

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO  
SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: conquistas e  
desafios**

**MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**CRISTIANE GUIDINI**

**Tio Hugo, RS, Brasil  
2012**

# ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: conquistas e desafios

CRISTIANE GUIDINI

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para a obtenção do grau de **especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientadora: Prof. Dra. Marta Cocco da Costa**

Tio Hugo, RS, Brasil  
2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Monografia de Conclusão de Curso**

**ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE  
BRASILEIRO: conquistas e desafios**

elaborada por  
**Cristiane Guidini**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista**

**Comissão Examinadora:**

---

**Marta Cocco da Costa, Dra. (Presidente/Orientadora)**

---

**Ethel Bastos da Silva, Msc. (UFSM)**

---

**Andressa de Andrade, Ms. (UFSM)**

**Tio Hugo, 14 de dezembro de 2012**

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões do Pacto pela Saúde.....	21
Quadro 2 – Avanços obtidos pelo SUS.....	22

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAP's - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

NOB – Norma Operacional Básica

PNI – Programa Nacional de Imunizações

POI – Programa e Orçamentação Integradas

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SAMHPS – Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social

SUDS – Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	11
3 A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	16
4 CONQUISTAS E DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25

## **ARTIGO CIENTÍFICO**

## RESUMO

Monografia de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),  
Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: conquistas e desafios**

**AUTORA: CRISTIANE GUIDINI**

**ORIENTADORA: Prof. Dra. Marta Cocco da Costa**

Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 14 de dezembro de 2012.

O Sistema de Saúde brasileiro que ora vigente, é fruto de uma longa história econômico, política e social. O presente trabalho procura apresentar uma reflexão teórica a cerca da evolução do sistema de saúde no país. desde o início do século XX. Os relatos iniciam com as campanhas sanitaristas e a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão. A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social também é considerado um marco na trajetória das políticas de saúde. Com a nova Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser um direito de todos e dever do estado e com a Reforma Sanitária engatinha-se, ainda que timidamente, os primeiros passos para a criação do atual Sistema Único de Saúde brasileiro. As políticas de saúde sofreram mudanças significativas durante este período e ainda hoje fazem-se necessárias adaptações do sistema como um todo se levado em conta o "status quo" naquilo que concerne a saúde pública. Abordam-se também no presente trabalho, as principais conquistas e desafios do sistema de saúde brasileiro.

*Palavras chave: Sistema de Saúde brasileiro, SUS*

## **ABSTRACT**

Monografia de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),  
Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **HISTORICAL APPROACH OF THE EVOLUTION OF THE HEALTH SYSTEM BRAZILIAN: achievements and challenges**

**AUTORA: CRISTIANE GUIDINI**

**ORIENTADORA: Prof. Dra. Marta Cocco da Costa**

Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 14 de dezembro de 2012.

The Brazilian health system that now in force, is the fruit of a long history of economic, political and social. This paper seeks to present a theoretical reflection about the evolution of the health system in the country. since the early twentieth century. The stories begin with the campaigns and the creation of sanitary boxes Retirement and Pension. The creation of the National Health Care Social Security is also considered a landmark health policies. With the new Constitution of 1988 health becomes a universal right and duty of the state and the Health Reform crawls up, albeit tentatively, the first steps towards the creation of the current Brazilian Unified Health System. Health policies have undergone significant changes during this period and even today are necessary adjustments to the system as a whole is taken into account the "status quo" in what concerns public health. It addresses also in this paper, the main achievements and challenges of the Brazilian health system.

*Key Words: Brazilian Health System, SUS*

## **RESUMEM**

Monografia de Especialização

Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),

Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **ENFOQUE HISTÓRICO DE LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL: logros y desafíos**

**AUTORA: CRISTIANE GUIDINI**

**ORIENTADORA: Prof. Dra. Marta Cocco da Costa**

Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 14 de dezembro de 2012.

El sistema de salud brasileño, actualmente en vigor, es el fruto de una larga historia de desarrollo económico, político y social. Este trabajo pretende presentar una reflexión teórica sobre la evolución del sistema de salud en el país. desde principios del siglo XX. Las historias comienzan con las campañas y la creación de cajas de Jubilaciones y Pensiones sanitario. La creación del Consejo Nacional de Atención de Seguridad Social en Salud también se considera un hito políticas de salud. Con la nueva Constitución de 1988, la salud se convierte en un derecho universal y un deber del Estado y de la Reforma de Salud se arrastra hacia arriba, aunque tímidamente, los primeros pasos para la creación del actual Sistema Único de Salud. Las políticas de salud han experimentado cambios significativos durante este período y aún hoy en día son los ajustes necesarios en el sistema en su conjunto se tiene en cuenta el "status quo" en lo que concierne a la salud pública. Aborda también en este documento, los principales logros y desafíos del sistema de salud brasileño.

Palabras clave: Sistema de Salud de Brasil, SUS

## **1 INTRODUÇÃO**

Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo da sua história. O desenvolvimento do Sistema de Saúde brasileiro aconteceu conforme a evolução político econômica no Brasil, passando por regimes distintos e promulgações de Leis e Normas que afetaram diretamente a saúde pública até a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) vigente.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais desde a Constituição de 1988. Seus princípios apontam a democratização nas ações e serviços da saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universalizados, da mesma forma que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização, bem como a equidade, universalidade e integridade.

O SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Através dos resultados alcançados são inegáveis os avanços do mesmo, entretanto, persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira (CONASS, 2006).

O SUS é uma conquista e um patrimônio do povo brasileiro. E a população brasileira precisa estar cônica das suas lutas, de sua história para melhor compreender as políticas atuais de saúde pública. Assim justifica-se a importância do presente trabalho que tem como objetivo discutir e refletir a evolução do sistema de saúde brasileiro desde o início do século XX até o SUS, apresentando além dos fatos históricos, as principais conquistas e desafios deste sistema.

## **2 HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro, então capital do Brasil, apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas

doenças graves que acometiam à população como a varíola, a malária, a febre amarela e a peste. Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001).

Oswaldo Cruz procurou organizar a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001).

Oswaldo Cruz adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Havia, nesta época, uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista. Uma estrutura ligada a um corpo médico geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha (LUZ, 1991).

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A natureza autoritária das campanhas sanitárias gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola (POLIGNANO, 2001).

Em 1920, Carlos Chagas, então sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Chagas criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas (POLIGNANO, 2001).

No início do século XX o desenvolvimento de políticas sociais se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos de classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do país (CARVALHO; BARBOSA, 2010)

A história da Previdência Social inicia em 24 de janeiro de 1923 quando foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Além das aposentadorias e pensões, esses fundos proviam os serviços funerários, médicos e também alguns

medicamentos obtidos por preço especial para os contribuintes (POLIGNANO, 2001).

Na década de 1930 surgiram os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões, que contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social no país. Estes institutos foram criados por Getúlio Vargas e favoreciam as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante (LUZ, 1991).

Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa. E só podiam fazer parte deles os membros da comunidade, localizados nas ocupações definidas em lei que contribuíssem para a Previdência Social (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Na Era Vargas as ações de saúde coletiva chegaram ao auge do sanitarismo campanhista. No período 1938 a 1945 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (CUNHA; CUNHA, 1998).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem filiados (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A LOPS também buscou unificar o regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Entretanto eram excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Foi só com a promulgação da Lei 4.214/1963 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) que os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema (POLIGNANO, 2001).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais. A criação do INPS significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de

produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Com a criação do INPS foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares (POLIGNANO, 2001).

Segundo Carvalho e Barbosa (2010) as conseqüências dessa política logo apareceram, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade:

[...] de um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como um “cheque em branco”, tendo a Previdência Social de pagar as faturas enviadas após a prestação dos serviços; e de outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas. (CARVALHO; BARBOSA, 2010, p.18).

O Plano de Pronta Ação formulado em 1974 foi umas das tentativas de disciplinar a oferta de serviços de saúde. Seu objetivo era universalizar o atendimento médico, principalmente o atendimento de emergência. A Previdência Social comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, representou um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. O INAMPS pretendia articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto de políticas de proteção social (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Entretanto essa tentativa foi um tanto quanto frustrada. Para Polignano (2001, p.17) o modelo de saúde previdenciário entra em crise pelos seguintes motivos,

priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção

médica-hospitalar de complexidade crescente; Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas; Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; O não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para sistema previdenciário visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união).

O INAMPS entra na década de 1980 vivendo o agravamento da crise financeira no País e tendo que equacioná-la, não simplesmente como gestor da assistência médica aos segurados, mas também como responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Na tentativa de conter os custos e combater as fraudes o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O plano inicial propôs a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados as populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial (POLIGNANO, 2001).

Os dois programas mais importantes da CONASP foram o de implantação do *Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS)* que era voltado a disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada e programa de implantação das *Ações Integradas de Saúde (AIS)* com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das esferas governamentais, até então completamente desarticuladas (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Enquanto o SAMHPS permitia melhorar os controles institucionais sobre os gastos hospitalares, viabilizando maior racionalidade para planejar, as AIS constituíam o principal caminho de mudança estratégica do sistema. A partir das AIS o sistema caminhou progressivamente para a universalização de clientelas, para a integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos municípios (CARVALHO; BARBOSA, 2010, p.24).

A Programação e Orçamentação Integradas (POI) muito contribuiu para a mudança da cultura técnica institucional, pois foi através dela que os Estados e Municípios foram vistos como cogestores do sistema de saúde, e não simplesmente como vendedores de serviços ao sistema federal (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, teve grande representatividade e disseminou politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Em julho de 1987 foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Conforme Mendes (1993, p.44) as principais mudanças apresentadas pelo SUDS foram:

[...]houve uma desconcentração para os Estados, e destes para os Municípios; a restrição dos poderes do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), com a sua retirada gradual da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados aos Municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; priorização dos serviços por Estados pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia.

A nova Constituição Federal de 1988 determina no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A formatação final e regulamentação do SUS ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei 8.080 e da Lei 8142 (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

### **3 A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu

com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente Collor (PAIM et al, 2011).

A Lei 8.080/90 definiu os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão da saúde, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Entretanto Collor não hesitava em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária. Esse veto à lei da saúde levou o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição, no que seria logo depois traduzido na nova Lei 8.142 (BRASIL, 2006).

A Lei 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo assim os Conselhos de Saúde e conferiu *status* público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (POLIGNANO, 2001).

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (POLIGNANO, 2001, p.23).

Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais (SOUZA, 2001).

As Normas Operacionais do SUS representaram um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios (SOUZA, 2001).

Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas normas – as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96, sendo que as duas últimas foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde. (SOUZA, 2001).

A NOB-SUS 91, publicada em janeiro de 1991 foi criada com a finalidade de disciplinar e padronizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo e de combater a propalada ineficiência das redes públicas federal, estadual e municipal, acusadas de ociosas e caras (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A NOB-SUS 93, editada em maio de 1993, procurava restaurar o compromisso com a implementação do SUS, tal como originalmente tinha sido desenhado. Estabeleceu uma municipalização progressiva e gradual, em estágios, de forma a contemplar os diversos graus de preparação institucional e técnica dos municípios para assumir a gestão da Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A NOB-SUS 96, publicada em novembro de 1996, apareceu na base do consenso sobre a necessidade de consolidar o modelo da gestão descentralizada e pactuada, de avançar na autonomia municipal, reforçando as instâncias colegiadas (tripartites e bipartites), e de induzir, em escala nacional, mudanças na lógica do modelo assistencial e na organização da oferta de serviços (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Vendo-se a deficiência dessas normas, que não apresentavam na maioria das vezes aplicabilidade na prática, implementou-se os Pactos pela Saúde.

O Pacto pela Saúde foi estabelecido para responder aos desafios atuais da gestão organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. Esse processo de pactuação tem como finalidade a

qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas (CONASS, 2006).

Nesse sentido foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. No Quadro 1 abaixo são apresentadas as principais prioridades de cada Pacto.

**Quadro 1 – Dimensões do Pacto pela Saúde, 2006.**

<b>PACTO EM DEFESA DO SUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repolitização da discussão do SUS, com envolvimento da sociedade;</li> <li>• Financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional;</li> <li>• Elaboração e ampla divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;</li> <li>• Discutir nos conselhos municipais e estaduais as estratégias para implantação desta dimensão no estado;</li> <li>• Priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas</li> </ul>
<b>PACTO PELA VIDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira</li> <li>• Definição de uma agenda comum, enxuta, com metas pactuadas e revisão anual</li> <li>• Prioridades estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais             <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica/Primária.</li> </ul> </li> </ul>
<b>PACTO DE GESTÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.</li> <li>• Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.</li> <li>• Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.</li> <li>• Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de CONASS (2006), quadro elaborado pela autora.

De uma forma geral o Pacto pela Saúde de 2006,

apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes. (BRASIL, 2006, p. 03)

Para dar conta de toda essa atenção descentralizada e regionalizada é preciso que haja um financiamento, e este, em conformidade com os Pactos, dá-se pela tripartite (União, Estados e Municípios). As bases de cálculo que formam cada Bloco de Custeio (Atenção Básica; da Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS) e os montantes financeiros destinados para os Estados, Município e Distrito Federal são compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Desta forma, estados e municípios tem maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde (CONASS, 2006).

## **4 CONQUISTAS E DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um longo processo de construção política e institucional, iniciado com a Reforma Sanitária, com o objetivo de transformar as condições de vida e de atenção à saúde dos brasileiros.

A dimensão dos números e a qualidade de certos programas atestam os avanços obtidos pelo SUS e isso pode ser analisado nas perspectivas das estruturas existentes, dos processos de produção de serviços, dos resultados sanitários e da opinião da população brasileira. Alguns dos avanços obtidos pelo SUS são apresentados no quadro abaixo.

**Quadro 2 – Avanços obtidos pelo SUS.**

<b>Programa de Saúde da Família</b>	No período de 1994 a 2006 quando se passa de 300 para 26 mil equipes. Isso significa uma cobertura de 78,6 milhões de habitantes, ou seja, 44,4% da população brasileira.
<b>Exames por imagem</b>	A relação de exames por mil habitantes variou de 215,23 em 1995 para 308,69 em 2004, um acréscimo de 43,43% no período.
<b>Procedimentos de hemodiálise</b>	Evoluíram de 21,7 por mil habitantes em 1995 para 44,3 por mil habitantes em 2004, um crescimento de 104,15 % no período
<b>Saúde mental</b>	No período 1995-2004, dá-se uma queda de 46,43% nas internações hospitalares e um incremento de 765,67% nos atendimentos psicossociais ambulatoriais, revelando que a política nacional de desospitalização e humanização da atenção aos portadores de sofrimento mental vêm dando certo.
<b>Programa Nacional de Imunizações (PNI),</b>	É um programa que tem 33 anos de existência.. A febre amarela e a varíola foram erradicadas. Há mais de uma década e meia, não se registra nenhum caso novo de poliomielite no país.
<b>Sistema Nacional de Transplantes</b>	Instituído em 1997, é o maior programa público de transplante de órgãos do mundo. Envolve 555 estabelecimentos de saúde, 1.376 equipes de transplantes e está presente em 23 Estados da federação brasileira.
<b>Programa de Controle do HIV/Aids</b>	É um programa de referência internacional, tanto no tratamento quanto na prevenção. Com isso se evitou, em 2004, pelo sucesso das intervenções terapêuticas, 150 mil internações hospitalares; o tratamento dos 180 mil pacientes com antiretrovirais custou, em 2005, aproximadamente 850 milhões de reais.
<b>Mortalidade Infantil</b>	No período de 1997 a 2003, a taxa de mortalidade infantil caiu de 31,34 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos para 24,11.

Fonte: Adaptado de CONASS (2006), quadro elaborado pela autora.

Outro avanço em relação ao SUS está na participação da comunidade nos processos de gestão. Hoje, a participação comunitária em saúde é principalmente um canal importante de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, ao mesmo tempo orientada para a modificação favorável dos determinantes sociais de saúde tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou

aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade (CONASS, 2009).

A constituição de sujeitos individuais e coletivos comprometidos com o desenvolvimento do SUS e com o projeto da RSB tem ampliado, progressivamente, as bases sociopolíticas do movimento sanitário e tem permitido a reprodução de quadros solidários e de novas entidades identificadas com a Reforma Sanitária (PAIM, TEIXEIRA; 2007, p.03).

São avanços consideráveis que foram obtidos no âmbito do sistema de saúde brasileiro nos últimos anos. Entretanto, existem vários obstáculos consideráveis a serem ultrapassados.

A problemática da institucionalidade do SUS engloba um conjunto de aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial do sistema como um todo. A prática de gestão do sistema, processo complexo, por um lado pretende adotar como referencial os princípios incorporados à legislação do SUS, quais sejam, descentralização com comando único em cada esfera de governo e participação social no processo decisório, reproduz por outro lado práticas políticas incorporadas na cultura organizacional do Estado brasileiro, em especial, na área social (PAIM, TEIXEIRA; 2007).

“...os obstáculos são de dois tipos. Um é a questão do financiamento. Outro é a gestão. Nós temos que melhorar a qualidade do gasto e encontrar arranjos e estratégias institucionais, que permitam usar melhor os recursos existentes.”(TEMPORÃO, 2008, p.02)

Conforme Santos (2009) o financiamento do SUS ainda é objeto de disputa, refletindo-se na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados. De um modo geral, o subfinanciamento crônico coloca obstáculos à ampliação da cobertura e do acesso dos brasileiros às políticas e também à qualidade desse serviço (TEMPORÃO, 2008).

Além da instabilidade e insuficiência do financiamento público para o SUS, a cada ano que passa, persistem problemas de gestão, principalmente no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica (PAIM, TEIXEIRA; 2007)

Uma das respostas para esse gargalo é o projeto de lei que cria as fundações estatais. Para os hospitais públicos, são estruturas mais dinâmicas, com concurso para contratação de pessoal em regime de CLT, e formas de licitação para compra de materiais e equipamentos, com mais agilidade. Atenderá ao interesse estritamente público, por meio de contrato que estabelece quantidade de atendimentos e qualidade do serviço (TEMPORÃO, 2008, p.2)

Em relação à gestão do SUS, Paim e Teixeira (2007) apontam também a falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços como condições que comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, TEIXEIRA; 2007).

Essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com pessoal. Para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, os gestores do SUS, nas três esferas, vêm lançando mão de estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem contratação temporária, terceirização por meio de empresas ou cooperativas, contratos através de serviços prestados, bolsas de trabalho e estágios, entre outros (CONASS, 2006).

Para Paim e Teixeira (2007) é necessário que os órgãos responsáveis pela gestão do trabalho em saúde, em qualquer das esferas, avancem com a elaboração de propostas concretas para o estabelecimento de plano de cargos, carreiras e salários específico para o âmbito político-gerencial, de modo a estimular a realização de concursos públicos que levem em conta a qualificação e a experiência dos profissionais no exercício dessas funções.

Outro desafio do SUS ligado a gestão está na inexistência de um processo institucionalizado de educação permanente para os trabalhadores do SUS e também na formação inadequada dos profissionais de saúde para desempenho nos serviços público (CONASS, 2006).

É preciso não só uma transformação na formação dos trabalhadores de saúde, principalmente naqueles que atuam nas Estratégias de Saúde da Família

(ESF), mas também nas políticas de saúde integradas à política de formação de pessoal para o SUS, em que o ensino e trabalho estejam voltados para a formação integradora, potencializando, assim, as competências para integralidade do cuidado, focado nas necessidades de saúde do usuário/família (PIRES et al, 2010).

A integralidade se destaca como princípio que ainda não foi efetivamente incorporado nas organizações dos serviços de saúde e no cotidiano de atenção ao usuário. Entende-se por integralidade da assistência à dimensão relacionada com a continuidade do cuidado em saúde, garantida pelo acesso a serviços que incorporam distintas densidades tecnológicas (SPEDO, 2009).

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (CAMPOS, p.9, 2003)

A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social do usuário. Neste contexto a ESF, vivencia, portanto, o desafio de promover a integralidade da atenção alicerçada em práticas interdisciplinares e multiprofissionais, que têm reclamado um esforço conjunto de setores articulados, como o Ministério da Saúde e da Educação (NEVES; ACIOLE; 2010).

Para o alcance do cuidado integral é preciso que os serviços de saúde e principalmente os ESF incorporem ideias de atenção ampliada, considerando o usuário como protagonista deste processo, e o trabalhador de saúde esteja sempre aberto para assimilar as necessidades (previstas e imprevistas) que venham a surgir. Um olhar abrangente envolve os serviços de saúde assim como a comunidade deve vislumbrar uma responsabilidade e compromisso com o usuário/família em todo contexto que ele esteja inserido (PIRES et al, 2010).

A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e pela educação permanente. A Educação Permanente em Saúde deve partir do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitem a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e

gestores) possam compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis (MACHADO; WANDERLEY, 2012)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das formas de se fazer um balanço do sistema de saúde brasileiro nos últimos anos, pode ocorrer pelo viés dos resultados alcançados quanto aos objetivos propostos e princípios (universalidade, integralidade, equidade) e quanto à implementação dessas diretrizes no cotidiano do usuário em que consistem os principais desafios para isso.

A Constituição brasileira possibilitou a conformação de um modelo para o sistema de saúde atual. Entretanto, outras medidas devem transformar o cotidiano das organizações e do trabalho em saúde. Novas formas de financiamento, novos instrumentos de análise da realidade, novos modos de estruturação de equipes que permitam agir em saúde, devem ser pensadas para se alcançarem princípios como equidade, integralidade e participação da comunidade (CAMPOS, 2003).

Se levado a sério o texto legal, se os profissionais envolvidos assumirem de direito e de fato o papel de cuidar da saúde pública, se o povo agente e beneficiário cobrar os que direitos que lhe são devidos, se enfim, todos se comprometerem com o maior bem que cada um detém, a saúde deixará de se constituir no caos em que se encontra, inobstante leis e esforços e o Brasil terá o melhor e maior sistema de saúde já visto. Basta além de tudo que já foi exposto, vontade política para tal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: ministério da saúde; 2006. 144p. (Série Pactos pela Saúde; vol.02)

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva vol.8 n.2. Rio de Janeiro 2003.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa.** – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.

CONASS. **SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

CONASS. **Para entender o Pacto pela Saúde 2006.** Nota Técnica 06/2006. Volume I. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para\\_entender.pdf](http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender.pdf)> Acesso em: 02 de outubro 2012.

CONASS. **SUS 20 anos** – Progestores - Brasília: CONASS, 2009

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde.** Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80.** PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. Vol 1. Número 1, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>> Acesso em 19 de setembro 2012

MACHADO, Adriana G. M; WANDERLEY, Luciana C. S. **Educação em Saúde.** UMA-SUS/ UNIFESP. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade09/unidade09.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf)> Acesso em: 06 de novembro de 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. IN: Mendes, Eugênio Vilaça.(org.) **Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ ABRASCO. p. 19-91

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. **Desafios da integralidade**: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. Interface – comunicação, saúde, educação. 2010.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios – Séries. IN: **THE LANCET: Saúde no Brasil – maio 2011**. p.11-31. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista\\_the\\_lancet.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf)> Acesso em 20 de setembro de 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Texto elaborado para a Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, como subsídio aos debates da 13ª Conferência Nacional de Saúde, outubro de 2007.

PIRES, Vilara M. M. Mendes; RODRIGUES, Vanda P; NASCIMENTO, Maria A. Alves. **Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):622-7

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)> Acesso em 19 de setembro de 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009

SPEDO, Sandra Maria. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS**: estudo de caso no município de São Paulo. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, 2009. 150pg.

SOUZA, Renilson Rehem de. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva 6(2): 451-455, 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n2/7015.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2012.

TEMPORÃO, José Gomes. **SUS completa 20 anos com novos desafios.**  
(entrevista) Rev. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008

**ANEXO**

## **Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo**

### **1 - FORMATAÇÃO DO TRABALHO**

- As monografias seguem a “Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses - MDT”. Outra possibilidade é a elaboração de um artigo com a formatação de alguma revista da área. Toda documentação necessária está disponível em: <http://www.ufsm.br/prgpp/legislação.MDT>

**Conforme já mencionado estaremos optando pela seguinte formatação:**

#### **- Formato de Artigo Científico (Segue normas abaixo)**

- Nas seguintes modalidades: Revisão Bibliográfica, reflexão ou relato de experiência.

## **2 - NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS**

### **2.1 Apresentação gráfica**

Os manuscritos devem ser encaminhados em fonte "Arial", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, com margens de 2,5mm, padrão A4, limitando-se a 25 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

### **2.2 As partes do artigo**

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo - nos idiomas: português, inglês e espanhol. Resumo e palavras-chave; Abstract e Key words. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: [<http://decs.bvs.br/>](http://decs.bvs.br/).

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 2: a partir desta pagina apresenta-se o conteúdo do artigo precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto:

- introdução (apresentação do tema, justificativa e objetivo)
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários (se necessário)) – Caso for artigo de reflexão sugere-se no desenvolvimento discorrer os eixos da reflexão.
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências.

e) Anexos, se necessário.

### **2.3 Sobre a normalização dos manuscritos:**

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).