

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTANCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**LIMITES NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS  
BÁSICOS DO SUS: UMA REFLEXÃO SOBRE  
UNIVERSALIDADE E EQUIDADE**

**ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Jane Maria Hoffmann**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014.**

# **LIMITE DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS: UMA REFLEXÃO SOBRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE**

**Jane Maria Hoffmann**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, na área de Educação a Distância da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**Orientados: Prof<sup>a</sup>. Msc. Fernanda Sarturi**

**Santa Maria, RS, Brasil.  
2014.**

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM**  
**Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública**  
**em Saúde EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Artigo de Conclusão de Curso

**LIMITE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO**  
**SUS: UMA REFLEXÃO SOBRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE**

Elaborada por:  
**Jane Maria Hoffmann**

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

**Comissão Examinadora:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Msc. Fernanda Sarturi**  
(Presidente/Orientadora – UFSM/ PM)

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>.Ethel Bastos da Silva**  
(Examinador (a) - UFSM/PM)

---

**Prof.<sup>a</sup> Esp. Gabriela de Mattos Nogueira**  
(Examinador (a) – UFSM/PM)

Palmeira das Missões, 27 de agosto, 2014.

## RESUMO

Artigo de Conclusão de Curso  
Programa de Pós-graduação de Educação a Distância  
Universidade Federal de Santa Maria

### **LIMITE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS: UMA REFLEXÃO SOBRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE**

AUTORA: JANE MARIA HOFFMANN

ORIENTADOR: FERNANADA SARTURI

Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 27 de agosto de 2014.

O artigo tem como objetivo discutir as noções da universalidade e equidade na práxis do cotidiano de trabalho em saúde. Trata-se de uma reflexão sustentada no arcabouço teórico relacionado ao tema, adotou-se às legislações e artigos sobre a temática como referências. Foram abordados os princípios constitucionais apresentando uma breve contextualização histórica sobre o Sistema Único de Saúde, suas limitações e potencialidades no exercício da universalidade e equidade. O resultado demonstrou limites na implementação dos princípios na atenção básica de saúde, tais como insuficiência de recursos financeiros, problemas na gestão e recursos humanos, entre outros e, como potencialidades as políticas públicas de saúde, principalmente no que tange a unidades de saúde da família. Ao findar esta reflexão pode-se dizer que a atenção básica é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, a qual configura-se como uma real estratégia para formação cidadã e para garantia das prerrogativas do Sistema Único de Saúde. Ainda que apresente várias mudanças é necessário a continuidade deste processo para que os gestores se comprometam com os direitos dos cidadãos que buscam por serviços de saúde. Portanto, é essencial ter uma nova visão, vinculada à realidade do indivíduo e na resolutividade. Por isso, é preciso mudar pensamentos e culturas, incluindo gestores, profissionais de saúde e, usuário.

**Palavras Chave:** Universalidade, Equidade, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Article of completion  
Programme Postgraduate Distance Education  
Federal University of Santa Maria

### **LIMIT ON THE IMPLEMENTATION OF BASIC PRINCIPLES OF SUS: A REFLECTION ON UNIVERSAL AND EQUITY**

AUTHOR: JANE MARIA\_HOFFMANN  
SUPERVISOR (A): FERNANDA SARTURI

Date and Venue of Defense: Palmeira Das Missões, August 27, 2014.

The article aims to discuss the notions of universality and equity in the practice of everyday health work. It is a sustained reflection on the theoretical framework related to the theme, it was adopted to the laws and articles on the subject as references.. Constitutional principles presenting a brief historical background on the Health System, Strengths and limitations on exercise of universality and equity have been addressed. The result showed limits in implementing the principles in basic health care, such as lack of financial resources, problems in management and human resources, among others, as potential public health policies, especially with regard to family health units. At the end of this reflection can be said that primary care is the main gateway to the user in the health system, which is configured as a real strategy for civic education and to guarantee the prerogatives of the Unified Health System. Though introduce several changes to continue this process is necessary so that managers are committed to the rights of citizens who seek for health services. Therefore, it is essential to have a new vision, linked to the reality of the individual and resoluteness. Therefore, we need to change thoughts and cultures, including managers, health professionals, and user.

**Key words:** Universality, equity, *Sistema Único de Saúde*.

# LIMITE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS: UMA REFLEXÃO SOBRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE

## LIMIT ON THE IMPLEMENTATION OF BASIC PRINCIPLES OF SUS: A REFLECTION ON UNIVERSAL AND EQUITY

Jane Maria Hoffmann<sup>1</sup>  
Fernanda Sarturi<sup>2</sup>

### Resumo

O artigo tem como objetivo discutir as noções da universalidade e equidade na prática do cotidiano de trabalho em saúde. Trata-se de uma reflexão sustentada no arcabouço teórico relacionado ao tema, adotou-se às legislações e artigos sobre a temática como referências. Foram abordados os princípios constitucionais apresentando uma breve contextualização histórica sobre o Sistema Único de Saúde, suas limitações e potencialidades no exercício da universalidade e equidade. O resultado demonstrou limites na implementação dos princípios na atenção básica de saúde, tais como insuficiência de recursos financeiros, problemas na gestão e recursos humanos, entre outros e, como potencialidades as políticas públicas de saúde, principalmente no que tange a unidades de saúde da família. Ao finalizar esta reflexão pode-se dizer que a atenção básica é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, a qual configura-se como uma real estratégia para formação cidadã e para garantia das prerrogativas do Sistema Único de Saúde. Ainda que apresente várias mudanças é necessário a continuidade deste processo para que os gestores se comprometam com os direitos dos cidadãos que buscam por serviços de saúde. Portanto, é essencial ter uma nova visão, vinculada à realidade do indivíduo e na resolutividade. Por isso, é preciso mudar pensamentos e culturas, incluindo gestores, profissionais de saúde e, usuário.

**Palavras Chave:** Universalidade, Equidade, Sistema Único de Saúde.

### Abstract

The article aims to discuss the notions of universality and equity in the practice of everyday health work. It is a sustained reflection on the theoretical framework related to the theme, it was adopted to the laws and articles on the subject as references.. Constitutional principles presenting a brief historical background on the Health System, Strengths and limitations on exercise of universality and equity have been addressed. The result showed limits in implementing the principles in basic health care, such as lack of financial resources, problems in management and human resources, among others, as potential public health policies, especially with regard to family health units . At the end of this reflection can be said that primary care is the main gateway to the user in the health system, which is configured as a real strategy for civic education and to guarantee the prerogatives of the Unified Health System. Though introduce several changes to continue

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Pós-graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD pela Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Plantonista. Plantonista-Ijuí/RS/Brasil-jhenf1@hotmail.com

<sup>2</sup> Orientadora. Enf<sup>a</sup>. Msc. Docente na Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

this process is necessary so that managers are committed to the rights of citizens who seek for health services. Therefore, it is essential to have a new vision, linked to the reality of the individual and resoluteness. Therefore, we need to change thoughts and cultures, including managers, health professionals, and user.

**Key words:** Universality, Equity, *Sistema Único de Saúde*.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história da saúde no Brasil constatam-se as marcas de uma luta de mudanças culturais e políticas. O atendimento à saúde da população sempre foi caracterizado por seu tratamento curativo e imediatista, centrado na figura do médico, hopitalcêntrico e tutelado pela burocracia estatal, que determinava quem e como seria atendido, isso se chegasse a ser, quais enfermidades seriam priorizadas e como seriam encaminhadas as questões em Saúde Pública, embasados em um modelo, campanhista e autoritário.

Os que lutavam naquela época sabiam que se caso as pessoas não pudessem chegar aos serviços de saúde elas não poderiam usufruir dos benefícios que os mesmos poderiam dar a elas, pois estariam excluídos do atendimento quando os necessitassem. Sabia-se, também, que muitas pessoas conseguiam atendimento só em situações muito especiais, ou porque pagavam por eles ou porque eram considerados indigentes e recebiam atendimento por filantropia. Elas não eram tratadas de forma igual nem pelos próprios serviços públicos, pois os que tinham “direito à previdência” eram atendidos pelos serviços federais, e os que não tinham nada, ficavam para os “estaduais e municipais” (MERHY, 1995).

Após incansáveis lutas dos sanitaristas, intelectuais, partidos políticos, diferentes correntes e tendências, e diversos movimentos sociais, com a participação popular, torna-se possível introduzir avanços que buscassem corrigir históricas injustiças. Assim, surge uma nova era, um novo modelo de saúde baseado nos direitos universais, o direito à saúde para todos.

Então na década de 80 tem início a reforma brasileira de saúde, cujo marco registra-se com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília que contou com um processo de mobilização nacional expressiva com participação e conscientização popular. Assim, é implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, pensando na saúde como um direito de todos e dever do Estado. Tal

prerrogativa consta na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990) e pela Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) que garante a participação social no SUS. Trazendo um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde, consolidadas através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização, Hierarquização, Descentralização Administrativa e Participação Popular.

Vale mencionar que nesse período, também foram atribuídas outras funções além das ações assistenciais, como as de vigilância epidemiológica e sanitária, saneamento básico, fiscalização de insumos, alimentos e água, proteção ao meio ambiente, formação de recursos humanos na área da saúde desenvolvimento científico e tecnológico.

Desde então se percebem diferentes avanços e entraves na produção de saúde no que tange a implantação do SUS em suas três esferas de governabilidade e princípios, destacando-se aqui a universalidade e a equidade. Tais indagações emergiram da vivência durante a trajetória profissional que permitiram aproximar a teoria, do cotidiano no trabalho causando questionamentos e, a necessidade de reflexão a fim de fortalecer a Atenção Primária em Saúde na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Diante disso este artigo tem como **objetivo** discutir as noções da universalidade e equidade na práxis do cotidiano de trabalho em saúde.

O texto trata-se de uma reflexão sustentada no arcabouço teórico relacionado ao tema, adotou-se às legislações e artigos sobre a temática como referências.

### **Refletindo Acerca Dos princípios Universalidade e Equidade: desafios na implementação**

Segundo Pustai (2006) a universalidade é o princípio de garantia de que todos os cidadãos possam ter acesso aos serviços públicos e privados conveniados em todos os níveis do sistema de saúde, assegurado por uma rede hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível. Do ponto de vista normativo, o sistema de saúde está universalizado. Não havendo mais discriminação entre população urbana e rural, ou entre contribuintes e não contribuintes previdenciários.

A equidade é o princípio que garante o acesso aos serviços de saúde que devem cobrir a toda população condições de igualdade, não importando o gênero, a situação econômica, social, cultural ou religiosa, mas podendo haver uma discriminação positiva, em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem mais tem necessidades. Em

acesso também devem garantir possibilidades de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, incluindo as terapias alternativas que tenham reconhecimento científico (PUSTAI, 2006).

Assim universalizou-se o direito à saúde, garantindo acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação e foi construído espaços para gestão democrática dos serviços de saúde. Ainda, devido à participação popular, foi possibilitado o controle social. Com a adoção do paradigma da produção social da saúde pelo SUS possibilitou a concepção ampliada de saúde e promovendo, mesmo que de forma inicial, uma mudança no modelo assistencial biologicista, para um modelo voltado para as necessidades da população brasileira. A partir deste conceito a saúde passa a ser vista como resultante das condições sociais de vida como alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Diante disso sabe-se que o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamental dos direitos de cidadania. E, neste caso, o exercício da cidadania teria um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população.

Contudo, a situação, apesar de promissora com a extensão de cobertura no nível de atenção primária, contínua mostrando importantes limitações de acesso aos níveis secundários e terciários do sistema de saúde.

A universalização do acesso aos serviços de saúde, por encontrar-se em condições de financiamento inadequado, gera diferentes problemas e dilemas. Para a população mais pobre, um dos problemas é a ancoragem dessa universalização na atenção básica, obrigando-a a enfrentar uma série de dificuldades para conseguir passagem para os outros níveis de atendimento. Para os setores médios de população, o dilema é se submeter à universalização de baixa qualidade no setor público ou optar por um seguro privado sem cobertura universal, engrossando a lista dos que buscam acesso ao subsistema público de alta tecnologia que privilegiam o clientelismo, mecanismo típico da cultura brasileira (PUSTAI, 2006).

A falta de profissional e má qualidade dos serviços são queixas rotineiras pelos usuários e a mídia. A precariedade é apontada nas filas, no atendimento desumanizado e sem resolutividade. Destaca-se a importância do sistema local oferecer soluções com

eficiência. O estudo realizado por Pontes et al. (2009) confirma os resultados que consideram precário os serviços prestados, qual dificulta o alcance do atendimento e a resolução das demandas prestadas. Afirmam ainda que o desempenho profissional é avaliado pelo usuário, através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas realizadas e orientações obtidas, bem como na resolutividade das condutas. Considera-se adequado, atendimento baseado na escuta do usuário, e o desempenho profissional é avaliado pelo vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo promove o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, facilitando o acesso.

Também um dos problemas enfrentado principalmente em municípios de pequeno porte é a falta de recursos humanos, e isso causa sensação de falta de proteção ao usuário, pois em muitos lugares dependem deslocamento do profissional de outra cidade em uma situação de emergência. Este problema é relacionado a remuneração baixa de profissional que não estimula novas contratações (MOIMAZ et al, 2010).

Outro aspecto importante é percebível pela visão liberal em saúde, a qual é contrária à idéia da cobertura universal pelo SUS, com o argumento de que o Estado não deve substituir a iniciativa dos indivíduos que têm alguma condição de comprar serviços no mercado. O mesmo refere que o estado deveria cuidar apenas daquela parcela da população sem qualquer poder de compra. Ao seguir a linha de raciocínio desta visão política, a longo prazo, esse paternalismo levaria as pessoas a um processo de acomodação, que poderiam se estender para outros setores da sociedade, desobrigando as pessoas de cuidarem de si mesmas e passando responsabilidade para o Estado (PUSTAI, 2006).

Em contrapartida o movimento sanitário defende a idéia que saúde não é um bem para ser comercializado no mercado. E sim que a saúde é um direito de cidadania e uma condição básica de vida. Mas para proteger esse bem individual e social, devem-se conjugar harmoniosamente de todos os indivíduos para cuidar de si e dos seus familiares, e com base em suas necessidades, todos os serviços de saúde disponíveis no sistema de saúde (PUSTAI, 2006). Este movimento adotou um caráter inovador e uma prática de política alternativa, centrada na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases. Porém, as perspectivas presentes do desenvolvimento da reforma sanitária, relacionaram-se às dificuldades e dúvidas do processo, em um momento no qual as distintas apostas no modelo de

assistencialismo na saúde em edificação, conformavam a análise da trajetória do movimento sanitário. Mas, a busca por mudanças mais profundas no sistema levava à elaboração de uma análise mais crítica do processo vivido até então (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Assim, teoricamente a Universalidade seria o princípio que implicaria o direito ao acesso aos serviços de saúde, com referência e contrarreferência, proporcionando bem estar físico e mental de qualquer cidadão. Infelizmente na prática pode ser observada uma realidade contrária a estes direitos.

Já no que se refere à equidade no Brasil é apenas por forma, pois há obstáculos com graus variados de dificuldades para as diferenças de estratos sociais. Sendo que em relação ao nível primário as pessoas mais pobres e marginalizadas chegam com mais facilidade ao sistema. E que a partir daí somente chegam aos outros níveis do sistema com muito sacrifício, ou quando têm alguma doença rara que atenda aos requisitos de algum protocolo de pesquisa. E também que estudos feitos no Brasil mostram que, entre indivíduos pobres, o acesso e cuidados preventivos de saúde tem um impacto positivo sobre determinados indicadores de saúde dessa população (PUSTAI, 2006).

Mas como manter os princípios constitucionais se no contexto atual existe uma insuficiência de recursos financeiros? Muitas vezes os recursos alocados são desviados, usados para outras prioridades, com déficit de fiscalização e desinteresse pelos órgãos responsáveis. Ainda há outro fator do descumprimento da legislação do financiamento da saúde, o qual pode ser percebido na parte da União e Estado. Inclusive foram realizadas emendas na constituição para o cumprimento das mesmas.

Para Carvalho (2013) na saúde não existe milagre. Os governos progressistas nos últimos anos reforçaram a proposta neoliberal, trabalhando em sentido contrário aos direitos constitucionais, com meta de diminuir a universalidade da clientela, levando os usuários a usar planos privados pagando sobre o que pagam, para suprir as deficiências do sistema, quais estão garantidos por impostos e contribuições realizados em seu cotidiano.

Há indícios visíveis sobre a utilização dos recursos públicos pelos gestores da saúde, seja federal, estadual ou municipal com os serviços privados. Isso pode ser confirmado pela expansão do financiamento de planos de saúde para servidores públicos. A concordância dinamiza as empresas privadas de planos de saúde, reinvestindo na rede privada e filantrópica de prestação de serviços de saúde. Também há outras situações menos exploradas que indicam a mobilização de empresas estatais e federações patronais em prol da expansão do mercado de planos de seguros privados de saúde (BAHIA, 2008).

O que devia ser um direito universal e integral constitucionalmente torna-se um comércio privilegiado no sistema privado, predominando os serviços para este setor, e deixando de lado os princípios do SUS. Isso faz com que permaneçam as desigualdades sociais, beneficiando apenas alguns.

O processo de mudanças tem um período longo de adaptação e aceitação, até mesmo porque refere sobre um novo paradigma gerado por conflitos internos, interesses e principalmente reciclagem de pensamentos sociais. Ainda hoje o Sistema Único de Saúde está em construção, através da prática diária de seus atores, gestores, profissionais de saúde e usuários. Possivelmente uma das falhas que existe no sistema possa estar sendo influenciada pela dificuldade de compreensão de seu caráter substitutivo em relação ao modelo assistencialista hegemônico. Deste modo tornam-se propostas antagônicas de mudanças no enfoque atual de assistência. Portanto alguns usuários podem estar vivenciando este dilema na saúde pública, devido hipóteses que exista grupos interessados em manter modelos assistencial não vigente. Santos (2007) ressalta que a continuidade de velhos modelos de atenção, gestão e seus desperdícios estruturais, ameaçam a efetividade do SUS, os quais seguem sendo balizado pelos rumos da macropolítica e macroeconomia dominante no país.

Há uma dívida histórica com os trabalhadores que construíram o SUS, submetidos à precarização do trabalho e a terceirizações, sendo adiada a efetivação de planos de carreiras, cargos e salários. Portanto, ainda há muito o que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privado e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde (PAIM, 2013).

Melhores práticas de gestão podem propiciar melhorias significativas nas práticas assistenciais e na resolutividade dos serviços, fortalecendo os princípios que fundamentam a atenção básica à saúde no contexto do SUS. Deste modo sem a compreensão dos cenários e das tendências na gestão não seria possível desenhar o perfil de competências necessárias para melhor preparar os gestores locais (ANDRÉ; CIAMPONE; SAUTELLE, 2013).

Existe impotência dos serviços básicos enquanto porta de entrada do sistema, dificuldades de acolher e dar resolutividades das demandas dos usuários, percalços que trazem insatisfação, pois deixam de resolver com qualidade e ganhar a preferência da população. Deste modo, a demanda acaba por direcionar os usuários a ambulatórios de

especialidades e serviços de urgências a serem super-demandados, congestionando-os e desumanizando-os (SANTOS, 2007). Todas estas situações impedem e dificultam de cumprir o direito de cidadania nos princípios básicos como: universalidade, equidade, integralidade e a própria Humanização do SUS.

Embora as grandes vitórias concebidas aos movimentos sanitaristas, a Saúde Pública continua em busca de mudanças e reorganizações assistências, pois é necessário para suprir os impasses da saúde no Brasil. Para que haja novas mudanças é necessário que as políticas públicas estejam amarradas à realidade do dia a dia, na micropolítica dos serviços de saúde, e que estejam articuladas a mais abrangente incorporações do mundo das necessidades/problemas de saúde dos cidadãos. Neste sentido, precisam ser marcadas não só por uma garantia do atendimento universal, igual e acessível, mas fundamentalmente por um "atuar em saúde" que acolha, proteja e resolva os problemas dos usuários, contribuindo para a construção de uma maior autonomia destes cidadãos no seu modo de caminhar e estar no mundo. O conjunto destes princípios não existe uns sem os outros, no cotidiano micropolítico do conjunto dos serviços de saúde (MERHY, 1995).

No entanto quando se planeja os objetivos da saúde é pensado como tratar as pessoas doentes, seja público ou privado, esquecendo o principal propósito que é impedir a enfermidade. Estas ações devem estar voltadas a promoção, prevenção, proteção e recuperação a saúde, a qual coloca indivíduos e grupos em busca de qualidade de vida sendo autores de sua própria vida e saúde (CARVALHO, 2013).

Na perspectiva de superar estes dilemas muitos municípios utilizaram o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste sentido, ele passa a ser a porta de entrada da população no âmbito do serviço público de saúde.

Para Pustai (2006) a ESF é uma forma de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência, como proposta de mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário (família) e na equipe. Com a ESF espera-se que os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, equidade e participação popular sejam operacionalizados.

Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, "para uma nova estratégia", um novo profissional. Evidencia-se que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de

novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo "chamamento" do setor (ROSA; LEBATE, 2005). Os profissionais devem ter uma nova visão do país, voltado à realidade e se comprometam com os problemas sociais (CARVALHO, 2013).

Desse modo, a ESF, pode-se centralizar, também, na busca de transição entre o profissional isolado, tanto na sua atuação, como no seu saber para um trabalho em equipe que abre as vertentes do conhecimento e da vinculação social. Sob este enfoque, justifica-se a estruturação de equipes multiprofissionais em dois sentidos: quebrar a clássica divisão do processo de trabalho em saúde, segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais responsabilizando cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de usuários previamente inscritos, do atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade. Assim, verifica-se a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade em relação aos problemas coletivos (ROSA; LEBATE, 2005).

A ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, a ESF torna-se forma significativa para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade (ROSA; LEBATE, 2005).

Com isso, se obtém mais oportunidade de acolher o usuário, criando vínculo com uma visão holística na sua totalidade em busca das soluções de seus problemas, procurando alcançar as metas dos princípios já citados. Tornando o acolhimento nas Unidades da saúde como uma ferramenta potencial na consolidação do SUS.

Segundo documentos da base da Política Nacional de Humanização que, ao valorizar diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e direcionar estratégias e métodos com articulações de ações e saberes, práticas, poderá efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2006).

A interdisciplinaridade, como conceitua Japiassu (1976), torna-se a pedra de toque da mudança dos valores profissionais que, por sua vez, leva a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais os conceitos como universalidade, equidade e integralidade. E que esses princípios podem vir a ser motor da transformação conceitual do (in) consciente coletivo da população, que ainda não absorveu a importância vital da ênfase à prevenção e à promoção, em detrimento do meramente curativo e hospitalocêntrico, de caráter imediatista, ainda vigente em nossa sociedade (SANTOS; CUTOLA 2003 p.72) .

Dessa forma a ESF é considerada como sendo de vital importância para o aprimoramento das novas relações que devem existir entre os profissionais de saúde e entre estes e a população. Gomes (1996) afirma que ao perceber a interdisciplinaridade como um princípio a ser resgatado, inerente à própria essência da construção do conhecimento ou como uma atitude ou postura a ser desenvolvida frente ao saber, se terá uma vasta trajetória a percorrer, caminho este conflitante e trabalhoso, mas também, fecunda, rica e criativa, através da qual objetiva-se a superação da dicotomia de praxes, tão presente e tão crítica em nossos dias.

A relevância da interação entre a equipe está no alcance do verdadeiro acolhimento, ou seja, resolutividade de um problema sentido por um usuário. Portanto é necessário entrelaçar os conhecimentos em busca de atingir as metas dos princípios do SUS. Pois quando se fala em universalidade e equidade abarcamos ações e temas que vão além da simples discriminação ou acesso ao serviço, mas sim da responsabilidade enquanto trabalhador do exercício da cidadania.

Compreende-se que a cobertura dos riscos sociais a desigualdade da oferta dos serviços de saúde influencia com entrave para a plena universalização. Portanto essa desigualdade torna-se o fruto da construção espacial do sistema de saúde em ritmos diferenciados nas regiões do país. Mas para superar essas desigualdades é importante dos profissionais de saúde além do conhecimento filosófico que norteia a organização do sistema algumas condições estruturais mínimas para a continuidade do processo de implantação da universalidade da saúde (LINARD et al, 2011).

Para isso, existe a necessidade da gestão oportunizar e avançar o conhecimento das políticas públicas, a qual proporcionará a compreensão das questões morais, econômicas e científicas, que fazem parte de todo sistema. As instancias governamentais devem cumprir com seu papel de indutor de mudanças, pois são responsáveis pela organização e a

transformação da melhoria dos programas de saúde, tanto na prática como na capacitação de seus profissionais.

### **Considerações Finais**

Diante do exposto infere-se que a luta pelos os princípios é a busca pela cidadania, mais justa e igualitária e para isso é fundamental perceber os diferentes fatores que possam contribuir e interferir na organização do sistema de saúde. Destacam-se pontos relevantes que favorecem a desigualdade no consumo de serviços na saúde pública, a qual relacionam-se com a construção de um país justo e melhor.

No SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e suas respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial alvo especial das intervenções.

No entanto, sabe-se que o SUS encontra dificuldades para manter os direitos dos cidadãos como os princípios de saúde previstos na constituição. Por vezes é limitado, faltam recursos financeiros, há descaso de alguns gestores e profissionais de saúde, falta de planejamento, organização e fiscalização. Nesse sentido, busca-se estratégias para melhoria na saúde e para o alcance dos objetivos e inserir no sistema de saúde um novo profissional que pense no coletivo, que atue na interdisciplinaridade. A atenção básica é a principal porta de entrada do usuário, tendo a ESF como base para alcance dos princípios e doutrinas do SUS.

Ainda que apresente várias mudanças é necessário a continuidade deste processo para que os gestores se comprometam com os direitos dos cidadãos que buscam por serviços de saúde. Portanto, é essencial ter uma nova visão, vinculada à realidade do indivíduo e na resolutividade. Por isso, é preciso mudar pensamentos e culturas, incluindo gestores, profissionais de saúde e, usuário.

### **REFERÊNCIAS**

ANDRÉ, A M.; CIAMPONE, M. H. T. ; SAUTELLE, O.; Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.47 n.1 São Paulo p. 158-163. Fev. 2013.

BAHIA , L.; As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde: **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.5, Sep./Out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Lei nº. 8.080** de 19 de setembro de 1990.

BRASIL; **Portal do Ministério da Saúde**; Disponível em: <<http://ministerio.saude.gov.br>>. Acesso em 12 de julho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde; **Curso de capacitação de humanização para os hospitais**. Brasília, 2006.

CARVALHO, G.; **saúde pública no Brasil**. São Paulo *Estuda*. v.27 n.78 2013 – Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.> Acesso em 15 de julho, 2014.

GOMES, DCR. (org).; **Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado**. Uberlândia: Edufu, 1997.

JAPIASSU, H.; **Interdisciplinaridade e patologia do saber**; Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1976.

LINARD, A. G. et. al.; Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)** Porto Alegre, v.32, n.1 , Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100015)>. Acesso em 11 de agosto de 2014.

MERHY, E. E.; **Universalidade, Equidade e Acesso sim. Mas, não bastam**; março, 1995; Disponível em:< <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/artigos-10.pdf>>. Acesso em 10 de abril 2014.

MOIMAZ S. A. S. et. al.; **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde**. *Physis*: Rio de Janeiro, v.20 n.4 , Dec. 2010 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000400019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000400019&script=sci_arttext)>. Acesso em 11 de agosto de 2014.

PAIM, J. S.; A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS): **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 29, n.10 , p. 1927-1953, Out. 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores: **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 21, n.1 , p. 35-35, Jan./Mar. 2014.

PONTES, A. P. M. et al.; O Princípio De Universalidade Do Acesso Aos Serviços Desalúde: O Que Pensam Os Usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jul-set; 13 (3): 500-07.

PUSTAI, J. O.; **O sistema de Saúde no Brasil**; In: Duncam, Bruce B; Schmt, Maria Inês; Giugliani, Elsa; R.J; **Medicina Ambulatorial- Condutas de Atenção Primária Baseada em evidências**; 3ª ed. São Paulo, Artemed Editora, p.70, 2006.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C.: Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6 , p.1027-34, Nov./Dez. 2005.

RODRIGUES, P. H. A.; Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21 n.1 , p.59-59 Jan./Mar. 2014.

SANTOS, N. R.; Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 n.2 p. 429-435,Mar./Abr. 2007

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO R. A. ;A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.32, n.4 p.65-74, 2003.