

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento de Apoio à Gestão Participativa

# CAMINHOS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF  
2007

© 2007 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>

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

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 200 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 4.º andar, sala 414

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2062/3315-3625

Fax: (61) 3315-3625

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

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

*Equipe Técnica:*

Ana Maria Costa

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Manoel Rodrigues Pereira Neto

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Caminhos do direito à saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

24 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Política de Saúde. 4. Direito à Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 100

---

Catlogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0407

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Paths of Right to Health in Brazil

Em espanhol: Caminos del Derecho a la Salud en el Brasil

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

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

Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Lilian Alves Assunção de Sousa

Capa e projeto gráfico: Alisson Albuquerque

## **Sumário**

Apresentação . . . . .	5
A Luta pelo Direito à Saúde no Brasil . . . . .	7
Caminhos Percorridos pelo SUS . . . . .	11
O Pacto pela Saúde . . . . .	15
Os Desafios do SUS . . . . .	17
As Prioridades Atuais do Ministério da Saúde . . . . .	19



## Apresentação

Esta publicação reúne informações básicas acerca do Sistema Único de Saúde (SUS). Resgata aspectos marcantes de sua história, seus princípios, sua estrutura e as principais diretrizes e estratégias que regem sua gestão.

Além de informar, reafirma a defesa de um sistema calcado nos princípios da cidadania e comprometido, a partir de seus fundamentos, com o direito de todos à saúde. Por isso, quanto mais próximo da realização plena dos ideais que o inspiraram, mais decisivo o SUS se torna para a construção de um país justo e desenvolvido.

Saúde, muito mais que ausência de doença, é o resultado das condições – objetivas e subjetivas – que propiciam uma vida digna. Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto das políticas públicas. Esse entendimento, que pautou desde o início o movimento pela Reforma Sanitária, é retomado com vigor no contexto atual, em que convergem diversas iniciativas de repolitização da luta pelo direito à saúde no Brasil.

Neste momento, a expectativa é que a 13.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada no final do ano, contribua para este processo. Por isso, espera-se um amplo debate entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários, nos âmbitos municipal, estadual e nacional, que pautem as necessidades e os desafios para as diversas esferas de gestão e os diferentes setores do Estado, com vistas à consolidação do SUS.

Nesse processo de repolitização, merece destaque a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída pelo presidente Lula em 13/3/2006, que vem contribuindo para o

revigoração de concepções que articulam saúde e projeto civilizatório, destacando que uma vida humana saudável depende de moradia digna, alimentação de boa qualidade e em quantidade suficiente, sistema de saneamento básico, serviços de saúde e educação de qualidade, processos pacíficos de intermediação e resolução de conflitos e relações ambientais sustentáveis. Depende ainda de um ambiente social fundado na valorização da cooperação e da solidariedade e no respeito à diversidade sociocultural.

Este documento reafirma o compromisso do Estado brasileiro com o direito à saúde e com a qualidade de vida da população brasileira, expresso na Constituição Federal sob a forma do Sistema de Seguridade Social, e se soma ao esforço histórico de movimentos sociais, técnicos e gestores do setor Saúde e demais setores da sociedade civil.

# A Luta pelo Direito à Saúde no Brasil

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, ele foi incorporado como o “direito” à assistência em saúde dos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que contemplava somente a parcela da população que contribuía para a previdência social e privava a maioria da população ao acesso às ações de saúde, restando a elas a assistência prestada por entidades filantrópicas.

Nesse contexto, a saúde não era considerada um direito, mas tão-somente um benefício da previdência social, como a aposentadoria, o auxílio-doença, a licença-maternidade e outros.

Coerentes com essa visão, durante décadas, as políticas públicas de saúde tiveram como objetivo propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital. Ao mesmo tempo, o setor Saúde era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde.

O movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor Saúde. Por isso, desde o início, pautou sua ação pelo questionamento desse quadro de iniquidades. Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960, quando foi abortado pelo golpe militar de 1964. O movimento atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 1970 e princípio dos anos 1980 e mantém-se mobilizado até o presente. Ele é formado por técnicos e intelectuais, partidos políticos, diferentes correntes e tendências e movimentos sociais diversos.

A luta pela Reforma Sanitária teve como um de seus pontos altos a realização, em 1986, da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, evento que, pela primeira vez na história do país, permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde.

A conferência foi norteada pelo princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Suas principais resoluções foram confirmadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988. Essa vitória foi fruto de intensa mobilização popular, que resultou na Emenda Popular da Saúde, subscrita por mais de 500 mil cidadãos brasileiros.

No texto constitucional, a saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, juntamente com a previdência e a assistência social. Instituiu-se o SUS, como um sistema de atenção e cuidados, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações, abrangendo a vigilância e promoção da saúde, e recuperação de agravos.

Os princípios do SUS, definidos na Constituição Federal, são detalhados nas leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Para melhor compreensão, esses princípios podem ser divididos em ético-políticos e organizativos.

Hoje, compreende-se por princípios ético-políticos do SUS:

- a universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- a integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;



- a equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação; e
- a participação social, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a co-responsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde.

Os princípios organizativos do SUS são:

- a intersetorialidade, que prescreve o comprometimento dos diversos setores do Estado com a produção da saúde e o bem-estar da população;
- a descentralização político-administrativa, conforme a lógica de um sistema único, que prevê, para cada esfera de governo, atribuições próprias e comando único;
- a hierarquização e a regionalização, que organizam a atenção à saúde segundo níveis de complexidade – básica, média e alta –, oferecidos por área de abrangência territorial e populacional, conhecidas como regiões de saúde; e
- a transversalidade, que estabelece a necessidade de coerência, complementaridade e reforço recíproco entre órgãos, políticas, programas e ações de saúde.

O conceito de saúde sustentado pela Reforma Sanitária se afina com o de qualidade de vida, entendida como a conquista histórica da capacidade de fruir e criar uma vida que atenda, dentro dos padrões da dignidade humana, as demandas de moradia,

trabalho, transporte, lazer e propicie o acesso às ações integrais de saúde, a uma educação de qualidade e a mecanismos de resolução equânime e pacífica dos conflitos.

Assim, a consolidação do SUS, como um sistema de atenção e cuidados em saúde, não é suficiente para a efetivação do direito da população à saúde. São claras as evidências que apontam para os limites da atuação de um sistema de assistência. A conquista da saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde, ou seja, o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população.

## **Caminhos Percorridos pelo SUS**

O SUS é uma conquista popular em permanente processo de construção e aperfeiçoamento, inspirada num projeto de Estado de Bem-Estar Social. Essa característica o configura como um sistema contra-hegemônico, avesso a uma visão mercantil, excludente, centrada na recuperação do dano e afinada com o ideário neoliberal de esvaziamento dos compromissos sociais do Estado. Durante a década de 1990, medidas de cunho neoliberal trouxeram prejuízos ao processo de consolidação do SUS.

A retirada do financiamento da saúde do Fundo de Seguridade Social abalou seriamente o provimento de recursos para o setor, problema que até hoje permanece sem solução definitiva. Sem contar com o volume necessário de recursos, o SUS tende a não oferecer, em quantidade suficiente e em condições adequadas ao atendimento das necessidades e demandas de saúde de toda a população, os serviços de média e alta complexidades, ou seja, aqueles que demandam maiores investimentos e que interessam, de forma particular, ao setor privado.

Do ponto de vista ideológico, ganharam terreno as teses favoráveis ao consumo individual como meio de acesso aos serviços de saúde, que vêm a saúde mais como mérito econômico individual do que como direito universal.

Esse quadro contribuiu para o fortalecimento dos planos de saúde, que compõem um sistema suplementar ao SUS e atendem especialmente categorias de trabalhadores organizados e pessoas com renda suficiente para fazer face às despesas mensais de manutenção do plano. Com isso, o processo de participação e controle social do SUS conta com pouco interesse desses setores.

Desse universo, dos vinculados aos seguros privados, está excluída a maior parte da população brasileira. Todavia, as limitações dos planos de saúde não estão somente associadas ao seu caráter mercantil e excludente: sua concepção de saúde está centrada na recuperação do dano individual e não na produção coletiva da saúde.

A onda neoliberal só não conseguiu êxito maior devido à solidez e ao enraizamento, no seio da população, da saúde como um direito de todos, a ser garantido pelo Estado. De fato, em todos os momentos em que esse direito esteve sob ameaça, a sociedade brasileira reagiu prontamente em sua defesa.

Assim, apesar dessas adversidades, nos caminhos percorridos pelo sistema, desde 1988 até aqui, não foram poucas as suas realizações, o que comprova a viabilidade e a capacidade resolutiva de um sistema baseado no direito universal à saúde.

No campo do atendimento, a produção anual da saúde no país registra cerca de 170 milhões de consultas, 2 milhões de internações e 15 mil transplantes de órgãos, que mobilizam 260 mil agentes comunitários de saúde e 27 mil equipes de saúde. No empenho de atender as macro e microdemandas de saúde de um país com dimensões continentais, o SUS desenvolveu o seu Programa Nacional de DST e Aids, que se transformou em referência internacional; atingiu 100% de cobertura vacinal; contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil; promoveu a reforma do sistema psiquiátrico; desenvolveu programas de controle do tabagismo; implantou as farmácias populares, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Saúde da Família – estratégia prioritária de organização da atenção básica, voltada para a garantia da universalidade do acesso – e o Brasil Sorridente, a nova Política Nacional de Saúde Bucal, articulada à Saúde da Família e constituída por um conjunto de ações estratégicas voltadas para a universalidade do acesso e a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira.

No campo do financiamento, apesar dos impasses gerados pelas investidas neoliberais, a luta dos setores democráticos da sociedade garantiu, ao longo dos anos, uma significativa ampliação do orçamento da Saúde. Ao mesmo tempo, os repasses de recursos da esfera federal para as esferas estadual e municipal tornaram-se regulares, atendendo aos percentuais do orçamento, pertinentes a cada esfera, estabelecidos na Constituição Federal.

Do ponto de vista da gestão, aprofundou-se o processo de descentralização e aperfeiçoou-se o sistema de referência e contra-referência. As instâncias e os mecanismos de exercício da democracia participativa, com destaque para a gestão participativa, fortaleceram-se com a implantação dos conselhos de saúde em todos os 26 estados e 5.564 municípios, bem como no Distrito Federal. A importância estratégica dessa participação está diretamente associada à própria natureza político-institucional do SUS, que tem na mobilização popular um de seus elementos dinâmico-estruturais. Isso significa que, se o SUS conseguiu se estabelecer somente pelos caminhos da luta popular, é trilhando esses caminhos que ele terá condições de se consolidar.



# O Pacto pela Saúde

Buscando atender a uma necessidade imperiosa de qualificação da gestão do SUS, foi instituído o Pacto pela Saúde, em 2006, como um fator de fortalecimento da gestão solidária entre as três esferas de gestão do SUS – União, estados e municípios –, com vistas ao atendimento das necessidades e demandas de saúde da população. O Pacto é a expressão, no campo da Saúde, do pacto federativo estabelecido pela Constituição Federal, que prevê a corresponsabilidade e a cooperação entre os entes federados.

O Pacto, firmado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), propõe uma série de mudanças na gestão e no processo de pactuação que envolve os gestores e as instâncias de controle social do SUS. Seu objetivo é estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema, de forma a avançar na consolidação do SUS. O Pacto envolve ainda o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS. Ele é resultado de um processo que vem sendo construído desde 2003.

O Pacto pela Saúde tem três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS.

O Pacto pela Vida está assentado sobre o compromisso de enfrentar as situações persistentes que afetam as populações mais vulneráveis, definindo estratégias e metas sanitárias para melhorar a sua situação, com vistas à promoção da equidade em saúde.

O Pacto em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado e a sociedade civil, a fim de consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária brasileira, por meio da

ampliação e do aperfeiçoamento das práticas de democracia participativa no SUS, visando fortalecer a ação política em defesa do direito à saúde.

O Pacto de Gestão define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e dos serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social.

O Pacto qualifica a descentralização, por meio do fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), instâncias de pactuação que atuam nos estados, e da definição de modelos organizacionais, com base em diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a serem apresentadas para deliberação dos respectivos conselhos de saúde.

Por sua vez, a diretriz da regionalização aponta para a criação de regiões de saúde, visando melhorar o acesso aos distintos serviços de saúde. Essas regiões devem ser consideradas e definidas de acordo com a realidade de vida das pessoas e das comunidades, acompanhando a existência dos serviços de saúde no local onde moram e transitam as pessoas.



# Os Desafios do SUS

Em um país marcado por profundas desigualdades sociais, a promoção da equidade constitui-se em desafio de primeira grandeza, a ser assumido pelas políticas públicas. No campo da Saúde, isso implica o enfrentamento das vulnerabilidades e iniquidades que atingem segmentos específicos, tais como mulheres, idosos, crianças, população negra, grupos de orientação sexual – GLBT –, populações do campo e da floresta e em situação de rua.

Significa também avançar na consolidação dos princípios da transversalidade e da intersetorialidade, indispensáveis para reverter as tendências à fragmentação da ação do Estado, tanto no interior do setor Saúde quanto na sua interface com os demais setores.

É impreterível, ainda, avançar no processo de qualificação da atenção integral disponibilizada pelas unidades de saúde do SUS, de forma a oferecer ao conjunto da população serviços de saúde de boa qualidade e ações de prevenção e promoção da saúde. Isso tende a fortalecer o setor público e enfraquecer os espaços em que a saúde é vista como mercadoria. Por sua vez, é necessário comprometer o setor suplementar com a promoção da saúde, e não somente com a assistência.

Assim, é necessário ampliar a provisão ao sistema de insumos e equipamentos, garantindo a sua manutenção eficiente, aprimorar a articulação dos diferentes níveis de atenção, aperfeiçoar a gestão solidária entre as três esferas de gestão e qualificar a participação popular nos conselhos de saúde.

A implementação desses princípios e linhas de ação, entre outros, converge para a ampliação e consolidação das conquistas de saúde da população brasileira. Em um sentido mais profundo,

servem para tornar mais próximo o verdadeiro horizonte da Reforma Sanitária e do SUS: um projeto civilizatório em que a saúde, em vez de mercadoria ao alcance de poucos, se constitui – ao lado da educação, moradia, trabalho, segurança, lazer, ambiente natural e social saudável, e outras conquistas que conformam uma vida propriamente humana – em direito de todos.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO  
Ministro de Estado da Saúde

# **As Prioridades Atuais do Ministério da Saúde**

**(Excerto do Discurso de Posse do Ministro**

**José Gomes Temporão, em 19/3/2007)**

- 1 Zelar pelo rigor no uso dos recursos públicos, combatendo as fraudes e instituindo controles que permitam maior participação da sociedade no uso e destino dos recursos da Saúde.
- 2 Fortalecer, expandir e qualificar a atenção básica como a estratégia central de reordenamento do sistema, a partir dos princípios da integralidade, equidade e universalidade.
- 3 Fortalecer, aprofundar e aperfeiçoar os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, através do processo de descentralização pactuado e monitorado pela tripartite e pelas bipartites, qualificando-os como espaços de gestão e formulação de políticas.
- 4 Lutar dentro governo, no Congresso Nacional e na sociedade para que a área de Saúde possa dispor dos recursos orçamentários necessários à plena realização dos ditames constitucionais.
- 5 Fortalecer o controle social com uma gestão democrática e participativa no SUS ampliando o grau de consciência sanitária, como nos ensinou Giovanni Berlinguer, e o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, bem como o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.

- 6 Adotar uma visão integrada interinstitucional, múltipla e interativa que aproxime os espaços da saúde, educação, esportes, cultura, saneamento, segurança, habitação com as políticas de inclusão social. Aqui teremos possivelmente um de nossos maiores desafios.
- 7 Fortalecer e disseminar nacionalmente a Política de Humanização, estendendo-a ao conjunto de práticas no processo de produção dos cuidados em saúde e assegurando acolhimento, conforto, respeito e qualificação técnica na atenção ao cidadão usuário do SUS.
- 8 Fortalecer a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no combate ao câncer ginecológico (a situação do câncer de colo de útero é vergonhosa, 20 mil novos casos em 2007), no planejamento familiar, na atenção ao aborto inseguro e no combate à violência doméstica e sexual; agregando também a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com DST/aids.
- 9 Melhorar o atendimento prestado às populações em situações de risco, como a população indígena, quilombolas, de assentamentos, entre outras.
- 10 Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem.
- 11 Desenvolver abordagens inovadoras em relação a grupos mais vulneráveis da população, como os idosos e o binômio mãe-bebê no 1.º ano de vida, período reconhecidamente fundamental à construção de padrões de relacionamentos sociais compartilhados e de desenvolvimento da personalidade.
- 12 Priorizar a promoção da saúde e as políticas de prevenção voltadas para as doenças prevalentes, como as cardiovasculares, câncer, as que resultam das violências, acidentes de

trabalho e de trânsito, do uso de drogas psicoativas e álcool, de hábitos alimentares, do tabagismo, entre outras.

- 13 Convocar a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) para, junto com a Universidade de Brasília (UnB) e a Escola Nacional de Administração Pública (Enap), implantarem imediatamente uma “Escola de Governo em Saúde” – cuja proposta tem se firmado como espaço essencial para a capacitação dos gestores da Saúde –, na capital federal.
- 14 Fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional – em atendimento ao desafio lançado pelo presidente Lula durante o Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) –, estreitando as relações com o Ministério das Relações Exteriores, amplificando nossa presença nos órgãos setoriais e em programas de saúde das Nações Unidas – como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Programa Facilidade Internacional para a Compra de Medicamentos (Unitaid/Fiam) e tantos outros –, assim como cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul – em especial com o Mercosul – e com os países de língua portuguesa da África e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).
- 15 Dar continuidade e aperfeiçoar a Reforma Psiquiátrica brasileira.
- 16 Buscar maior integração entre as atividades e políticas desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o SUS.
- 17 Estabelecer com os profissionais de saúde um diálogo que permita avançar na discussão da política salarial, das con-

dições de exercício profissional, do combate à precarização do trabalho, de sua qualificação permanente, adotando nesta perspectiva a máxima “cuidar de quem cuida”.

- 18 Fortalecer o papel do Ministério da Saúde em relação à pesquisa, à inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico, fortalecendo a recém-concluída política de gestão de tecnologias em saúde.
- 19 Estabelecer uma estratégia nacional de desenvolvimento e inovação para o Complexo Produtivo de Bens e Serviços de Saúde no país, pensando a saúde como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento.
- 20 Garantir o acesso da população aos medicamentos necessários através de uma política de assistência farmacêutica que integre e articule a dispensação gratuita com as novas estratégias estabelecidas pelo Programa Farmácia Popular.
- 21 Estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS, mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade. A recente regulamentação da Lei dos Consórcios e a proposta de adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais abrem novas perspectivas.
- 22 Contribuir para decifrar a esfinge do Rio de Janeiro, buscando estabelecer uma repactuação entre os gestores federal, estadual e dos municípios, na compreensão da saúde como parte de um projeto civilizatório tão fundamental para o povo carioca e fluminense.



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/SAA/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 0407/2007