

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos

# Programa MultiplicaSUS

## Curso Básico Sobre o

# SUS

## (Re)descobrimo o SUS que Temos para Construirmos o SUS que Queremos

2.<sup>a</sup> edição da publicação “Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos”

1.<sup>a</sup> reimpressão

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF  
2007

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

#### Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 2.<sup>a</sup> edição – 1.<sup>a</sup> reimpressão – 2007 – 1.000 exemplares

Reedição da obra "Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos"

#### *Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Recursos Humanos

Coordenação de Planejamento e

Desenvolvimento de Recursos Humanos

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Anexo, ala A, 3.º andar, sala 356

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2826 / 3315-2503

Fax: (61) 3315-9540

E-mail: [multiplicasus@saude.gov.br](mailto:multiplicasus@saude.gov.br)

#### *Capa:*

Elayne Cristina Moureira Dias

#### *Equipe técnica:*

Ana da Silva Barros Diniz

Glaucia Candida de Meireles

Maria Ivaneide Camelo Depollo

Marizeth Moreira de Carvalho

Priscila de Figueiredo Aquino

#### *Coordenação:*

Heloisa Marcolino

Márcia Helena Nerva Blumm

#### *Assessoria técnico-pedagógica:*

Silvana Solange Rossi

Soraya Almeida Belisário

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos.

Programa MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

74 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

A 1.<sup>a</sup> edição intitulou-se: Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos

ISBN 85-334-1289-4

1. Educação em saúde. 2. SUS (BR). 3. Capacitação em serviço. 4. Políticas públicas em saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0374

#### *Títulos para indexação:*

Em inglês: MultiplicaSUS Program. Basic Course about SUS. (Re)discovering the SUS that we have in order to create the SUS that we want

Em espanhol: Programa MultiplicaSUS. Curso Básico sobre el SUS. (Re)descubriendo el SUS que tenemos para construir el SUS que queremos

#### EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

#### *Equipe editorial:*

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Mara Pamplona e Lilian Assunção

Projeto gráfico: Marcus Monici

Diagramação: Carla Vianna Prates

# Sumário

Apresentação.....	5
Introdução .....	7
O curso .....	9
Primeiro módulo: Introdução.....	10
Segundo módulo: Conhecimentos Sobre o SUS .....	12
Terceiro módulo: História das Políticas de Saúde no Brasil e a Construção do SUS.....	13
Quarto módulo: O Sistema Único de Saúde .....	14
Quinto módulo: A Implementação do SUS .....	15
Sexto módulo: Gestão Participativa e Controle Social no SUS .....	16
Sétimo módulo: Diretrizes e Políticas do MS.....	17
Oitavo módulo: Avaliação .....	18
Texto 1: Feitos do Ministério da Saúde, Muitos Deles, Ação Conjunta de Estados e Municípios – Ano de 2003 .....	19
Texto 2: Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.....	23
Texto 3: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.....	41
Texto 4: Lei n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990.....	43
Texto 5: Lei n.º 8.142, de 28 de Dezembro de 1990 .....	61
Texto 6: Diretrizes Sobre a Reformulação dos Modos de Gestão e de Atenção à Saúde .....	63
Referências bibliográficas.....	69
Elaboração do curso.....	71



# Apresentação

Uma das políticas mais relevantes do Governo Lula (2003-2006) está direcionada aos trabalhadores da Saúde, evidenciada pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, cuja missão é fazer a gestão da educação e formação dos trabalhadores do SUS e a regulação e regulamentação do trabalho em Saúde.

Essa iniciativa vem ao encontro das expectativas do setor na medida em que a produção de serviços de saúde é fundamentalmente uma ação humana. A valorização do trabalho e do trabalhador do SUS torna-se uma estratégia fundamental para a construção do Sistema e dos sujeitos que nele operam.

Nesse contexto, a Coordenação-Geral de Recursos Humanos assume uma função diferenciada ganhando contornos de área estratégica, responsável pela vida funcional do conjunto de trabalhadores do Ministério da Saúde, no nível federal e nos núcleos estaduais.

Com isso, a CGRH vem investindo em ações de capacitação e formação para os servidores e trabalhadores, com a premissa de articulação das ações de capacitação com a gestão, com vistas à reorganização dos processos de trabalho e autonomia dos trabalhadores e, conseqüentemente, ao desenvolvimento institucional.

O Projeto MultiplicaSUS se apresenta como uma iniciativa nesse sentido, visando a abrir a discussão entre os trabalhadores sobre o SUS, ampliar o conhecimento em saúde e formar sujeitos responsáveis pelo seu processo de trabalho.

A Coordenação de Planejamento e Desenvolvimento em Recursos Humanos (Coder) e a Coordenação-Geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional (CGMDI) são as instâncias que coordenam, apóiam e gerenciam esse projeto e as demais ações correlatas.

Dessa forma, estamos coerentes com as diretrizes políticas vigentes e contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de serviços e da gestão e para a satisfação do trabalhador.

**Coordenação-Geral de Recursos Humanos**



# Introdução

A construção desta proposta procura alcançar os objetivos e diretrizes preconizados na Política de Educação Permanente dos Trabalhadores do Ministério da Saúde, a qual busca, entre outras questões, a valorização dos trabalhadores do SUS, o resgate de suas identidades organizacionais, além de propiciar um conhecimento básico e homogêneo acerca do Sistema Único de Saúde, SUS.

Assim, a implantação de uma política de formação dirigida aos trabalhadores do Ministério da Saúde apresenta-se como um desafio para a atual gestão da CGRH.

A partir da realização de uma ausculta preliminar acerca de expectativas e necessidades dos diversos setores que compõem o MS, durante a realização do Projeto “Barraca da Saúde: um Espaço de Conversa”, em 2003, constatou-se a urgência de se desencadear essa iniciativa bem como, a necessidade de que ela se dê de forma permanente.

A montagem de um processo de formação que seja ao mesmo tempo inovador, inclusivo e permita não só a visualização dos processos políticos em curso, como também, a auto identificação e o reconhecimento dos trabalhadores como protagonistas do processo, desafia as abordagens tradicionalmente utilizadas nos cursos de Política de Saúde.

Desta forma foi desenvolvida a proposta denominada “MultiplicaSUS”, trabalhadores do próprio Ministério da Saúde levando a discussão aos outros trabalhadores no que se refere aos conteúdos básicos acerca do Sistema Único de Saúde.

A clientela-alvo deste processo de capacitação é constituída por trabalhadores do Ministério da Saúde, que desenvolvem suas atividades no nível central, com diferentes formações, níveis técnicos e experiências acumuladas no exercício de suas funções. Tais características evidenciam a singularidade e a complexidade do processo.

O desafio que ora se apresenta é o de trabalhar conteúdos de forma participativa e inovadora, numa abordagem que vá além da narrativa histórico-crítica da construção da política e de um sistema público de saúde no Brasil, mas que permita a cada um dos participantes o reconhecimento do lugar ocupado nessa cadeia, identificando as potencialidades e os limites de sua atuação individual e coletivamente.

Coloca-se, como um dos objetivos dessa iniciativa, o resgate e a valorização do servidor em suas múltiplas dimensões, na perspectiva de um processo de educação permanente.

O conteúdo a ser discutido deve oferecer uma formação prático-crítica conectada com a formação histórico-social do sistema de saúde no Brasil aliada às novas diretrizes preconizadas pela nova gestão.

Nesta direção estão organizados os conteúdos e os recursos metodológicos e pedagógicos a serem utilizados.



# O curso

## **Propósito**

Constituir um espaço de discussão e análise acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando-o como um processo histórico e socialmente construído.

## **Objetivos**

- 1- resgatar o lugar e a identidade dos participantes no contexto organizacional;
- 2- situar os participantes em relação à organização de saúde na qual estão inseridos;
- 3- conhecer e analisar o processo histórico de construção do sistema de saúde no Brasil;
- 4- identificar o SUS como modelo legalmente constituído, seu processo de construção, com os avanços e dificuldades;
- 5- identificar os desafios contemporâneos do SUS frente às principais políticas e diretrizes, propostas hoje pelo Ministério da Saúde.

## **Metodologia**

Participante:

- sujeito ativo do processo;
- responsável pelo seu processo de aprendizado.

Facilitador:

- coordenador do processo de ensino-aprendizagem;
- estimulador da construção coletiva do conhecimento.

Estratégias de Ensino:

- trabalhos em subgrupos de trabalho e plenárias;
- dinâmicas de grupo;
- recursos audiovisuais;
- leitura de textos.

## **Desenvolvimento dos Módulos**

O Curso será desenvolvido em oito módulos, perfazendo um total de 24 horas. Cada módulo pode ser composto por um ou mais momentos de discussão, de forma a permitir o desenvolvimento do conteúdo proposto.

# Primeiro Módulo: Introdução

## Objetivos:

- promover o conhecimento e a integração entre os participantes;
- trabalhar a expectativa do grupo em relação ao curso, comparando-a com o propósito definido para o mesmo;
- estabelecer contrato de convivência;
- conhecer a estrutura organizacional e missão do MS.

## Módulo I

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Escreva em uma folha em branco a sua expectativa em relação ao Curso.	Distribua as folhas em branco e oriente a atividade, solicitando o registro do nome, quantos anos tem de MS e as expectativas.
2. Apresente-se ao grupo e relate suas expectativas.	Coordene a apresentação dos participantes e recolha as folhas com os registros.
3. Leia no caderno distribuído os textos de: apresentação, introdução, propósito, objetivos, metodologia e desenvolvimento dos módulos.	Oriente a leitura do caderno, apresente o Curso (PPT Módulo 1) e faça a correlação entre as expectativas dos participantes e os objetivos do Curso.
4. Participe do estabelecimento do contrato de convivência.	Coordene o estabelecimento do contrato de convivência: horário, frequência, uso do telefone celular e cigarro.
5. Leia o texto proposto para reflexão.	Entregue o texto e oriente a sua leitura.

<p>6. Identifique o seu lugar institucional na estrutura organizacional do MS, respondendo às seguintes questões: Onde estou inserido? O que faço? Qual a importância do que faço?</p>	<p>Entregue folhas em branco aos participantes e oriente a atividade. Proponha formas de facilitar a integração do grupo.</p>
<p>7. Apresente as conclusões da atividade anterior.</p>	<p>Coordene as apresentações.</p>
<p>8. Participe da montagem do Organograma do MS. Identifique seu local de trabalho na estrutura organizacional.</p>	<p>Forneça as fichas com a Estrutura Básica do MS e oriente a construção do Organograma e a inserção dos participantes na estrutura (atividade anterior). Apresente e discuta com o grupo a Estrutura Organizacional Atual e a Missão do MS.</p>

# Segundo Módulo: Conhecimentos Sobre o SUS

## Objetivos:

- levantar o conhecimento prévio do grupo sobre o SUS;
- apresentar aos participantes questões relativas ao funcionamento e desenvolvimento do SUS.

## Módulo II

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Responda a questão: O que você sabe sobre o SUS? Apresente sua resposta ao grupo.	Oriente a atividade em plenária e sistematize as respostas.
2. Participe do debate: "O que você sabe sobre o SUS?"	Apresente informações atuais sobre o SUS. Utilize a apresentação "Você Sabia?" (PPT Módulo 2). Retome a discussão das questões levantadas, destacando as relevantes.

# Terceiro Módulo:

## História das Políticas de Saúde no Brasil e a Construção do SUS

### Objetivos:

- conhecer e analisar o processo de construção do sistema de saúde no Brasil;
- discutir a história das políticas de saúde, contextualizando-a social, econômica e politicamente.

### Módulo III

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Leia e discuta o texto “Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil” (página 23). Anote as conclusões para apresentação em plenária	Divida os participantes em subgrupos. Oriente que cada subgrupo leia um período da história, destacando os contextos econômico, social e político e as diferentes concepções do processo saúde-doença relativos ao seu período.
2. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior. Assista ao vídeo sobre história das políticas de saúde no Brasil e participe da discussão em plenária.	Coordene a plenária. Monitore a exibição do vídeo, interrompendo após cada período histórico. Oriente a discussão. Apresente a síntese da evolução histórica (PPT Módulo 3).

# Quarto Módulo: O Sistema Único de Saúde

## Objetivos:

- conceituar o SUS;
- identificar os princípios, as diretrizes e a regulamentação do SUS.

## Módulo IV

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Responda as seguintes questões: Como você entende a organização do SUS? Qual é o papel do MS, estados e municípios na gestão do SUS? Elabore um conceito sobre o SUS. Anote as conclusões para apresentação em plenária.	Divida os participantes em subgrupos e oriente a atividade.
2. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.	Coordene a plenária. Realize a atividade de teorização: princípios, diretrizes e regulamentação do SUS (PPT Módulo 4).

# Quinto Módulo: A Implementação do SUS

## Objetivos:

- conhecer o arcabouço jurídico do SUS;
- identificar os instrumentos legais e normativos do SUS;
- destacar as atribuições/competências das três esferas de governo e a importância de uma gestão solidária entre elas.

## Módulo V

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Leia e discuta, do Título II, o Capítulo IV – “Da Competência e das Atribuições”, da Lei n.º 8.080/90 (página 47).	Mantenha os subgrupos e oriente a atividade.
2. Identifique os avanços e dificuldades na construção do SUS. Registre as conclusões nas cartelas para apresentação em plenária.	Distribua para cada grupo cartelas de duas cores, cinco de cada, para registro dos avanços e dificuldades, respectivamente, e oriente a atividade.
3. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.	Coordene a plenária. Apresente a síntese sobre a implementação do SUS (PPT Módulo 5).

# Sexto Módulo:

## Gestão Participativa e Controle Social no SUS

### Objetivos:

- conceituar controle social e participação popular no SUS;
- identificar as formas de participação previstas na Lei n.º 8.142/90;
- identificar os mecanismos de participação popular e controle social existentes no SUS.

### Módulo VI

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Discuta e responda as seguintes questões: O que você entende por controle social no SUS e quais os mecanismos que você conhece para o exercício dele no SUS? O que você entende por gestão participativa? Como você vê a sua participação no SUS, na gestão e no controle social? Registre as conclusões para apresentação em plenária.	Divida os participantes em subgrupos menores e oriente a atividade.
2. Apresente as conclusões da atividade anterior em plenária.	Coordene a plenária. Apresente a síntese sobre gestão participativa e controle social no SUS (PPT Módulo 6).
3. Assista ao vídeo sobre Gestão Participativa e Controle Social no SUS.	Apresente a fita de vídeo para encerramento do Módulo.

# Sétimo Módulo: Diretrizes e Políticas do MS

## Objetivos:

- conhecer as principais diretrizes do MS;
- apresentar as políticas atuais na área de Gestão de RH do SUS.

## Módulo VII

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Leia e comente o Texto “Diretrizes sobre a Reformulação dos Modos de Gestão e de Atenção à Saúde – O Papel do Ministério da Saúde” (página 63).	Oriente e coordene a atividade em plenária, estimulando o debate sobre cada parte do Texto. Apresente as Iniciativas Prioritárias do MS (PPT Módulo 7).
2. Assista ao vídeo sobre Diretrizes e Políticas do MS.	Apresente o vídeo.
3. Participe da discussão sobre Gestão de RH no SUS.	Coordene a atividade com a apresentação sobre Gestão de RH no SUS (PPT Módulo 7.1).

# Oitavo Módulo:

## Avaliação

### Objetivos:

- avaliar o processo vivenciado no Curso.

### Módulo VIII

ATIVIDADES DO PARTICIPANTE	ATIVIDADES DO FACILITADOR
1. Participe da avaliação do curso, comparando suas expectativas iniciais com o momento atual. Registre suas conclusões.	Distribua as expectativas iniciais e oriente a atividade.
2. Apresente em plenária sua avaliação.	Coordene a plenária. Dê um <i>feedback</i> para o grupo.
3. Participe da atividade de encerramento do curso.	Proponha uma atividade para o encerramento do curso.

# Texto 1

## **FEITOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, MUITOS DELES, AÇÃO CONJUNTA DE ESTADOS E MUNICÍPIOS – ANO DE 2003**

### **DADOS EXTRAÍDOS DO RELATÓRIO DO TCU SOBRE AS AÇÕES DO GOVERNO EM 2003**

Relatório e Pareceres Prévios sobre as Contas do Governo da República  
Exercício de 2003

MINISTRO GUILHERME PALMEIRA

Relator

**Brasília – 2004<sup>1</sup>**

**PSF – PACS:** objetiva reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, oferecendo um atendimento mais próximo da família, por meio da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF). Tais equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Em 2003: a implantação de 2.334 novas ESF, alcançando 19.068 equipes (aumento de 13,9% em relação ao ano anterior), responsáveis pela cobertura de 35% da população, ou seja, cerca de 65 milhões de pessoas em 2003, contra 57 milhões em 2002; a contratação de 8.884 novos ACS (incremento de 5% em relação a 2002), totalizando 184.347 agentes, responsáveis pela cobertura de 53,9% da população, cerca de 106 milhões de pessoas; o incremento de 1.909 equipes de saúde bucal, totalizando 6.170 equipes em atuação (elevação de 44,8% em relação ao ano anterior), responsáveis pela cobertura de uma população de mais de 42,6 milhões de pessoas em dezembro de 2003, bem como aumento de 20% no valor do incentivo financeiro para implantação dessas equipes.

**PROGRAMAS ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR:** a realização de 526.681 procedimentos de radioterapia/mês e de 107.881 procedimentos de quimioterapia/mês, representando um incremento de 15% e de 22,4%, respectivamente, em relação à média mensal registrada no ano anterior; a realização de 6,1 milhões de procedimentos de terapia renal substitutiva na rede do SUS, no período de janeiro a setembro de 2003 (incremento de 18,9% em relação ao mesmo período de 2002), alcançando 96% dos portadores de problemas renais; a destinação de R\$ 100 milhões para modernizar a gestão dos hospitais universitários e promover maior inserção desses hospitais no SUS (sendo R\$ 50 milhões do MS e R\$ 50 milhões do Ministério da Educação – MEC); a implantação de

mais seis Centros de Alta Complexidade em Oncologia; o lançamento de programa para redução das filas de transplantes e cadastramento de pacientes, bem como a implantação de 104 novas equipes no Sistema Nacional de Transplantes (SNT), totalizando 1.056, e ampliação do número de credenciamentos em 62 estabelecimentos, atingindo 465 unidades.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE:** ações voltadas à qualificação e humanização do atendimento no SUS, envolvendo o fortalecimento das práticas de acolhimento, de respeito ao cidadão, bem como o empreendimento de grande esforço na qualificação dos profissionais de saúde, destacando-se no exercício: o investimento na modernização de 26 escolas técnicas em saúde e o suporte técnico na estruturação de seis novas dessas escolas; a capacitação de profissionais, sendo 50 mil para a atenção básica no Programa Saúde da Família, 2.790 para a promoção do planejamento familiar, 2.880 em prevenção e assistência a indivíduos portadores de transtornos mentais, 76 mil para a prevenção, controle e assistência aos portadores de DST/Aids, 1.635 em ações de prevenção e controle da malária, 1.663 médicos na atenção ao paciente com dengue e 4.406 instrutores/supervisores do PSF para controle dessa doença.

**SAÚDE SUPLEMENTAR:** Programa de Saúde Suplementar, por meio do qual foram implementadas ações objetivando o reordenamento da política de regulação da saúde suplementar, notadamente quanto às questões relacionadas com o reajuste dos planos de saúde, a relação prestadores/operadores, entre outras.

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:** ressalta-se, de outra parte, a atuação do Ministério da Saúde quanto à atenção a grupos sociais em risco alimentar, notadamente no âmbito do Programa Alimentação Saudável, assim como sua participação na elaboração do Programa Bolsa Família, que unificou os programas de transferência de renda, com base na Medida Provisória n.º 132, de 20/10/2003. Além disso, o Ministério e o SUS atuaram no Programa Fome Zero, com destaque para os seguintes resultados: implantação da bolsa alimentação para parte das comunidades indígenas; financiamento de pesquisas relacionadas à metodologia de avaliação do Fome Zero; viabilização do Cartão Alimentação e de treinamento de pessoal para o então Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar (Mesa); incremento de 715.771 bolsas alimentação concedidas (44% em relação ao número de 2002).

**SAÚDE MENTAL:** relativamente às ações de saúde e atenção especial a grupos vulneráveis, merecem destaque, em especial, aquelas desenvolvidas nas seguintes áreas: Saúde Mental: implementação do programa "De volta para Casa", que objetiva a ressocialização dos portadores de transtornos mentais egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos; consolidação da rede extrahospitalar de atenção psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e redução de leitos em manicômios; o número de procedimentos ambulatoriais na área da atenção psicossocial passou de 154.495 procedimentos/mês, em 2002, para 274.478, em 2003 (incremento de 77,6%); implantação de novos Caps, atingindo 500 unidades em 2003 (25% a mais em relação ao anterior); o valor mensal despendido pelo Ministério da Saúde para o atendimento ambulatorial nessa área passou de R\$ 3 milhões, em 2002, para R\$ 4,6 milhões (incremento de 53,2%).

**SAÚDE DA CRIANÇA:** implantação do Programa Nacional de Qualidade em Bancos de Leite Humano nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste, bem como no Rio de Janeiro e no Espírito Santo;

<sup>1</sup> Disponível em: <[www.tcu.gov.br](http://www.tcu.gov.br)>.

lançamento do novo Cartão da Criança, que atualiza os marcos do desenvolvimento infantil, orienta a amamentação e reformula o calendário de vacinação; acréscimo de 12% na oferta de Hospitais Amigos da Criança, significando um aumento de 33 hospitais nessa categoria; realização das duas etapas da campanha nacional de vacinação contra a poliomielite, com cobertura de mais de 98% dos menores de 5 anos de idade.

**SAÚDE DA MULHER:** reativação da Comissão Nacional de Morte Materna e implantação de notificação compulsória da morte materna; realização de 171.966 exames de mamografia/mês, significando um crescimento de 13% em relação à média mensal registrada no ano anterior; atendimento a cerca de 7 mil gestantes portadoras de HIV, com diagnóstico, tratamento e fornecimento de “leite fórmula infantil” (aumento de 18,2% em relação a 2002).

**SAÚDE DO IDOSO:** aquisição e distribuição de 16,4 milhões de doses de vacina contra a influenza, possibilitando a ampliação da cobertura vacinal de idosos de 74,1%, em 2002, para 82%, em 2003, bem como de 4,8 milhões de doses de vacinas contra pneumococo, difteria, tétano e febre amarela, com dispêndios de R\$ 78,1 milhões e 14,2 milhões, respectivamente.

**SAÚDE DO TRABALHADOR:** cadastramento de 60 centros de referência em saúde do trabalhador, para, em conjunto com o Ministério do Trabalho, atuar na vigilância do ambiente e acidentes do trabalho, no diagnóstico precoce das doenças ocupacionais e na reabilitação, com repasse de R\$ 15 milhões em 2003.

**SAÚDE DA POPULAÇÃO PRISIONAL:** a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que compreende 210 mil pessoas em regime de prisão.

**MALÁRIA:** O Ministério da Saúde também empreendeu esforços com vistas à prevenção e controle dos agravos de maior incidência e prevalência, principalmente em relação a doenças como a dengue, a malária, a tuberculose e a hanseníase. Especificamente no tocante à malária, o TCU realizou, em 2003, Auditoria Operacional com vistas a avaliar o desempenho do Programa Nacional de Controle da Malária – PNCM (Acórdão n.º 303/2004-TCU-Plenário), cujas principais constatações foram as seguintes: acompanhamento reduzido no tratamento dos doentes pelos agentes de endemia ou agentes comunitários de saúde em algumas Unidades da Federação, assim como alta rotatividade desse pessoal; baixa integração entre estados e municípios limítrofes, inviabilizando a uniformidade nas ações de controle da malária entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) e o Instituto Nacional de Meio Ambiente (Ibama), em assentamentos e projetos desenvolvimentistas; reduzido número de realização de Lâminas de Verificação de Cura (LVC); inexistência de mecanismos de fiscalização financeira dos recursos repassados; e falta de prioridade política do controle da doença por alguns gestores. Por outro lado, por meio daquela Auditoria, observaram-se, ainda, alguns progressos e iniciativas positivas promovidas pelo Programa, tais como realização de reuniões bimestrais para avaliação do PNCM, a criação do roteiro de acompanhamento dos municípios, a expansão da rede de diagnósticos laboratoriais, a satisfatória taxa de cobertura dos municípios da Amazônia Legal na distribuição de medicamentos, inseticidas, larvicidas e lâminas de diagnóstico, bem como a ampla difusão do Manual de Terapêutica da Malária.

**DST-AIDS:** com relação ao Programa Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores das DST/aids, as ações adiante devem ser salientadas: distribuição de anti-retrovirais para 15 mil novos pa-

cientes portadores de HIV, estando em tratamento mais de 140 mil pacientes (em 2002, foram 125 mil pacientes); atendimento de 86 mil pessoas nos serviços assistenciais de HIV/aids (hospital-dia, serviço de ambulatório especial e assistência domiciliar terapêutica); ampliação da distribuição de preservativos, passando de 148 milhões, em 2002, para 309,9 milhões, em 2003, bem como início de projeto piloto, em cinco capitais, de distribuição para adolescentes alunos da rede pública de educação, em parceria com o MEC.

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:** há que se registrar, também, as ações do Ministério voltadas à assistência farmacêutica, tais como no âmbito do Programa Assistência Farmacêutica, que buscaram ampliar o acesso da população aos medicamentos necessários, com menor preço, qualidade e segurança exigida no seu uso. Além disso, foram adotadas medidas relativas ao acesso a medicamentos e outros insumos, entre as quais a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed), com vistas à regulação do mercado e ao estabelecimento de critérios para a definição e ajuste de preços (uma vez por ano, em março); ao estabelecimento de preços de referência para a aquisição de medicamentos distribuídos pelo SUS; à publicação de 18 resoluções promovendo mudanças na produção, a fim de garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, bem como o início da implantação de um piloto do projeto “Farmácia Popular”, objetivando o acesso da população de baixa renda a um grupo de medicamentos com preço inferior ao de mercado.

**PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE:** igualmente merecem registro as ações desenvolvidas no âmbito do programa Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde, destinadas a estimular a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em prol das políticas públicas de saúde. Entre elas, ressalta-se: a destinação de R\$ 2,2 milhões para a contratação de recursos humanos, custeio das atividades de campo e execução dos exames laboratoriais para o diagnóstico das hepatites; a participação em pesquisa mundial de saúde para avaliação do desempenho do sistema e das condições de saúde da população brasileira; a cooperação com os governos de Cuba e Índia para transferência e conhecimento de tecnologia de produção de medicamentos de alto custo; o desenvolvimento e a publicação de 1.217 pesquisas que atendem prioritariamente às demandas do SUS; a realização, pelo Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz – Fiocruz/MS, do primeiro transplante de medula óssea, em nível mundial, para o tratamento da doença de Chagas; e a celebração de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – Instituto Butantan para a construção e implementação de fábrica de vacinas antigripais.

# Texto 2

## **EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Francisco de Assis Acurcio

Professor-Adjunto do Departamento de Farmácia Social – Faculdade de Farmácia – UFMG

Médico

(...)

Este texto tem por objetivo discutir a evolução das políticas de saúde no Brasil, como subsídio para uma melhor compreensão dos aspectos históricos que influenciaram a conformação de um sistema de saúde no Brasil reconhecidamente ineficaz e ineficiente no enfrentamento dos problemas de saúde da população. Essa situação crítica impôs a necessidade de mudanças nesse sistema e desencadeou o processo de implementação da reforma sanitária no Brasil, que tem como perspectiva fundamental a construção do Sistema Único de Saúde.

Para essa análise histórica, serão apresentados, organizados por períodos, excertos de vários outros textos de autores que se ocuparam desse tema, com a finalidade de apresentar uma síntese de contribuições que julgamos significativas para o debate sobre as políticas de saúde no Brasil.

Iniciaremos a discussão abordando a concepção de políticas públicas, em que se inserem as políticas de saúde:

Entendemos as políticas públicas como sendo o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.

Ao responder, o Estado empresta ao problema maior ou menor importância, define seu caráter (social, de saúde, policial, etc.), lança mão de instrumentos para seu equacionamento, define responsabilidades (ministérios, Congresso, Judiciário, etc.) e adota, ou não, planos de trabalho ou programas (TEIXEIRA, 1997).

Portanto, as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde. É fácil perceber que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los. Cabe então perguntar como o Estado atribui ao problema maior ou menor importância, ou seja, como o

Estado prioriza os problemas que serão enfrentados por meio de políticas públicas em determinado período?

[...] As diversas definições de políticas públicas atendem a diversos objetivos de estudo. Para os estudos sobre a história das políticas, pode ser útil adotar definições bastante genéricas, como a de Lemieux, que a concebe como ‘[...] tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades’ (apud VIANNA, 1997:207). Ao falar em tentativa, Lemieux pretende enfatizar que ‘[...] o ato de normatizar uma situação pode ser visto de diferentes formas pelos atores sociais envolvidos com uma determinada política. Um problema público pode ser considerado, ao mesmo tempo, como excessivamente regulado por um dos atores e não regulado por outro, dependendo do tipo de interferência que este problema tenha sobre a vida de cada um’ (apud VIANNA, 1997:207).

Uma definição desse tipo ressalta que as políticas públicas são sempre objeto de disputa entre diversos grupos, disputa que estende-se a própria decisão do que deve ser considerado em certo momento como um problema público e, portanto, deve ser alvo da ação regulatória do Estado. Em outros termos, há uma agenda de problemas públicos, isto é, problemas que devem ser alvo de políticas públicas, agenda esta que é continuamente negociada, tanto no que concerne à eventual inclusão de um novo tema no conjunto de problemas públicos, como no que se refere à sua importância relativa no interior da agenda. Da mesma forma que se pode falar em uma agenda das políticas públicas em geral, pode-se falar em agendas específicas de cada instituição ou agência que compõe o Estado nos mais diversos níveis de governo. Aqui também ocorrem demandas pela modificação da agenda dessas diferentes instituições governamentais. [...] É nesse sentido que podemos compreender qualquer política pública como uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade (MATTOS, 1999).

Aqui, aparece um conceito importante para o entendimento do processo de implementação de políticas públicas, que é o conceito de ator social, “[...] entendido como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que participa de determinada situação, tem organização minimamente estável, é capaz de intervir nesta situação e tem um projeto. O conceito de problema também é fundamental [...]. Pode-se entender como problema uma necessidade não satisfeita, desde que se tenha consciência desta e o desejo de satisfazê-la. Cabe observar que, em determinadas situações, o que é problema para um ator pode ser oportunidade para outro” (ACURCIO, 1998).

Portanto, a elaboração, a implementação e os resultados obtidos por determinada política pública têm estreita relação com a disputa de projetos dos diversos atores sociais interessados nos problemas a serem enfrentados por essa política. Assim, cada ator social ao escolher o problema, delimitá-lo e construir as estratégias de ação a serem desenvolvidas no âmbito institucional, expressa um projeto de política, articulado a determinadas forças sociais.

“A política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade das classes sociais influenciarem a política, etc.” (CEFOR, [19--?]). O êxito e o grau de implementação de seus projetos dá a dimensão da

capacidade de determinados atores/forças sociais influenciarem a política de saúde em um contexto histórico, em detrimento de outros atores e projetos.

Sendo assim, pode ser útil recuperar a dimensão simbólica da cidadania, enquanto valor a orientar (ou não) as opções políticas dos sujeitos sociais fundamentais quanto à elaboração, implementação e/ou reivindicação de políticas sociais. [...] A idéia da cidadania ocupa um lugar central no ideário e na institucionalidade política democráticas, por sua associação com o valor da liberdade e com os direitos dele derivados. [...] Em sua versão liberal-democrática, a idéia da cidadania foi, talvez, mais bem sistematizada por T.H. Marshall, que a compreende como um composto de três elementos: civil, político e social. Os direitos que materializam a liberdade individual ('liberdade de ir e vir, de imprensa, de pensamento e fé, direito à propriedade, a concluir contratos válidos e de defender e afirmar todos os direitos em termos de direito à justiça') constituem o núcleo civil da cidadania, que tem por fiadores os tribunais. No campo político, afirma-se o 'direito à participação no exercício do poder', como 'membro ou eleitor dos membros das instituições investidas de poder político, como o Parlamento e demais câmaras representativas ou conselhos de governo'. Já os direitos sociais não envolvem definição precisa, pois estão relacionados ao padrão de desenvolvimento das sociedades, implicando desde o 'direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança' até o direito à 'participação total' nos níveis de 'vida civilizada' prevalentes em cada sociedade. Direitos que se exercem, fundamentalmente, através do sistema educacional e dos serviços sociais (LEITE, 1991).

Debatido e criticado, mas igualmente difundido e arraigado, o chamado Welfare State é uma referência indispensável para se pensar o Estado contemporâneo. Quase todos os países possuem mecanismos públicos de proteção social. De um ponto de vista formal, eles se assemelham muito (são, em geral, programas previdenciários, assistenciais e de saúde); porém, quando examinados sob a ótica de como operam (formas de financiamento, cobertura, tipos de programas, acesso, etc.), se diversificam em inúmeras modalidades. [...] É política, entretanto, a dimensão essencial à própria existência do Welfare State: a constituição de uma esfera pública inclusiva. A mobilização popular por direitos sociais esbarra em obstáculos tão mais graves quanto menos a sociedade se apresenta integrada politicamente. 'Estar no mesmo barco', noção (compartilhada por todos) que embasa a solidariedade do Welfare State social-democrático, segundo Esping-Andersen, requer que todos realmente estejam, e se reconheçam como estando, no mesmo barco. [...] A despeito do aparente etnocentrismo de suas formulações (a cronologia inglesa, que descreve, pode ser entendida até como metáfora), Marshall fornece um quadro conceitual valioso quando concebe cidadania como incorporação progressiva de direitos civis, políticos e sociais. O suposto básico não é que, para tornar-se efetiva, a cidadania tenha que seguir formalmente aqueles passos, e sim que a efetividade da cidadania significa a amplificação da medida de igualdade representada pelo pertencimento à comunidade, que se estende (a todos) e se enriquece (pelos ditos direitos). 'A cidadania é um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o *status* são iguais em relação aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*' [...] Marshall descreveu uma seqüência de

expansão das prerrogativas (civis, políticas e sociais). Ela tem importância, à medida que se entenda a cidadania como contrapartida do Welfare State (VIANNA, 1991).

As profundas, amplas e velozes transformações observadas no mundo ao longo das últimas três décadas, principalmente àquelas originadas no campo da política e economia e denominadas de “globalização”, têm evidenciado a necessidade de transformação do Estado e, por consequência, produzido um acalorado debate sobre a abrangência e direcionalidade das políticas públicas.

O reconhecimento desta necessidade está longe de significar o perfilhamento aos argumentos do discurso neoliberal que presidiu o debate na década anterior, preconizando a devolução ao mercado não apenas das funções produtivas como também de muitas funções regulatórias e, em particular, a ruptura com o padrão de solidariedade que caracterizou a organização social e orientou a intervenção estatal até o fim dos anos setenta [...] e que se convencionou chamar ‘Welfare State’. [...] Desde os primeiros momentos do processo de transformação produtiva, quando a crise do padrão fordista se explicitou, o Welfare State foi responsabilizado pelas dificuldades financeiras com que se defrontavam os diversos Estados nacionais. A crise de financiamento apontava caminhos que envolviam a restrição de direitos sociais e de benefícios como única alternativa de sua superação, e a maior parte das medidas de política, em diferentes países, se pautou por este diagnóstico. [...] No entanto, se nos países desenvolvidos a reorganização do Estado tem se realizado sem que os direitos sociais sejam afetados em seus aspectos essenciais, a questão assume outros contornos em países como o Brasil, em que a crise no plano econômico se associou a uma crise do regime político, coincidindo com o início do processo tardio de construção da cidadania. Aqui, as conquistas ainda estão se consolidando e suas forças sociais de sustentação têm densidade que pode ser ainda insuficiente para sustentá-las. [...] Construir o NOVO significa buscar estratégias viabilizadoras de políticas públicas includentes, tendentes à universalização, direcionadas à construção de uma sociedade mais equânime e menos desigual, enfrentando as tendências, e não se subordinando a elas. [...] Mais do que hospitais, o que precisa ser assegurado aos cidadãos é qualidade de vida. Essa é mais uma das razões pelas quais a existência de um sistema público estatal de atenção à saúde é importante numa sociedade como a brasileira. Ele deve ser também um espaço catalizador de ações multissetoriais, promotor da articulação das políticas públicas necessárias para assegurar a saúde e interromper os ciclos de transmissão de doenças. [...] Numa sociedade que tem os níveis de exclusão da nossa, em que pelos menos vinte por cento da população sobrevive em condições extremamente precárias, em decorrência de um processo histórico de desenvolvimento que produziu uma das mais desiguais distribuições de renda do mundo, a garantia do direito à saúde não pode prescindir de uma estratégia integrada de ação estatal. E se pensarmos nas possibilidades de agravamento desse quadro determinadas pelo processo de transformação da economia mundial num futuro próximo, mais importante ainda se afigurará a ação estatal no equacionamento da questão social.

[...] Nesse contexto, que características deve ter o sistema de saúde para que a população brasileira possa exercer o seu direito?

- Deve ser acessível a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou de sua forma (ou possibilidade) de inserção no mercado de trabalho;

- Deve ser capaz de responder às exigências postas pela transformação do quadro demográfico e do perfil epidemiológico, garantindo a adequação das ações às demandas postas pelos diferentes quadros sanitários, nas diversas regiões do País;

- Deve ter como objetivo a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença;

- Deve operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando a integralidade dos cuidados com saúde e oferecendo serviços de boa qualidade;

- Deve, para assegurar tudo isso, contar com um processo decisório participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais.

Em resumo, acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização, participação social. Exatamente o que a legislação brasileira hoje em vigor – e ainda não inteiramente implementada propõe para o SUS (BARROS, 1996).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são frutos apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do País, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS (CUNHA; CUNHA, 1998).

Nessa perspectiva, passamos a discutir alguns aspectos fundamentais da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, neste século, sintetizados de acordo com seu período de ocorrência.

### **A primeira república (1889–1930)**

Durante a República Velha (1889–1930) o País foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia, dando aos fazendeiros paulistas grande poder de decisão na administração federal. (...) Os lucros produzidos pelo café foram parcialmente aplicados nas cidades. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX (BERTOLLI FILHO, 1996).

(...) com a abolição da escravidão em 1888, consolidou-se o processo de substituição da mão-de-obra escrava pela assalariada, de origem européia. (...) Na indústria nascente, também utilizou-se mão-de-obra européia, que chegou da Europa carregada

de idéias anarquistas. Foram freqüentes os protestos e greves neste período. No que se refere à situação de saúde, as epidemias continuavam a matar a escassa população, diminuindo o número de pessoas dispostas a vir para o Brasil. Por isso, o governo da época foi obrigado a adotar algumas medidas para melhorar esta situação (CEFOR, [19--]).

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias' destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. (...) Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social (LUZ, 1991).

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A retirada à força da população dos ambientes a serem saneados foi constantemente acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, muitas vezes a polícia agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos como passeatas e greves (BERTOLLI FILHO, 1996).

A oposição ao modo como eram feitas (as campanhas) pode ser evidenciada na revolta contra a vacina obrigatória (contra varíola), em 1904. Liderados por um grupo de cadetes positivistas que eram oposição ao governo, muitos se revoltaram acusando o governo de despótico, de devassar a propriedade alheia com interdições, desinfecções, da derrubada maciça de bairros pobres, de arrombamentos de casas para nelas entrarem à força. A revolta é reprimida pois a questão saúde ainda era concebida como uma questão policial (CEFOR, [19--]).

"Impressionado e desgastado com os acontecimentos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos" (BERTOLLI FILHO, 1996).

No campo da assistência médica individual, as classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, isto é, pelos 'médicos de família'. O restante da população buscava atendimento filantrópico através de hospitais mantidos pela igreja e recorria à medicina caseira (CEFOR, [19--]).

O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá enquanto decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura. Esta também é a época de nascimento da legislação trabalhista brasileira. Em 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, que para alguns atores pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. No período compreendido entre 1923 e 1930, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos bene-

fícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos. No modelo previdenciário dos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período, o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

### **A Era Vargas (1930–1945)**

A revolução de 1930 marcou o fim da hegemonia política da classe dominante ligada à exportação do café. A crise de 1929 afetou as exportações, provocando uma enorme queda nos preços do café. O governo, impossibilitado de continuar a exercer a política de proteção aos preços do café, devido à crise que afetava os cofres públicos, estava perdendo legitimidade. Assim, em 1930 ocorreu a revolução, liderada por frações da classe dominante que não estavam ligadas à exportação de café. Além disso, o movimento contou com o forte apoio de camadas médias urbanas, como intelectuais, profissionais liberais, militares, particularmente os tenentes (CEFOR, [19--]).

Investido na Presidência da República pela revolução de 1930, Getúlio Vargas procurou de imediato livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais. Para atingir este objetivo, promoveu uma ampla reforma política e administrativa (...) suspendeu a vigência da Constituição de 1891 e passou a governar por decretos até 1934, quando o Congresso Constituinte aprovou a nova Constituição. As dificuldades encontradas para governar democraticamente levaram Vargas a promover uma acirrada perseguição policial a seus opositores e aos principais líderes sindicais do País, especialmente a partir de 1937, quando foi instituída a ditadura do Estado Novo. Durante todo o seu governo – que durou até 1945 – Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso, recorreu a medidas populistas, pelas quais o Estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador para justificar diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela ‘bondade’ do presidente (BERTOLLI FILHO, 1996).

(...) o governo criou o Ministério do Trabalho, atrelando a ele Sindicatos e elaborou ampla legislação trabalhista. Regulamentando a relação entre o capital e o trabalho, o Estado criou condições indispensáveis para que a economia enfrentasse uma nova etapa, baseada na industrialização com objetivo de substituir importações. (...) No plano da política de saúde, pode-se identificar um processo de centralização dos serviços que objetivava dar um caráter nacional a esta política. Nesta época, uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde do País e houve um relativo avanço da atenção à saúde para o interior, com a multiplicação dos serviços de saúde (CEFOR, [19--]).

Em relação às ações de saúde coletiva, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista. (...) No período 38/45, 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 J.; CUNHA, R., 1998).

(...) compreendendo a conjuntura de ascendência e hegemonia do Estado populista, observamos a criação dos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs), organizados por categorias profissionais. Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agro-exportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileira de então (LUZ, 1991).

Diferentemente das CAPs, a administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal. O conselho de administração, formado com a participação de representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo Presidente da República. Há uma ampliação da Previdência com a incorporação de novas categorias não cobertas pelas CAPs anteriormente. (...) Do ponto de vista da concepção, a Previdência é claramente definida enquanto seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. (...) Caracterizam esta época a participação do Estado no financiamento (embora meramente formal) e na administração dos institutos, e um esforço ativo no sentido de diminuir as despesas, com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência passa a se configurar enquanto 'sócia' do Estado nos investimentos de interesse do governo (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

## **O período de redemocratização (1945 – 1964)**

A vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra Mundial teve imensa repercussão no Brasil. Grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando, em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas e, no ano seguinte, na elaboração de uma Constituição democrática de inspiração liberal. A partir de então e até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como *período de redemocratização*, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos.

Mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida. Os presidentes da República continuaram a buscar apoio popular com medidas demagógicas, destinadas mais a firmar sua imagem como 'país do povo' do que

a resolver de fato os grandes problemas da população. Os movimentos sociais, por sua vez, exigiam que os governantes cumprissem as promessas de melhorar as condições de vida, de saúde e de trabalho. Neste contexto, a década de 50 foi marcada por manifestações nacionalistas, que procuravam firmar o País como potência capaz de alcançar seu próprio desenvolvimento econômico, independente das pressões internacionais e especialmente do imperialismo norte-americano. Ao mesmo tempo, houve um forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, favorecendo a proposta desenvolvimentista, isto é, de modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado. Esta política teve como principal personagem o presidente Juscelino Kubitschek, que governou o País de 1956 a 1961 (BERTOLLI FILHO, 1996).

No campo da saúde pública, vários órgãos são criados. Destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, criado no período anterior, em 1942, em decorrência de acordo com os EUA. O SESP visava, principalmente, à assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção da borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. A produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos aliados na 2.ª guerra. Criou-se também o Ministério da Saúde, em 1953. As ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria.

Neste período, os sanitaristas discutiam sobre política de saúde, refletindo o debate que acontecia sobre economia. Havia de um lado aqueles que achavam que as condições de saúde melhorariam se fossem utilizadas técnicas e metodologias adequadas, de outros países. O SESP era um exemplo deste grupo, pois, no início, a estrutura dos serviços era sofisticada e cara, semelhante à estrutura nos Estados Unidos. De outro lado haviam os sanitaristas que buscavam uma prática articulada com a realidade nacional. Mas por muitos anos, as idéias do primeiro grupo influenciaram a prática do governo (CEFOR, [19--]).

Nessa mesma época, o Brasil passa a ser influenciado pelas idéias de seguridade social que são amplamente discutidas no cenário internacional ao final da II Guerra Mundial, em contraposição ao conceito de seguro da época anterior. (...) As ações de previdência são agora caracterizadas pelo crescimento dos gastos, elevação das despesas, diminuição de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários. (...) As explicações para tais mudanças podem ser colocadas enquanto resultado de uma tendência natural (maior número de pessoas recebendo benefícios, uma vez que esta é a época de recebimento de benefícios dos segurados incorporados no início do sistema); como também de mudanças de posições da Previdência Social (desmontagem das medidas de contenção de gastos dos anos 30/45; crescimento dos gastos com assistência médica, que sobe de 2,3%, em 45, para 14,9%, em 66; crescimento dos gastos com benefícios, em função do aumento de beneficiários, de mudanças nos critérios de concessão de benefícios e no valor médio destes) (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

Quanto à assistência médica, os principais avanços ficaram por conta da luta dos sindicatos para que todos os IAPs prestassem assistência médica aos seus associados. Em 1960, é aprovada a lei que iguala os direitos de todos os trabalhadores, mas ela não é posta em prática. O próprio movimento sindical não via com bons olhos a unificação dos institutos, pois isto poderia nivelar por baixo a qualidade dos serviços. Muitos de-

putados também estabeleciam seus vínculos com uma ou outra categoria, em cima da diferenciação dos institutos.

Neste período, os IAPs que possuíam recursos suficientes construíram hospitais próprios. Surgiram também os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas, insatisfeitas com o atendimento do Instituto dos Industriários – IAPI. 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.

O período caracteriza-se também pelo investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária (centros de saúde) pois aquele era compatível com o crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica (CEFOR, [19--]).

Se as condições de vida da maior parte da população não pioraram, a consciência da dureza dessas condições foi se tornando cada vez mais clara no período. Mas, em presença da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Ele foi percebido, aliás, como um impasse estrutural, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política. Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no País, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam ‘reformas de base’ imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964 (LUZ, 1991).

## **O governo militar (1964 – 1980)**

No dia 31 de março de 1964, um golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas colocou fim à agonizante democracia populista. Sob o pretexto de combater o avanço do comunismo e da corrupção e garantir a segurança nacional, os militares impuseram ao País um regime ditatorial e puniram todos os indivíduos e instituições que se mostraram contrários ao movimento autoproclamado Revolução de 64. Classificados como agentes do comunismo internacional, foram perseguidos muitos líderes políticos, estudantes, sindicais e religiosos, que lutavam pela melhoria das condições de saúde do povo. (...) Os generais presidentes promoveram alterações estruturais na administração pública, no sentido de uma forte centralização do poder, privilegiando a autonomia do Executivo e limitando o campo de ação dos poderes Legislativo e Judiciário. Sob a ditadura, a burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas, civis e militares, (...) responsáveis em boa parte pelo ‘milagre econômico’ que marcou o País entre 1968 e 1974. (...) Essa elevação do Produto Interno Bruto (PIB) foi resultado da modernização da estrutura produtiva nacional, mas também, em grande parte, da política que inibiu as conquistas salariais obtidas na década de 50. Criava-se assim uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, já que o poder de compra do salário mínimo foi sensivelmente reduzido, tornando ainda mais difícil a vida das famílias trabalhadoras (BERTOLLI FILHO, 1996).

A política econômica e o forte arrocho salarial operaram intensa concentração de renda que resultou no empobrecimento da população. E esta situação se refletiu no crescimento da mortalidade e da morbidade. É quando ocorrem as epidemias de poliomielite e de meningite, sendo que as notícias sobre esta última foram censuradas nos meios de comunicação, em 1974 (CEFOR, [19--]).

O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura. (...) Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um 'fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico', o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente sua linha de atuação (BERTOLLI FILHO, 1996).

Com o golpe de 1964 e o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Este fato, ocorrido em 1966, marca também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. (...) A criação do INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade e representa uma tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas em períodos populistas anteriores. O rompimento com a política populista não significou alteração em relação à política assistencialista anterior, ao contrário, o Estado amplia a cobertura da previdência aos trabalhadores domésticos e aos trabalhadores rurais, além de absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela Lei Orgânica da Previdência Social. Excetuando os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais eram cobertos pela Previdência Social. Em relação à assistência médica, observa-se um movimento ainda mais expressivo de ampliação de cobertura.

Os gastos com assistência médica, que continuaram a crescer neste período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 76. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, que chega a representar menos de 1,0% dos recursos da União.

Acontece uma progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias, até sua extinção em 70. Ao mesmo tempo, a 'contribuição do Estado' se restringia aos custos com a estrutura administrativa. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa, o INPS dá prioridade a contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios, decisão que acompanha a postura do governo federal como um todo (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo

de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o País; a organização e complementação da política de convênios entre INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já parcos – tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do “milagre brasileiro”.

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e conseqüências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica ‘de massa’ (no sentido de ‘massificado’) sobre uma proposta de medicina social e preventiva (...); o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (...). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991).

Ainda é neste período que é difundida a chamada medicina comunitária, com apoio da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde. A medicina comunitária propunha técnicas de medicina simplificada, a utilização de mão-de-obra local (os agentes de saúde) e a participação da comunidade. Entre os trabalhos que buscaram a participação da comunidade na área de saúde, havia os ligados à igreja católica como o projeto de Nova Iguaçu e o de Goiás Velho, os projetos ligados às universidades, financiados por órgãos externos, como o de Londrina-PR e os projetos assumidos pelo governo como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, que objetivava a extensão dos serviços de saúde à população carente.

Em 1975, foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que apesar de conter idéias inovadoras, reforçava a dualidade do setor Saúde dando ao Ministério da Saúde caráter apenas normativo e ações na área de interesse coletivo e ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado.

Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira, resultado de: 1) aumento de gastos; 2) aumento de demanda; 3) maneira como se dava o contrato com a rede médica privada, possibilitando fraudes; 4) inexistência de fiscalização dos serviços executados pela rede privada.

Assim, em 1978 houve nova tentativa de racionalização da previdência e foi criado o Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (...) (CEFOR, [19--]).

A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência. Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social – IAPAS, além de integrar os órgãos já existentes. A criação do Sinpas

pode ser compreendida no processo de crescente tendência à universalização e à adoção do modelo de Seguridade Social.

Neste período estão definidas as bases que permitiram a hegemonia, na década de 70, do modelo assistencial privatista. De acordo com Mendes, este modelo se assenta no seguinte tripé: a) o estado como financiador do sistema, através da Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

## **A década de 80**

A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada sobretudo pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República. O último general presidente, João Figueiredo (1979–1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do País, a lenta e gradual abertura política iniciada por seu antecessor. Foi extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras (BERTOLLI FILHO, 1996).

A reorganização do País em direção a um estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática. Essas negociações colocaram em plano secundário – na verdade quase excluíram – os sindicatos e partidos de esquerda, recém-saídos da clandestinidade, apesar do seu sucesso eleitoral nos anos de 1982 e 1984. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças conservadoras, graças a procedimentos de corrupção eleitoral (clientelismo, curralismo eleitoral, financiamento de candidatos favoráveis a *lobbies*, etc.) empregados desde a Primeira República. Apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda (LUZ, 1991).

Desde os anos 70, havia uma certa inquietação no interior do Estado com os gastos crescentes na saúde. (...) A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas mais complexas (encarecendo o atendimento) e a má distribuição desses recursos tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa. Tudo isso, num quadro de crise econômica, prognosticava a falência do modelo.

Assim, no final dos anos 70, estava demarcada a diretriz de redução de custos, mas, contraditoriamente, havia forte tendência de expansão do atendimento médico para os setores ainda não cobertos. Já no início da década, começara a surgir, ainda fora do aparato estatal, uma corrente contra-hegemônica que preconizava como proposta – para a melhoria da assistência médica no País – a descentralização, articulada à regionalização

e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da extensão de cobertura a setores até então descobertos, como os trabalhadores rurais. O movimento sanitário criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. Mas é somente na década de 80 que as propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial.

O movimento sanitário vai ter, portanto, um ponto em comum com os setores até então hegemônicos: a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma maior democratização do atendimento médico, estendendo-o à população marginalizada que não contribuía diretamente com a Previdência Social.

(...) Entre 1981 e setembro de 1984, o País vivencia uma crise econômica explícita, e é quando se iniciam as políticas racionalizadoras na saúde e as mudanças de rota com o CONASP/ Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária e as AIS/ Ações Integradas de Saúde. Este é um momento tumultuado na saúde, tendo em vista a quebra de hegemonia do modelo anterior (FRANÇA, 1998).

Em 1981, foi criado o CONASP que elaborou um novo plano de reorientação da Assistência Médica (...) que, em linhas gerais propunha melhorar a qualidade da assistência fazendo modificações no modelo privatizante (de compra de serviços médicos) tais como a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela.

A partir do plano do CONASP, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde, que ficou conhecido como AIS. Tinha o objetivo de integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos estaduais, por meio de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam pela adesão formal ao convênio.

Em todos esses planos, havia a idéia de integração da saúde pública com a assistência médica individual. Era uma aspiração antiga que encontrava interesses contrários à sua concretização nos grupos médicos privados e na própria burocracia do INAMPS (CEFOP, [19--]).

No governo da Nova República, a proposta das AIS é fortalecida e este fortalecimento passa pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com participação de usuários dos serviços de saúde.

Em 1986, é realizada em Brasília a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a 8.<sup>a</sup> CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor Saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo

reformador para a saúde, que é definida como 'resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.' Este documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Esta seção sobre Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

No entanto, isso não foi fácil. Vários grupos tentaram aprovar outras propostas, destacando-se duas: a dos que queriam manter o sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados contratados pelo INAMPS e a dos que queriam criar no País um sistema de seguro-saúde mais ou menos parecido com o americano (que, todos sabemos, é caro e não atende a todos). Como essas alternativas não tinham muita aceitação, pois uma já tinha demonstrado que não funcionava e a outra era inviável pela questão econômica, a proposta feita pelo movimento da Reforma Sanitária teve chance e acabou sendo aprovada, ainda que com imperfeições. De qualquer forma essa foi uma grande vitória, que coloca a Constituição Brasileira entre as mais avançadas do mundo no campo do direito à saúde (RODRIGUEZ NETO, 1994).

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal, uma outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Idealizado enquanto estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde, propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma *estadualização* de serviços. Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios.

Enquanto resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor Saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

## **O Sistema Único de Saúde: principais características**

Criado pela Constituição de 1988, e regulamentado dois anos depois pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e ser-

viços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (BRASIL, 1998).

Primeiramente, o SUS é um **sistema**, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público.

Depois, é **único**, isto é, tem a **mesma** doutrina, a **mesma** filosofia de atuação em todo o território nacional, e é organizado de acordo com a **mesma** sistemática.

Além disso, o SUS tem as seguintes características principais:

- Deve atender a **todos**, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento.

- Deve atuar de maneira **integral**, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.

- Deve ser **descentralizado**, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais; e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.(...)

- Deve ser **racional**. Ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população, e não como é hoje, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos de saúde; ou há um aparelho altamente sofisticado, mas não há médico geral, só o especialista. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações, de acordo com o que elas precisam e não com o que alguém decide 'lá em cima'. Isso inclui a decisão sobre a necessidade de se contratar ou não serviços privados; e quando se decide pela contratação, que o contrato seja feito nesse nível, para cumprir funções bem definidas e sob controle direto da instituição pública contratante. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local. É a isso que se chama **Distrito Sanitário**.

- Deve ser **eficaz e eficiente**. Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para tanto precisa ter qualidade. Mas não basta: é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde.

- Deve ser **democrático**, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema – dirigentes institucionais, prestadores de serviços,

trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Embora a democracia possa ser exercida através de vereadores, deputados e outras autoridades eleitas, é necessário também que ela seja assegurada em cada momento de decisão sobre as questões que afetam diretamente e imediatamente a todos. Por isso, a idéia e a estratégia de organização dos Conselhos de Saúde – nacional, estaduais e municipais, para exercerem esse controle social sobre o SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária: participação igual entre usuários e os demais; além de ter poder de decisão (não ser apenas consultivo).

O SUS, no entanto, não pode ser implantado ‘da noite para o dia’, pois as mudanças que ele propõe são muitas e complexas; assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma, o SUS, como parte da Reforma Sanitária, é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação (RODRIGUEZ NETO, 1994).

### **Referências bibliográficas**

ACURCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap. 4, p. 111-132.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996.

BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 45p.

CEFOP. *Breve história das políticas de saúde no Brasil*. São Paulo: [s.n.], [19-?]. Mimeografado.

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.

FRANÇA, S. B. A presença do estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 49, n. 3, p. 85-100, 1998.

LEITE, M. S. P. Políticas sociais e cidadania. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 117-131, 1991.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Editora 34, 1999. Cap. 1, p. 29-90.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos em Segurança Pública (Nesp). *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos para conselheiros de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 7-17.

TEIXEIRA, P. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e aids*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; ABia, 1997. Cap. 2, p. 43-68.

VIANNA, M. L. T. W. Notas sobre política social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 133-159, 1991.

# Texto 3

## CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

### Título VIII

#### Seção II

#### DA SAÚDE

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

(\*) § 1.º Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. **Parágrafo único modificado para § 1.º pela Emenda Constitucional n.º 29, de 13/9/00:**

**Parágrafo incluído pela Emenda Constitucional n.º 29, de 13/9/00:**

“§ 2.º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:” (AC)

“I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3.º;” (AC)

“II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;” (AC)

“III– no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3.º” (AC)

**Parágrafo incluído pela Emenda Constitucional n.º 29, de 13/9/00:**

“§ 3.º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:” (AC)

“I – os percentuais de que trata o § 2.º;” (AC)

“II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;” (AC)

“III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;” (AC)

“IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.” (AC)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1.º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2.º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3.º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4.º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

# Texto 4

## **LEI N.º 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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1.º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

### TÍTULO I

#### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2.º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1.º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2.º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3.º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4.º 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, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1.º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2.º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5.º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6.º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I – a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1.º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2.º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3.º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

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

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III

#### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8.º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9.º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1.º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2.º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I – alimentação e nutrição;
- II – saneamento e meio ambiente;
- III – vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV – recursos humanos;
- V – ciência e tecnologia; e
- VI – saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

## CAPÍTULO IV

### Da Competência e das Atribuições

#### Seção I

##### Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I – definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV – organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI – elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII – participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII – elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X – elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI – elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII – realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII – para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade

de competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

- XIV – implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV – propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI – elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII – promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII – promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX – realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX – definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI – fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## Seção II

### Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II – participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III – definir e coordenar os sistemas:
  - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
  - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
  - c) de vigilância epidemiológica; e
  - d) vigilância sanitária;
- IV – participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V – participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

- VI – coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII – estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII – estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX – promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X – formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI – identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII – prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV – elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV – promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI – normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII – acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX – estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I – promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II – acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

- III – prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV – coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição; e
  - d) de saúde do trabalhador;
- V – participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI – participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII – participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII – em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX – identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X – coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI – estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII – formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII – colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV – o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III – participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV – executar serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;

- b) vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição;
  - d) de saneamento básico; e
  - e) de saúde do trabalhador;
- V – dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
  - VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
  - VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;
  - VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
  - IX – colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
  - X – observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
  - XI – controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
  - XII – normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## CAPÍTULO V

(Capítulo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

### Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

§ 1.º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Parágrafo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

§ 2.º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Parágrafo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

§ 3.º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Parágrafo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 9.836, de 23.9.1999)

## CAPÍTULO VI

(Capítulo acrescentado pela Lei n.º 10.424, de 15.4.2002)

### DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Artigo acrescentado pela Lei n.º 10.424, de 15.4.2002)

§ 1.º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Parágrafo acrescentado pela Lei n.º 10.424, de 15.4.2002)

§ 2.º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Parágrafo acrescentado pela Lei n.º 10.424, de 15.4.2002)

§ 3.º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.” (Parágrafo acrescentado pela Lei n.º 10.424, de 15.4.2002)

TÍTULO III  
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1.º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2.º Excetua-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1.º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato

em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2.º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

#### TÍTULO IV

#### DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

- I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
- II – (Vetado);
- III – (Vetado);
- IV – valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1.º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2.º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V  
DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

- I – (Vetado);
- II – Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- III – ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV – alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V – taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- VI – rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1.º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2.º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3.º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4.º (Vetado).

§ 5.º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6.º (Vetado).

## CAPÍTULO II

### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1.º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2.º (Vetado).

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I – perfil demográfico da região;
- II – perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV – desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI – previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII – ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1.º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2.º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º (Vetado).

§ 5.º (Vetado).

§ 6.º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1.º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2.º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1.º (Vetado).

§ 2.º (Vetado).

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º (Vetado).

§ 5.º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6.º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros.

§ 7.º (Vetado).

§ 8.º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Mu-

nicipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional de Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1.º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2.º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei n.º 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169.º da Independência e 102.º da República.

FERNANDO COLLOR

*Alceni Guerra*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

# Texto 5

## **LEI N.º 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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1.º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I – a Conferência de Saúde; e
- II – o Conselho de Saúde.

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

§ 2.º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado 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 de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3.º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4.º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5.º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2.º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3.º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2.º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1.º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1.º do mesmo artigo.

§ 2.º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3.º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2.º desta lei.

Art. 4.º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3.º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I – Fundo de Saúde;
- II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III – plano de saúde;
- IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4.º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5.º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6.º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7.º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169.º da Independência e 102.º da República.

FERNANDO COLLOR

*Alceni Guerra*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 31.12.1990

# Texto 6

## **DIRETRIZES SOBRE A REFORMULAÇÃO DOS MODOS DE GESTÃO E DE ATENÇÃO À SAÚDE**

O PAPEL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE<sup>2</sup>

– I –

SEJAMOS DIALÉTICOS!

A consolidação do SUS depende de movimentos contraditórios na aparência, mas que, na prática podem vir a se complementar. Tudo dependerá de nossa habilidade de lidar com uma situação complexa, em que múltiplos interesses terão que ser articulados para que logremos, de fato, defender a vida do povo brasileiro. Senão vejamos:

- a - Deveremos criar um modo de fazer política e gestão em que combinemos a construção de um Ministério da Saúde capaz de agenciar e de apoiar mudanças com a descentralização e gestão participativa do sistema;
- b - Dar prosseguimento, em uma nova fase, ao processo de Reforma Sanitária (a reforma da reforma?), ampliando e modificando tanto as ações de promoção e de prevenção quanto às de atenção clínica. Para logarmos atenção integral deveremos reformular e ampliar a clínica e a saúde coletiva; ao mesmo tempo, uma interagindo sobre a outra;
- c - Para assegurarmos atenção integral e equidade deveremos apostar na reforma de todos os níveis de atenção (iniciou-se, com a saúde da família uma reorganização da atenção básica; a saúde mental vem se reorganizando para além dos hospitais psiquiátricos, falta – esta poderá ser uma de nossas marcas – reformular a atenção especializada, hospitais, as vigilâncias, etc.). No entanto, este compromisso com a integralidade não deve nos impedir de identificar problemas de saúde que necessitem de projetos especiais de intervenção (concentração de recursos para enfrentarmos epidemias, endemias, ou para ações prioritárias voltadas para regiões ou para grupos com maior vulnerabilidade);
- d - Outro paradoxo se refere a combinar a ampliação do acesso com a construção de equidade (políticas de inclusão), neste sentido é importante considerarmos as diferenças de vulne-

<sup>2</sup> Texto elaborado originalmente por Gastão Wagner de Sousa Campos, Secretário-Executivo, como apoio para o Seminário do Colegiado do MS de 8 e 9 de fevereiro de 2003. Esta versão incorpora alterações propostas no Seminário.

rabilidade e a desigual distribuição de recursos, desenvolvendo projetos específicos para pequenos municípios, área rural, regiões metropolitanas, etc.; ou seja, utilizar recursos para um equilíbrio adequado entre extensão de cobertura e a qualidade da atenção;

- e - Os dados de realidade (limites de financiamento, lei de responsabilidade fiscal, capacidade instalada de serviços de saúde não-estatais) nos obrigam a, ao mesmo tempo, ampliar e aperfeiçoar a gestão e o funcionamento da rede própria de serviços (municipais, estaduais e alguns federais), bem como a apoiar também a rede de serviços filantrópicos, comunitários e privados dispostos a cumprir uma função pública (esta disposição pode e deve ser construída, e também regulada, não é um dado natural ou espontâneo). Para isso, é importante a construção de parcerias, estendendo para estes setores a lógica da co-gestão e do controle social.
- f - Combinar modos de financiamento com repasses automáticos segundo população e necessidades de saúde, com outros voltados para o volume de serviços prestados e para estimular a qualificação da atenção. Tetos fixos e variáveis segundo padrões a serem acordados.
- g - Combinar uma política de racionalização de gastos (rever contratos, eliminar custos desnecessários) com redefinição de prioridades (remanejamentos orçamentários) e com uma reordenação dos modos de atenção que diminuam os custos e ampliem a capacidade de atenção (estimular cirurgia ambulatorial, etc.), escapando ao imobilismo que poderia decorrer do aperto orçamentário.

– II –

#### O MINISTÉRIO DA SAÚDE COMO AGENTE E APOIADOR DA MUDANÇA E DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS

Qual modo de gestão conseguiria combinar um papel ativo, de liderança e de coordenação para o Ministério da Saúde com a autonomia relativa de Estados e Municípios?

Dentro desta perspectiva, há dois modos de operar que não nos servirão: por um lado, o de pensar o MS como um banco financiador (com mecanismos financeiros indiretos de indução e ferramentas de avaliação *a posteriori*); neste caso, desapareceria a rede e a lógica de sistema e teríamos uma federação fragmentada de feudos sanitários. Por outro lado, no outro extremo estaria o modo autoritário de o MS valer-se de seu poder financeiro, legal e técnico para coagir parceiros de cima para baixo.

O SUS é uma rede, um sistema, todos têm autonomia relativa, portanto. Nesse sentido, cabe ao MS assegurar articulação entre os vários níveis. E mais, cabe ao MS valer-se de seu poder para agenciar e apoiar mudanças de interesse sanitário (critério máximo da produção da saúde) e que consolidem o SUS. Para isso deveremos acolher DEMANDAS e FORMULAÇÕES de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores, municípios, estados, bem como lhes OFERECER novas diretrizes, submetendo-as (demandas e ofertas) a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos do modo mais interativo possível.

Deveremos superar um padrão de relação entre os gestores do SUS centrado na discussão pura e simples sobre a distribuição de recursos financeiros, para, nos contratos, também incluir objetivos e metas da atenção em saúde em todas suas dimensões. Nesse aspecto a avaliação sistemática do desempenho é fundamental.

Algumas formas para operarmos este estilo de gestão, ao mesmo tempo, ativa e democrática:

- a - Reforçar a tomada de decisão sobre temas cruciais (tetos, financiamento, reformas, etc.) em espaços coletivos institucionais: Conselho Nacional de Saúde, Comissão Tripartite, Conferências; bem como montar outros espaços de caráter transitório e articulados com finalidades específicas. Exemplos: seminários para analisar e reconstruir o programa de controle da dengue, projetos de saúde da família, etc.;
- b - Identificar problemas estratégicos de gestão ou de atenção, sugerindo modos de atuação inovadores e abrindo espaços para que sejam avaliados e transformados em objeto de intervenção;
- c - Ampliar a capacidade do MS para APOIAR municípios, estados, prestadores, trabalhadores e usuários, de modo a envolvê-los ainda durante a identificação e análise de problemas e na elaboração de projetos. Isso implica mudança radical na postura dos técnicos do MS, procurando envolver os interessados em todas as fases da elaboração de programas. Trabalho em equipe. Além disso, implica desenvolver projetos para reforçar e ampliar a capacidade de gestão de estados e municípios;
- d - Cuidar da gestão interna do Ministério, integrando diretrizes e projetos dos vários órgãos do MS, de modo a potencializar e a racionalizar recursos. Especificamente, é importante integrar Agências e demais organizações vinculadas ao MS, resguardando seu papel de coordenação e de definidor de políticas. Cabe também redefinir o papel e a estrutura dos órgãos regionais bem como dos escritórios das Agências e da Funasa;
- e - Propor e contratar critérios claros, com base na eficácia (capacidade de produzir saúde e de evitar danos), eficiência (racionalidade gerencial), responsabilização inequívoca pela atenção (definição clara de quem se encarrega do quê), vínculo (abordagem integral dos problemas de saúde), direitos dos usuários e gestão participativa, para avaliação de municípios, estados e prestadores em geral. Vincular, em alguma medida, os tetos variáveis a esses critérios.

À nossa gestão cabe um desafio que, se enfrentado com firmeza, serenidade e equilíbrio, abrirá uma nova etapa na história da saúde pública brasileira: o modo tradicional de assistência à saúde está em esgotamento; apresenta limites de eficácia (baixo impacto) e de eficiência (custos elevados).

Não nos cabe reinventar a roda, há experiências nacionais e internacionais que acumularam indicações sobre como reformar conhecimentos e práticas em saúde. Compete-nos a tarefa de recolher, integrar, aprofundar e reinventar esses saberes, adaptando-os ao nosso contexto. Então... Mãos

à obra: para isso, deveremos redefinir os modos de fazer promoção e prevenção, bem como os de realizar a atenção clínica.

Em relação à Saúde Coletiva:

– estimular a organização de Núcleos de Saúde Coletiva, que integrem a Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, realizando tanto o controle de doenças quanto a promoção e prevenção. Pensar a especificidade desses Núcleos conforme sejam territoriais, distritais, municipais, estaduais ou do MS;

– propor para esses Núcleos não apenas ações de diagnóstico ou de vigilância, mas também o papel de realizar intervenções, tanto por meio de ações diretas quanto articulando – de modo matricial – as equipes de saúde da família, agentes, centros de referência, etc., bem como outros setores – intersectorialidade – como a educação, assistência social, saneamento, organizações da sociedade civil, etc. É necessário superarmos a visão tradicional de vigilância em dois sentidos principais: primeiro, não apenas vigiando, mas articulando Projetos de Intervenção (papel ativo do Núcleo); segundo, considerando a população, os grupos vulneráveis, os estabelecimentos ou organizações como sujeitos ativos, envolvendo-os desde a identificação de problemas, a análise dos mesmos, bem como na definição e implementação de projetos.

– integrar o MS e a rede do SUS ao Projeto Fome Zero, tanto aproveitando a capilaridade dessa rede para apoiar atividades, quanto articulando programas da Saúde ao do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA), da mesma maneira articular-se com outros Ministérios de modo intersectorial para ampliar nossa capacidade de desenvolver a promoção e prevenção;

– definir projetos prioritários de intervenção, com metas de controle ou de erradicação, nesse sentido, sugerimos: eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, controle da tuberculose, dengue, malária, leishmaniose, filariose, hepatites, epidemia de aids; enfrentamento da dependência química (drogas e álcool) e da violência; estímulo à prevenção do câncer e à vida saudável; promoção da saúde bucal, do trabalhador, do idoso, da mulher, da criança e de grupos vulneráveis ou portadores de patologias especiais. Para cada caso, há que se descobrir e reforçar ações estratégicas específicas, como exemplo: articular esses programas à saúde da família, valorizar a educação em saúde e o autocuidado, regulamentação restritiva à propaganda de bebidas alcoólicas, etc.

Em relação à reforma da clínica deveremos orientá-la segundo duas perspectivas: primeira, buscar sempre a máxima eficácia, com o menor custo e o menor grau de iatrogenia possível (evitar danos decorrentes das terapêuticas adotadas); segunda, ampliar a prática clínica aumentando a capacidade de autocuidado e a autonomia dos usuários, considerando que o “objeto” da atenção não é somente a doença ou o risco de adoecer, mas pessoas que vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específico. Ampliar o espectro terapêutico das equipes de saúde (não somente na saúde da família), incorporando no cotidiano ações de educação e promoção em saúde, valorizando o acompanhamento longitudinal (ao longo do tempo) com clara atribuição de responsabilidade (vínculo) pelo processo de saúde e doença do sujeito e não somente pela realização do procedimento “a” ou “b”. A humanização depende disso, da personalização do atendimento, considerando que cada caso é um caso singular e que exige um projeto terapêutico singular. Para lograr esses objetivos, deveremos:

– qualificar e ampliar o acesso e capacidade de resolver problemas da atenção básica, centrando-a na lógica de saúde da família, mas alargando seu espectro conforme a complexidade do quadro sanitário e a disponibilidade de recursos. Ampliar a Saúde da Família nos grandes centros, elaborando projetos conforme o contexto singular de cada cidade e classificando-as segundo fase de “implantação, expansão ou consolidação” do PSF;

– ampliar o processo de capacitação e de educação continuada conforme estratégias de fortalecimento do SUS;

– propor o debate e implantação de um projeto de serviço civil centrado na atenção básica, objetivando apoiar regiões com dificuldade para fixação de trabalhadores;

– estimular modelos alternativos de atenção especializada, de modo a atenuar o papel central do hospital, bem como a fragmentação da atenção de casos complexos, o excesso de exames complementares e de intervenções desnecessárias. Há alguns campos onde se acumularam evidências clínicas sólidas que nos dão base técnica e política para enfrentarmos interesses corporativos e econômicos indutores destas distorções. Assim, toda cirurgia que puder realizar-se fora do centro cirúrgico deverá ocorrer no modo ambulatorial; todo tratamento que puder realizar-se sem internação deverá ser realizado em atenção básica, centros especializados ou atendimento domiciliar, etc; para isto é preciso reforçar a implantação de uma rede com capacidade para realizar cirurgias ambulatoriais, atenção domiciliar, em forma de hospital-dia, etc.;

– estimular a organização de Centros de Referência para atendimento especializado, em que ocorra uma síntese entre ambulatório, hospital-dia, centro de diagnóstico e recursos para a intervenção terapêutica, aos moldes dos CACONs (Centros de Alta Complexidade em Oncologia), com adensamento de tecnologia e equipes interdisciplinares que assegurem atenção integral aos grupos de patologia;

– estimular a constituição de Centros de Regulação regionais, articulados à Área de Informação e Informática, de modo a criar centrais de vagas, garantindo acesso regulado dos encaminhamentos da atenção básica e dos PSs aos serviços de alta e média complexidade;

– organizar o acesso à alta e à média complexidade classificando os encaminhamentos por risco, variando a velocidade de acesso conforme o risco for urgente, de complicação imediata ou de fluxo normal;

– valorizar a adscrição de clientela em todos os níveis do sistema (exceto na urgência e emergência): cadastro territorial na ABS (vínculo de longo prazo), cadastro por risco nos Centros de Referência, hospitais e especialidades (vínculo enquanto durar o risco), de modo a implantar sistema de responsabilização passível de avaliação, e que faça a ligação de pessoas com pessoas – usuários com equipes de saúde do PSF, ou de Centros de Referência ou de Hospitais;

– incluir como indicador de qualidade o grau de autonomia e de autocuidado dos usuários, valorizando a educação em saúde, o aconselhamento, e a abordagem de aspectos subjetivos e sociais de cada caso;

– estimular a abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde, objetivando a ampliação da clínica; como exemplo: diabetes, hipertensão e dores osteomusculares, responsáveis por quase

dois terços da demanda de adultos na ABS deveriam ter uma abordagem ampliada, articulando-se aspectos orgânicos, subjetivos e sociais, o que significa ofertar orientação medicamentosa, dietética, sobre atividade física, trabalho, sexualidade, abrindo espaço para ampliação do arsenal terapêutico da equipe interdisciplinar, discutindo-se que atenção clínica realiza o médico generalista, o especialista, o dentista, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, etc.;

– estimular a organização de sistemas regionais de atenção pré-hospitalar, com regulação médica e acesso à rede de serviços conforme a gravidade do caso.

Todas essas mudanças dependem de negociação, realização de novos contratos com estados e municípios, mas, fundamentalmente, dependem da capacidade de o Ministério da Saúde articular um amplo movimento cultural de reforma sanitária, com seminários, debates, fóruns de discussão e de elaboração de projetos, promovendo a divulgação de experiências em que mudanças estejam ocorrendo de fato.

# Referências Bibliográficas

## SEGUNDO MÓDULO

1- BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Feitos do Ministério da Saúde: muito deles, ação conjunta de Estados e Município: ano de 2003*. Dados extraídos do relatório do TCU sobre as ações do governo em 2003. Relatório e pareceres prévios sobre contas do governo da república, exercício de 2003. Ministro Guilherme Palmeira – Relator. Brasília: TCU, 15 jun. 2004. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br>>.

## TERCEIRO MÓDULO

2- ACURCIO, F. *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil*. [S.l. :s.n., 19--?]. Adaptado. Mimeografado.

## QUARTO E QUINTO MÓDULOS

3- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigos 196 a 200.

4- ----- . Lei n.º 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 União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1999 a.

5- ----- . Lei n.º 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 União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

## SÉTIMO MÓDULO

6- CAMPOS, Gastão W. S. *Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde: o papel do Ministério da Saúde*. Brasília, 2003.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/sd>>.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>.



# Elaboração do curso

1. Adelaide Borges Costa de Oliveira
2. Alessandra Ferreira Nascimento
3. Ana da Silva Barros Diniz
4. Antonia Júlia da Silva Mota
5. Antonio Ivan Araújo Silva
6. Archimedes Guimarães de Castro
7. Bernadete Falcão da Silva
8. Carlos Antonio Alves de Almeida
9. Cleide Carvalho Toscano de Almeida
10. Cristina Riccardi
11. Danielle Soares Cavalcante
12. Deusa Maria Arruda da Rocha
13. Deusdede Gomes de Oliveira
14. Dulcineia Correa de Sousa
15. Edite Schulz Zaccolo
16. Edna Mariza Nunes Guimarães
17. Eduardo Passos
18. Elisete Vieira de Jesus
19. Elizabeth Silva de Souza Furtado
20. Emília Domingos
21. Flávia Regina de Moraes
22. Francisca Rejane Camilo Almeida
23. Francisca Souza Silva
24. Francisco Canidé dos Santos
25. Gerson Vicente de Paula Junior
26. Gilson Resende Giovani
27. Guilhermina Batista Chaves Cruz
28. Helena Isouda Lima Barreto
29. Herlon Francisco dos Santos
30. Iara de Lima Belus
31. Inácio Massaru Aihara

32. Iraci da Silva Crillanovick
33. Isa Maria Bezerra de Queiroz
34. Jacqueline Murad
35. José Honório de Figueiredo Neto
36. José Magalhães Soares
37. Joselito Pedrosa
38. Josué Ribeiro Costa da Silva
39. Leda Pereira da Silva
40. Leny gomes de Carvalho
41. Lílian de Paula Rabelo
42. Márcia Helena Nerva Blumm
43. Maria de Guadalupe Nogueira Paranaquá de Santana
44. Maria de Lourdes Magalhães
45. Maria de Lourdes Souza Ornelas
46. Maria do Perpétuo Socorro Ayres Oliveira
47. Maria do Socorro Barreto Dias
48. Maria Gorete Gonçalves Selau
49. Maria Ivaneide Camelo Depollo
50. Maria Nazaré Frota Lopes
51. Marisa Lucena Branco
52. Marlene Batista do Nascimento
53. Marlucia Aguiar de Souza
54. Marta Pazos Peralba Coelho
55. Nicéa Lopes Carvalho
56. Núbia Brelaz Nunes
57. Patricia Chaves Gentil
58. Regina Celi Barreiros Nunes
59. Rubio Cezar da Cruz Lima
60. Soraya Almeida Belisário
61. Valéria Fonseca de Paiva
62. Vânia Mara Franco Drummond
63. Vilmar Basílio da Silva
64. Wilson Soares Dourado
65. Zilda Fernandes de Oliveira Ribeiro

### **Organização do Curso**

1. Ana da Silva Barros Diniz
2. Archimedes Guimarães de Castro
3. Deusa Maria Arruda Rocha
4. Edna Mariza Nunes Guimarães

5. Elisete Vieira de Jesus
6. Emília Domingos
7. Herlon Francisco dos Santos
8. Josué Ribeiro Costa da Silva
9. Márcia Helena Nerva Blumm
10. Maria de Lourdes Souza Ornelas
11. Maria do Perpétuo Socorro Ayres Oliveira
12. Maria do Socorro Barreto Dias
13. Maria Ivaneide Camelo Depollo
14. Marlene Batista do Nascimento
15. Marlúcia Aguiar de Souza
16. Silvana Solange Rossi
17. Valéria Fonseca de Paiva
18. Zilda Fernandes de Oliveira Ribeiro

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, abril de 2007

OS 0374/2007