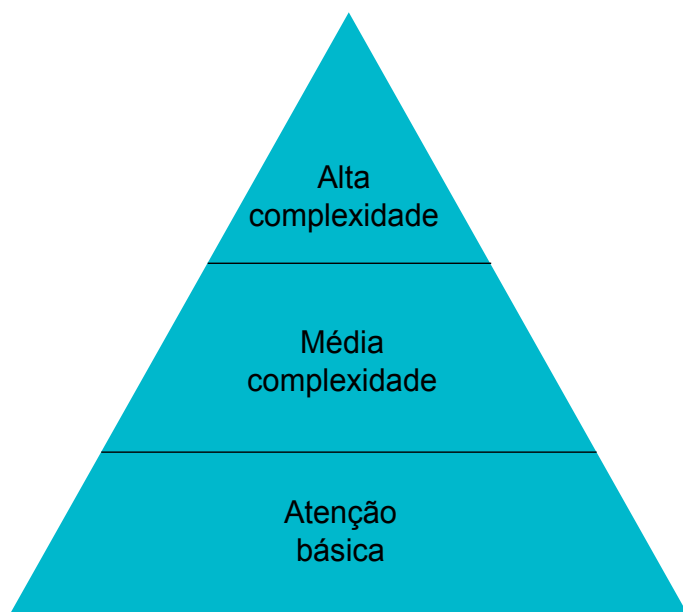


Figura 7.6: Pirâmide dos níveis de complexidade de atendimento.

Agora, vamos explicar como funciona a regionalização:

Seguindo esse princípio, os estados são divididos em regiões, denominadas microrregião e macrorregião. Por exemplo: Montes Claros, no norte de Minas Gerais, é sede de macrorregião e microrregião ao mesmo tempo.

Você deve estar se perguntando quais critérios para definir uma microrregião ou uma macrorregião. Pois bem... Vamos explicar!

Os estados definem a classificação das cidades, seguindo o princípio da hierarquização, em que são considerados os níveis de atenção.

Uma cidade maior, com mais habitantes, mais desenvolvida, e que normalmente possui um maior número de profissionais, maior tecnologia à disposi-

ção, pactua com cidades menores. Assim, fica a cargo dela a responsabilidade de oferecer os serviços para os quais a cidade menor não possui estrutura e condições. Então, a cidade que é referência para os municípios menores é a sede de macrorregião ou de microrregião.

Logo, a cidade maior torna-se o município sede para os outros municípios de determinada região. Voltando ao exemplo: no norte de Minas Gerais, temos 8 sedes de microrregião, em que Montes Claros é a sede de microrregião para alguns municípios e ao mesmo tempo é sede de macrorregião, pois é referência também para aqueles outros sete municípios dos quais é sede de microrregião.

A organização acontece dessa maneira, de acordo com o princípio da hierarquização, segundo o qual os municípios mais desenvolvidos atendem maiores níveis de complexidade no sentido de solucionar os problemas daqueles municípios que não têm condições de resolvê-los. E é importante lembrar: os municípios-sede recebem recursos para atender os outros municípios!



Figura 7.7: O Brasil é dividido em regiões, lembra? Esse é um exemplo de regionalização. Ela acontece por diversos motivos, mas lugares que estão dentro de uma mesma região possuem características parecidas.

Descentralização ou municipalização: A Constituição Federal determina: "descentralização, com direção única em cada esfera de governo".

Os governos estaduais e municipais, assim, têm aumentado seu grau de responsabilidade e autonomia para decidir as questões relacionadas à saúde. Você não acha que fica muito mais fácil e rápido um governo estadual ou municipal resolver problemas do seu estado/cidade do que esperar uma atitude do governo federal, quando há um problema? Imagine se o governo federal tivesse de assumir a responsabilidade de todos os municípios do país? Tudo ia demorar muito mais!



Figura 7.8: O poder não deve ficar somente no governo federal. Quem está mais próximo do problema tem mais condição de resolver.

A descentralização com comando único, em linhas gerais, possibilita ao município assumir plenamente a gestão do SUS, sempre que possível.

A descentralização, de acordo com a IX Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), é uma possibilidade de os cidadãos se aproximarem das decisões do setor; é também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados. O fortalecimento da gestão descentralizada (especialmente relacionada aos municípios) do SUS é uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. A ideia central é a de que: quem está mais próximo aos problemas teoricamente tem maiores condições de resolvê-los.

Participação popular: participação da comunidade por meio dos conselhos e das conferências.

Este é outro princípio estabelecido pela Constituição Federal, embora o texto da lei não esclareça a efetivação dessa participação. Então, em 1990, as Leis Orgânicas de Saúde (8.080) e posteriormente a Lei 8.142 regulamentam e estabelecem a questão do controle social. Essa segunda lei estabelece uma forma de participação popular e traça diretrizes para os repasses de recursos do governo federal.

A Lei 8.142 define também que existam Conselhos de Saúde, para participar das já existentes Conferências de Saúde. Assim, vou resumir aqui para você o que essa lei esclarece sobre a participação popular:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990, art. 1º, parágrafo 1º).

Como eu disse, as Conferências não foram inventadas com a Lei 8.142/90, elas já existiam. Mas não tinham caráter regular nem funções definidas.



Luca Baroncini

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1168056>

Figura 7.9: É preciso conhecer a lei.

Já sobre o Conselho de Saúde, propriamente dito, é:

- órgão composto por:
- representantes do governo,
 - prestadores de serviço,
 - profissionais de saúde e

- usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política da saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são tomadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, art.1º, parágrafo 2º).

Atividade 2



Atende ao Objetivo 2

Dona Maria Joaquina estava com um problema de pressão e o marido sugeriu que eles fossem ao médico no hospital municipal, mas no mesmo dia eles receberam a visita de um agente comunitário de saúde (ACS), que recomendou que ela fosse ao posto de saúde do bairro. Nessa situação, podemos identificar dois princípios do SUS. Complete o quadro a seguir:

Princípio do SUS	Motivo

Atividade 3



Atende ao Objetivo 2

Você aprendeu que o SUS possui alguns princípios que o organizam. Assim, nesta atividade gostaria que você dissesse para cada situação a seguir o princípio correspondente.

- As prefeituras das cidades que administram os recursos financeiros e os serviços. _____
- A saúde é um direito de todos os brasileiros, independentemente de sexo, idade, escolaridade, ter emprego ou não. _____
- Os pacientes devem ser considerados como um todo. _____

d) A delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde _____.

Apesar de já ter 20 anos, o SUS ainda está em construção. No entanto, mesmo que ainda haja muito o que melhorar, podemos afirmar que alguns êxitos aconteceram. Entre diversos dados fornecidos pelo relatório do Conselho de Saúde de 2006, há alguns números anuais de atendimento e assistência de saúde que merecem ser mencionados:

- 12 milhões de internações hospitalares;
- mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde;
- 150 milhões de consultas médicas;
- 2 milhões de partos;
- 300 milhões de exames laboratoriais;
- 1 milhão de tomografias computadorizadas;
- 9 milhões de exames de ultrassonografia;
- 140 milhões de doses de vacina;
- mais de 15 mil transplantes de órgãos.

Bom, não é?



Resumo

- A criação do Sistema Único de Saúde possibilitou a institucionalização jurídica do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros;
- A legislação que rege o SUS prevê princípios organizativos e doutrinários que o regem. São eles: universalização, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização, participação popular ou controle social.

- A participação popular pode acontecer por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Informação sobre a próxima aula

Na próxima aula, iremos estudar como o SUS organiza a vigilância à saúde: vigilância epidemiologia, sanitária e ambiental. E ainda estudaremos um pouco sobre saúde ambiental.

Respostas das atividades



Atividade 1

- Verdadeiro (V).
- Falso (F) - O SUS é um programa do governo federal.
- Falso (F) - A palavra Único quer dizer que o sistema tem uma única forma de operar no país inteiro.
- Verdadeiro (V).

Atividade 2

Princípio do SUS	Motivo
Hierarquização	Primeiro devemos procurar a atenção básica considerando o problema da história em questão – o tratamento não envolvia a alta complexidade, pois era apenas o controle da pressão arterial.
Regionalização	Dona Maria Joaquina precisa procurar o posto de saúde do seu bairro, o território onde ela mora.

Atividade 3

- Descentralização.
- Universalização.

c) Integralidade.

d) Regionalização.

Referências bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. 2. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 5, v. 1, 2000.

MENDES, Eugênio Villaça. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: SANTANA, José Parangua de; CASTRO, Janete Lima (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde* – CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999.

SILVA, M. P. *História da saúde pública e Sistema Único de Saúde*. Montes Claros: CEMF/ Universidade Estadual de Montes Claros, 2006. Curso de Capacitação em Vigilância em Saúde. Mimeografado.

Aula 8 | Avanços e desafios do SUS

Meta da aula

- Apresentar um breve cenário de alguns avanços e desafios do SUS.

Objetivo da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. relacionar alguns avanços e desafios do SUS

Querer é poder? Sempre?

O que você queria ser quando crescesse? Onde você se imaginou aos trinta anos? Você pode ter achado que ainda “não cresceu” ou ainda não ter chegado aos trinta anos, mas tenho certeza de que já pensou nisso.

Provavelmente, aos sete anos você pensou que queria ser algo muito legal, ter uma profissão cheia de aventuras. Quantos garotos você conhece que queriam ser bombeiros? Ou quantos não tinham os olhinhos brilhando quando viam os garis pendurados no caminhão do lixo e diziam aos pais que queriam ser que nem eles? E as meninas, quantas não queriam ser médicas, enfermeiras, professoras?

Conforme vamos crescendo, pensamos em mil coisas, recebemos várias influências, vamos adquirindo mais conhecimento e vamos mudando de ideia.



Yamamoto Ortiz

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1159639>

Mas chega a hora de decidir nossa profissão, e ficamos na dúvida se é isso mesmo que temos de fazer, pensamos sempre se é o melhor caminho. Sem contar que a sociedade nos obriga a escolher isso muito cedo, não é? Aí pensamos na dificuldade de chegar lá, no tempo de esforço etc.

E muitas vezes fazemos escolhas que depois vemos que não são as melhores, que não deram certo, e temos de começar tudo de novo. Isso porque estamos falando só da gente, de somente uma pessoa. Agora imagine quando há um monte de gente para decidir o futuro de alguma coisa, o tamanho da confusão que não deve ser?

No caso da implantação do SUS acontece exatamente isso. Tem muita gente decidindo, com interesses diferentes, tem dinheiro público envolvido e muito o que fazer. É muito complicado lidar com a saúde pública do país. Nesse tempo todo de implantação do SUS – mais de vinte anos – muita coisa deu certo, mas ainda temos um caminho longo a percorrer. E é isso que vou mostrar nesta aula.

Sistema Único de Saúde – há avanços para celebrar?

Nas últimas aulas vimos que, com a criação do SUS, a saúde passou a ser considerada em sua complexidade, como um bem econômico e social, um direito social e dever do Estado. Mas sabemos também que o processo de implantação do SUS não foi fácil. O período em que se iniciou a efetiva implementação

do SUS nos municípios foi nos anos 1990, mesma época em que o presidente Fernando Collor de Mello foi eleito, e começou desenvolver o neoliberalismo no Brasil. Essa mudança de procedimento do governo faria oposição às políticas de bem-estar social, e o SUS é uma política social que obriga a intervenção do Estado sobre ações que interferem na saúde da população.

Assim sendo, a construção do SUS aconteceu dentro desse contexto histórico. Como vimos nas duas últimas aulas, surgiram conflitos de interesse entre dois lados: de um lado, aqueles que defendiam a Reforma Sanitária, reconhecendo a saúde como direito social e universal, seguindo o que dizia a Constituição. Do outro lado, o setor privado defendia a intervenção mínima do Estado e a continuação da privatização da saúde.

A importância do SUS é reconhecida por muitos autores, mesmo com os problemas que ainda existem e as críticas que sofre. Um deles em especial que citaremos aqui é Menicucci, que, em seu trabalho publicado em 2007, reconhece que houve significativas mudanças organizacionais e aumento do nível de atendimento qualitativa e quantitativamente na atenção pública, consequência da criação do SUS.

A seguir, um quadro que compara alguns itens na organização da saúde pública antes e após a implantação do SUS, demonstrando alguns avanços nos serviços de saúde brasileiro:

Quadro 8.1: A saúde no Brasil antes e depois do SUS	
Antes do SUS	Depois do SUS
Conceito	
A saúde vista em um sentido "negativo" como o mesmo que ausência de doença.	A saúde passa a ser considerada numa concepção "positiva", saúde no sentido amplo, como bem-estar físico, social e até mental, que sofre influências das condições de vida de cada pessoa.
Organização dos serviços	
O Ministério da Saúde era responsável pelas políticas nacionais de saúde ligadas às intervenções coletivas, enquanto o Ministério da Previdência responsabilizava-se pela assistência médica individualizada e curativa.	A responsabilidade pelo sistema cabe ao Ministério da Saúde bem como as ações médico-assistenciais (consultas), que foram retiradas do âmbito previdenciário, e ainda a gestão do serviço que é descentralizada.
A assistência centralizada na cura da doença.	A assistência busca a promoção da saúde.
Assistência à saúde era um direito aos trabalhadores de carteira assinada que contribuíam com o INPS.	Saúde como direito universal, independentemente de cor, sexo, tipo de trabalho, com carteira assinada ou não.

A-Z *Glossário*

Neoliberalismo
 Forma de governo que é contra qualquer intervenção na economia ou no mercado. Teve início no mundo com a crise do petróleo em 1973 e foi uma reação ao Estado intervencionista do que chamamos Bem-Estar Social ou Welfare State (na Aula 2 estudamos sobre esse tema).

Além desses, ainda há outros avanços para celebrar, como a descentralização na administração dos recursos e de serviços. Agora, os responsáveis por essa administração serão os municípios, por meio da assistência financeira da União e dos estados. O sistema é interligado por uma rede de serviços que pertencem a diferentes esferas do governo, seguindo uma lógica hierarquizada de acordo com o nível de complexidade da assistência (o “tamanho” do problema do paciente, lembra?) e por regiões, sendo estabelecida ainda a regionalização com a delimitação de uma base territorial para o sistema.

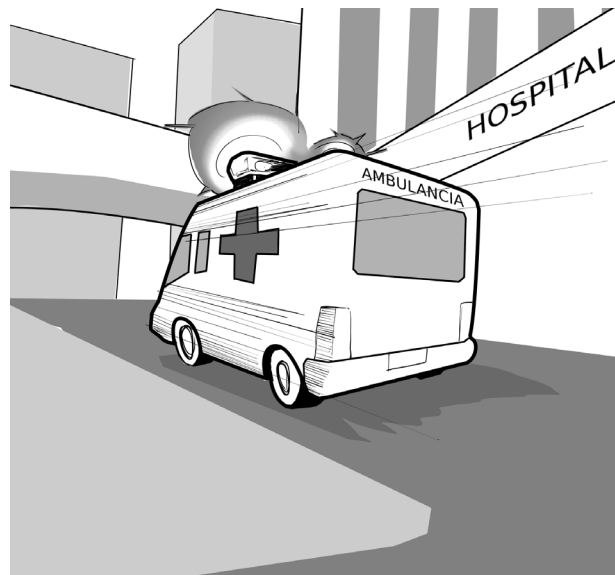


Figura 8.1: Ambulância chegando com emergência ao hospital.



Fonte: http://site.apucarana.pr.gov.br/fotos/s_gestante02.jpg

Figura 8.2: Paciente fazendo pré-natal em um posto de saúde.



Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Você conhece o Samu? Já viu alguma ambulância desse serviço passando “aos berros” por aí? Tomara que não tenha visto, sinal de que não havia alguém em perigo.



Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/jpg/ambulancias_3.jpg

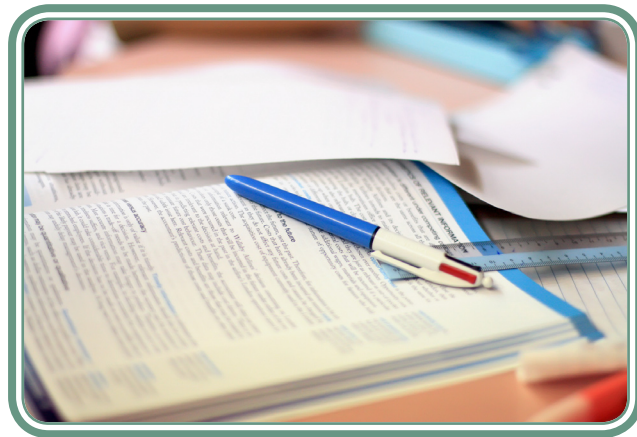
O Samu, como já diz a própria sigla, é o serviço médico que atende pessoas em estado de urgência. Sempre que há um acidente o Samu é convocado.

Criado pelo governo federal em 2003 para organizar o atendimento na rede pública e fazer o atendimento de socorro à população em casos de emergência. É um serviço público, que presta primeiros socorros ao paciente no local atendido e, havendo maiores complicações, o leva para uma unidade de atendimento próxima e apta para cuidar do problema do paciente.

Se precisar de atendimento de emergência, ligue para o número 192, de qualquer lugar do Brasil.

Saiba mais em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456

Além da descentralização, a participação popular é outro fator que passa a ter grande importância para a construção da nova política de saúde e para o SUS, por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. As conferências existiam no período anterior, mas não eram regulares e não tinham funções definidas.



Shho

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1275249>

Figura 8.3: É preciso estudar e analisar os números para entender a saúde no país.

Para demonstrar avanços no sistema, vamos falar em números! Há uma publicação feita pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, em 2006, que nos dá alguns desses números e nos possibilita fazer algumas análises. Para escrever esse documento, foram considerados:

- a qualidade de alguns programas que integram o SUS (que atestam os avanços alcançados);
- os processos de produção dos serviços;
- a opinião dos brasileiros usuários do SUS (que avaliam a prestação dos serviços do SUS positivamente).

Comparando o acesso à atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família na década de 1990 até metade de 2000, percebe-se que houve um aumento de 44% na cobertura, com uma evolução de 300 equipes em 1994 para 26 mil em 2006 (BRASIL, 2006).

Tabela 8.1: Número de equipes do PSF (SUS) por 1.000 habitantes no Brasil – período 1994/2006

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Meta	0,3	0,7	0,8	1,6	4	5	10,5	17	20	21	23	25	26
Realizado	0,3	0,7	0,8	1,6	3,1	4,3	8,6	13,3	16,7	19,1	21,2	24,6	26

Fonte: Ministério da Saúde: Brasil (2006).

No que diz respeito a procedimentos de alta complexidade, e falando aqui dos transplantes, em 2005 foram realizados mais de 15 mil, aumentando em 100% a quantidade desses procedimentos em um período de nove anos, conforme o quadro a seguir:

Tabela 8.2: Número de transplantes (SUS) por 1.000 habitantes, 1995/2004

Ano	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Transplantes x 1.000.	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	0,06

Fonte: Ministério da Saúde: SAS:Tabnet. Brasil (2006).

Em uma breve comparação sobre indicadores da mortalidade infantil no período de 1991 até 2004, percebe-se uma tendência de queda na taxa, em função da melhoria nas condições de vida da população, especialmente a atenção à saúde de mães e crianças. Logo, também é um indicador que apresenta mudanças qualitativas no processo de universalização da assistência à saúde, depois do SUS.

Tabela 8.3: Taxa de mortalidade (por 1.000 nascidos vivos) – Brasil e grandes regiões – 1991, 1997, 2000 e 2004

Regiões	1991	1997	2000	2004
Brasil	45,2	31,9	26,8	22,6
Norte	42,3	32,2	28,7	25,5
Nordeste	71,2	50,4	41,9	33,9
Sudeste	31,6	23,1	18,0	14,9
Sul	25,9	17,5	17,0	15,9
Centro-Oeste	29,7	24,4	21,0	18,7

Fonte: Datasus/Tabnet 2007.

Ao compararmos os números dos quadros anteriores, percebemos que a universalização cresceu nesse tempo, pois entre esses números estão pessoas de diferentes classes da sociedade brasileira, incluindo principalmente aquelas que não poderiam pagar pelos serviços de saúde. Nesse sentido, podemos dizer que o SUS rompeu com a prática excludente iniciada com as Caixas de Aposentadoria e Pensão, nos anos 1920. Lenaura Lobato diz que, “sem dúvida, é patente a universalização alcançada, que, baseada no direito, garante a atenção à saúde para a maioria da população, antes sem acesso”.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

Na década de 1990, o país assistia ao desenvolvimento de ações de cunho neoliberal, colocadas em prática no governo Collor. A relação entre o setor público e o privado pode ter afetado a construção de um setor público com melhores qualidades, com menos problemas. A partir dessa constatação, diga quais das opções são verdadeiras e quais são falsas:

- () O SUS não possui parceria com os serviços privados.
- () Fatos econômicos e políticos acabam definindo alguns caminhos na construção de políticas sociais, a crise do petróleo fez surgir o neoliberalismo e uma crítica à criação de políticas sociais, como é o caso do SUS.
- () O modelo de assistência à saúde presente no SUS está focado na promoção da saúde, e não no hospital e na doença.
- () A responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde está centralizada no Ministério da Saúde, é assim que o SUS funciona.

Ainda há desafios para o SUS superar

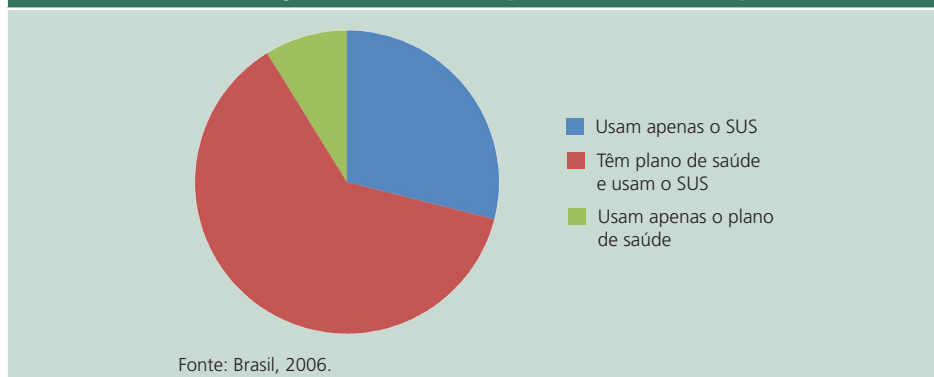
Vimos até agora que a criação do SUS foi excelente para a população brasileira e vimos os avanços que tivemos na saúde desde o início de sua implantação. Mas ainda há um grande caminho a percorrer, com muitos desafios. Lembra-se, na aula passada, do princípio da universalização?



O princípio da universalização visa garantir atenção à saúde a todo e qualquer cidadão.

Pois é, a universalização não é um princípio que já tenha sido totalmente contemplado. Ele não rompeu com uma característica da assistência à saúde no Brasil, ainda semelhante àquela que existia antes da Reforma Sanitária: a segmentação, a divisão entre o público e o privado. Segundo estudos do governo, até 2006, de toda a população brasileira, temos o seguinte quadro:

Quadro 8.2: Utilização do SUS e de planos de saúde particulares



Por esse aspecto a universalização pode ser considerada incompleta ou insuficiente, já que não desmanchou totalmente a dualidade histórica – a divisão entre público e privado – do sistema de saúde. Mas, de qualquer forma, podemos considerar uma certa universalização, pois mesmo que ele ainda não atenda todos os cidadãos, toda a população foi incluída no sistema de saúde.

O dilema universalização/segmentação não foi efetivamente resolvido porque estas duas realidades convivem: a população convive com um sistema universal, ainda em construção, e um setor privado de serviços.



Fonte SUS: http://www.saude.rs.gov.br/dados/1250002167809logosus_vetorizado.png

Figura 8.4: SUS versus planos de saúde.

Para os autores Carmen Teixeira e Jorge Solla, em estudo publicado em 2005, entre os principais desafios desse processo estão mudanças significativas na organização do **modelo curativista hospitalocêntrico** existente no início do movimento pela reforma sanitária.

A-Z Glossário

Modelo curativista hospitalocêntrico

É aquele organizado com foco nos hospitais, na cura da doença, no ato de tomar remédios para solucionar problemas de saúde; ele não busca promover a saúde. Para entender melhor e comparar, ao dividir o sistema e ter a atenção básica como um dos focos do atendimento, o SUS busca promover saúde, com campanhas educativas, como, por exemplos: visitas de agentes comunitários a domicílios, campanhas de prevenção contra a dengue. Se fosse um modelo curativista hospitalocêntrico, iria curar a doença, no caso da dengue, nos hospitais essa cura aconteceria só depois que as pessoas tivessem sido contaminadas e não antes de a doença acontecer.

Vamos falar um pouco de atenção básica. Os gastos com atenção básica ainda são maiores do que com média e alta complexidade. E ainda os gastos com o SUS são maiores do que os gastos do sistema privado; no entanto o Brasil, em 2006, investiu menos na saúde do que a Argentina, o Chile e o México. Veja os dois quadros a seguir para analisarmos um pouco mais os gastos com a saúde no país:

Tabela 8.4: Gastos com saúde no Brasil – 2005

Gasto com o SUS	R\$ 68,8 bilhões
Gastos privados (atendimentos pagos e planos de saúde)	R\$ 36,2 bilhões

Fonte: Brasil, 2006.

Tabela 8.5: Gasto público *per capita* (por pessoa) – 2006

Brasil	USD 96,00 (dólares)
Argentina	USD 300,00 (dólares)
Chile	USD 137,00 (dólares)
México	USD 172,00 (dólares)

Fonte: Brasil, 2006.

O desafio do financiamento do sistema de saúde é sempre fonte de discussão entre os que debatem e analisam o sistema de saúde brasileiro. Dizem que a saúde pública no Brasil vai mal e que os investimentos na saúde deveriam ser maiores e com mais qualidade.



Marcus Österberg

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/434462>

Figura 8.5: A implantação do SUS em sua forma perfeita é como uma escada de muitos degraus: um grande desafio para todos!

Já a participação popular prevista no SUS é considerada um canal de reivindicação de mudanças no sistema. Como vimos, muitas políticas sociais são definidas pela cobrança da sociedade junto ao Estado.



Fonte: http://www.fredericowestphalen.rs.gov.br/fw/modules/FCKeditor/upload/image/ronda_da_cidadania_crioula_AP11.JPG

Figura 8.6: A participação popular acontece com organização de opiniões e reuniões por meio das conferências e Conselhos de Saúde.

É pela participação popular que podemos verificar o desenvolvimento do controle social; por meio dela, a sociedade pode se envolver nas decisões do SUS, conhecer as prioridades, as escolhas dos investimentos na saúde de cada município, enfim, a definição das políticas sociais (no nosso caso, das políticas de saúde). Tal prática depende muito do grau de envolvimento e da consciência de cada cidadão.

A participação popular e o controle social serão estudados mais detidamente em nosso curso.

Atividade 2

Atende ao Objetivo 1

Vimos nesta e em outra aula que a universalização é um dos princípios mais importantes do SUS, já que ele garante a saúde para todos. Em sua opinião, podemos dizer que ela, na prática, já aconteceu em nosso país?



Um dos maiores desafios do SUS e de todos que trabalham pela qualidade da saúde pública no Brasil é não permitir que ele seja um sistema pobre, sem qualidade e sem cuidados necessários. O governo precisa garantir o direito à saúde à parte da população que não tem como escolher o setor privado porque possui recursos financeiros limitados. Mas não só a eles: esse direito deve ser garantido a todos os cidadãos brasileiros independentemente de raça, cor, classe social – é o que está previsto na Constituição!

Tivemos avanços, mas ainda temos muito o que melhorar. Como apresentamos aqui nesta aula, algumas semelhanças com a forma pela qual a saúde pública era tratada antes (da reforma sanitária) ainda persistem.

A permanência dessas semelhanças e desses problemas se deve, entre outros fatores, ao contexto histórico do período em que se iniciou a criação do SUS, momento em que a ideologia neoliberal estava a todo vapor e em que se buscava a todo custo a reforma do Estado.



Resumo

- O SUS foi construído em um ambiente contrário às políticas sociais e apesar disso possui avanços a ser comemorados.
- Entre os avanços citamos a redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura de PSFs, aumento do número de transplantes.
- A busca pela universalização dos serviços ainda é uma meta a ser alcançada.
- Alguns números referentes ao acesso aos serviços de saúde demonstram que a implementação do princípio da universalização cresceu nesse tempo, pois nesses números estão pessoas que não têm emprego ou que trabalham informalmente, pessoas de diferentes classes da sociedade brasileira.
- Apesar do fim da exclusão jurídica no direito à saúde, a divisão entre público e privado na organização dos serviços de saúde ainda persiste.
- A participação popular é um canal para mudanças, pois muitas políticas sociais são definidas pela relação participativa e democrática entre sociedade e Estado.

Informações sobre a próxima aula

Na próxima aula, vamos conhecer algumas leis que regem o Sistema Único de Saúde: o artigo 196 da Constituição Federal, a Lei 8.080, a Lei 8.142 e Normas Operacionais Básicas.

Respostas das atividades



Atividade 1

- (F) O SUS não possui parceria com os serviços privados.
- (V) Fatos econômicos e políticos acabam definindo alguns caminhos na construção de políticas sociais, a crise do petróleo fez surgir o neoliberalismo e uma crítica à criação de políticas sociais, como é o caso do SUS.
- (V) O modelo de assistência à saúde presente no SUS está focado na promoção da saúde, e não no hospital e na doença.
- (F) A responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde está centralizada no Ministério da Saúde, é assim que o SUS funciona.

Primeira falsa: “O SUS não possui parceria com os serviços privados.” Errado. A verdade é que é previsto que, quando o serviço público não puder atender, há possibilidade de contratação de serviços privados que atendam pacientes pelo SUS.

Segunda falsa: “A responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde está centralizada no Ministério da Saúde, é assim que o SUS funciona.” A verdade é que o responsável pela gestão dos serviços são os municípios.

Atividade 2

Para esta atividade, não temos apenas uma resposta. Fazemos a seguinte análise, nesse sentido:

A universalização é uma meta do SUS ainda em construção que já evoluiu bastante, pois hoje todos os cidadãos brasileiros têm reconhecido, juridicamente, o direito à saúde. No entanto, ainda existe no país uma divisão entre

público e privado, no sistema de saúde, e a maioria da população utiliza serviços públicos, mesmo os que pagam plano de saúde. Podemos dizer que avançamos muito na busca pela efetiva universalização, mas que ela ainda não é plena.

Referências bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Taxa de mortalidade (por 1000 nascidos vivos) - Brasil e grandes regiões 1991, 1997, 2000 e 2004*. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/c01.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2008.

LOBATO, L. V. C. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. *Revista trabalho educação saúde*, v. 2, n.1, p. 239-265, 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) *Dicionário educação da profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade, et al. (Org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

Aula 9 | Legislação do SUS

Meta da aula

- Apresentar as principais leis que regem o Sistema Único de Saúde: o artigo da Constituição Federal que trata da saúde, a Lei 8.080, a Lei 8.142 e as Normas Operacionais Básicas.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. reconhecer as principais e primeiras leis do SUS;
2. identificar o conteúdo de parte da legislação do SUS.

Saúde para todos: é lei!

Após anos de luta na saúde pública brasileira, tivemos a criação jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. Assim, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todo cidadão, tendo o Estado o dever de estabelecer estratégias e políticas para garanti-la. Não, não cabe ao mercado oferecer saúde à população e, não, não é um favor do Estado garantir a saúde, mas cabe aos governos criar e organizar programas e políticas que sejam postos em prática por meio de recursos públicos, recursos de todos os brasileiros!

No artigo 196 da Constituição de 1988, o brasileiro tem o direito à saúde garantido, e, em 1990, foram criadas as leis que regulamentam o SUS: Leis 8.080 e 8.142. Além das leis, também foram elaboradas Normas Operacionais Básicas de Saúde, que têm como objetivo contribuir com a normatização do serviço público de saúde.



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1175613>

Figura 9.1: A Lei 8.142 garante a participação da população nas políticas públicas de saúde.

Nesta aula, você vai aprender sobre essas leis e normas. Verá como elas são importantes para o nosso sistema de saúde público atual e entenderá as responsabilidades do governo.

Artigo 196

Nesse artigo que trata da saúde na Constituição de 1988, temos concretizado o resultado de anos de luta dos envolvidos no Movimento pela Reforma Sanitária brasileira.

Observemos o artigo 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.

Ao realizar uma análise sobre o artigo 196 da nossa Carta Magna, citamos o médico, doutor em Saúde Pública, professor da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Silva Paim (2009), um dos nomes importantes da nossa Saúde Pública atual. Ele destaca que, para garantir o direito à saúde, são necessárias políticas sociais e econômicas. Ele argumenta que:

Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para morar e plantar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos, embora integrem as políticas econômicas.

Sobre as políticas sociais, o autor observa:

“A educação, o esporte, o lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir riscos e agravos à saúde.”

Em seguida, Paim (2009) destaca que agravos não significam necessariamente uma doença, mas, por exemplo, podem ser um acidente, um envenenamento, uma violência.

Vamos analisar melhor o seguinte trecho do artigo 196:

“...e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...”

- Promoção = estimular com ações ligadas à qualidade de vida; estimular, por exemplo: alimentação de qualidade, atividades de lazer, educação. Essas ações permitem que as pessoas tenham boas condições de vida, evitando-se que fiquem expostas às causas das doenças sendo, por isso, saudáveis.
- Proteção = buscar eliminar os riscos, por exemplo: usar camisinha, limpar o quintal para eliminar os mosquitos da dengue, vacinar, etc.
- Recuperação = a assistência médica em si; atenção à saúde por meio do Programa Saúde da Família (PSF). Um diagnóstico rápido é fundamental para que haja sucesso na cura da doença.



Ilker



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1105360>

Caso você queira ler mais sobre o artigo da Constituição que trata da saúde, acesse:

http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm

Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde

A criação de leis que garantem o direito à saúde assegura a todos os brasileiros o direito de usufruir de políticas públicas que reduzam os riscos à saúde. Dessa forma, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS –, sistema que agrega todos os serviços da saúde e é responsável pela concretização desses serviços.

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988 começaram os trabalhos para a regulamentação das políticas públicas. No que se refere à saúde, em 1990, foi aprovada a Lei 8.080: a chamada Lei Orgânica da Saúde.

A Lei 8.080/90, ao regulamentar a Constituição, no que diz respeito à saúde, reafirma que a ela é um direito que deve ser assegurado pelo Estado a todos os brasileiros. Nós brasileiros pagamos impostos diariamente, que devem ser utilizados para implementação de medidas de saúde e ações para assegurar tal direito. Essa lei determina a criação de estratégias que visem não só à cura, mas também à prevenção e à promoção da saúde em uma perspectiva de cuidado integral.

A-Z Glossário

Regulamentar

É o mesmo que esclarecer como serão colocados em prática os pontos colocados na Constituição.



Rawku5

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1015747>

Figura 9.2: A Lei 8.080/90 dispõe que a saúde é um direito que deve ser assegurado pelo Estado a todos os brasileiros.

A LOS 8.080/90 tem como característica a ampliação do significado de saúde. Ela considera os fatores a seguir como decisivos na promoção da saúde:



Fonte: Lucchese, 2002.

Essa lei define as funções do SUS e seu campo de abrangência na execução de ações no tratamento dos pacientes, na fiscalização dos serviços e produtos destinados à saúde.

A partir da definição da saúde como direito de todos e dever do Estado, definiu-se o Sistema Único de Saúde – SUS:

É uma rede de ações e serviços, regionalizada e hierarquizada no território nacional. Possui uma direção única nos governos federal, estadual e municipal, regidos pelos princípios de universalização, integralidade, descentralização, participação popular, de acordo com a Constituição Federal.

Ao analisar o texto da Lei 8.080/90 e o artigo 196 da Constituição, você verá que eles dizem que cabe ao poder público (o Estado) definir como deverá ocorrer a oferta dos serviços públicos de saúde para a população. O Estado tem o dever de atender os cidadãos da melhor forma, por meio da regulamentação e fiscalização dos serviços de saúde.


Os serviços públicos de saúde podem ser ofertados diretamente pelo Estado, por meio de entidades públicas ou por entidades particulares. Quando não é possível ofertar um serviço pela rede pública, as instituições privadas podem complementar esse atendimento. Para que isso ocorra, a instituição privada deve ter convênio com o SUS.

Quando os hospitais públicos não podem atender a população, as entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos podem ofertar esses serviços. Na inexistência ou insuficiência dessas entidades, os serviços de saúde poderão ser oferecidos por instituição particular. No SUS, o serviço privado é utilizado para complementar a prestação da assistência pública.

Se no município o atendimento à população é possível somente com a estrutura de rede pública, ou seja, nos hospitais federais, estaduais e municipais, dizemos que todo o atendimento é exclusivo do Estado. Quando não existe suporte hospitalar público capaz de atender a demanda do município, credencia-se o atendimento privado.

Para você entender melhor, vamos usar um exemplo.

Imagine que em uma cidade no interior do Brasil, o hospital municipal é 100% do SUS (ou seja, público) e não possui CTI neonatal, mas a Santa Casa, um hospital particular, tem condições de ofertar tal serviço. Diante dessa situação, a prefeitura contrata o referido hospital para complementar o atendimento à população.



Para ler a Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90 – na íntegra, acesse:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1105360>

Em resumo, a Lei 8.080/90 trata da regulação em todo o Brasil das ações e serviços de saúde!

Lei 8.142 – Lei Orgânica da Saúde

A Lei 8.142 teve como objetivo assegurar a participação da população nas decisões da formulação das políticas públicas referentes à saúde. Ela também foi criada em 1990.

Vários vetos presidenciais prejudicaram a LOS 8.080/90, principalmente em relação à participação popular nas questões relacionadas à saúde.

Vamos entender isso melhor?

Nesse período tomou posse Fernando Collor que começou a implementar sua política neoliberal embasada na privatização e na redução de recursos para políticas sociais. O orçamento da saúde sofreu grandes cortes, o que só aumentou a crise no setor. Uma das medidas adotadas foi o corte de recursos vindos dos salários dos empregados e dos empregadores, que passaram a ser destinados apenas à Previdência.

Especificamente sobre a legislação que estamos estudando, a Lei 8.080, chamamos a atenção primeiro para o fato de o Sistema Único de Saúde ser uma política de bem-estar social. Essa política foi construída em um contexto de força contrária, através das políticas do presidente Collor que enfatizavam a implantação do neoliberalismo no país. Cabe ressaltar que a política de bem-estar social e o neoliberalismo são opostos. A Lei 8.142/90 foi criada devido à quantidade de vetos postos pelo governo à época da Lei 8.080/90.

A Lei 8.142 versa sobre :

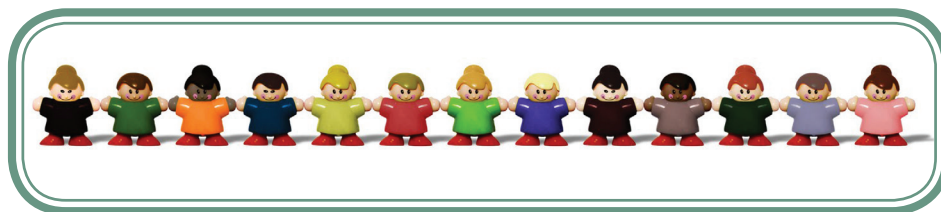
- a participação da comunidade na gestão do SUS;
- a transferência de recursos financeiros entre os governos na área da saúde.

Entenda melhor como funcionam essas transferências de recursos. Os recursos aplicados no SUS vêm de diferentes fontes, como impostos e contribuições. Por exemplo: quando pagamos o IPTU, quando compramos uma mercadoria e pagamos ICMS e de contribuições como o desconto do INSS.

A Lei 8.142 estabelece a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, como instituições colegiadas de participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde. Nessas instituições é assegurada a participação da população, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos gestores. A Conferência de Saúde avalia a situação de saúde e propõe as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo. Portanto, há:

- Conferência Municipal de Saúde;


- Conferência Estadual de Saúde;
- Conferência Nacional de Saúde.



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/887006> BSK

Figura 9.3: A Lei 8.142 foi criada como complemento à LOS 8.080/90 e teve como objetivo assegurar a participação da população nas decisões da formulação das políticas públicas referentes à saúde.





Para ler a Lei Orgânica da Saúde – 8.142/90 – na íntegra, acesse:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1105360>

Os Conselhos de Saúde são instituições colegiadas compostas por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. Eles atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Além disso, possuem um papel importante, pois podem atuar contra desvios dos recursos da saúde e distorções nos princípios do SUS.

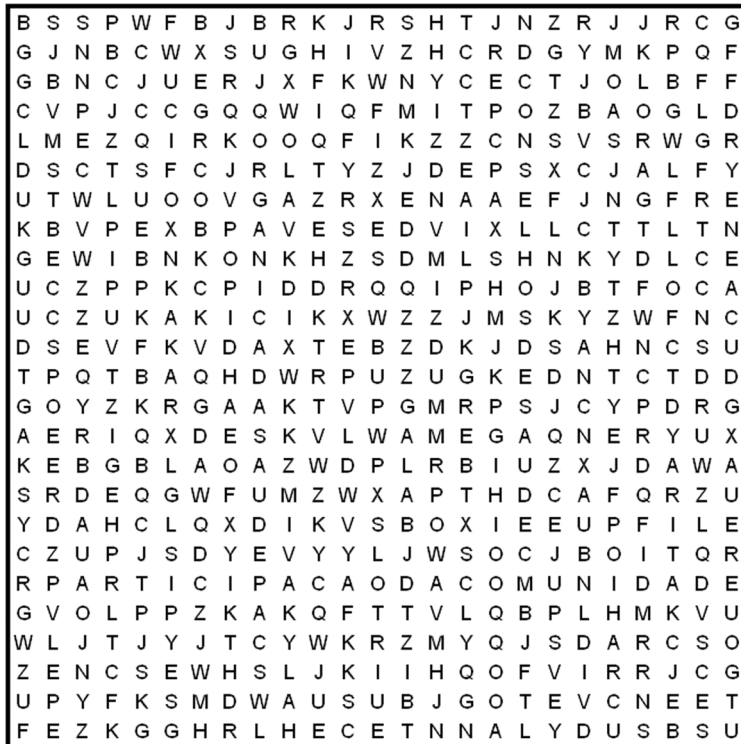


Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

- 1) Nome da lei que dispõe que a saúde é um direito que deve ser assegurado pelo Estado a todos os brasileiros.
- 2) Instituições que complementam o serviço público por meio de convênios.

- 3) A Lei 8.142 foi criada para complementar a 8.080/90. Qual o seu principal objetivo?
 Promover a _____ na gestão do SUS.
- 4) Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.



Normas Operacionais Básicas da Saúde

As Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB) são portarias do Ministério da Saúde que visam contribuir com a normatização do serviço público de saúde. Elas têm como função definir os critérios de pagamento dos serviços de saúde prestados pelos órgãos públicos ou privados, ou seja, o financiamento da assistência à saúde. Essas normas orientam para a descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS –, pois determinam as atribuições e responsabilidades de cada segmento do governo. Além disso, elas estabelecem critérios para que os estados e municípios assumam responsabilidades na ação de implantação do SUS.



Kurhan

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1314903>

Figura 9.4: As Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB) são portarias do Ministério da Saúde que visam contribuir com a normatização do serviço público de saúde.

O Sistema Único de Saúde é marcado por um processo de construção constante, com elaboração e implementação de algumas medidas que possam contribuir de maneira positiva com a gestão do sistema de saúde. As Normas Operacionais são instrumentos utilizados nesse sentido, uma vez que contribuem com a qualidade da gestão e organização do SUS.

O princípio organizativo da descentralização/municipalização está intimamente ligado à questão da gestão da saúde. Isto ocorre porque é por meio desse princípio que acontece a transferência do poder de decisão e de recursos financeiros para os municípios, de acordo com níveis de responsabilidade que cada município assume em relação ao sistema de saúde.

O processo de descentralização da responsabilidade na gestão do financiamento é regido pelas Normas Operacionais Básicas, leis que tinham como objetivo estabelecer regras específicas para a transferência dos recursos federais.

As Normas Operacionais Básicas publicadas foram três:

- NOB/SUS 01/91;
- NOB/SUS 01/93;
- NOB/SUS 01/96.

Em 2001, o nome desse tipo de portaria foi alterado, passando a se chamar Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02).

Como foram construídas essas normas?

As NOBs são instrumentos legais utilizados para organizar a construção do SUS. Elas foram muito importantes, pois nos anos 1990 a descentralização dos serviços ainda não acontecia de fato, para que as prefeituras e os governos estaduais exercessem as atribuições para a saúde previstas nas leis. Ainda havia dificuldades da União em repassar os recursos para as outras esferas. Assim, as normas foram criadas para ajudar na solução desses problemas de gestão.

Embora o instrumento que formaliza as Normas seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de maneira democrática, compartilhada entre:

- Ministério da Saúde;
- representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

No item 2 da NOB/SUS 01/93, relativo ao gerenciamento do processo de descentralização, foram criadas, como foros de negociação e deliberação, as Comissões Intergestores.

No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da qual participam **paritariamente** representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems.

A-Z Glossário

Paritariamente

Significa que a representatividade é igual para todas as partes que compõe.

No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de Saúde do estado. Dessa forma, todas as decisões sobre medidas para a implantação do SUS têm sido negociadas nessas comissões após muita discussão. Esse processo tem funcionado desse modo ao longo dos últimos anos de vigor da Lei 8.080.

Segundo as NOBs, os municípios assumem tipos de gestão diferentes, já que os municípios brasileiros são muito diferentes e, dentro do princípio da hierarquização dos serviços, acabam sendo responsáveis por serviços diferentes. Foi estabelecido, portanto, que o processo para assumir o tipo de gestão deve ser gradual e que cada norma se apresenta como um passo a mais, para que os municípios adquiram cada vez mais responsabilidade. Dessa forma, eles se adaptam às condições de gestão descentralizada do sistema.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/02) define duas condições de participação do município na gestão do SUS:

- Gestão plena da atenção básica ampliada

O município se habilita a receber um montante que é definido em função do número de habitantes. Esse recurso é utilizado para o financiamento das ações de atenção básica;

- Gestão plena do sistema municipal.

O município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.



Svilen Milev

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1147439>

Figura 9.5: A NOAS/SUS 01/02 estabelece a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, que determinam como os recursos serão distribuídos.

Atividade 2



Atende ao Objetivo 2

Tendo como base o que você aprendeu nesta aula, relacione as colunas a seguir:

1. Lei Orgânica da Saúde 8.080/90. () Versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
2. Lei complementar nº 8.142 () Orienta para a descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS –, determinando as atribuições e responsabilidades de cada seguimento do governo, estabelecendo também critérios para os estados e os municípios assumirem novas posições na ação de implantação do SUS.
3. Normas Operacionais de Saúde () Define as funções do SUS e seu campo de abrangência na execução de ações no tratamento dos pacientes, na fiscalização dos serviços e produtos destinados à saúde.

Pacto pela Saúde: um novo instrumento para a gestão do SUS

As Normas Operacionais foram transformadas em 2006 e um novo instrumento, chamado Pacto Pela Saúde, foi criado por meio da Portaria 399/GM em 22 de fevereiro de 2006.

O Pacto pela Saúde prevê ações que reafirmam os princípios do SUS constantes na Constituição de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990. O Pacto pela Saúde está dividido em:

- Pacto pela Vida – busca em seu foco central estabelecer prioridades, conhecer o contexto e as determinantes da saúde, as condições de vida das pessoas, para contribuir com a melhoria da sua qualidade de vida.

- Pacto em Defesa do SUS – uma repolitização na saúde busca discutir o SUS e ainda reafirmar a sua importância para a saúde do povo brasileiro.
- Pacto de Gestão do SUS.

Vamos estudar um pouco mais sobre o Pacto de Gestão do SUS?

Em 2006, foram publicadas duas portarias importantes para a prática desse novo instrumento:

1. Portaria GM/MS nº 698

Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas do governo na gestão do SUS, conforme previsto na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas do SUS. Também estabelece blocos de financiamento, os quais dizem respeito aos recursos destinados a níveis de atenção. Os blocos são: da atenção básica, de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1105360>

Acesse este *link* e conheça um pouco mais sobre a portaria GM/MS nº 698:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29.pdf>

2. Portaria GM/MS nº. 699

Regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida e do Pacto Gestão do SUS.



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1105360>

A Portaria GM/MS nº 699 pode ser acessada no *link* abaixo:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/POR-TARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>

O Pacto de Gestão é um conjunto de reformas no SUS que busca inovações nos processos e instrumentos de gestão. Ele tem como objetivo alcançar maior eficiência na solução de problemas e qualidade na prestação de serviços do SUS. E, ainda, redefine as responsabilidades de cada gestor, para a implementação do Pacto pela Saúde. A adesão do município ou do estado e da União ocorre por meio do Termo de Compromisso de Gestão – TCG.



Fonte: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1250002167809>
logosus_vetorizado.png

Figura 9.6: O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas no SUS que busca inovações nos processos e instrumentos de gestão.

O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da Federação (estados e municípios), sendo renovado anualmente. Entre as prioridades definidas estão:

- a redução da mortalidade infantil e materna;
- o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase);
- a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama, entre outras (BRASIL, 2006).

Podemos dizer que o Pacto pela Saúde é mais que uma norma operacional – é um movimento para mudança. Esse movimento articula os três pactos: pela Vida, em Defesa dos SUS e de Gestão do SUS. Dessa forma, há uma busca por mudança de atitude e uma proposta de discussão política do SUS. Há também um fortalecimento da descentralização do SUS, mas de maneira compartilhada entre os estados, municípios e ainda contando com a União.

Conclusão

O SUS está em constante transformação, e para melhorar, para auxiliar na descentralização da saúde e na implantação dos outros princípios previstos na Constituição de 1988, várias leis foram implementadas. A gestão não se faz sozinha, e o gestor municipal precisa do apoio dos estados e da União e da população. A criação das leis relacionadas à saúde permitiram que todos esses agentes sociais participassem das políticas de saúde em nosso país.



Resumo

- O SUS possui uma legislação específica que organiza e define as regras para sua implementação. O direito à saúde do cidadão brasileiro foi definido na Constituição de 1988.
- Para regulamentar o SUS, foram criadas, em 1990, as leis orgânicas 8.080 e 8.142.
- A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 define as funções do SUS e seu campo de abrangência na execução de ações de promoção, prevenção e tratamento dos pacientes, na fiscalização dos serviços e produtos destinados à saúde.
- A Lei complementar nº 8.142 versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
- As Normas Operacionais de Saúde orientam para a descentralização da gestão da saúde, determinando as responsabilidades e estabelecendo critérios para que os estados e os municípios assumam novas posições na ação de implantação do SUS.
- O Pacto da Saúde, criado em 2006, prevê ações que reafirmam os princípios do SUS. Ele engloba os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.
- O Pacto de Gestão busca promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Ele tem como objetivo alcançar maior eficiência na solução de problemas, e qualidade na prestação de serviços do SUS.

Informação sobre a próxima aula

Na próxima aula, você irá aprender sobre a municipalização do SUS e os desafios postos ao gestor nessa tarefa.

Respostas das atividades



Atividade 1



- 1) ORGÂNICA DA SAÚDE.
- 2) PARTICULARES.
- 3) PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.
- 4) CONSELHOS DE SAÚDE.

Atividade 2

- (2) Versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
- (3) Orienta para a descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS –, determinando as atribuições e responsabilidades de cada segmento do governo, estabelecendo também critérios para os estados e os municípios assumirem novas posições na ação de implantação do SUS.
- (1) Define as funções do SUS e seu campo de abrangência na execução de ações no tratamento dos pacientes, na fiscalização dos serviços e produtos destinados à saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Antecedentes*. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PActo%20Federativo%20-%20Livro.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2010.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Art. 196 – 200. *Índice Fundamental do Direito*. Disponível em: <http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm>. Acesso em: 08 dez. 2010.

_____. Lei nº 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Lei nº 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2010.

_____. *Portaria nº 698/GM de 30 de março de 2006*. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2010.

_____. *Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 08 dez. 2010.

LUCCHESI, Patrícia T. R. (Coord.) *Políticas públicas em Saúde Pública*. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Aula 10 | O SUS e a municipalização da saúde

Meta da aula

- Apresentar um debate sobre a municipalização do SUS e os desafios postos ao gestor nesta tarefa.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. descrever a municipalização no SUS;
2. diferenciar os tipos de gestão municipal da saúde;
3. identificar desafios e benefícios postos ao gestor municipal na organização do SUS.

Você sabe que o Brasil é um país de grandes dimensões geográficas. No seu território há uma variação de clima, de índice de chuva, de tipo de vegetação, de alta concentração da população em alguns lugares e baixa em outros. Há também grande desigualdade social, com as regiões Sul e Sudeste concentrando as maiores faixas de renda. Todos esses fatores causam também uma variedade de problemas que afetam a população.



Fonte: http://www.anvisa.gov.br/imagens/mapa_br2.gif

Figura 10.1: Alguns problemas de saúde são específicos de cada região.

Agora imagine todos esses problemas relacionados à saúde e mais inúmeros outros, do país inteiro, sendo tratados de um único ponto do Brasil, tendo as decisões tomadas somente por técnicos do governo, sem nunca visitar as regiões?

E se o estado atender apenas às demandas sociais em função de seus interesses e dos grupos dominantes? Não complicaria bastante para o resto da população? Acho que você concorda conosco, que seria natural se despertasse um descontentamento na população, porque muitas decisões não se adequariam às reais necessidades das comunidades.

Essas são características de uma época não muito distante no Brasil – lembra do governo militar, que estudamos nas aulas anteriores? A reivindicação por maior atenção às necessidades locais não tinha espaço e era respondida com repressão por parte do governo.

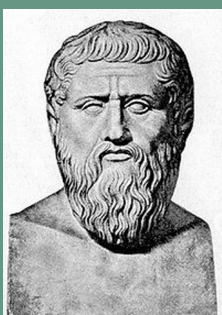
A comunidade local e a municipalização do SUS

Muitos pensadores da Antiguidade, como **Platão**, por exemplo, acreditavam que o poder deveria ser exercido pelos sábios, independentemente da vontade do povo. Hoje em dia, é cada vez mais comum haver mudanças na forma

A-Z Glossário

Platão

Filósofo e matemático grego que construiu as bases da Filosofia e da Ciência moderna.



Fonte: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/7/79/Platon-2.jpg/200px-Platon-2.jpg>

de governo. Aqui chamaremos essas mudanças de reformas administrativas, que buscam envolver a população, de um modo geral, na gestão dos serviços públicos que são destinados a ela. Essa forma de gestão busca diminuir a distância entre o Estado e a sociedade.

Um dos principais objetivos dessa diminuição de distância é que, com o tempo, ela trará qualidade de vida para a sociedade, por meio de resultados concretos das ações governamentais. A participação da sociedade civil nas relações de poder local – quando o maior interessado nas decisões está envolvido no processo – dá novos rumos à discussão dos problemas das comunidades, em que as particularidades de cada lugar podem ser analisadas mais de perto e com mais propriedade.

Nesse sentido, o governo federal vem atribuindo às prefeituras a responsabilidade de estimular esse tipo de participação. E, aos poucos, a população tem demonstrado capacidade de gerenciar decisões na solução de seus problemas. Um exemplo dessa participação são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Já falamos sobre elas nas aulas sobre os princípios do SUS, quando apresentamos os princípios da participação popular e o controle social no SUS. Na Aula 11, iremos falar um pouco mais sobre os Conselhos e as Conferências.



Fonte: <http://www.beloorientemg.gov.br/img/imprensa/destaque/1000132.jpg>

Figura 10.2: Para a participação popular nos processos de decisão do governo, são necessárias muitas reuniões.

Esse incentivo à participação vem através da criação de mecanismos que permitem o acesso da população:

- às informações dos processos decisórios;
- às organizações populares que possibilitem o acompanhamento e;
- à fiscalização dos projetos governamentais para os municípios.

Assim, o governo estimula também a criação de uma nova cultura política.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e definição do direito à saúde para a sociedade de forma indistinta, o governo tem concedido recursos aos estados e municípios para o desempenho de atribuições que antes eram centralizadas nas esferas superiores. Neste contexto, a descentralização ou municipalização da saúde é uma ação que busca atender a proposta constitucional de política pública da saúde no Brasil. Busca permitir que a população tenha uma maior oferta de serviços e o controle efetivo da gestão da saúde.

Mas então, o que é essa tal de municipalização da saúde?

A municipalização da saúde acontece quando a gestão dos serviços de saúde é transferida dos governos federal e estadual para os municípios. Esta descentralização dos serviços de saúde atende à determinação da Constituição Federal, às definições da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, e às NOBS, NOAS e, recentemente, o Pacto de Gestão.



Fonte: http://www.serratalhada.pe.gov.br/sites/5700/5767/DESTAQUE_18SEMINARIO.jpg

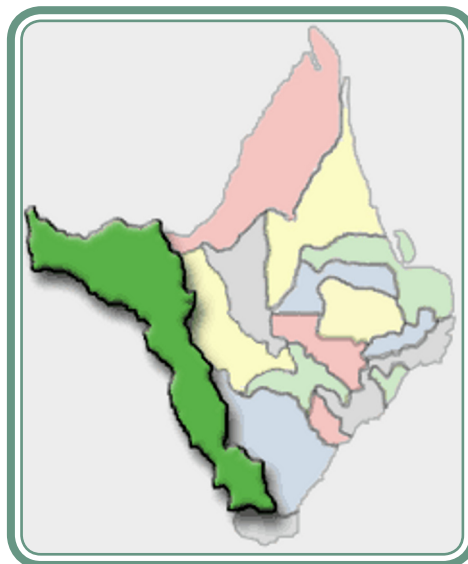
Figura 10.3: Seminário sobre a municipalização da saúde,

Cada nível de governo efetua a contratação de prestadores de serviços e pessoal necessário ao atendimento à população nos serviços de saúde. Os prestadores de serviços são os hospitais. Em alguns casos, é previsto na Constituição que, quando o governo não tem condições de prestar o atendimento, pode ser contratado um serviço particular. Por sua vez, o pessoal necessário são os funcionários desses hospitais:

- técnico-administrativos;
- técnicos em gerência de serviços de saúde;
- trabalhadores da saúde;
- médicos;
- enfermeiros;
- técnicos em enfermagem;
- técnico em saúde bucal;
- técnico em vigilância etc.

A municipalização prioriza a concentração da gestão da saúde pública nos municípios. Isso permite a cada município atuar conforme suas necessidades específicas.

Além disso, a municipalização também considera a capacidade administrativa de cada um dos municípios, avaliando que na dimensão geográfica e cultural do Brasil é inegável uma variedade de problemas que requer uma atuação específica. Certamente esses problemas serão mais bem resolvidos por meio de interventores locais.



Fonte: http://www.saude.ap.gov.br/imagens/m_laran.gif

Figura 10.4: Municipalização da saúde no estado do Amapá.

A-Z Glossário

Per capita

Expressão muito usada em Economia, significa “por cabeça”.

Em 1998, foi criado o Piso de Atenção Básica – PAB –, que assegura que o governo federal repasse aos municípios recursos financeiros de acordo com o número de habitantes do município, ou seja, *per capita*.

Esse repasse, somado aos recursos repassados pelo Estado juntamente com os recursos próprios do município, constitui as condições financeiras para custear o atendimento à saúde de sua população, de acordo com a condição de gestão, que veremos na próxima seção.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

Assinale com V se for verdadeiro ou F se for falso.

- a) () O Piso de Atenção Básica (PAB) determina que o governo federal deve repassar aos municípios recursos financeiros de acordo com o número de habitantes do município. Junto a esses recursos e os repassados pelo Estado e os do próprio município que financiam as ações de saúde do município.

- b) () O SUS consiste num sistema único, organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, com a diretriz de descentralização, direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização.
- c) () A administração do sistema de saúde não precisa estar localizada perto do cidadão e de seus problemas, pois o governo federal e o estadual são suficientes para entender a necessidade de cada localidade.

A gestão municipal

Segundo Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/02), existem dois tipos de gestão em que um município pode habilitar-se, variando conforme sua capacidade estrutural. São eles:

Gestão Plena da Atenção Básica

Com a utilização do repasse de recursos ao município provenientes do PAB, a Gestão Plena da Atenção básica compreende um conjunto de ações prestadas à população na superação de problemas comuns, sem muita complicação. Lembre-se de que atenção básica ou atenção primária é o primeiro nível da hierarquização dos serviços!



Fonte: http://www.itamonte.mg.gov.br/img_noticias/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Plano%20Diretor%20pela%20Enf.%20Zaldil%C3%A9ia.JPG

Figura 10.5: Processo de implantação da Gestão Plena da Atenção Básica em Itamonte (MG).

Média complexidade

É composta por ações e serviços que atendem a problemas cuja complexidade da assistência necessita da disponibilidade de profissionais especializados e da utilização de recursos tecnológicos para o apoio do diagnóstico e o tratamento.

Alta complexidade

É o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL, 2007)

Neste nível de gestão, o tratamento e a reabilitação são possíveis no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde. Havendo necessidade é oferecida a continuação do tratamento para casos de **alta** ou **média complexidade**, por meio da Gestão Plena do Sistema Municipal, que veremos na próxima subseção. Assim, o que ocorre muitas vezes é o encaminhamento dos pacientes para o município que atende no nível maior do que aquele município que é sede de microrregião, como estudamos na Aula 6, sobre os princípios organizativos e doutrinários do SUS.

Nessa modalidade de gestão, o município possui compromissos, que são procedimentos simples e de baixa tecnologia e especialização para serem executados, os quais estão listados a seguir:

- gestão e execução da assistência ambulatorial básica, das ações básicas de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças;
- gerência de todas as unidades ambulatoriais estatais ou privadas;
- autorização de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados;
- operação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; controle e avaliação da assistência básica.

Além desses compromissos, o município se compromete com o controle de doenças como, por exemplo, tuberculose, hipertensão e diabetes, eliminação da hanseníase. O atendimento infantil e da mulher e a saúde bucal devem ser priorizados também.

Gestão Plena do Sistema Municipal

Nesse tipo de gestão, o município tem o compromisso de assegurar assistência integral à população, tanto ambulatorial quanto hospitalar, e assistência de média e alta complexidade. Portanto, essa modalidade está comprometida com a gestão e a execução de todas as ações e serviços de saúde no município abaixo descritas:

- gerência de todas as unidades ambulatoriais, hospitalares e de serviços de saúde estatais ou privadas;

- administração da oferta de procedimentos de alto custo e alta complexidade;
- execução das ações básicas, de média e de alta complexidade de vigilância sanitária, de epidemiologia e de controle de doenças;
- controle, avaliação e auditoria dos serviços no município;
- operação do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.



Fonte: <http://barradocorda.ma.gov.br/imagens/hospital006.jpg>

Figura 10.6: A gestão de ambulatórios é de responsabilidade dos dois tipos de gestão.

O município habilitado à Gestão Plena do Sistema Municipal acumula as duas formas de gestão, ou seja, a Gestão da Atenção Básica estará habilitada ao município.



O Departamento de Informática do SUS é conhecido como Datasus, criado com o objetivo de reunir informações do Sistema, como indicadores de saúde ou dados sobre epidemias. Quer saber mais? Acesse: <http://www.datasus.gov.br>



Fonte: <http://www.saude.pa.gov.br/images/stories/Logos/datasus.png>

O município com as duas habilitações presta atendimento à sua população e à população de outros municípios que se inscrevem para receber atendimento de serviços de que não dispõe. Dessa forma, torna-se polo de referência para outros municípios. No norte de Minas, por exemplo, Montes Claros é a referência que atende a vários municípios menores. Os pequenos municípios que não apresentam condições para a gestão da saúde permanecem sob a gestão do Estado.

Em 2003 o Ministério da Saúde publicou duas portarias importantes estabelecendo algumas mudanças na gestão da saúde: a 384/GM e a 385/GM.



Bartek Ambrozik

Para acessar as portarias, caso você queira ler mais:

Portaria 384/GM: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-384.htm>

Portaria 385/GM: http://www.conase-ms.org.br/files/PT_GM_MS2023.pdf

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1198287>

Elas modificam os capítulos III e V da NOAS/01/2002, definindo questões referentes à habilitação e à desabilitação dos municípios e estados nos diferentes tipos de gestão.

Posteriormente, em 2004, a portaria 2023/GM definiu novas regras para a Gestão do SUS nos municípios, estados e Distrito Federal, como você pode confirmar no artigo 4º:

Art. 4º: Estabelecer como a única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal. Parágrafo único. Os pleitos de habilitação na modalidade de gestão de que trata este artigo deverão observar as determinações da NOAS/SUS 2002.

Assim, segundo essa nova lei, existe apenas um tipo de modalidade de Gestão: a Gestão Plena de Sistema Municipal.

Caso você queira conhecer detalhadamente a Portaria 2023, acesse: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2023.htm>



Manu Mohan

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1185958>



Em 2006, por meio da Portaria 399, o Ministério da Saúde divulgou e instituiu o Pacto pela Saúde, onde está incluído o Pacto de Gestão. Essa portaria substituiu o processo de habilitação e define um *Termo de Compromisso de Gestão*, ou seja, nessa portaria são extintos os diferentes tipos de habilitação para a gestão criados nas NOB/SUS 01/96 e nas NOAS/SUS 2002.

Sobre a implementação do Pacto de Gestão, conforme documento do Centro de Educação e Assessoramento Popular de 2009, denominado “Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?”, é possível afirmar que pouco se avançou.

Nesse ponto, não devemos esquecer que existe uma Gestão Nacional do SUS, o Ministério da Saúde, o gabinete do ministro, onde há outros órgãos subordinados, dos quais podemos citar:



Figura 10.7 : Alguns dos órgãos que compõem o Ministério da Saúde.



Atividade 2

Atende ao Objetivo 2

Você entendeu bem os dois tipos de gestão municipal de saúde? Então marque as opções a seguir com (1) para a Gestão Plena da Atenção Básica e com (2) para Gestão Plena do Sistema Municipal. Marque (3) para o que for de responsabilidade dos dois tipos de gestão.

- () Auditoria dos serviços no município.
- () Autorização de internações hospitalares.
- () Operação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.
- () Operação do Sistema de Informações Hospitalares.
- () Gerência de todas as unidades ambulatoriais.
- () Controle e avaliação da assistência básica.

Entraves e desafios

Embora os avanços no atendimento à saúde com o SUS sejam uma realidade, ainda existem obstáculos a serem superados para que seja concretizado o que diz a Constituição Federal. O principal entrave é a quantidade de verba que é gasta com o SUS pelo governo, que está muito abaixo do que é gasto por muitos países da América Latina como Argentina e Chile.

O resultado dessa deficiência é a incapacidade de pagamento para garantir o funcionamento do SUS de uma forma geral e a ampliação do seu atendimento. Com a superação dessa deficiência, é provável que seja superada também outra dificuldade do SUS: a necessidade de ampliação da rede de atendimento de média complexidade e alta complexidade.



Laura Leavell

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1208043>

Figura 10.8: Os problemas com dinheiro público do SUS são um desafio a ser superado: pouco dinheiro e muito a fazer.

Superar as deficiências e necessidades de atendimento que ainda há e romper com as desigualdades de acesso existentes entre os municípios e as diferentes regiões do Brasil ainda é um desafio para o nosso país.

O conhecimento dos direitos é exercício de cidadania. Para melhor entendimento e conscientização dos direitos do cidadão junto ao SUS, veja a carta dos direitos dos usuários da saúde no [link](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf) http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf



Fonte: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf





Atividade 3

Atende ao Objetivo 3

Sabemos que a municipalização dos serviços de saúde trouxe avanços na gestão pública da saúde. Dentre os benefícios, aponte aqueles percebidos por você, de acordo com seus conhecimentos e o texto estudado.

O Pacto de Gestão representa um avanço para os municípios. Porém, ainda não garante o atendimento total à população. Alguns municípios ainda sem capacidade de gestão da saúde em seu território dependem do atendimento em outros municípios, que, muitas vezes, não conseguem atender toda a demanda da população.

A gestão do SUS ainda possui desafios a serem superados que tornam difíceis as ações dos gestores públicos e impedem a concretização de um verdadeiro SUS universal.



Resumo

- A municipalização da saúde é a transferência da gestão de serviços de saúde para os municípios. Ela requer também a participação da sociedade local na definição e no controle dos gastos públicos com a saúde.
- A NOAS/01/2002 define dois tipos de gestão municipal da saúde: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.
- A Gestão Plena da Atenção Básica atua com a superação de problemas comuns, de atenção básica.
- Já a Gestão Plena do Sistema Municipal abrange problemas de média complexidade e alta complexidade.
- Uma localidade que possui a Gestão Plena do Sistema Municipal automaticamente responde também pela Gestão Plena da Atenção Básica.

- O Pacto de Saúde determina que não haja diferentes tipos de habilitações para os municípios, mas apenas o Termo de Compromisso de Gestão.

Informação sobre a próxima aula

Na próxima aula, veremos como acontece a gestão da saúde descentralizada e como se dá a participação da população na gestão da saúde.

Respostas das atividades



Atividade 1

- a) V
- b) V
- c) F – A administração do sistema de saúde, segundo o princípio da descentralização, precisa estar localizada perto do cidadão e de seus problemas, pois o governo federal e o estadual não são suficientes para entender a necessidade de cada localidade.

Atividade 2

- (2) Auditoria dos serviços no município.
- (1) Autorização de internações hospitalares.
- (3) Operação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.
- (2) Operação do Sistema de Informações Hospitalares.
- (3) Gerência de todas as unidades ambulatoriais.
- (1) Controle e avaliação da assistência básica.

Atividade 3

- Acompanhamento e fiscalização dos gastos públicos pela população local.
- Melhor adequação dos investimentos na saúde às necessidades da população.
- Atendimento em níveis de acordo com a necessidade da população.

Referências bibliográficas

BAVA, Silvio Caccia. Democracia e poder local, Polis, *Instituto de Estudos, Formação e assessoria em políticas sociais*, n. 14, p. 3-9, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF, 2007. 248 p. (Coleção progestores - para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: <<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus/livro9.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2010.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar)*. Brasília, DF, 2001 (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116). Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

PORTARIA Nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2023.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

Aula 11 | Controle Social no SUS

Meta da aula

- Explicar o que é controle social no SUS e qual a importância desse princípio para o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. definir a importância do controle social no funcionamento do SUS;
2. diferenciar conferências de saúde, Conselhos de Saúde e controle social.
3. identificar desafios para a população praticar o controle social.



Um senhor de 72 anos sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e ficou com os membros superior e inferior do lado direito paralisados, além de ter dificuldades na fala. Seus familiares conseguiram um pronto atendimento para ele no hospital municipal de sua cidade pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Após passar pelo clínico-geral, ele foi encaminhado ao neurologista. Este especialista informou que seria necessária a realização de uma tomografia para avaliar a dimensão do AVC, pois este exame daria o diagnóstico exato

da situação, indicando o procedimento médico necessário somente possível mediante realização do exame. O problema é que a família foi informada que o exame de tomografia não é feito na sua cidade. É necessária a transferência do paciente para o município mais próximo, que fica a 220km de onde ele está, para poder fazer o exame pelo SUS. A transferência requer agendamento do exame pela Secretaria Municipal de Saúde da sua cidade e de vaga para internação no hospital que o oferece. Porém, o hospital não dispõe de leito no momento, e é necessário aguardar.



Fonte: <http://jie.itaipu.gov.br/jie/files/image/28.05.09/tomografia%20333.jpg>

Figura 11.1: Tomógrafo, aparelho usado para realizar exames de tomografia.

Embora o paciente esteja internado e tomando alguns medicamentos, o temor da família é que, com a demora para a realização do exame, o quadro clínico se agrave, dificultando a reversão da paralisia que o AVC causou. Um membro da família, tendo ouvido falar do Conselho Municipal de Saúde, procurou um dos conselheiros e relatou o problema por que está passando a família.

Você verá nesta aula como o conselheiro poderá ajudar na solução de problemas dessa natureza e o quanto é importante que a família saiba que esse conselheiro pode ajudar na solução do problema.

O controle social: participação popular na gestão do SUS

A participação do povo nas tomadas de decisão das políticas de saúde é relativamente recente. As decisões sobre a saúde eram tomadas de cima para baixo, ou seja, o governo decidia o que era importante para a população.

Sem conhecer as necessidades reais da sociedade, muitas vezes acabavam investindo mal os recursos financeiros públicos.

Não atendiam devidamente às carências da população, tornando mais difícil o acesso à saúde. A participação da população só se tornou possível com o processo da democracia consolidado e o surgimento de grupos sociais organizados; desses grupos surgiram os representantes para o exercício do controle social. Guiado pelo espírito voluntário nos grupos sociais, esses representantes têm o mesmo espírito na defesa de seus interesses na gestão da saúde e na composição do controle social.

Você conhece o Portal do Voluntário?

Julia Freeman-Woolpert



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/925147>

É uma rede social brasileira que reúne conteúdo, experiências e oportunidades para as pessoas que querem prestar algum tipo de serviço voluntário. Atualmente, o portal atua também em empresas brasileiras, promovendo o voluntariado entre seus funcionários.

Conheça mais em <http://www.portaldovoluntario.org.br/>



A-Z Glossário

Conferência

Reunião para tratar de assuntos que interessam aos que nela tomam parte.

A contribuição da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde foi regulamentada pela Lei 8.142/90, por meio das **conferências** e dos Conselhos. São permanentes e compostos por membros com direito a voto, onde é assegurada a participação da sociedade nas formulações e desenvolvimento das políticas e práticas de saúde. Reúnem gestores públicos e privados, usuários e trabalhadores da saúde com o propósito de exercer o controle social da saúde.



Fonte: http://www.amparo.sp.gov.br/noticias/agencia/2005/maio/imagens/130505_conferencia_saude.jpg

Figura 11.2: Participação popular em Conferências e Conselhos de Saúde.

Desse modo, a sociedade passa a ser representada no espaço construído pelo Estado para as ações nas decisões sobre a saúde. Sendo assim, o controle social consiste na participação da sociedade na gestão da saúde. Por intermédio dos representantes da sociedade e das Conferências e dos Conselhos de Saúde, é possível que a população participe das decisões políticas e sociais. A formulação e o acompanhamento de diretrizes voltadas para a promoção da saúde são contribuições importantes da sociedade no controle da gestão da saúde.

Você deve estar se perguntando, como técnico em gerência em saúde, como se encaixa nisso tudo, não é? Apesar de esta aula ser bastante teórica, bem como toda a disciplina, é essencial que você saiba disso, independentemente do local em que trabalhe. Basta ter alguma ligação com o SUS. Todos podem participar, representando os trabalhadores da saúde.

O controle social do sistema de saúde democratiza o Sistema Nacional de Saúde, por meio da descentralização da saúde e da participação da sociedade. Atende ao objetivo da consolidação da democratização do sistema, proposta na Constituição Federal. A participação da população garante espaço para a opinião do usuário dos serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde, garantindo, ao mesmo tempo, o direito de participar nas decisões.

O usuário torna-se corresponsável pelo controle social das ações da saúde, lutando pelo aprimoramento dos serviços de saúde e exercendo cidadania. Por estar diretamente ligado aos problemas locais, sua contribuição é primordial para a reflexão da transformação da saúde pública no Brasil. As experiências locais ampliam as possibilidades de acerto no fortalecimento das políticas de gestão da saúde.



Joana Croft

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/780294>

Figura 11.3: É preciso estar atento e observar bem as ações da saúde, para poder aprimorá-las.

Lembra-se do caso da Introdução? Do senhor de 72 anos que sofreu um AVC? É um exemplo do quanto é necessário avançar no atendimento à saúde. A participação da família é um exemplo prático no controle social. Fazer com que esses casos cheguem ao conhecimento dos representantes da população na área da saúde contribui para a superação de problemas como esse. Há, nesse caso, indícios de necessidade de maior investimento na oferta de leitos para atendimentos de maior complexidade. Os gestores dessa outra cidade, que se comprometeu a atender os municípios vizinhos, como vimos na aula anterior, precisam ser alertados dessa deficiência e cobrada solução. É um risco que alguns pacientes ainda correm em seus municípios e pela convivência com a incerteza de atendimento em municípios vizinhos. A concretização das propostas do SUS depende muito do controle social.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

Você se lembra da situação citada lá na Introdução, sobre o senhor que teve um AVC? O caso foi resolvido porque uma pessoa da família conversou com um conselheiro de saúde, que ajudou a providenciar o transporte do paciente para a cidade onde conseguiria realizar a tomografia. É princípio fundamental do SUS que haja a participação da população no processo de formulação e controle das políticas de saúde exercendo o controle social. Você sabe qual a importância desse controle social na política pública de saúde?

As Conferências e os Conselhos: ambientes de discussão ampla

As Conferências de Saúde são destinadas a discutir e propor estratégias para a formulação das políticas de saúde e analisar os avanços e retrocessos do SUS. São constituídas da participação de representantes de diversos segmentos da sociedade:

- entidades sociais que representam os usuários dos serviços do SUS;
- trabalhadores que atuam na saúde;
- representantes do governo;
- prestadores de serviços de saúde. Realizadas a cada quatro anos, acontecem nos âmbitos nacional, estadual e municipal.



Fonte: http://www.Conselho.saude.gov.br/web_13confere/index.html

Figura 11.4: Folheto da 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007.

As Conferências estaduais e municipais são realizadas antes da Conferência Nacional de Saúde (CNS) em todo o país.

As Conferências nos estados e municípios antecedem as discussões dos temas que serão debatidos na Conferência Nacional, discutindo e aprovando propostas de acordo com a realidade local. As propostas nelas aprovadas contribuirão com a construção das políticas de saúde que serão tratadas mais amplamente durante a Conferência Nacional.

São esses temas identificados dentro dos serviços de saúde que contribuirão para o aprimoramento dos serviços de saúde pública. As Conferências Nacionais contam com a mobilização e participação de pessoas de todo o Brasil, por meio de representantes da sociedade e dos governos federal, estadual e municipal.



Fonte: <http://www.saude.al.gov.br/files/images/V%20reuni%C3%A3o%20do%20Conselho%20estadual%20de%20saude%20055.preview.jpg>

Figura 11.5: Reunião do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas, 2009.

As Conferências e os Conselhos de Saúde são importantes estruturas para permitir a efetivação da democratização da gestão do SUS. As conferências acontecem mediante convocação pelo presidente da República, pelos governadores e prefeitos, de acordo com os níveis de governo. Extraordinariamente, podem ser convocadas pelo Conselho de Saúde. A realização das Conferências consiste num momento de reflexão entre a sociedade e o governo, em espaço amplo. Levantam questões e propõem soluções para os problemas referentes à saúde.

E como funcionam os Conselhos de Saúde?

Como novidade na gestão pública, os Conselhos de Saúde se tornam um importante meio de reivindicação de melhores serviços e ações na saúde pública. O Conselho de Saúde é um órgão permanente, composto por representantes da sociedade e do governo, com poder de decisão, presente em todas as instâncias do governo: federal, estadual e municipal.



Fonte: <http://www.saude.ba.gov.br/portalsesab/images/stories/sesab/transparencia/cesnovo.jpg>

Figura 11.6: Símbolo do Conselho Estadual de Saúde do estado da Bahia.

A representação da população que é usuária do sistema possibilita o controle dos trabalhos na saúde, os investimentos e a fiscalização dos gastos, auxiliando no aprimoramento do atendimento. Ao ajudar na construção da prestação de serviços, possibilita melhor adequação das ações voltadas para as reais necessidades da população local.

Em um nível mais alto de decisão do SUS, existe o Conselho Nacional de Saúde, que está diretamente ligado ao Ministério da Saúde. Os membros do Conselho são responsáveis por:

Aprovar o orçamento da saúde

Acompanhar a execução deste orçamento

Analisar e aprovar – a cada 4 anos – o Plano Nacional de Saúde

As reuniões dos Conselhos acontecem mensalmente, e é permitida a presença do público, conforme os critérios da Lei 8.142. Veja a seguir como é formado o público das reuniões dos Conselhos:

Divisão do Público das Reuniões dos Conselhos



Figura 11.7: O público das reuniões dos Conselhos possui diversos tipos de representações.

Cada parte desse público tem papel decisivo no controle social.

O usuário participa:

- com sua experiência de vida;
- como conhecedor direto dos problemas que afetam a sociedade;
- propondo ações;
- opinando sobre as políticas em andamento.

Por sua vez, os profissionais de saúde sugerem alternativas técnicas para o aperfeiçoamento dos atendimentos.

O gestor tem no Conselho de Saúde o assessoramento qualificado que pode indicar quais pontos são falhos ou necessitam de aprimoramento na gestão de serviços.

Os Conselhos são espaços para o exercício da cidadania, onde se contribui com sugestões, fiscalização e cobranças junto aos gestores públicos.

O papel do conselheiro



Fonte: http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/imagens2008/DSC_5981_ok.jpg

Figura 11.8: Conselheiro de saúde em reunião para discussão do Plano Estadual de Saúde, Minas Gerais.

O conselheiro é o responsável pelo controle social na gestão da saúde. Ele tem papel fundamental junto ao órgão em que participa – o Conselho –, seja no âmbito federal, estadual ou municipal.

Representando parte expressiva da sociedade, os conselheiros de saúde são os mediadores dos debates sobre a saúde pública. Em cada localidade onde se reúnem, transformam-se em interlocutores no diálogo entre os gestores e o controle social.

A participação do segmento “usuário” é feita por indicação de:

- entidades de movimentos comunitários;
- sindicatos;
- portadores de deficiência e patologia;
- associações de moradores;



Ricardo Lopes

Fonte: <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=75a11e2b5a5575&id=5755>

Figura 11.9: Reunião da Associação de Moradores de um bairro em Maringá (PR).

- associações de idosos;



Nestor Muller

Fonte: <http://www.es.gov.br/site/arquivos/imagens/2010/01/cartaoidoso3792.JPG>

Figura 11.10: Representante da associação de idosos de Cariacica (ES).

- associações de defesa do consumidor;
- pastorais e outros.

As entidades indicam os representantes para serem votados entre si. Os eleitos ocuparão as vagas destinadas aos usuários.

Os conselheiros representantes dos prestadores de serviços de saúde são indicados pelas entidades públicas e privadas que atuam na assistência à saúde, em parceria com o serviço público. Eles participam dos Conselhos de Saúde, na cota dos mesmos 25% do segmento gestor.

Os conselheiros que representam os profissionais de saúde, como é de se imaginar, são escolhidos entre os profissionais que prestam serviços de saúde.



Carlos Basília

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/jpg/maranhao_foto.jpg

Figura 11.11: Reunião de conselheiros no Maranhão, em 2010.

O gestor público é representado pelas pessoas que atuam nos serviços e ações de saúde pública. Normalmente, são servidores que trabalham junto ao gestor nessas ações e por ele são indicados para atuar como conselheiros.

A função do conselheiro é apresentar propostas para a melhoria dos serviços, fiscalizar as ações em andamento e sua eficácia, fiscalizar as despesas feitas na saúde pelo gestor e cobrar providências, quando for o caso. O conselheiro exerce o controle social do SUS em seu município ou estado.

Para o bom desempenho de seu papel, é necessário que os conselheiros:

- tenham conhecimento da legislação que regulamenta suas atribuições e que ajam com ética (estudaremos esse termo na aula seguinte);
- tenham consciência da realidade do espaço que representam no Conselho;
- saibam como as pessoas de sua comunidade vivem, quais são suas reais necessidades, a maior ocorrência de doenças e mortes;
- conheçam as condições de vida de sua comunidade;



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/494574>



Fonte: http://www.mds.gov.br/noticias/cisternas-esperanca-que-chega-a-porta-da-casa-de-familias-cearenses/image_large



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/993563>

Figura 11.12: Favela, seca e mansão. São ou não são condições de vida bem diferentes?

- tenham informações sobre as doenças, suas causas e como evitá-las;
- tenham conhecimento dos atendimentos que são realizados nos órgãos de saúde e da qualidade das unidades de saúde responsáveis pelos atendimentos;
- verifiquem junto à população a aceitação dos serviços prestados, pois é importante que identifiquem suas necessidades.



A função do conselheiro é:

- apresentar propostas para a melhoria dos serviços;
- fiscalizar as ações em andamento e sua eficácia;
- fiscalizar as despesas feitas na saúde pelo gestor;
- cobrar providências quando for o caso.

Conhecendo a realidade do ambiente do qual faz parte e representa, como conselheiro da saúde terá argumentos para propor mudanças e solução para as deficiências e discutir as medidas que serão implantadas pelo gestor.

É importante que o conselheiro conheça os problemas do território que representa porque assim poderá reivindicar soluções no Conselho por meio da sugestão de políticas efetivas.

O conselheiro é um cidadão diretamente atuante no exercício do controle social do SUS em seu município ou estado. Como desafio, é preciso assegurar as condições necessárias para o exercício pleno das suas atribuições: muitas vezes, por questões de interesses particulares, isso não acontece. Além disso, é necessário conscientizar a população da importância da existência dos Conselhos. Assim, será desenvolvida uma cultura política que a mobilize para a participação ativa, não só dos conselheiros, mas de todos, na intenção de influenciar nas tomadas de decisões do poder público, de acordo com interesse coletivo.

Ainda é pouco conhecido o direito que a população tem de participar nas decisões da saúde, de modo a conduzir com ele a gestão da saúde pública. É necessário que a população tenha consciência desse direito. Outro desafio é desmitificar a crença que geralmente temos de que a população é incapaz de tomar decisões sobre aquilo que é de seu interesse.



Saiba um pouco mais sobre as atividades do conselheiro de saúde, acessando este *site*:
http://Conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/guia_Conselheiro.pdf

Atividade 2



Atende ao Objetivo 2

Relacione a segunda coluna de acordo com a primeira.

- 1) Conferência de Saúde. () Órgão colegiado, existente nos níveis municipal, estadual e federal, de caráter permanente e deliberativo, constituído paritariamente por toda sociedade.
 - 2) Conselho de Saúde.
 - 3) Controle Social.
 - 4) Conselheiros. () Responsável por apresentar propostas de melhorias dos serviços de saúde e fiscalizar as ações em andamento.
- () Reuniões que acontecem, a cada quatro anos, promovidas nos níveis municipal, estadual e federal, com representação de vários segmentos da sociedade. Nas reuniões são propostas diretrizes, é feita a avaliação da situação da saúde e são apontadas as prioridades em saúde. É também um ato de conferir a execução do que foi aprovado anteriormente.
- () É onde os usuários acompanham e fiscalizam a execução da política de saúde e participam da formulação de ações para efetivação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Conselhos de Saúde e a Gestão Municipal

Na área da saúde entendemos gestão como:

(...) a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003).

Os Conselhos de Saúde estão sob a responsabilidade, como parte integrante, do poder executivo, ou seja, dos gestores.

É dever dos prefeitos manterem o seu funcionamento, fornecendo as condições necessárias para isso. Esta responsabilidade não quer dizer que os Conselhos devam obediência ao gestor (no caso se for o município: o prefeito ou o secretário municipal de Saúde), os Conselhos têm sua autonomia garantida por lei. O papel do gestor em assegurar as condições básicas de trabalho dos conselheiros é fundamental.

Para que os Conselhos tenham condições de funcionamento, desempenhe seu papel e exerça seu poder, é preciso apoio com recursos financeiro, material e humano. A boa relação com o gestor fortalece o Conselho, torna-o atuante e crítico, qualificado para mediar conflitos e para contribuir com a administração da saúde, na medida em que apoia as decisões da gestão da saúde voltadas à melhoria de atendimento da população; facilita também o diálogo na discussão das prioridades e execução das propostas.

A possibilidade de conflitos deve ser voltada para o debate das questões que se referem às políticas de saúde e sua gestão. O Conselho não é espaço para oposição à administração ou de reivindicação de interesses individuais, mas deve ser entendido como espaço de consenso, na busca constante do aprimoramento dos atendimentos oferecidos à população do seu território.



Atividade 3

Atende ao Objetivo 3

Na sua opinião, qual o principal desafio na atualidade que o cidadão encontra para que de fato exerça o controle social e contribua efetivamente para uma boa gestão do serviço público de saúde?

O controle social é uma grande conquista da sociedade brasileira. É dever de cada cidadão lutar pela manutenção deste importante mecanismo de participação popular na gestão pública. Contribuindo com ações e reflexões produtivas dentro dos espaços devidamente destinados, na intenção de aprimorar cada vez mais o serviço de saúde.

Você, como técnico em gerência de saúde, deve reconhecer o funcionamento do SUS, e o controle social é um dos princípios do SUS. A gestão da saúde depende dos conselheiros, para tomada de muitas decisões, e você pode participar como conselheiro, representando o usuário ou os profissionais da saúde. Se ser conselheiro de saúde é um interesse seu, pesquise em sua cidade como essa participação funciona.

Resumo



- A participação da população no processo de decisões sobre saúde no Brasil foi possível a partir da consolidação da democracia.
- A luta dos sujeitos sociais diretamente ligados aos problemas locais, pelo aprimoramento dos serviços de saúde por meio do controle social é um importante exercício de cidadania.
- A construção de ambientes de discussão destinados à prática do controle social da saúde permite a efetiva participação popular na gestão da saúde.
- O Conselho é o espaço para reivindicação de interesses coletivos, de consenso, na busca constante do aprimoramento dos atendimentos oferecidos à população.
- As conferências de saúde são reuniões destinadas a discutir e propor estratégias para a formulação das políticas de saúde do SUS.
- O conselheiro de saúde é responsável por apresentar propostas para a melhoria dos serviços, fiscalizar as ações em andamento e as despesas feitas na saúde pelo gestor.

Informação sobre a próxima aula

Na próxima aula, estudaremos sobre a ética e a racionalidade na gestão da saúde. Você sabe o que é ética? Racionalidade? Prepare-se para uma boa discussão sobre estes temas tão importantes, não só na administração dos recursos da saúde, mas para todo convívio social. Até mais!



Respostas das atividades

Atividade 1

É importante porque, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, a população sugere ações de saúde e ampliação das ações já existentes, de acordo com a necessidade local, além de ser um exercício de cidadania ao poder opinar, fiscalizar e acompanhar a execução das ações de saúde realizadas pelos gestores públicos.

Atividade 2

Sequência da numeração:

- (2) Órgão colegiado, existente nos níveis municipal, estadual e federal, de caráter permanente e deliberativo, constituído paritariamente por toda sociedade.
- (4) Responsável por apresentar propostas de melhorias dos serviços de saúde e fiscalizar as ações em andamento.
- (1) Reuniões que acontecem, a cada quatro anos, promovidas nos níveis municipal, estadual e federal, com representação de vários segmentos da sociedade. Nas reuniões são propostas diretrizes, é feita a avaliação da situação da saúde e são apontadas as prioridades em saúde. É também um ato de conferir a execução do que foi aprovado anteriormente.
- (3) É onde os usuários acompanham e fiscalizam a execução da política de saúde e participam da formulação de ações para efetivação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Atividade 3

O desafio está na conscientização da população de que ela necessita ampliar seus conhecimentos político, ético, teórico, para que sejam capazes de redimensionar as práticas coletivas, valorizando o cotidiano, atento às necessidades da população em prejuízo dos interesses individuais.

Referências bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003*. Disponível em: <http://Conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm> . Acesso em 02 set. 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/paraentenderagestaodosus.pdf>> Acesso em 02 set. 2010.

_____. *Lei nº 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em 09 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://Conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/guia_Conselheiro.pdf> Acesso em 10 set. 2010.

_____. *Participação social da saúde: o olhar da gestão municipal*. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/cartilha_participacao_social_setembro.pdf> Acesso em 10 set. 2010.

PORTAL do voluntário. Disponível em: <<http://www.portaldovoluntario.org.br/>>. Acesso em 10 set. 2010.

Aula 12 | Ética e racionalização na saúde

Meta da aula

- Apresentar os conceitos de ética e racionalização e sua importância na gestão dos recursos públicos na área da saúde.

Objetivos da aula

Ao final desta aula, você deverá ser capaz de:

1. reconhecer atitudes éticas e antiéticas na área de saúde;
2. reconhecer situações nas quais a racionalização é utilizada para o alcance de eficiência técnica ou alocativa.

Investir pouco e ganhar muito: a meta de todo investidor

Imagine um time de futebol que está nas últimas posições do campeonato e precisa realizar alguma contratação para melhorar seu desempenho. O diretor de futebol desse clube contratou um excelente atacante argentino. Será que foi um bom investimento?

Para aferir isso, é preciso primeiro fazer uma análise do desempenho do time: ele tem um péssimo saldo de gols, isto é, sofreu bem mais gols do que marcou. Embora o saldo seja negativo, o número de gols marcados é um dos mais altos do campeonato, comparável ao dos times que estão nas melhores colocações. Nesse caso, o diretor de futebol realizou um bom investimento?

Ele investiu num setor que já está bem, de modo que a vinda desse jogador não trará grandes benefícios. Já a defesa está péssima, pois o time tem sofrido um número de gols ainda maior do que o marcado, razão pela qual se encontra nas últimas posições. Caso o mesmo diretor tivesse investido em algum jogador de defesa, o desempenho do time poderia ter melhorado muito.

Podemos notar que, nesse caso, o diretor de futebol não fez uso da *racionalização*, isto é, não realizou uma análise que orientasse a forma de distribuir os recursos de modo a produzir o melhor resultado possível.

Digamos agora que você descubra que tal diretor é amigo do atacante argentino e que realizou a contratação para favorecê-lo. Nesse caso, diríamos que o diretor não foi *ético*, pois agiu para favorecer seus interesses pessoais em vez dos interesses do clube que representa.



Podemos observar que *ética* e *racionalização* são dois elementos que tendem a melhorar o desempenho de qualquer empreendimento. Cabe entendermos bem tais conceitos para percebermos a importância deles, principalmente no que se refere à gestão do dinheiro público.

Agora pense um pouquinho e veja se você consegue lembrar de situações reais nas quais a ética e/ou a racionalização não foram utilizadas de forma adequada. Anote no espaço a seguir pelo menos um exemplo na área de saúde e outro em uma área qualquer.



Essa é uma discussão de grande importância, principalmente em uma área de vital interesse para todos nós, como é o caso da saúde. Por isso, nesta nossa última aula vamos conversar sobre esse tema. Então, vamos lá?

A ética é fundamental para a vida e para a gestão do SUS também

Nós vimos que a ética é imprescindível para garantir a eficiência de um negócio. Mas você sabe o que realmente significa ética? Você segue princípios éticos no convívio com as pessoas em sua vida cotidiana?

Vamos então ao significado dessa palavra e dessa postura tão importante para a vida individual, coletiva e (por que não?) para a gestão do SUS.

O termo “ética” provém do grego *éthos*, que designa, dentre outras coisas, “a morada humana”, “caráter” e “modo de ser”.

Para melhor compreensão do que significa esse conceito na atualidade, vamos recorrer à definição utilizada pela autora Terezinha Azeredo Rios. Ela diz que a ética é uma reflexão crítica sobre o que é bom ou ruim, bem e mal. Por meio da ética, analisamos que tipo de comportamento promove o bem comum.

Para tanto, devemos considerar sempre a ideia de que o modo como agimos perante o outro pode ser o mesmo como o outro agirá perante nós, isto é, ao agirmos, devemos nos perguntar: “E se todos agissem assim?” Nesse caso, por não desejarmos o mal para nós mesmos, agimos com respeito e consideração ao outro!

Logo, agindo com ética para com o outro, estamos também pensando em nós mesmos e, por consequência, na coletividade!

A-Z Glossário

Valores

Há inúmeros sentidos para a palavra "valor". No âmbito ético ou moral, que é o que nos interessa aqui, valores são os elementos que nos motivam a agir de determinada maneira, ou seja, são "guias" para nossa conduta. Por exemplo: quando digo que a "honestidade" é um valor que eu estimo, com isso quero dizer que busco ser honesto por meio das minhas ações e que espero que os outros ajam da mesma forma. Em outras palavras, podemos dizer que "valor" é um princípio moral (ou ético), isto é, um princípio orientador de ações que visa promover e concretizar aquilo que julgamos desejável.



Figura 12.1: Agir com ética é abrir mão dos nossos interesses individuais tendo em vista o bem comum. Isso, em última instância, beneficia a nós mesmos, como membros da coletividade.

De maneira geral, podemos dizer que ética é uma maneira de agir, um comportamento que segue certos princípios morais. A ética nos permite promover valores como justiça, lealdade, bondade, honestidade e muitos outros. Como você pode perceber, tais valores são do interesse de todos. Ao agir sem ética, a pessoa acaba se voltando contra um desses valores, o que ocasiona um malefício para a sociedade como um todo, incluindo, portanto, a pessoa que agiu de forma antiética. Por exemplo: se em dada situação eu fosse desonesto com alguém, poderia tirar algum proveito disso, mas, desse modo, estaria estimulando os outros a serem desonestos comigo, situação que, se consumada, certamente não me agradaria. Por isso, quando agimos de forma antiética, estamos, em última instância, ocasionando um mal para nós mesmos.



Parecidos, mas não iguais!

Você já ouviu falar na palavra “moral”, certo? Mas você sabe realmente o seu significado? Será que é o mesmo de “ética”? Será que ética e moral são meros sinônimos?



Ronny Satzke

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/282048>

Bem, a palavra “moral” provém do latim *mos* ou *mores*. De modo geral, podemos afirmar que moral é o conjunto de princípios, normas, costumes e valores que norteiam o comportamento do indivíduo que vive em sociedade.

Porém, há inúmeros sentidos diferentes para esse termo, dependendo do autor ou do período histórico considerado. Geralmente, as concepções de moral envolvem a ideia de que ela atua de “fora para dentro”, isto é, são princípios já estabelecidos que devem ser seguidos incondicionalmente por todos.

É nesse aspecto que é comum diferenciá-la da ética. Esta última, nessa perspectiva, atua de “dentro para fora”, ou seja, cada indivíduo, ponderando as variáveis envolvidas numa dada situação, decidiria qual a maneira mais correta de proceder, estabelecendo por si mesmo o princípio a ser seguido.

Cotidianamente, “ética” e “moral” são empregadas quase como sinônimos, dada a sutileza da distinção. E esse é o uso que faremos na nossa aula.

Vamos agora falar da ética no nosso meio. O trabalho no sistema de saúde pública envolve escolhas que afetam não só o trabalhador, mas toda a sociedade. Vale lembrar que os investimentos no setor vêm dos cofres públicos, resultado do pagamento de impostos por todos nós, o que aumenta ainda mais a responsabilidade na consideração com a população em geral.



Renaude Hatsedakis

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1018791>

Há profissões, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos, que possuem um Conselho que regulamenta suas funções e seus limites. É o chamado Conselho Profissional. Tal Conselho também possui a função de *uniformização*, isto é, estabelecer padrões de atuação diante de situações controversas nas quais cada profissional procederia de uma maneira diferente. Mas podemos dizer que a ética profissional é muito mais que seguir regras estabelecidas por uma legislação, é agir na sua profissão tendo em vista o bem da coletividade, seja qual for a situação .

Vimos a importância da ética na condução da administração de recursos. Podemos agora ir para o segundo elemento essencial à eficiência de um empreendimento qualquer: a racionalização. Mas, antes disso, que tal realizarmos a atividade a seguir para verificarmos o quanto foi aprendido?



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1

Nos casos a seguir, segundo o seu entendimento, indique com “E” as alternativas nas quais os profissionais de saúde em questão agiram de forma ética e com “A” as alternativas em que agiram de forma antiética. Indique brevemente a razão pela qual você optou por tais alternativas.

- a) () Maria Tereza é funcionária pública e trabalha como gerente de compras de uma policlínica. No final do ano passado, ela descobriu que os administradores do hospital estavam desviando recursos do SUS. A primeira decisão dela foi ficar calada, mas não resistiu e fez uma denúncia ao jornal sobre o problema daquele hospital.

- b) () Um cirurgião atendia um velhinho que quebrou o braço e que sentia muitas dores. De repente, entrou no centro de cirurgia, em estado grave, à beira da morte, um bandido que acabou de assassinar uma família. O cirurgião, sozinho no plantão, interrompeu o atendimento ao velhinho para poder atender o outro paciente.

c) () Um posto de saúde numa região remota não tinha recursos. Havia uma fila com aproximadamente cem crianças, mas só havia vacina suficiente para cerca de metade delas. Os pais que estavam na frente da fila reivindicavam o atendimento aos seus filhos. Os enfermeiros que aplicavam a vacina optaram por realizar um sorteio para ver quem seria ou não vacinado.

d) () João, um velho cirurgião, tinha acabado de terminar o plantão de 24 horas. Já havia tirado o jaleco e estava pronto para ir para casa dormir, quando foi surpreendido pela notícia de que um ônibus com cerca de 30 passageiros tinha capotado e que havia muitos feridos. O hospital só possuía dois cirurgiões de plantão no momento, o que não seria suficiente para atender aquele número de pessoas. João já havia ultrapassado o limite de horas do plantão nas três semanas anteriores e não queria fazer o mesmo nessa semana: resolveu voltar para casa.

Racionalização dos recursos públicos de saúde

Imagine que você trabalha na Secretaria de Saúde do seu município e descobriu que as despesas estão mais altas do que o dinheiro que há para pagar as contas. O que você faria?

Na solução desse problema entra a questão da racionalização, isto é, a tarefa de controlar os gastos distribuindo os recursos com inteligência, de maneira organizada, planejada, no sentido de maximizar a eficácia dos serviços prestados.

Frederick Winslow Taylor

Engenheiro americano que viveu no período entre 1856 e 1915 e que ganhou notoriedade por ter elaborado métodos científicos para administração de empresas. Ele elaborou um modo, com base em conhecimentos matemáticos, quantitativos, que buscou garantir maior produtividade nas indústrias daquela época. Como era um método muito rigoroso e que explorava os trabalhadores, Taylor recebeu muitas críticas.



Gianfranco Marini

Fonte: http://picasa-web.google.com/lh/photo/e_cxXQAZB7RYbemUJ8ZVVg

A racionalização foi fortemente estudada por Taylor, considerado o Pai da administração científica, que buscava aumentar a produtividade dos trabalhadores nas fábricas.

Estamos tratando aqui da racionalização, uma vez que um dos maiores desafios do SUS é o financiamento. As receitas públicas na área de saúde não são tão altas quanto o necessário e desejado, e, além disso, muitas vezes os gestores não fazem um bom uso delas.

Por isso, é imprescindível que a administração de recursos da saúde seja realizada de maneira planejada, seguindo princípios de racionalização.



Sigurd Decroos

Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1131288>

Figura 12.2: Para ser posta em prática, a racionalização pressupõe uma análise e um estudo detalhados para saber o quanto investir em cada setor de modo a proporcionar o melhor resultado possível.

A administração de recursos da saúde é a gestão de investimentos que se voltam para o maior bem que todos têm: a vida. A definição de políticas públicas que atendam com qualidade a tal objetivo é um desafio, pois é preciso administrar com recursos escassos.

Vimos que a eficiência nos gastos com saúde passa pela racionalização, ou seja, ela busca alcançar o melhor resultado possível com os recursos disponíveis. Para tanto, a racionalização visa a dois fins: a eficiência técnica e a eficiência alocativa. A eficiência técnica consiste em produzir o melhor resultado possível com o mínimo de recursos; a alocativa consiste em destinar recursos à área que precisa de maiores investimentos.

Para você entender melhor o que significa a eficiência alocativa, vamos analisar a seguinte situação: um gestor municipal decide alocar a maior quantidade de recursos na atenção básica, restringindo os procedimentos de média complexidade. Sabe-se, porém, que o município em questão recebe pacientes de municípios vizinhos, que buscam justamente o atendimento por especialistas que desenvolvem ações de média complexidade.

Tendo isso em vista, percebemos que, nesse caso, o gestor demonstrou ineficiência alocativa. Ele não soube analisar o histórico dos atendimentos que seu município desenvolveu e não levou em consideração o fato de que o seu município era referência para outros menores, conforme os princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços do SUS. Desse modo, o gestor em questão acabou alocando mais dinheiro em um nível que o município utiliza menos, que é a atenção primária.

Atividade 2



Atende ao Objetivo 2

Tendo em vista as alternativas a seguir, indique com “T” as situações nas quais a racionalização busca eficiência técnica e com “A” as situações nas quais busca eficiência alocativa.

- () O funcionário que controla a compra de mantimentos para um posto de saúde percebe que o lote de seringas comprados todos os meses é mais que suficiente para dar conta dos serviços prestados e que, por outro lado, não há aspirinas. Ele resolve diminuir a quantia destinada à compra das seringas e investe o dinheiro restante na compra de aspirinas.
- () O secretário de saúde de um estado resolve deslocar um tomógrafo de um município que já possuía dois desses aparelhos para um outro que ainda não possuía.
- () Um secretário municipal de saúde decide investir num caminhão itinerante para, com o mesmo número de profissionais, levar assistência médica a mais pessoas.

- () Um gestor de um hospital público resolveu substituir o mamógrafo analógico por um digital, que consegue atender muito mais pessoas no mesmo intervalo de tempo.
- () Um gestor municipal decide destinar mais recursos em especialistas que desenvolvem ações de média complexidade num município que recebe pacientes de municípios vizinhos, carentes justamente desse nível de atendimento.

É importante ressaltar que, diante de um quadro de escassez de recursos, o gestor precisará fazer escolhas difíceis. Como nesse caso os recursos não são suficientes para atender adequadamente todas as áreas, caberá ao gestor identificar quais áreas serão beneficiadas em detrimento das demais. Para tanto, é necessário ter um planejamento apropriado e estar preparado eticamente para tomar a decisão mais adequada, objetivando o bem da coletividade.



Figura 12.3: Em circunstâncias nas quais há poucos recursos, um gestor terá que optar pelo investimento que proporcionará maior eficiência técnica e alocativa, levando-se em conta as necessidades da região.

Imagine você que, por falta de ética e racionalização, um hospital pode ficar sem materiais essenciais, como luvas para os médicos, dentistas e enfermeiros realizarem seus procedimentos, por exemplo.

Conclusão

Percebemos, portanto, que a importância da ética e da racionalização na gestão de saúde é evidente. A ética permite ao gestor buscar a promoção do bem de todos, enquanto a racionalização permite a otimização dos recursos disponíveis e o consequente aumento na eficiência dos serviços.

Isso foi o que aprendemos nesta aula, a última de nossa disciplina. Espero que você faça bom proveito do conteúdo assimilado. Vale lembrar que aprendizagem exige dedicação, disciplina, força de vontade e, principalmente, muito esforço! E que o conhecimento por nós obtido é um bem que ninguém pode nos tirar!

Resumo



- Podemos dizer que ética é uma maneira de agir, um comportamento que segue certos valores morais.
- Moral são valores, costumes ditados pelas mais diversas instituições como família, religião e escola, e que são aprendidos ao longo de nossas vidas.
- A ética visa promover o bem comum. Por isso, a gestão de recursos públicos deve seguir princípios éticos, zelando pelo bem da coletividade.
- Ética profissional é mais que seguir regras estabelecidas por uma legislação, é agir, na sua profissão, com comprometimento com o bem da coletividade.
- A racionalização busca, por meio de análise e planejamento, controlar os recursos para que os mesmos sejam utilizados com a maior eficiência possível.
- Eficiência técnica consiste em obter o melhor resultado com o mínimo de recursos; eficiência alocativa consiste em aplicar mais recursos nas áreas mais carentes dos mesmos.



Respostas das atividades

Atividade 1

As situações escolhidas para esta atividade são extremamente polêmicas e, como tais, não comportam uma resposta definitiva. O intuito desta atividade foi justamente este: fazer com que você se posicionasse diante de situações-limite. Então, vamos analisar caso a caso?

- a) (E) Nesse caso, parece que a funcionária agiu em conformidade com valores morais. Ao agir assim, ela pensou no coletivo, na sociedade que estava sendo “roubada” pelo desvio de dinheiro público, mesmo sabendo que corria o risco de perder o emprego. Ou seja: agiu em prol da coletividade, agiu de forma ética.
- b) (E) Essa situação parece passível de consenso. Embora o velhinho estivesse sendo atendido primeiro, tivesse quebrado o braço e sentisse muita dor, parece razoável interromper o seu atendimento para tentar salvar a vida de alguém, ainda que seja um assassino. O que não é razoável é deixar alguém morrer tendo a possibilidade de salvar sua vida sem ocasionar grandes transtornos. Nesse caso, acho que a maioria das pessoas julgaria a atitude do cirurgião correta relativamente à situação, ou seja, ele agiu de forma ética.
- c) (E ou A) Nesse caso, um consenso dificilmente seria atingido. Os pais que chegaram mais cedo na fila pareciam ter razão ao reivindicar o atendimento a seus filhos. Porém, como estamos tratando de um assunto grave que, em última instância, pode determinar o destino de vidas, também parece razoável que todas as crianças tenham o mesmo direito ao atendimento. Nesse caso, seria justo um sorteio realizado pelos enfermeiros, uma vez que seria um método que proporcionaria a mesma chance de atendimento a cada uma delas. Logo, nessa situação, a ação dos enfermeiros pode ser tida como ética ou antiética, dependendo do enfoque adotado.
- d) (E ou A) Esse último caso, a princípio, parece indicar que o cirurgião agiu de forma antiética, uma vez que ele foi para casa mesmo sabendo que muitos pacientes não teriam como ser atendidos caso ele os deixasse. No entanto, devemos levar em consideração que, nessa profissão, a situação pode ser corriqueira, de modo que, se o médico sempre atendesse a demanda de pacientes (que em alguns postos de trabalho, em função

da escassez de recursos humanos, seria infinita), não conseguiria atender suas necessidades mais elementares, como ir para casa dormir. Portanto, também relativamente a essa atitude, podemos considerá-la ética ou antiética, dependendo do enfoque adotado.

Atividade 2

- (A) O funcionário que controla a compra de mantimentos para um posto de saúde percebe que o lote de seringas comprados todos os meses é mais que suficiente para dar conta dos serviços prestados e que, por outro lado, não há aspirinas. Ele resolve diminuir a quantia destinada à compra das seringas e investe o dinheiro restante na compra de aspirinas.
- (A) O secretário de saúde de um estado resolve deslocar um tomógrafo de um município que já possuía dois desses aparelhos para um outro que ainda não possuía.
- (T) Um secretário municipal de saúde decide investir num caminhão itinerante para, com o mesmo número de profissionais, levar assistência médica a mais pessoas.
- (T) Um gestor de um hospital público resolveu substituir o mamógrafo analógico por um digital, que consegue atender muito mais pessoas no mesmo intervalo de tempo.
- (A) Um gestor municipal decide destinar mais recursos em especialistas que desenvolvem ações de média complexidade num município que recebe pacientes de municípios vizinhos, carentes justamente desse nível de atendimento.

Referências bibliográficas

BOFF, Leonardo. *A águia a galinha: uma metáfora da condição humana*. Petrópolis: Vozes, 1997.

RIOS, Terezinha Azeredo. *Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade*. São Paulo: Cortez, 2002.

Crédito das imagens

Diabinho: <http://www.sxc.hu/photo/667712> – B S K

Asas: <http://www.sxc.hu/photo/1192247> – Sheila Voo Doo

Pássaro: Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/951450> – SP Veres

Crianças: Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/202989> – Julie Elliott-Abshire

Mãos: Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1178513> – Andy Reis

Abrço: Fonte: <http://www.flickr.com/photos/oxfamnovib/2765889892/>

Licença: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/2.0/deed.pt>

Ambulância: Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/822657> – Maciek PELC

Seringas: Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/193923> – Nick Winchester

Médico: Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/109832> – Grant Yiu