

# 02 | Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde

Denizi Oliveira Reis,  
Eliane Cardoso de Araújo e Luiz  
Carlos de Oliveira Cecílio

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Apresentação .....                                | 2  |
| Linha do tempo .....                              | 3  |
| Os impasses ou dificuldades do SUS .....          | 12 |
| Buscando saídas para os problemas e impasses..... | 16 |
| Concursão .....                                   | 18 |
| Referências .....                                 | 18 |

# Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde

## Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, é a tradução prática do princípio constitucional da **saúde como direito de todos e dever do Estado** e estabelece, no seu artigo 7º, que “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.



### Destaque

As **diretrizes** do SUS são, portanto, o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município.

As diretrizes, apesar de parecerem uma coisa técnica demais, acabam tendo bastante influência no modo como os sistemas municipais de saúde são organizados, até mesmo porque, de uma maneira geral, elas são acompanhadas de recursos financeiros para a sua execução.

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos **cuidados em saúde** que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. Todos os investimentos e esforços visando à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do nosso país – inclusive este curso do qual você está participando – só podem ser entendidos no contexto da consolidação do SUS e da extensão dos seus benefícios para milhões de brasileiros.

O presente texto está organizado em três partes. Na primeira, convidamos você a percorrer uma linha do tempo que remonta, de forma sintética e inacabada, momentos da história que criaram as bases para a construção do SUS. Queremos, com isso, compartilhar com você uma ideia do quanto o SUS é fruto de uma construção histórica de décadas, com seus avanços e recuos, mas que, afinal, resultou no atual sistema de saúde brasileiro. Finalizam essa parte

alguns dados que dão uma dimensão do SUS e sua importância como política pública. Na segunda parte, apontamos algumas das dificuldades e impasses vividos pelo SUS, com destaque para aquelas que, de modo mais ou menos direto, impactam no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Por fim, na terceira parte, apontamos algumas saídas que vem sendo construídas com o objetivo de superar os desafios.



### Saiba mais

“Reforma Sanitária” é a designação que se dá à plataforma política defendida pelo “Movimento Sanitário Brasileiro”, que representou uma ampla articulação de atores sociais, incluindo membros dos departamentos de medicina preventiva de várias universidades, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) fundada em 1979 (PAIM et al. 2011), movimentos sociais de luta por melhores condições de saúde, autores e pesquisadores, militantes do movimento pela redemocratização do país nos anos 1970 e 1980 e parlamentares que faziam a crítica às políticas de saúde existentes no Brasil. A “Reforma Sanitária” incluía em sua pauta uma nova organização do sistema de saúde no país – com várias características que o SUS afinal adotou –, em particular uma concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema público de assistência à saúde, gratuito com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros.

## Linha do tempo

Apresentamos a você um conjunto de datas que marcaram o longo caminho da constituição do SUS como a principal política pública de saúde brasileira, destacando as contribuições dadas por esses eventos na construção de nosso Sistema Único de Saúde. As datas são marcadas por momentos de definição de políticas governamentais, traduzidas em **legislações específicas, que de alguma forma “pavimentaram” o caminho para o SUS**. Nesta linha do tempo, deixamos de lado outros importantes marcos na história do SUS, por preferir listar os fatos que mais se relacionam com nosso estudo.

Boa leitura!

## 1923

### Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP)

A Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde.

**1932****Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)**

Os IAPs foram criados no Estado Novo de Getúlio Vargas. Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros, mas por outro lado, representaram a concentração e disponibilização de vultuosos recursos nas mãos do Estado para financiar a industrialização. Destaca-se neste contexto o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado.

**1965****Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**

Resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.

**1977****Criação do SINPAS**

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974 e que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. É possível dizer que tal lógica do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, ainda se reproduz no interior do Sistema Único, mesmo passados mais de 20 anos desde sua criação.

1982

### Implantação do PAIS

Em 1982 foi implementado o **Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS)**, que dava particular ênfase à Atenção Primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos, a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle, a racionalização de procedimentos de custo elevado e o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Podemos reconhecer nas AIS os principais pontos programáticos que estarão presentes quando da criação do SUS.

1986

### VIII Conferência Nacional de Saúde

A realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde**, com intensa participação social, deu-se logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da **saúde como direito universal e como dever do Estado**, atributos seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988. A VIII CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, no 8.080/90 e no 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, os quais propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

Registro da 8ª Conferência,  
realizada em 1986



Editado de [http://cvirtual-bvs.bireme.br/tiki-read\\_article.php?articleId=63](http://cvirtual-bvs.bireme.br/tiki-read_article.php?articleId=63)

1987

**1987 - Criação dos SUDS**

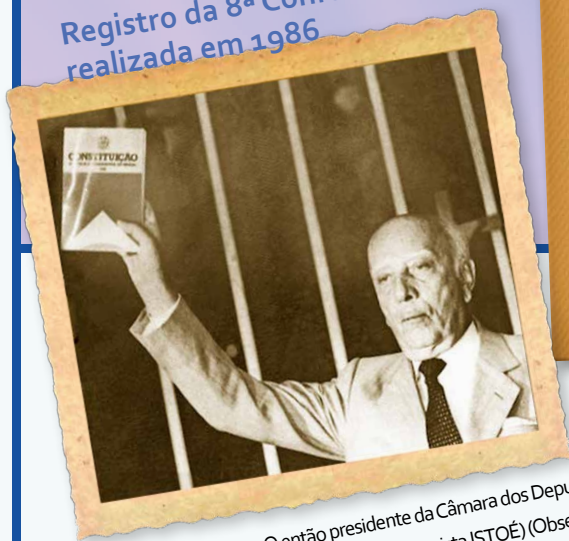
Nesse ano foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As Secretarias Estaduais de Saúde foram muito importantes nesse movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar nos **SUDS** os antecedentes mais imediatos da criação do SUS.

1988

**Constituição Cidadã**

Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “**Direito de todos e dever do Estado**” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Registro da 8ª Conferência,  
realizada em 1986



O então presidente da Câmara dos Deputados, Ulysses Guimarães declara a entrada em vigor da nova Constituição Federal. (Créditos: Revista ISTOÉ) (Observar pois no texto disponível na internet aparece em cima da foto “Registro da 8ª Conferência, realizada em 1986”, o que estaria errado, o texto correto seria: “O então presidente da Câmara dos Deputados, Ulysses Guimarães declara a entrada em vigor da nova Constituição Federal”).  
Editado de [http://content-portal.istoe.com.br/istoeimagens/imagens/mi\\_12353830540692164.jpg](http://content-portal.istoe.com.br/istoeimagens/imagens/mi_12353830540692164.jpg)

1990

**Criação do SUS**

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A primeira lei orgânica do SUS detalha: os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente **estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde**, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

1991

**Criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)**

Criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) para o acompanhamento da implantação e da operacionalização da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo.

1993

**NOB-SUS 93**

Nesse ano foi publicada a **NOB-SUS 93**, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias que consagra a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) (BRASIL, 1993).

A população foi a grande beneficiada com a incorporação de itens de alta complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência. Com a grande extensão de programas de saúde pública e serviços assistenciais, deu-se o início efetivo do processo de descentralização política e administrativa, que pode ser observado pela progressiva municipalização do sistema e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais.

A participação popular trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).



1994

## Marca Oficial

**Saúde da Família**

O Programa Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como “Estratégia Saúde da Família” (por não se tratar mais apenas de um “programa”), teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia Saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de Atenção à Saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior – calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado – encontram, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira, verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um “novo modo de fazer saúde”.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria no 648, de 28 de março de 2006, na qual ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica – que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011, a portaria GM no 2.488/2011 revogou a portaria GM no 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2011)

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa\\_Saúde\\_da\\_Família](http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_Saúde_da_Família)

1996

**NOB 96**

A edição da NOB 96 representou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de Atenção. Para isso, ela acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criando incentivo explícito às mudanças, na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo (pagamento por produção de serviços, como o INAMPS usava para comprar serviços do setor privado) A NOB 96 (BRASIL, 1996) institui o PAB (Piso da Atenção Básica), que “consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal”. O PAB é composto de uma parte fixa e uma parte variável. O PAB fixo é calculado baseando-se na população de cada município (fornecido pelo IBGE) multiplicado por um valor per capita nacional, este valor é transferido regular e automaticamente ao fundo municipal de saúde. A parte variável do PAB consiste em recursos financeiros destinados a incentivar os municípios a implantarem algumas estratégias para a reorganização do modelo de atenção à saúde, tais como: Estratégia Saúde da Família (ESF); Programa de Agentes Comunitários de Saúde entre outros. A NOB 96 prevê o pagamento de incentivos financeiros proporcionais aos percentuais de cobertura da população para os municípios que desenvolverem estas estratégias. As principais inovações da NOB 96 foram: a) a concepção ampliada de saúde – considera a concepção determinada pela Constituição englobando promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc.; b) o fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada – consagrada na prática com as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde; c) as transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB-SUS 96), com base na população e em valores per capita previamente fixados; d) novos mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, nos quais os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996). Na gestão plena da Atenção Básica, os recursos são transferidos de acordo com os procedimentos correspondentes ao PAB. A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar continuam financiadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). No caso dos municípios em gestão plena do sistema, a totalidade dos recursos é transferida automaticamente.

2002

### Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS)

No ano 2002 é editada a **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS)**, cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais, estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços. Como veremos adiante, o Pacto pela Vida tem sua grande força, exatamente em um novo ordenamento dos processos de regionalização do SUS (BRASIL, 2002).

Como dissemos anteriormente, outras linhas do tempo poderiam ter sido construídas. Por exemplo, o atual SUS tem uma vertente importante na sua constituição, que é aquela formada pelas políticas de combate às grandes endemias que inauguram a genealogia das políticas de saúde no Brasil, ainda no final do século XIX. Um bom exemplo disso foi a polêmica campanha contra a febre amarela conduzida por Oswaldo Cruz naquele século, com armas próprias da Saúde Pública, em particular o uso da epidemiologia, e medidas mais amplas de saneamento, vacina e educação sanitária, muito menos do que assistência médica propriamente dita. Seria possível, portanto, construir outras linhas do tempo nas quais a questão da assistência médica propriamente dita teria menos importância. Na verdade, o SUS pode ser visto como desaguadouro tanto de uma linha do tempo que enfatiza a dimensão assistencial – como a que está sendo apresentada neste texto – quanto de uma linha do tempo que contaria a história das vigilâncias epidemiológica e sanitária e suas contribuições para o que hoje denominamos de “vigilância em saúde”. Sabemos que essas duas vertentes do SUS ainda permanecem como água e óleo, ou seja, não conseguem realmente misturar-se para produzir a integralidade do cuidado. Entre as muitas expectativas colocadas na Estratégia Saúde da Família, uma delas é que consigamos um experimento dessa tão desejada “mistura”.

2006

### Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).



Um filme produzido pelo Ministério da Saúde, Organização Pan Americana de Saúde e Fundação Euclides da Cunha apresenta as Políticas Públicas de Saúde desde 1900 até 2006 aproximadamente e pode ser acessado em: <https://www.youtube.com/watch?v=VvH4bd3JQE>



## Destaque

Dados de 2014 apontam que 128 milhões de pessoas foram visitadas por agentes comunitários de saúde, 121 milhões de pessoas foram atendidas por 39 mil equipes de Saúde de Família. Os dados indicam também que 24 mil equipes de Saúde Bucal e quase 4 mil Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) estão envolvidas no trabalho no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Em 2014, o SUS produziu 4,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, sendo 1,5 bilhões de consultas, 11,2 milhões de internações, 90 milhões de procedimentos odontológicos, 662 milhões de exames laboratoriais, 1,9 milhões de partos, 17,4 milhões de ultrassons, 3,8 milhões de tomografias e 948 mil ressonâncias magnéticas, 47 milhões de sessões de fisioterapia, 24 milhões de ações de vigilância em saúde, 63 mil transplantes, 267 milhões de vacinas, 4,4 milhões de cirurgias, 12,8 mil transplantes e o controle mais efetivo de HIV/AIDS no terceiro mundo.

Para finalizar esta primeira parte e compartilhar com você o orgulho dos avanços do SUS nestes seus 20 anos de criação, nada melhor que o balanço feito por Nelson Rodrigues dos Santos, militante histórico do Movimento Sanitário Brasileiro, em 2008:

Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007).

## Os impasses ou dificuldades do SUS

Apesar dos seus inegáveis avanços, como atestam os números citados anteriormente, a construção do SUS encontra vários entraves, entre os quais destacamos, para os propósitos do presente texto, apenas dois, até porque eles com certeza impactam diretamente no seu trabalho no âmbito da estratégia de saúde da família: a) o subfinanciamento; b) as insuficiências da gestão local do SUS.

a) **O subfinanciamento**, isto é, os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades.

A questão do financiamento do Sistema Único de Saúde é histórica. A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) em seu artigo 198 estabelecia que o SUS seria financiado com os recursos do Orçamento da Seguridade Social, além de outras fontes. Porém, em decorrência de diversos motivos, entre eles o crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões, obrigou a previdência a utilizar parcelas crescentes do Orçamento da Seguridade Social. Em 1993 a receita de contribuições de empregados e empregadores, uma fonte tradicional de financiamento da assistência médica (representando um terço do orçamento do Ministério da Saúde), passou a financiar exclusivamente o pagamento de benefícios previdenciários, impondo ao Ministério da Saúde o endividamento para pagar as despesas de custeio. (BRASIL, 2007)

Diante deste cenário, alguma medida havia de ser tomada para financiar a saúde, desta forma, em 1994, contando com o prestígio do então Ministro da Saúde Adib Jatene foi aprovada a CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira). Mas, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2007) a CPMF funcionou como uma fonte substitutiva, ou seja, “a incorporação de seus recursos correspondeu, quase na mesma proporção, a diminuição de outras fontes” (BRASIL, 2007 p.28).

Durante a década de 90 não havia nenhum parâmetro legal que obrigasse os Estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área de saúde (CAMPELLI e CALVO, 2007). A economia, bem como as políticas públicas de financiamento do SUS no âmbito da União eram instáveis, utilizando-se de medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos para o setor (GIOVANELLA et al., 2012)

A Emenda Constitucional 29 (EC-29) (BRASIL, 2000) foi criada com o objetivo de superar os problemas de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentados nos anos 90 (CAMPELLI e CALVO, 2007). A EC-

29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (CAMPELLI e CALVO, 2007).

“A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS.” (BRASIL, sd).

Porém, em decorrência do conceito ampliado de saúde, baseado nos determinantes sociais do processo saúde doença, tornou-se imperativo a regulamentação da Emenda Constitucional 29 indicando com clareza e detalhamento o conceito de ações e serviços públicos de saúde para efeito do cumprimento da Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2007).

A Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) vem preencher esta lacuna indo mais adiante, pois define não só o que são considerados gastos com ações e serviços públicos de saúde, mas também o que não pode ser considerados sob esta rubrica.

De acordo com a Lei Complementar 141/2012, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos e os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos.

A Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012a) tem um papel fundamental para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do cumprimento da Emenda Constitucional 29.

O Ministério da Saúde produziu um filme que ajuda a entender melhor a Lei Complementar 141 e que pode ser acessado em: [www.youtube.com/watch?v=ZFoZl1KarOE](http://www.youtube.com/watch?v=ZFoZl1KarOE)

Para Nelson Rodrigues dos Santos:

a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. Mantém o financiamento público anual per capita abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do praticado no Canadá, países europeus, Austrália e outros. Também é fundamental ter presente que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, como era previsto nas Disposições Constitucionais Transitórias (DCT) da Constituição, era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com Universalidade, Igualdade e Integralidade. Se tivesse sido implementada tal medida, hoje haveria R\$ 106,6 bilhões para o financiamento do sistema, e não aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008. O financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão em função do cumprimento dos princípios Constitucionais (SANTOS, 2007).

Paim *et al* (2011) apontam que em 2008, dos gastos totais com saúde, 56% eram custeados com recursos públicos, 21% pelos planos/seguros de saúde e 19% pagos com recursos do próprio bolso.

Para quem trabalha no âmbito da Estratégia Saúde da Família, tal insuficiência de recursos é sentida, principalmente, quando há necessidade de se acessar os outros níveis de maior complexidade do sistema, cuja oferta parece sempre aquém das demandas.

Por outro lado, o autor destaca que

houve também a opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do IR, do cofinanciamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizada mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas (SANTOS, 2007).

**b) As insuficiências da gestão local do SUS.** A gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte – sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes. A gestão municipal é idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz, porque “estaria mais próxima dos cidadãos”

e mais sensível aos seus anseios. O SUS denomina como “gestão local” o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização, na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares, das grandes diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde.

Pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo realizaram recente pesquisa em 20 pequenos municípios de duas regiões de saúde próximas a São Paulo. Por serem municípios pequenos, estes funcionaram como um verdadeiro “laboratório” de observação das reais condições de operacionalização em muitos municípios brasileiros, já que pouco mais de 80% dos municípios do país têm menos de 20 mil habitantes. Vejamos alguns dados sobre a operacionalização real do SUS mostrados pelo estudo (CECÍLIO *et al.*, 2007):

- **A baixa resolutividade da rede básica de serviços** montada no país desde a década de 1980, mas acelerada nos anos 1990, fruto de uma gestão do cuidado desqualificada, em particular pela realização de uma clínica degradada, pela baixa capacidade de construção de vínculo e produção de autonomia dos usuários. Tem havido grande dificuldade de produção de alternativas de cuidado ao modelo biomédico e sua poderosa articulação com o complexo médico-industrial e acelerado processo de incorporação tecnológica. Isso tem resultado em encaminhamentos desnecessários e excessivos e alimenta as filas de espera em todos os serviços de média e alta complexidade, além de resultar: na fragmentação dos cuidados prestados; na repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; numa perigosa poliprescrição medicamentosa; na confusão e no isolamento dos doentes; e inclusive na perda de motivação para o trabalho por parte dos clínicos da rede básica.



### Saiba mais...

O modelo biomédico (biomedicina) é construído a partir da forte ênfase e valorização da materialidade anatomofisiológica do corpo humano e a possibilidade de se produzir conhecimentos objetivos sobre seu funcionamento normal e suas disfunções, o que permitiria “intervenções” para a volta à “normalidade”. Esse seria o papel principal da medicina. Metaforicamente, podemos dizer que o corpo é pensado como uma “máquina”. É inegável que a medicina tecnológica, mesmo operando com tal modelo “reducionista”, tem contribuído para uma formidável melhoria nos indicadores de saúde, inclusive para o aumento da perspectiva de vida. No entanto, hoje temos a compreensão de que é necessário operar com uma combinação mais complexa de saberes, enriquecida por outras contribuições além da biomedicina (psicanálise, psicologia, ciências humanas, saberes populares etc.), se quisermos ampliar no sentido de produzir um cuidado mais integral.

- **Os modelos assistenciais e consequentes modos de organização de processos de trabalho** adotados na rede básica de saúde têm resultado, quase sempre, em pouca flexibilidade de atendimento das necessidades das pessoas e em dificuldade de acesso aos serviços em seus momentos de maior necessidade, fazendo aumentar a demanda desordenada pelos serviços de urgência/emergência.
- **Deficiência na formação dos profissionais de saúde**, ainda muito centrada em práticas curativas e hospitalares, com consequente dificuldade de desenvolvimento de práticas mais integrais e resolutivas de cuidado, incluindo a capacidade de trabalhar em equipe, implementar atividades de promoção e prevenção em saúde e ter uma postura mais ética e cuidadora dos usuários do SUS.
- **Deficiência na gestão dos sistemas locais regionais de saúde** que se traduz em: a) baixa capacidade de fazer uma adequada regulação do acesso aos serviços de saúde voltada para seu uso mais racional e produtivo; b) baixíssima ou quase nula capacidade de gestão do trabalho médico, em particular avaliação e acompanhamento da produtividade, qualidade do trabalho e resolutividade desses profissionais; c) baixa capacidade de planejamento/programação de serviços a partir de indicadores epidemiológicos e estabelecimento de prioridades para alocação de recursos; d) pouca ou nenhuma prática de priorização de “gestão de casos” em situação de alta vulnerabilidade dos pacientes com o objetivo de garantir o uso dos múltiplos recursos necessários para o cuidado de forma mais racional e integrada.
- **O forte protagonismo dos usuários**, que ainda fazem uma clara valorização do consumo de serviços médico-hospitalares; a garantia de acesso ao atendimento mais rápido em serviços de urgência/emergência; e a busca por segurança e satisfação na utilização de tecnologias consideradas mais potentes, em particular a utilização de fármacos; a realização de exames sofisticados; e o acesso a especialistas. Tais percepções seriam componente importante da explicação da demanda sem fim por atendimento médico que desqualifica todos os parâmetros de programação e planejamento dos serviços de saúde.

Todas essas explicações talvez pudessem ser dispostas na forma de uma complexa rede causal que, mesmo tendo seus “nós críticos”, acabam todas, de uma forma ou de outra, contribuindo para a formação de filas, demora no acesso e longas esperas. Em última instância, reforçando a reconhecida insuficiência de recursos necessários para o atendimento às necessidades das pessoas.



## Destaque

Santos, falando das dificuldades do SUS (SANTOS, 2007), aponta para problemas parecidos. Observe:

- a) a atenção básica expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolatividade, não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais;
- b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal);
- c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela do SUS na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade;
- d) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e conseqüente agressividade de captação de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;
- e) as diretrizes da integralidade e equidade pouco ou nada avançam;
- f) a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta da população aprofunda a iniquidade e a fragmentação do sistema;
- g) o modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados.



## Saiba Mais

Entende-se como **judicialização do acesso** a utilização de ações judiciais, amparadas no princípio constitucional da **saúde como direito de todos e dever do Estado**, para garantir o acesso a medicamentos e procedimentos de alto custo. Apesar de ser, em princípio, a realização de um preceito constitucional, vários gestores e autores apontam para distorções provenientes da articulação entre os interesses das indústrias de medicamentos e equipamentos e alguns médicos que fariam a “justificativa” de suas indicações sem critérios técnicos bem definidos. Outro problema apontado é que os estratos mais pobres da população, com menos acesso a um advogado, acabam sendo preteridos em relação àqueles com melhores condições econômicas, resultando na iniquidade apontada pelo autor.

Apesar das dificuldades enfrentadas neste percurso é preciso considerar que houve um aumento no acesso aos serviços de saúde após a criação do SUS. A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) realizada em 1981, antes da implantação do SUS, observou que 8% da população (9,2 milhões de pessoas) relataram ter utilizado o serviço de saúde nos últimos 30 dias. Em 2008, 14,2%, ou seja, 26,8 milhões de pessoas, afirmaram ter usado o serviço nos últimos 30 dias. Tais dados apontam um aumento da ordem de 174% no uso dos serviços de saúde durante este período (PAIM et al., 2011)

Santos ressalta que:

ao lado dos inestimáveis avanços da inclusão, com a expansão dos serviços públicos, atendendo necessidades e direitos da população, permanece ainda um inaceitável percentual de ações e serviços evitáveis ou desnecessários,

bem como de tempos de espera para procedimentos mais sofisticados, geradores de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis. Só de hipertensos temos 13 milhões e de diabéticos, 4,5 milhões na espera de agravamento com insuficiência renal, doenças vasculares e outras, mais de 90 mil portadores de câncer sem acesso oportuno à radioterapia, 25% dos portadores de tuberculose, hansenianos e de malária sem acesso oportuno e sistemático ao sistema, incidências anuais de 20 mil casos novos de câncer ginecológico e 33 mil casos novos de AIDS, entre dezenas de exemplos de repressão de demandas (SANTOS, 2007).

Santos ainda aponta que:

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos. A reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco. Este contexto extremamente adverso e desgastante não justifica, contudo, passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes constitucionais, na gestão descentralizada do SUS nem ao nível central. O modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito.

## Buscando saídas para os problemas e impasses

Na breve linha do tempo que vimos anteriormente, muitas iniciativas foram tomadas para a implementação do SUS, a partir de 1990, com forte ênfase na descentralização e municipalização das ações de saúde. Esse processo de descentralização ampliou o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, política e administrativa do país. Evidenciaram-se, com maior clareza, as diferenças regionais, tornando mais complexa a organização de uma rede de serviços que atendesse às diferentes necessidades dos brasileiros. Em princípio, a responsabilidade pela gestão do SUS é dos três níveis de governo, e as normas operacionais vinham regulamentando as relações e responsabilidades dos diferentes níveis até 2006, momento em que se instituiu o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas nas relações institucionais e no fortalecimento da gestão do SUS.



### Saiba Mais

As mudanças se dão com a intenção de fortalecer os processos de cooperação e solidariedade entre entes federados (União, estados e municípios) e reafirma os princípios constitucionais do SUS. As inovações estão presentes na ênfase dada às pactuações regionais celebradas e gerenciadas nos colegiados regionais de saúde, na medida em que se toma a regionalização como eixo estruturante de organização das redes de Atenção à Saúde que possibilite atenção integral ao usuário.

Mais recentemente foi publicado o Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011. Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080/90, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

Um filme produzido pelo Ministério da Saúde explica em maiores detalhes o Decreto 7508. Acesse em <<https://www.youtube.com/watch?v=p6hZ9yzi-Fc>>

O Artigo 2.o. do Decreto 7.508 traz as seguintes definições:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada,



com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; eo acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

De acordo com o Decreto 7.508, para ser instituída a Região de Saúde a mesma deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
  - II - urgência e emergência;
  - III - atenção psicossocial;
  - IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
  - V - vigilância em saúde.
- Os entes federativos que compõem uma Região de Saúde deverão definir:
- I - seus limites geográficos;
  - II - população usuária das ações e serviços;
  - III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
  - IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

A seguir serão apresentados alguns aspectos relevantes definidos pelo Decreto 7.508/2011:

- A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
- O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS) é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.
- O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS) definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.
- As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.
- O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.
- A criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.
- A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.
- A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.
- A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Cabe ressaltar que de acordo com o Art. 12, ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Entre os desafios relativos à gestão e organização do sistema, Giovanella et al. (2012) aponta a heterogeneidade da capacidade de gestão entre diferentes municípios e estados e a persistência da superposição e excesso de oferta de algumas ações e insuficiência de outras, demonstrando pouca integração entre os serviços. O Decreto 7.508/2011 está sendo implementado e tem possibilidades de enfrentar tais desafios e, se não for possível resolve-los em sua totalidade, mas ao menos amenizar tais discrepâncias, lembrando que o Sistema Único de Saúde é um processo em construção, onde as diferentes medidas adotadas sempre vislumbram a melhora dos serviços e conseqüentemente a melhora da saúde da população brasileira.

Em relação à Atenção Básica, que é considerado um dos Pilares do Sistema Único de Saúde, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a sua organização, para organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

### Programas federais que visam superar o déficit de profissionais em regiões de periferia e de difícil acesso

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) é uma iniciativa do governo federal para promover o aperfeiçoamento de médicos na Atenção Básica e favorecer o provimento de profissionais em regiões de difícil acesso, como no interior dos estados e em periferias das grandes cidades. O programa oferece uma bolsa mensal, paga pelo governo federal, e incentivo de 10% nas provas de residência aos profissionais que atuarem durante um ano em periferias de grandes centros, municípios do interior ou em áreas mais distantes. Os profissionais participantes deste Programa passam por curso de especialização em Saúde da Família, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento na Atenção Básica, considerando que aproximadamente 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível de atenção.

O Programa Mais Médicos (PMM) também é uma iniciativa do governo federal visando a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. O Programa prevê investimentos em infraestrutura, tanto da rede hospitalar, como das unidades de saúde, e objetiva também levar mais médicos para regiões onde há carência destes profissionais. As vagas do PMM são oferecidas prioritariamente para médicos brasileiros, que tenham interesse em atuar nas regiões onde faltam profissionais. Caso não se consiga preencher todas as vagas, serão aceitas candidaturas de estrangeiros. O objetivo principal desta vertente do Projeto é levar médicos a todas as regiões do país, inclusive as mais distantes.

As vagas do PMM são oferecidas prioritariamente para médicos brasileiros, que tenham interesse em atuar nas regiões onde faltam profissionais. Caso não se consiga preencher todas as vagas, serão aceitas candidaturas de estrangeiros. O objetivo principal desta vertente do Projeto é levar médicos a todas as regiões do país, inclusive as mais distantes.

Também visando resolver a problemática da falta de médicos em muitas regiões do país, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, pretendem autorizar a abertura de 11,5 mil novas vagas nos cursos de medicina no país até 2017. Porém, é o Governo Federal quem irá definir quais são as áreas que devem receber novos cursos de medicina, considerando as prioridades do SUS e as universidades deverão então apresentar propostas para abertura de novos cursos para estas regiões. Também é requisito para abertura de novos cursos a existência de Programas de Residência Médica em especialidades consideradas prioritárias para o SUS, como: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, e Medicina de Família e Comunidade.

## Conclusão

Após a leitura desta unidade, gostaríamos que você pudesse refletir, em profundidade, sobre o que está ao seu alcance e da equipe com a qual você trabalha, para a concretização dos princípios de integralidade, equidade e qualidade estabelecidos pelo SUS. O SUS depende da atuação concreta de milhares de trabalhadores das equipes da ESF espalhadas por todo o país, para que suas possibilidades de defesa da vida tornem-se realidade para milhões de brasileiros e brasileiras!

## Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **CNS defende a regulamentação da EC nº 29**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>> Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 3)

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de set 2000.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990. p. 018055.

\_\_\_\_\_. Lei complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 jan 2012a. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b. (Serie E. Legislação em Saúde). Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica- SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq\\_doc/noas\\_sus2002.pdf](http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

CAMPELLI MGR, CALVO MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n. 7, p. 1613-23, 2007.

CECÍLIO, L. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/903>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

CONILL, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, p.S7-S27, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.(Organ). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-293, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

PAIM, P.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; LIGIA BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, maio 2011. Disponível em <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_822103381.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf)> Acesso em: 04 nov. 2015.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

SANTOS, K.T.; SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; ARCIERI, R.M.; CARVALHO, M.L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, p.1023-28, 2011. Suplemento 1. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.