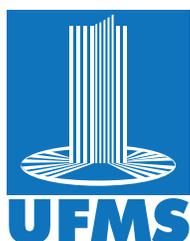
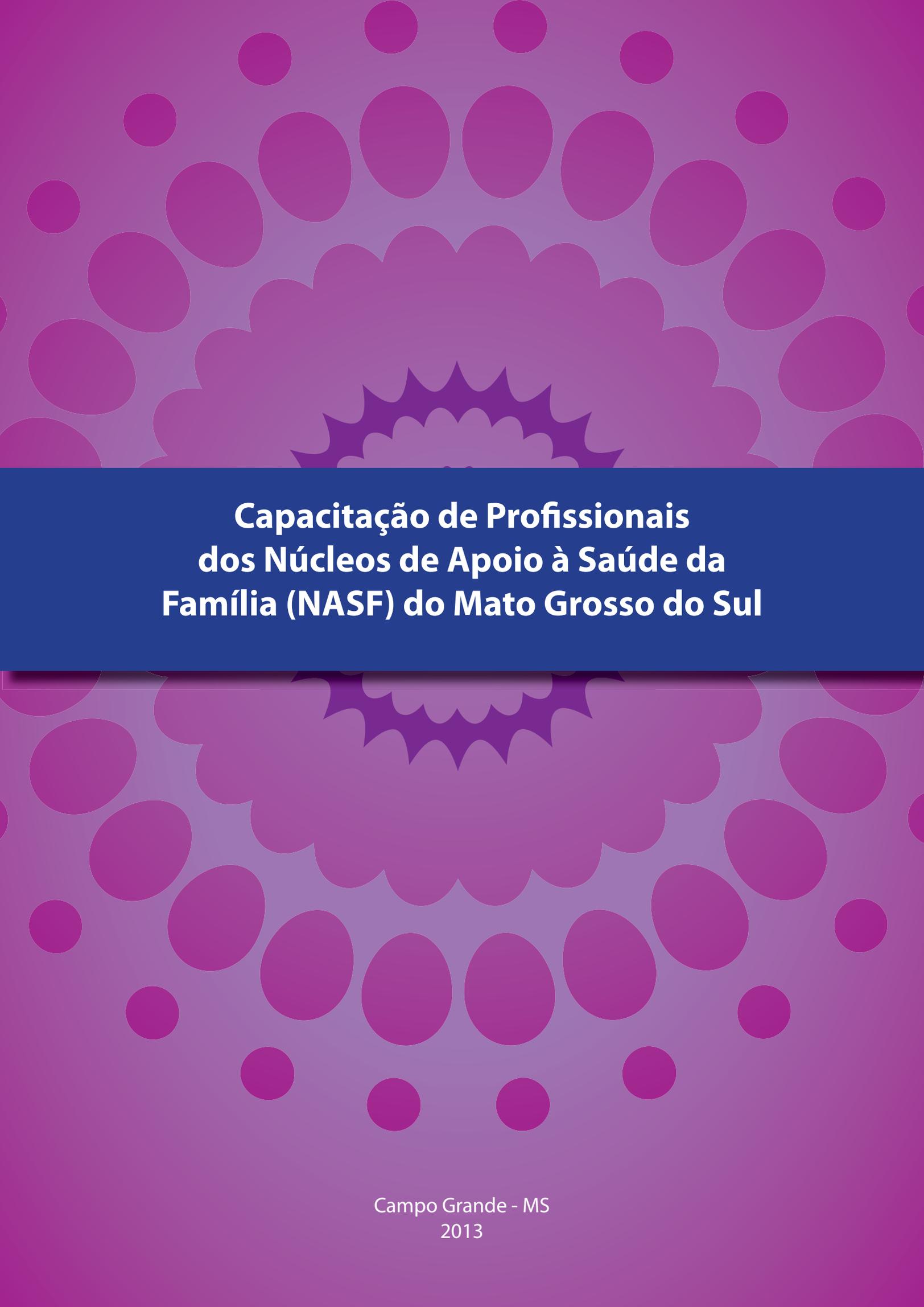




Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul



Campo Grande - MS
2013



**Capacitação de Profissionais
dos Núcleos de Apoio à Saúde da
Família (NASF) do Mato Grosso do Sul**

Campo Grande - MS
2013

SUMÁRIO

Módulo 1 - O Estado e as Políticas Públicas de Saúde..... 4

Apresentação..... 5

Capítulo 1 - História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil..... 6

1.1 O Estado..... 6

1.2 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil até 1933..... 7

1.3 As Políticas de Saúde no Brasil de 1933 a 1966..... 9

1.4 As Políticas de Saúde no Brasil de 1966 a 1977..... 9

1.5 As Políticas de Saúde no Brasil de 1978 a 1988..... 11

1.6 As Políticas de Saúde no Brasil entre 1989 e 1990..... 16

Referências..... 17

Capítulo 2 - O Sistema Único de Saúde e suas Bases Legais 20

1. O Sistema Único de Saúde..... 20

1.1 Princípios do Sistema Único de Saúde..... 21

1.2 Participação Social e o Controle Social no SUS..... 25

1.3 A Lei o 8.080..... 27

1.4 O “Pacto pela Saúde” no Brasil..... 28

1.5 A Política Nacional de Atenção Básica..... 30

1.6 Decreto 7.508..... 32

1.7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família..... 34

Referências..... 37



Módulo 1:
O Estado e as Políticas Públicas de Saúde

APRESENTAÇÃO¹

¹A história pode ser contada de muitos modos. Costumeiramente, nas escolas de ensino fundamental e médio, ela é apresentada como uma sucessão cronológica de fatos históricos: uma narrativa que ressalta as ações de sujeitos políticos considerados importantes e o modo como diferentes ideias sobre as coisas foram se firmando nas sociedades ao longo do tempo.

Na saúde não é diferente. Em escolas de formação de profissionais de saúde podemos aprender que as descobertas de Pasteur, na França, acerca dos microorganismos patogênicos, justamente por representarem um “grande avanço científico” é que se tornaram a base do pensamento hegemônico na explicação das causas das doenças. A partir desse marco, como desdobramento “natural e racional”, estabeleceu-se o modelo unicausal de explicação da doença e se adotou a estratégia campanhista como modo de ação da saúde pública. Podem nos ensinar que foi Getúlio Vargas, o “pai dos pobres”, “sensibilizado” com a situação de saúde de nosso povo, o responsável pela ampliação da assistência médica a uma parcela importante dos trabalhadores urbanos, inaugurando com esse ato uma nova fase nas políticas de saúde do Brasil. Ou, ainda, que foi devido à evidência incontestável da superioridade científica da medicina dos Estados Unidos que, na segunda metade do século XX, o Brasil, na tentativa de se modernizar, desenvolveu uma medicina privada hospitalar de “ponta”.

Nas histórias contadas como nestes exemplos não parece haver conflitos entre os diferentes sujeitos sociais. Aliás, nem aparecem como tal. Tudo parece ser muito lógico, muito racional, tudo acontece como se a sociedade se desenvolvesse numa evolução “modernizante”, saltando de um pensamento menos avançado para um outro mais avançado. É como se todos os grupos sociais progressivamente mudassem seus comportamentos, interesses e necessidades para se adequarem ao exercício prático de um novo pensamento, mais moderno: sempre neutro, melhor e inquestionável.

Entretanto, nesse curso, entendemos que são as relações e os processos de luta entre os diferentes grupos sociais que dão vida ao processo histórico. Pensamos que não é possível compreender esses fenômenos se não olharmos e estudarmos as dimensões econômicas, sociais, políticas e culturais da luta entre grupos sociais portadores de diferentes necessidades, interesses e alternativas de futuro para o desenvolvimento da saúde e da sociedade.

Aqui veremos que concepções e ações de saúde não são construções abstratas. Pelo contrário, são construções concretas e históricas de cada formação social. Como você vai conferir, as formas de produzir saúde são vivenciadas na vida social, repercutindo, simultaneamente, nas ideias que se tem sobre a saúde.

Assim, esse Módulo tem o objetivo de que você conheça, compreenda e reflita sobre a evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil até o contexto atual, assim como analise e reflita sobre a inserção dos princípios do SUS em suas práticas e nas práticas da equipe em que trabalha.

No capítulo 1 analisaremos os nexos entre a saúde e as políticas públicas, “mergulhando” na cena política brasileira do século XX. A prioridade será a reflexão sobre os principais acontecimentos na política e na saúde, estabelecendo nexos entre a saúde com a política, a economia e os movimentos sociais em cada contexto. No capítulo 2, será a vez de refletir sobre a atual organização da saúde no Brasil, possibilitando a análise de tal organização conectada às suas práticas como profissional de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em seu Município.

1 Este texto é uma adaptação da Unidade 2: A luta pela saúde e por um SUS pra valer (Complexo Temático 2 – O SUS e os processos de Trabalho em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Hêider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luis Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

E por que precisamos recuar ao início do século XX? Porque é lá que vamos encontrar transformações decisivas na sociedade brasileira nos planos econômico, político, social e cultural, quando ocorrem as primeiras tentativas de organizar a saúde sob a chancela do Estado. Trata-se de um legado que não se pode desprezar para o enfrentamento dos desafios atuais.

Capítulo 1 - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL²

Autoras: Mara Lisiane de Moraes dos Santos; Adriane Pires Batiston

1.1 O Estado

Não é fácil analisar a sociedade brasileira sem refletir, primeiramente, sobre o que é o **Estado**, identificado pelo senso comum como algo etéreo, acima do bem e do mal, guardião neutro dos direitos individuais e, por algumas correntes de pensamento, como algo separado da vida real e, portanto, como uma abstração.

O **Estado**, em sentido amplo (GRAMSCI, 2004), comporta duas esferas principais: a sociedade política – o Estado em sentido estrito –, formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal do controle e da execução das leis (burocracia executiva, polícia, forças militares), e a sociedade civil, formada pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e difusão de concepções de mundo, de ideologias (meios de comunicação, sindicatos, escolas, etc.). Ambas (sociedade política + sociedade civil) formam o *Estado ampliado*. Não há, portanto, oposição entre uma e outra esfera. Elas se complementam.

Dois outros conceitos propostos também por Gramsci, **força social** e **hegemonia**, serão particularmente úteis ao nosso estudo. Explicando melhor: Em cada momento histórico de cada sociedade, **forças sociais** se aliam ou se enfrentam na defesa de interesses, definindo as possibilidades de transformação de uma determinada realidade e o grau que essas transformações podem atingir. A dinâmica que dá vida a esse processo é a disputa pela **hegemonia**, o confronto entre modos de conceber a realidade e agir sobre ela. São os projetos de hegemonia que conferem expressão e significado a uma força social (RUMMERT, 2000).

Esclarecida a forma pela qual compreendemos o Estado na sua forma ampliada, fica ainda a pergunta: O Estado se configura sempre da mesma forma em todas as sociedades? O que confere especificidade à cena política brasileira? Carlos Nelson Coutinho (2006, p. 175) tem boas indicações a respeito dessa questão:

- nosso primeiro Imperador, Pedro I, era filho do rei de Portugal, revelando quanto foi débil, no Brasil, a ruptura entre a situação de colônia e de país independente;
- junto com o Imperador, herdamos a burocracia portuguesa, reforçada com a vinda de D. João VI, em 1808; a Independência não foi, portanto, um rompimento com a ordem estatal e socioeconômica anterior, mas um rearranjo entre diferentes frações das classes dominantes;
- o principal protagonista do processo de industrialização brasileiro foi o próprio Estado, seja por meio das medidas que favoreciam as indústrias, seja pela criação direta de empresas estatais

² Este texto é uma adaptação da Unidade 2: Trabalho, Saúde e Educação: uma estreita relação do Complexo Temático 1: Trabalho, saúde e educação. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Maria Inês do Rego Monterio Bomfim, Milta Neide Freire Barron Torrez; Sonia Maria Rummert. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. Outros autores foram inseridos no sentido de complementação do texto.

(Petrobras, Companhia Siderúrgica Nacional – CSN, entre outras);

- a nação brasileira foi constituída “pelo alto”, isto é, a partir de um Estado “forte” e não a partir das massas populares; só depois dos anos 1970 nossa sociedade civil mostra sinais de força e articulação;
- o fato de o Estado ter, na história da nossa formação social, essa característica “forte” não o impediu, entretanto, de estar a serviço dos interesses privatistas em primeira instância.

Orientações para o estudo

- Faça, primeiramente, uma cuidadosa leitura individual do Item para ter uma visão da sua totalidade. Em caso de dúvida sobre o significado de alguma palavra, um dicionário poderá apoiá-lo.
- Identifique as ideias centrais e os respectivos argumentos utilizados na compreensão da relação entre Saúde e Estado nos diferentes momentos históricos.
- Anote suas percepções, dúvidas e outras questões que a leitura do texto suscitar.
- Participe do **Fórum de Discussões**, identificando os nexos entre as principais mudanças na saúde e suas relações com a política no País, e com a participação dos movimentos populares, nos diferentes períodos. Procure, se possível, textos complementares na Biblioteca do Curso, no Ambiente Virtual de Aprendizagem, e, ainda, outras leituras em diferentes bases de dados.
- **A qualquer tempo, solicite o apoio do seu tutor.**

Podemos agora mergulhar na realidade da saúde brasileira no século XX.

1.2 As Políticas de Saúde no Brasil até 1933

O Brasil do final do século XIX e início do século XX era o país das oligarquias, especialmente a do café. A maioria dos 15 milhões de brasileiros estava no campo, mas uma massa de trabalhadores livres (ex-escravos e imigrantes), sem conseguir sobreviver nas lavouras, corria para as cidades, onde se formava também uma nova classe média. Nas principais cidades já existiam algumas fábricas, oficinas, além de comércio e serviços. Trabalhava-se muito, ganhava-se pouco e pagava-se caro para viver mal (MATTOS, 2002).

Como a saúde dos brasileiros inspirasse muitos cuidados, nesse contexto, o projeto de intervenção estatal em Saúde era o campanhista / policial (MERHY, 1992), pautado nos princípios da corrente bacteriológica, sob os cuidados da impopular Polícia Sanitária, que assegurava a moralidade e a disciplinarização higiênica.

Em 1904, não sem motivos, explodiu a Revolta da Vacina. Ao contrário do que muitos pensam, não foi apenas uma reação ao caráter compulsório da vacinação. A Revolta se explica, essencialmente, como reação às precárias condições de vida da população, à carestia, às reformas urbanas e, também, à vacinação obrigatória.

Oligarquia: Governo de poucas pessoas, de uma mesma classe, família ou partido, com domínio sobre a condução da coisa pública. Durante a Primeira República no Brasil, esse controle era exercido por chefes políticos estaduais e municipais que acumulavam poder econômico e social em graus variados e com estilos diversos.

A economia dependia de toda a força de trabalho, que precisava se adequar às exigências da produção da jovem indústria e, ao mesmo tempo, ser capaz de manter os padrões de produção do café. O Estado, então, comprometido com os interesses das elites produtoras, intensifica seu processo de organização para assegurar o sucesso do projeto de industrialização, e para isso as ações em saúde seriam prioritárias. Assim, visando garantir uma força de trabalho em condições de produzir, o Estado tratou das epidemias que poderiam impactar a vida econômica: febre amarela nos portos, adoecimento dos operários das linhas férreas, etc., tudo em acordo com a atividade de exportação.

Nesse período, as ideias dominantes sobre saúde inspiravam-se nas ideias europeias, influenciadas pelas descobertas de Pasteur e pelo desenvolvimento científico, em geral, atribuindo-se as causas das doenças unicamente aos agentes microbianos externos, desviando o foco das condições de vida da população. A doença precisaria ser segregada ou eliminada. A “ciência tudo pode”, dizia-se, mas a medicina era para quem pudesse pagar. A população pobre dependia de hospitais filantrópicos como os Hospitais de Caridade e Santas Casas de Misericórdia e de asilos, normalmente sob a responsabilidade da Igreja.

Nessa época, os trabalhadores mais articulados politicamente lutavam pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se constituíram em embrião do Seguro Social, correspondendo ao primeiro período da história da Previdência brasileira. As CAPs foram regulamentadas por meio da Lei Elói Chaves, em 1923, e concediam benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como na prestação de serviços do tipo consultas médicas e fornecimento de medicamentos. Para tanto, foi criado um fundo constituído pelo recolhimento compulsório do empregado (3% do salário); do empregador (1% da renda bruta das empresas) e da União (1,5% das tarifas dos serviços prestados pelas empresas). Observa-se que, progressivamente, o Estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Paralelamente, houve a crise do padrão exportador capitalista, acarretando no aumento da dívida externa e intensificando os confrontos políticos. Em 1930, com a Revolução, se instaura uma ruptura no modelo socioeconômico e político do Brasil, substituindo-se os interesses do setor agroexportador pelos interesses ligados à indústria (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006). Adicionalmente, a crise mundial do café de 1929, afetou de forma contundente a economia brasileira, criando condições propícias para a Revolução de 1930 (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

O ano de 1918 é o ano do Jeca Tatu (RIBEIRO, 1985), personagem de Monteiro Lobato. O autor e jornalista, antes de conhecer as verdadeiras condições de saúde do povo brasileiro, proclamava que nosso caboclo era “este funesto parasita da terra, espécie de homem baldio, seminômade, inadaptável à civilização” (PALMA, 2006). Arrependido, depois de conhecer mais profundamente o problema, escreveu no livro *Urupês: Perdoa, pois, pobre opilado e crê no que eu digo ao ouvido: tens no sangue e nas tripas todo um jardim zoológico... és tudo isto mas ainda és a melhor coisa desta terra. Os outros, os que falam francês e os senhores de tudo, te mantêm nesta guerra infernal para que possas, a seu salvo, viver vida folgada à custa de teu dolorido trabalho, esses, meu caro Jeca Tatu, esses têm na alma todas as verminoses que tu tens no corpo. Doente por doente, antes tu, doente só de corpo* (LOBATO apud RIBEIRO, 1985, p. 349).

O Estado Novo era evidentemente populista, e acatou as reivindicações dos grupos dos trabalhadores criando o Ministério do Trabalho e os Institutos de Trabalhadores. Nesse período houve também a criação do Ministério de Saúde e Educação, entretanto o caráter dessa política continuou restrito, pois se limitava à cobertura de certos segmentos de trabalhadores. Segundo Rodrigues e Santos (2009), em 1932, último ano da existência das CAPS, o número de segurados – os quais consistiam dos únicos brasileiros efetivamente amparados nos casos de doenças – não chegava a 1% da população.

1.3 As Políticas de Saúde no Brasil de 1933 a 1966

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades, foram instituídos a partir de 1933. Tais institutos foram o IAPTEC (para trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (para os comerciários), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores públicos). O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada” (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006). Os IAPs eram controlados pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social e administrados por representantes dos trabalhadores, dos empregadores e do governo federal (RODRIGUES e SANTOS, 2009), evidenciando, mais uma vez, o controle do Estado sobre a saúde.

Entre 1933 e 1966 foram criados diversos IAPs, os quais construíram hospitais e centros de saúde. A assistência também era realizada por meio de convênios com prestadores de serviços, principalmente as Santas Casas.

No que se refere aos programas de Saúde Pública, durante esse período, voltavam-se para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infra-estrutura necessária para suportar o contingente migratório. Permaneciam, via de regra, limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitaria / campanhista adotado (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Assim, a saúde no Brasil ocorria de forma fragmentada e dual: havia a assistência destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho, via os vários institutos previdenciários, e a prestação de serviços para os identificados como pré-cidadãos: os pobres e desempregados.

Antes de prosseguir:

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.

1.4 As Políticas de Saúde no Brasil de 1966 a 1977

Em 1964 houve o golpe militar e o início da ditadura. Como vimos anteriormente, as principais mudanças na saúde se seguiram às principais mudanças políticas. Nesse período não foi diferente: em 1966, por uma ação autoritária do regime militar, houve a unificação dos IAPs para a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Na unificação dos IAPs dois aspectos fundamentais devem ser analisados: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2001).

Na fase inicial da ditadura militar o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 10% ao ano e cerca de 5% da população de maior renda teve sua participação aumentada em mais de 10%, enquanto que, os 80% mais pobres, tiveram sua renda diminuída em mais de 10%. Foi nesse momento que o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Paradoxalmente a esse quadro, houve no INPS, um déficit orçamentário por conta das inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde, como veremos a seguir.

Os hospitais dos IAPs foram desapropriados e passaram a ser hospitais governamentais submetidos ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que, em média, alocava 25% do que arrecadava para a saúde. Seus recursos eram, em teoria, tripartite, assim divididos: de 3 a 6%, do salário do trabalhador, 6% do empregador (nem sempre pagos, e a cada cinco anos de não pagamento eram anistiados) e 6% do governo (que também nem sempre cumpria a sua parte). Estes recursos do MPAS (que deveriam fazer lastro para o financiamento e assegurar benefícios no futuro) são desviados para o financiamento de grandes obras do “Brasil-Potência”, como Itaipu, Usina Nuclear de Angra dos Reis, Ponte Rio-Niterói e Transamazônica; e para o inanciamento da construção de hospitais privados e compra de exames e medicamentos do mercado privado. Havia corrupção em todos os níveis: de aposentadorias falsas a pacientes inexistentes, exames inventados, diagnósticos falsos, superutilização de material de consumo e pagamento por Unidades de Serviço (US) – quanto mais “sofisticado” o ato, mais caro se pagava por ele; foram concedidos empréstimos para a construção de hospitais do setor privado, com dez anos de carência. Após isso, sem juros e sem correção monetária, é que se iniciaria o pagamento; houve grande aumento na compra de aparelhos de exames sofisticados, muitos deles desnecessários, assim como uma verdadeira explosão de construção de hospitais e de compra de medicamentos (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2010).

Assim, observamos que com a Ditadura, mais do que nunca, os interesses dos grandes grupos privados na saúde prevaleceram e atuaram para consolidar um modelo tecno-assistencial voltado para o lucro e para o controle do grupo dominante, em detrimento das reais necessidades de saúde da população. Para isso, a ação do Estado foi fundamental.

Nessa lógica, seria necessário que o Estado garantisse a saúde dos trabalhadores para que seguissem trabalhando. Igualmente, era fundamental otimizar os lucros cada vez maiores da indústria de medicamentos e de equipamentos em saúde. Era nos hospitais, com uma medicina “hiper-especializada”, não na rede básica de saúde, que se poderiam consumir os mais sofisticados e caros exames e remédios.

Como dito anteriormente, a ditadura militar emprestou, a fundo perdido, somas enormes de dinheiro público para a construção de hospitais privados. Depois de construídos, o mesmo setor público sustentava esses hospitais através do pagamento de consultas, internações e procedimentos dos usuários do INAMPS. Um negócio que já era da “China”, poderia ser “melhorado” para enriquecer ainda mais os empresários do setor: havia corrupção, superfaturamento, pagamento de serviços não realizados, pacientes “fantasmas”, internações desnecessárias.

Ao lado disso, esforçou-se para criar no senso comum um conjunto de ideias importantes para o funcionamento do modelo que até hoje guarda seu lugar no imaginário social: “a realização de exames previne as doenças”; “médico bom é médico hiper-especialista”; “o hospital é o lugar onde se tem os melhores médicos e onde, de fato, se resolvem os problemas de saúde: posto de saúde é enganação”, etc. Exames e remédios industrializados deveriam ser, obrigatoriamente, integrantes das intervenções em saúde.

Adicionalmente, o Decreto-lei 200/1967 determinava a preferência da contratação de serviços privados, ao invés da ampliação dos serviços públicos. Na saúde isso significou a intensificação da

contratação dos serviços médicos privados, reduzindo a expansão da rede pública e ampliando os incentivos para a expansão do setor privado de prestação de serviços no País (CORDEIRO apud RODRIGUES e SANTOS, 2009).

Com o avançar dos anos, aprofundou-se a cisão entre a assistência médica, sob coordenação do INAMPS, e a saúde pública, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. A medicina previdenciária colocava toda a ênfase na assistência individual e hospitalar, aliada a um descaso pelas medidas de saúde coletiva, tradicionalmente executadas pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde (MS) tem seu orçamento reduzido de 8% para 0,8%, permitindo, nos meados dos anos 70, o ressurgimento de epidemias relativamente controladas e na piora das condições de saúde da população, fortemente influenciada pela degradação das condições de vida das classes populares.

Os cursos de medicina, em especial, formavam para esse mercado de saúde: hospitalocêntrico, consumidor de alta tecnologia e hiperespecializado. Também o jovem estudante imaginava que, para ser bom médico e ter sucesso, era necessário ser um profissional especializado no que é raro e caro. Os currículos ignoravam a realidade sanitária da população e o ato médico tornava-se cada vez mais técnico, com a incorporação de tecnologias sofisticadas, sem critérios racionais, fazendo com que os custos do sistema explodissem (LIMA, 2006).

Antes de prosseguir:

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.

1.5 As Políticas de Saúde no Brasil de 1978 a 1988

Foi nesse período o fim do “milagre econômico”, cujos efeitos foram sentidos no setor saúde através da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social, além do privilégio dos produtores privados nos serviços de saúde. O quadro epidemiológico que passou a evidenciar-se mostrava a coexistência de doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas. Além disso, enfermidades como doença de Chagas, esquistossomose e malária, dentre outras, que incidiam preponderantemente na zona rural, passaram a assolar também as cidades (BRAGA e PAULA apud BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

No final dos anos 1970 a intensa crise econômica refletiu em uma intensa crise de legitimidade de um Regime cada vez mais questionado e combatido, que se vê obrigado a recuar, no processo apelidado de “distensão”. O povo começa a furar o cerco autoritário e se organiza progressivamente. Emergem organizações e movimentos sociais urbanos (movimentos feminista, estudantil, sindical e pelo custo de vida, comunidades eclesiais de base, etc.) e rurais (sindicatos de trabalhadores rurais, movimentos de luta por terra, etc). Nesse contexto, reorganizam-se partidos políticos que estavam na ilegalidade e nascem outros como expressão política dos próprios movimentos e lutas populares.

Quando no mundo inteiro se enfraqueciam as lutas sociais, no Brasil, o movimento popular cresce, ganha uma dimensão e organização até então inédita, e luta pelo fim da ditadura, por democratização e justiça social.

Nas universidades começa a emergir um vigoroso movimento de crítica às correntes teóricas hegemônicas da medicina e da saúde pública. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, mas são determinadas social e historicamente, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção na realidade. Assim, a

nascente Saúde Coletiva se constitui como uma poderosa arma de luta teórica e de politização do setor saúde.

A **Saúde Coletiva** pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial.

No âmbito das práticas, a **Saúde Coletiva** envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização. Abrange, portanto, um *conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde* (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998)

Adicionalmente, professores universitários e alunos do movimento estudantil em reorganização intensificam a luta, não só no interior das universidades, mas também em projetos de extensão, que resultam no encontro com projetos periféricos de saúde desenvolvidos na articulação entre profissionais de saúde progressistas, comunidades eclesiais de base e organizações comunitárias, e movimentos de bairro e do campo. Ao longo dos anos 1970, no contexto de ascensão das lutas comunitárias e populares em geral, estrutura-se progressivamente o movimento popular de saúde, que participa e produz acontecimentos belíssimos da luta popular brasileira como as Assembleias do Povo, verdadeiros parlamentos populares de reivindicação de políticas públicas, de luta pela democracia e pelas condições de vida.

A Saúde Coletiva seguia se estruturando. A universidade investe na formação do sanitarista, um profissional da saúde pública formado com o olhar, o pensamento e os compromissos da Saúde Coletiva. Estabelece-se um ciclo virtuoso entre teoria e prática, ciência e luta política, espaços institucionais e serviços alternativos, prática profissional transformadora e movimentação popular, entre universidade, mundo do trabalho e comunidade.

Um conjunto de jovens sanitaristas, entendendo a necessidade da construção de um órgão de disputa ideológica que pudesse ser veículo de expressão e espaço de organização do pensamento e das práticas do grande movimento no campo da saúde pública, cria em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a revista Saúde em Debate. Em 1979, como um dos produtos do desenvolvimento da Saúde Coletiva como campo teórico da prática profissional e luta social, cria-se a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO.

Ainda nesse contexto, em 1985 teve início a Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais – Rede IDA, na Universidade Federal de Minas Gerais. Consistia de um grande movimento de mudança na formação de profissionais de Saúde, o qual, nos meados dos anos 90, articulando-se com o programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade), sua denominação passou a ser Rede UNI-IDA, e, posteriormente, Rede UNIDA (BARBIERI, 2006).

As condições de vida da população, a pobreza e a péssima situação de saúde, as dificuldades em garantir o mínimo aceitável em saúde para o povo, a subordinação autoritária a uma ditadura absolutamente comprometida com os grupos econômicos dominantes, a proletarização do trabalho em saúde e a piora das condições de trabalho foram elementos importantes na mobilização de vários profissionais de saúde para a estruturação de um movimento sindical do setor, comprometido não só com as lutas da categoria, mas com a luta pela saúde e pela democratização.

Esse movimento em rede, com vários pontos de agitação, desenvolvimento e articulação, passaria mais tarde a ser chamado de Movimento Sanitário. Como vimos, envolvia organizações populares e comunitárias, estudantis e sindicais, trabalhadores de saúde, professores universitários, sanitaristas, parlamentares, etc.

Como expressão de enorme capacidade de mobilização foi, em 1986, realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), com cerca de quatro mil integrantes. Pela primeira vez na história a CNS foi precedida por Conferências Estaduais de Saúde e também, pela primeira vez, houve a participação da sociedade civil nas Conferências Nacionais de Saúde, inaugurando o processo de participação social nas deliberações sobre a política nacional de saúde. Setores da sociedade civil, anteriormente marginalizados da tomada de decisão acerca das questões relativas à saúde, tais como sindicatos e organizações comunitárias, participaram em massa do evento.

Para elucidar ainda mais a importância do Movimento da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde para a saúde do País, antes de prosseguir, é imprescindível que você assista ao vídeo de abertura da 8ª Conferência Nacional da Saúde, com a fala do Sanitarista Sérgio Arouca, disponível na Biblioteca Virtual do nosso curso. As forças sociais democráticas do campo da saúde lutavam, em oposição ao modelo oficial, pela democratização do Sistema, com participação popular, universalização dos serviços, defesa do caráter público da saúde e descentralização.

Como resultado da intensa mobilização e das lutas travadas durante o período, houve avanços significativos na formalização dos direitos sociais. Na Constituição de 1988, conseguiu-se assegurar uma das mais radicais reformas de política social realizadas. Inscreveu-se, definitivamente, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Pela primeira vez, na história do Brasil, o direito aos serviços de saúde passou a ser universal. O Sistema Único de Saúde é cravado na Constituição, marcado pelo seu caráter público, único e descentralizado, e pelos princípios da integralidade, da universalidade, da equidade e da participação popular e controle social.

Outro aspecto a ser destacado na Constituição de 1988 é o texto referente ao setor privado de saúde, que traz: “a assistência à saúde é livre a iniciativa privada” (art. 199), e os dois primeiros parágrafos do mesmo capítulo: parágrafo 1º - o setor privado de saúde é “complementar e subordinado ao SUS”; parágrafo 2º - “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (RODRIGUES e SANTOS, 2009).

Considerando que os acontecimentos durante o Regime Militar foram determinantes para que o Movimento da Reforma Sanitária fosse instituído e culminasse com o texto sobre saúde da Constituição de 1988 (a “Constituição Cidadã”), a síntese a seguir está proposta no sentido de colaborar com as suas reflexões.

Durante a Ditadura Militar, o Estado atuou fortemente na construção do modelo médico liberal privatista. Reduziu, paulatinamente, a proporção do orçamento do Ministério da Saúde – responsável pelas ações coletivas de saúde pública – e aumentou, progressivamente, o orçamento do INAMPS – responsável pela assistência à saúde de seus segurados. O Estado assumia como responsabilidade a recuperação da saúde de parte da população e, no mesmo processo, dinamizava e enriquecia com recursos públicos o setor capitalista produtivo da saúde. E de que maneira isso ocorria?

- Lembremos que o Estado emprestava dinheiro em ótimas condições ao setor privado para a construção de hospitais e, depois, o mesmo Estado comprava os serviços de saúde para atender a população portadora de carteira assinada, ou seja, aqueles que tinham o direito de serem atendidos por contribuírem para o seguro público de saúde.
- Num país desigual como o Brasil, com baixo poder aquisitivo da maioria da população, eram os recursos públicos que dinamizavam o setor privado produtivo em saúde, composto principalmente pelos hospitais, pela indústria de equipamentos médicos e pela indústria farmacêutica: o chamado “Complexo Médico-Industrial”.
- As desfavoráveis condições de vida da população, agravadas por um modelo excelente em transferir dinheiro público para realizar lucros privados, mas péssimo em cuidar das pessoas e defender sua saúde, produziram uma piora progressiva na situação de saúde e isso repercutiu, como explicitado anteriormente, num amplo processo de indignação, reivindicação e mobilização da sociedade brasileira pela garantia do direito à saúde e pela democratização da sociedade: o Movimento de Reforma Sanitária.

Assim, a Reforma Sanitária brasileira teve como ator social animador de suas lutas o Movimento Sanitário, isto é, “um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” (SCOREL, 1988, p. 5) que questionava o Paradigma Biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias. E que valores esse Movimento defendia?

Sonia Fleury (1988, p. 196) explica que o Movimento Sanitário explicitava uma leitura social da medicina mercantilizada, bem como de sua ineficiência na organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes.

Visando aprofundar concepções e valores defendidos pelo Movimento Sanitário nos anos 1970 e 1980, recorreremos, primeiramente, a Paim (1997, p. 12-16). Para esse autor:

- o paradigma alternativo em Saúde Coletiva proposto pelo Movimento, afastando-se das visões que tratam a saúde apenas a partir da relação médico-patologia do paciente, era centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde;
- o entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podiam ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, visto que tais fenômenos são determinados, social e historicamente, como componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade;
- o paradigma proposto orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se refere à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que diz respeito a uma totalidade de mudanças no setor saúde, implicando alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições;
- diretrizes, princípios e valores relativos ao direito à saúde, cidadania, universalização, equidade, democracia e descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo pela contribuição das Ciências Sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as propostas de Sistema Único de Saúde, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes no arcabouço jurídico da saúde, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventivista e da saúde comunitária.

Laura Feuerwerker (2005) sistematiza da seguinte maneira o que, para ela, seriam as ideias-força da Reforma Sanitária:

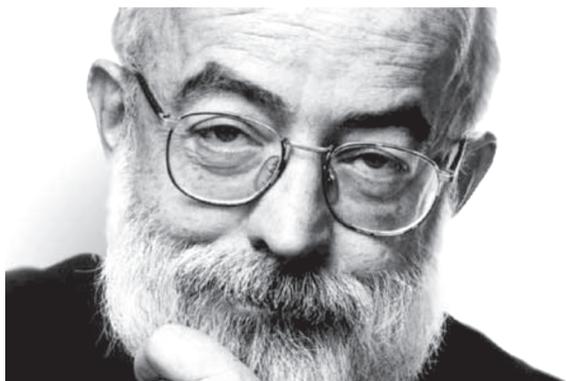
- a) a utopia igualitária, isto é, a garantia da saúde como direito (universalidade, equidade) ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;
- b) a proposta de reconceitualização da saúde, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, na perspectiva de atenção integral à saúde da população;
- c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde e a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo o papel ativo do usuário na construção da saúde.

Para refletir...

Em relação aos valores e concepções que o Movimento da Reforma Sanitária defende:

- Você identifica algumas destas ideias ou valores em seu ambiente de trabalho?
- Caso identifique, como você contribui nesse processo?
- Caso não identifique, por que não ocorre? Como você pode contribuir para mudar essa realidade?

Vale a pena, finalmente, trazer uma importante contribuição a este debate, isto é, a explicitação do significado da Reforma Sanitária, feita pelo sanitarista Sergio Arouca, durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1988: A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira (BRASIL, 2003).



FIOCRUZ. Biblioteca Virtual Sergio Arouca
http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/img/images/img_bvsa_0.jpg

Diante de todo o exposto, podemos afirmar que as políticas de saúde do País, até então, haviam sido estabelecidas pelo “alto”, “de cima para baixo”, na busca de atender as reivindicações de pequenos grupos com interesses econômicos evidentes. Foi somente nesse período, mediante o Movimento da Reforma Sanitária, que as políticas de saúde no País começaram a ser estabelecidas baseadas em reivindicações de movimentos provenientes das bases da sociedade, pautados pelas necessidades de saúde dos brasileiros. Esse Movimento mudou a Constituição do nosso País!!

Para aprofundamento do tema, busque na Biblioteca Virtual do Curso o artigo:

A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

Antes de prosseguir:

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.
- Reflita a respeito do que ainda pode ser observado nos dias de hoje como herança desse período para a saúde.

1.6 As Políticas de Saúde no Brasil entre 1989 e 1990

Neoliberalismo: F. Hayek, em 1944, tendo como alvo as eleições inglesas de 1945, sistematizou os princípios desse ideário, com ênfase na crítica ao Estado intervencionista e do Bem-Estar. As condições ideais ao desenvolvimento do neoliberalismo como instrumento de dominação só se efetivariam nos anos 1970, nos países europeus e nos Estados Unidos, em decorrência da crise do modelo econômico. Para os neoliberais, a crise vivida no final do século XX seria resultado do “nefasto poder” dos sindicatos e da “pressão parasitária” dos trabalhadores por maior seguridade social (ANDERSON, 1995, p. 10). Em termos práticos, o neoliberalismo preconiza um conjunto razoavelmente regular de reformas nos planos econômico, político, jurídico, educacional, etc. como sendo as únicas que podem (e devem) ser aplicadas no atual contexto.

A década de 1980, considerada por alguns como “perdida” do ponto de vista econômico, foi uma década de fortalecimento inédito dos movimentos sociais e da organização popular, como vimos. Nos anos 1990, os efeitos sociais e ideológicos do **neoliberalismo** são sentidos com toda a sua intensidade, também no Brasil, e sua expressão nos setores populares se traduz em uma redução importante da organização e mobilização dos movimentos sociais e sindicatos dos trabalhadores.

Como consequência da eleição de Fernando Collor de Mello, em 1989, o modelo desenvolvimentista foi substituído pelo modelo neoliberal. O que foi herdado do período de conquistas da saúde seria, do ponto de vista do modelo econômico neoliberal, inútil e dispendioso. No âmbito da saúde, as estratégias neoliberais colidem frontalmente com os marcos da Reforma Sanitária.

No governo Collor de Mello, os gastos do governo federal com a saúde foram reduzidos a praticamente metade do que eram até 1990. Essa redução expressiva do financiamento prejudicou a

qualidade dos serviços prestados, e afastou diversos hospitais privados que mantinham convênio com o SUS. Em São Paulo, 16 dos 17 hospitais conveniados com o SUS romperam com o Sistema (RODRIGUES e SANTOS, 2009).

Antes de prosseguir:

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.
- Reflita a respeito do que ainda pode ser observado nos dias de hoje como herança desse período para a saúde.

Tudo o que vimos até aqui indica que, no caso do SUS, além de construir, ainda é preciso resistir, e muito, contra as forças sociais que buscam um projeto hegemônico de cunho privatista na área da saúde. É preciso lembrar, como vimos no início de texto, que o fato de o Estado ter, na história da nossa formação social, uma característica “forte”, não o impediu de estar a serviço dos interesses privatizantes.

Ao concluirmos este capítulo, reafirmamos que em cada momento histórico de cada sociedade, forças sociais se aliam e se enfrentam, buscando assegurar a hegemonia de seus projetos. O resultado das vitórias e das derrotas é vivido, no cotidiano, por todos nós. O direito à saúde e outras importantes histórias de lutas e conquistas efetivas, capazes de indicar o que é possível fazer coletivamente, são, entretanto, pouco lembrados no dia-a-dia. Concorrem para isso vários motivos, entre eles, a dificuldade de perceber que a luta coletiva pela saúde de qualidade para todos não está ganha, pois forças sociais, comprometidas com outros projetos, em especial com a privatização da saúde, permanecem buscando hegemonia.

Se a bandeira de luta da Reforma Sanitária obteve êxitos consideráveis no que se refere à formalização dos direitos, como vimos, não há, entretanto, dúvidas sobre o que ainda precisa ser feito.

Assim, pretendemos que o Curso de Capacitação para Profissionais do NASF do Mato Grosso do Sul contribua para que vocês, profissionais da saúde, por meio das reflexões e conhecimentos deflagrados nas discussões do Curso, construam, (des)construam e (re)construam suas práticas e seu processo de trabalho junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e às Equipes de Saúde às quais estão vinculados, buscando a transformação da realidade da saúde do território em que atuam.

Para aprofundamento do tema, não deixe de assistir ao filme: Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. Produção da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal Fluminense, Fundação Euclides da Cunha. Direção de: Tapiri Cinematográfica. Brasília, 2006. 1 DVD (60 min.).

Disponível em na videoteca do curso e no link https://www.youtube.com/watch?v=cSwIL_JW8X8

2. REFERÊNCIAS

Textos Base utilizados no Módulo

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. CT1. Trabalho, saúde e educação. Unidade 2: Trabalho, Saúde e Educação: uma estreita relação. Maria Inês do Rego Monterio Bomfim, Milta Neide Freire Barron Torrez; Sonia Maria Rummert. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. CT2. O SUS e os processos de Trabalho em Saúde. Unidade 1: A luta pela saúde e por um SUS pra valer. Hêider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luis Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

Referências citadas pelos autores dos Textos Base

ANDERSON, Perry. As origens da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Julio César França. Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006.

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do Cárcere. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 2 v.

MATTOS, Marcelo Badaró. Trabalhadores e sindicatos no Brasil. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

MENDES, Heloísa Wey Berti; CALDAS JÚNIOR, Antonio Luiz. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.9, n.3, p. 20-26, 2001.

MERHY, Emerson Elias. A saúde pública como política: um estudo sobre formuladores de política. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, Emerson. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PALMA, Ana. A gênese do Jeca Tatu. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro, 3 set 2006. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ccs/fio/monteiro_lobato.htm. Acesso em: ago. 2006.

RIBEIRO, Darcy. Aos trancos e barrancos: como o Brasil deu no que deu. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1985.

RUMMERT, Sonia Maria. Educação e identidade dos trabalhadores: as concepções do capital e do trabalho. São Paulo: Xamã, 2000.

SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Record, 2002.

Demais Referências utilizadas

Barbieri, Fernanda Bersanetti. A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina. Londrina; s.n; 2006. 108 p.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRAVO, Maria Ines. Versão revista e ampliada dos textos: As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

PAIM, Jairnilson S. and ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. Rev. Saúde Pública [online]. 1998, vol.32, n.4, p. 299-316 .

PAULUS JÚNIOR, Aylton, CORDONI JÚNIOR, Luiz. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida, SANTOS, Isabela Soares. Saúde e Cidadania uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo. Ed Atheneu, 2009.

Universidade Aberta do SUS. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Aberta do SUS; Marta Inez Machado Verdi, Marco Aurélio Da Ros, Luiz Roberto Agea Cutolo. – Florianópolis : UFSC, 2010. 87 p. (Eixo 1. Reconhecimento da Realidade) Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br.

Capítulo 2: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS BASES LEGAIS

Autoras: Adriane Pires Batiston; Mara Lisiane de Moraes dos Santos

1. O Sistema Único de Saúde¹

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa 25 anos em 2013. Como descrito anteriormente, sua criação deriva do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e de seus marcos históricos, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a promulgação da Constituição Federal Brasileira (1988).

O direito à saúde assume, na 8ª Conferência, um sentido explicitamente abrangente, como conquista social, resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços. Nessa perspectiva, a 8ª Conferência defendia ainda que:

- Saúde é um conceito concreto, definindo-se no contexto histórico de uma determinada sociedade, num determinado momento;
- O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, direito que deve, para além das garantias constitucionais, se materializar em políticas de saúde articuladas às políticas econômicas e sociais;
- As desigualdades sociais e regionais existentes refletem as condições da sociedade estratificada brasileira, impondo limites ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde;
- As modificações necessárias no setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.

Segundo Paim (2008), o SUS constitui-se uma importante reforma setorial originada no interior da sociedade civil, organizada em movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde e em contrapartida combatiam o autoritarismo político. Assim, não é por acaso que sua implantação reflete fortemente o processo de descentralização política e a abertura de espaços de participação democrática após 1988.

O SUS é criado no *texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988*, mais especificamente na Seção II – da Saúde, Capítulo II – da Seguridade Social, Título VIII – da Ordem Social (BRASIL, 1988).

O texto final aprovado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário, tais como:

- A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais;
- A saúde como direito de todos e dever do Estado;
- A relevância pública das ações e dos serviços de saúde;
- A criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade;

¹ * Este texto é uma adaptação da Unidade 2: A luta pela saúde e por um SUS pra valer (Complexo Temático 2 – O SUS e os processos de Trabalho em Saúde). Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Hêider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luís Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

Assim, a Constituição Federal declara: “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. 196).

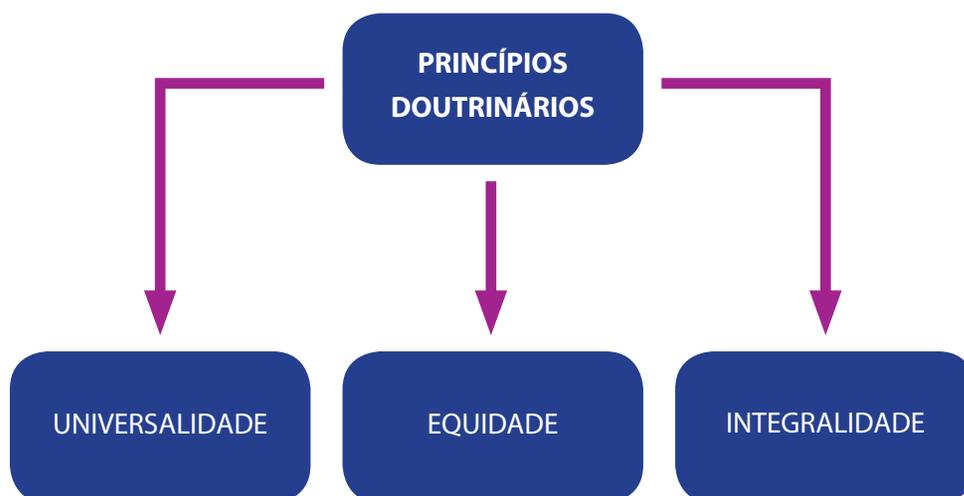
Desde então, um conjunto de leis, normas, decretos e políticas foram elaborados e implementados, buscando-se a regulamentação do SUS e conseqüentemente sua efetividade no sentido de cumprirem-se seus princípios e diretrizes.

Merecem destaques, as leis nº 8.080 e nº 8.142, a primeira elaborada no período de 1989 a 1990, e datada de setembro de 1990, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. Vale ressaltar que os vetos presidenciais do então presidente Fernando Collor de Mello, colocados numa lei acordada no Congresso Nacional, atingiram pontos fundamentais como a participação popular por meio da instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil organizada resultou na elaboração da Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

1.1 Princípios do Sistema Único de Saúde

Quando pensamos em um sistema de saúde e mais especificamente no SUS, compreendemos que este se constitui como um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. O SUS caracteriza-se por possuir princípios doutrinários e organizativos em todo o território brasileiro.

1.1.1 Princípios Doutrinários



A Universalidade e a Equidade

A Reforma Sanitária destacava a saúde como função permanente do Estado e, ainda, a necessidade de organização de um sistema universal, igualitário e descentralizado, financiado pelos fundos públicos. Dessa forma, o movimento levantou a bandeira da universalidade, do direito de todos ao acesso aos serviços de saúde, independente da condição de trabalho, renda, patrimônio e educação, da orientação sexual, religiosa, política e ideológica, independente de gênero e etnia. Enfim, todos, independentemente

das diferenças, deveriam ter direitos iguais aos serviços de um sistema público nacional de saúde. Assim, o povo brasileiro, animado por esse movimento, introduziu a universalidade de acesso à saúde na Constituição de 1988, como um dos princípios doutrinários do SUS.

Embora a criação do SUS tenha oportunizado a milhões de brasileiros o acesso a serviços e ações de saúde, a universalidade ainda representa um desafio. Sabe-se que muitos brasileiros ainda encontram dificuldades para acessar os serviços de saúde, diariamente, deparamos com notícias sobre as filas, a falta de profissionais de saúde, a falta de medicamentos, os limites para realização de exames, as condições inadequadas dos serviços de saúde entre outras situações. Mas cabe-nos refletir: a dificuldade de acesso é a mesma para os distintos grupos sociais? Quais fatores poderiam interferir no maior acesso a ações e serviços de saúde?

As variações sociais na utilização de serviços de saúde demonstram que condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances de uso. Assim, além do problema da garantia universal do acesso, percebe-se que o padrão de utilização dos serviços de saúde no SUS ainda mantém elevado grau de iniquidade. Daí a urgência de fazer valer também o princípio da equidade nos serviços de saúde.

No campo da saúde, a equidade pode ser abordada em duas dimensões, cuja distinção deve ser demarcada. A equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas, e a materialização desse princípio implica reduzir as desigualdades sociais mediante políticas intersetoriais justas e redistributivas.

Além disso, a distribuição desigual dos serviços de saúde, com piores taxas nas regiões mais pobres, como as regiões Norte e Nordeste, é outro elemento importante na explicação das iniquidades em saúde no Brasil.

A segunda dimensão do princípio da equidade é a equidade na utilização de serviços de saúde. Significa que, para diferentes necessidades de saúde, deve ser ofertado um serviço adequado àquelas necessidades. Ou seja, para situações diferentes, são ofertadas ações e serviços que tentam dar conta das necessidades singulares de saúde em cada caso específico.

A experiência do acolhimento, entendido como um novo modo de se tentar organizar com equidade o acesso universal dos usuários, é um bom exemplo para esta discussão. Tenta-se, através dessa diretriz de organização do serviço de saúde, superar tanto critérios excludentes, como o número restrito de “fichas” para atendimento aos usuários, como critérios pseudo-igualitaristas, que tratam todos com regras e ofertas padronizadas, embora cada um seja portador de uma necessidade singular.

Assim, onde se estrutura o serviço com base nessa diretriz, encontramos um sistema de acesso “porta aberta”, que busca propor a todos os usuários, sem distinções, uma oferta de serviço adequada à sua necessidade de saúde, identificada e dialogada num processo de escuta qualificada e acolhedora. Sua implementação concreta depende não só de esforço de gestão, mas também de um trabalho de construção permanente da equipe de trabalhadores e de uma forte participação e exigência dos usuários. Estes, ao assimilarem, também como direito, um novo modo de ser acolhido, pressionam progressivamente o serviço de saúde para uma organização do acesso e uma diversificação de ofertas que melhor respondam às múltiplas necessidades da comunidade e de cada pessoa.

Todo este debate nos mostra, de modo contundente, que a conquista de um direito de cidadania e a materialização de um princípio não se efetivam apenas com a promulgação de uma lei. É necessário construí-los por meio de ações e movimentos que assegurem o seu cumprimento. Nesse sentido, cabe também aos serviços de saúde a articulação com os usuários e a implementação de práticas educativas que ampliem a autonomia e a capacidade de reivindicação.

Como os serviços de atenção à saúde não existem independentemente do contexto em que se inserem, sendo construções históricas e sociais, as iniquidades que ocorrem nos serviços são expressões singulares de desigualdades existentes em nossa sociedade.

Contudo, é possível que o serviço de saúde não seja apenas um reprodutor das desigualdades sociais, mas seja um espaço de resistência. Um espaço no qual se pode construir o novo, no qual a universalidade e a equidade podem ganhar uma dimensão concreta. Além de excelentes experiências de implementação do acolhimento em diversos serviços.

A Integralidade da atenção

Mas o que é integralidade?

Para além de um dos princípios do SUS, a integralidade é um termo polissêmico e segundo Mattos (2004), podemos elencar pelo menos três diferentes conjuntos de sentidos: um dos sentidos aplica-se às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, bem como a abrangência dessas respostas, no sentido de articular as ações preventivas com as assistenciais. Um segundo conjunto refere-se a aspectos da organização dos serviços de saúde e finalmente o terceiro conjunto de sentidos é voltado para atributos das práticas de saúde.

Assim, a integralidade pode ser compreendida neste último conjunto de sentidos como um traço da boa prática profissional, que consistiria em uma resposta ao sofrimento do usuário que procura o serviço de saúde e um cuidado para que ele não seja a redução a seu aparelho ou sistema biológico, pois tal redução cria silenciamentos. Em síntese, a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude da equipe de profissionais de saúde que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Segundo Ayres (2009), "O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o "quê" e "como" pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.

Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos. Há modos de organizar os serviços que tomam certas percepções de necessidades (percepções necessariamente subjetivas) como se fossem reais. Retificando suas próprias percepções, tornam-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, quer estejam eles como usuários, quer como profissionais. Há formuladores de políticas que concebem os sujeitos que sofrerão as conseqüências das políticas que formulam como objetos, alvos de intervenções (MATTOS, 2001, p. 62).

Como afirma Mattos (2001), um paciente não se reduz à sua doença, as necessidades de serviços de saúde não se resumem às necessidades de atendimento curativo para os seus sofrimentos, e os problemas que são objeto de políticas públicas não se reduzem a uma única dimensão.

Nessa direção, podemos dizer que boa parte dos reducionismos produzidos nos serviços de saúde se deve a uma certa incapacidade de os profissionais estabelecerem relação com os sujeitos-usuários, em qualquer âmbito de produção de ações de saúde.

Assim, para que se dê um passo à frente, rumo à construção de práticas de saúde integrais, é necessário que se rompa com o padrão de relação sujeito (profissional de saúde) – objeto (paciente/população) e se instaure uma relação sujeito–sujeito, seja nos serviços de saúde, seja na formulação de políticas públicas.

Mesmo entendendo que o avanço na qualificação e ampliação dos graus de integralidade das políticas, serviços e práticas de saúde é processo e resultado de um esforço permanente e não linear, poderíamos dizer que, na realidade dos serviços de saúde, temos hoje um grau de integralidade satisfatório ou, pelo menos, minimamente necessário?

Um cuidado integral não deve reduzir o indivíduo à sua doença, nem isolá-lo de seu contexto social ou ignorar sua situação de vida e modo de viver a vida; não deve esquecer que problemas de saúde semelhantes podem ter individualmente expressões subjetivas absolutamente distintas, a depender de cada sujeito singular considerado em seu contexto.

1.1.2 Princípios organizativos do Sistema Único de Saúde

Segundo descrito no ABC do SUS, são princípios organizativos do SUS (BRASIL, 1990a):

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescentes, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade. O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de atenção primária que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Resolubilidade: É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Descentralização: é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

Participação dos Cidadãos: é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Além das participações formais, que serão melhor detalhadas posteriormente, quando descrita a lei nº8.142, deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Complementariedade do Setor Privado: a Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições: 1ª- a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo

sobre o particular; 2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, , como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste e 3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos.

Procure em uma locadora pelo filme “**Sicko - S.O.S. Saúde**”, no qual o diretor Michael Moore aborda a realidade do sistema de saúde americano que faz da saúde da população um comércio lucrativo para os Planos de Saúde e para o próprio governo. Em contrapartida, apresenta o modelo de atenção à saúde de outros países como Canadá, França e Inglaterra. Assista ao filme e faça uma síntese reflexiva, comparando os sistemas de saúde apresentados ao SUS.

1.2 Participação Social e o Controle Social no SUS

Como dito anteriormente, no Brasil, a luta pela saúde, durante as décadas de 1970 e 1980, foi também uma luta pela democracia contra a ditadura, luta esta que ganhou várias formas e se alargou para diversos espaços.

Anteriormente, vimos que, a partir de meados da década de 1970, diversos profissionais de saúde, além de professores e de estudantes em projetos de extensão universitária, organizaram serviços de saúde nas comunidades, com forte envolvimento e participação popular.

Nesse contexto, desenvolveu-se cada vez mais a idéia de que a própria população usuária e implicada deveria participar da formulação e da gestão das políticas e dos serviços públicos, alargando a dimensão pública do Estado a partir de esferas públicas participativas.

Você Sabia...

Municipalização

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa preconiza a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. (BRASIL, 2009a).

Além disso, propunha-se que os trabalhadores de saúde que atuavam nesses serviços deveriam igualmente participar da formulação e da gestão das políticas e dos serviços de saúde, além de assumirem papel ativo na organização e no planejamento de seu processo de trabalho, dando passos para a superação da alienação do trabalho.

Como decorrência desse ideário democrático, as leis do SUS, particularmente a Lei n. 8.142/1990, amparam a participação da população na definição das políticas de saúde como princípio. São duas

as instâncias que asseguram essa participação: Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

- **Os Conselhos de Saúde:** A serem implantados em cada esfera de governo, têm 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.

- **As Conferências de Saúde:** Reúnem-se em cada esfera de governo, a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais (composição paritária), 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.

Você participou de alguma Conferência de Saúde? Em qual âmbito (local, municipal, estadual ou nacional)? Quais foram suas impressões?

Para além da necessária participação nos espaços formais de controle social, como nos conselhos de saúde, é possível construir essa democracia cotidianamente nos serviços de saúde? Defendemos que sim.

Há vários modos de participação e estes são fundamentais para fazer com

Histórico das conferências nacionais de saúde no Brasil

1ª CNS (1941) - Situação sanitária e assistencial dos estados.

2ª CNS (1950) - Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.

3ª CNS (1963) - Descentralização na área de Saúde.

4ª CNS (1967) - Recursos humanos para as atividades em saúde.

5ª CNS (1975) - I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

6ª CNS (1977) - I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde.

7ª CNS (1980) - Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.

8ª CNS (1986) - I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial.

9ª CNS (1992) - Municipalização é o caminho (realizada com 2 anos de atraso).

10ª CNS (1996) I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde.

11ª CNS (2000) - Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

12ª CNS (2003) - Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.

13ª CNS (2007) - Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento”

14ª CNS (2011) - Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”

que, efetivamente, os modelos de atenção sejam centrados nas necessidades de saúde dos usuários, estabelecendo um fluxo democratizador de idéias, de debates, de negociações e de compromissos no âmbito de cada serviço.

Para tanto, o estabelecimento de múltiplos canais de escuta nos serviços, de recepção das demandas e de diálogo com a população (conselhos locais de saúde, plenárias locais, oficinas de planejamento e de avaliação, conselhos gestores, ouvidorias, reuniões de equipe abertas, avaliação da satisfação dos usuários, mecanismos de avaliação dos serviços de saúde organizados e aplicados por organizações de usuários e debatidos com gestão e trabalhadores, direito da gestante a acompanhante durante o parto nas maternidades, abaixo-assinados e petições, caminhadas e mobilizações comunitárias, etc.) são potentes meios para enfrentar o desafio.

No desafio de pensar os princípios do SUS e o cotidiano dos serviços, chegamos até aqui, provavelmente, com mais perguntas do que respostas. Afinal de contas, é possível construir um SUS universal, eqüitativo, integral e com participação popular? Para isso, o que será exigido dos trabalhadores na Estratégia de Saúde da Família?

1.3 A Lei º 8.080

Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, complementada pela Lei 8.142, é considerada a lei mais importante da saúde brasileira. Foi elaborada para regulamentar o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990b)

De acordo com essa lei, são objetivos do Sistema Único de Saúde:

- 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, as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde;
- 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.

Para tanto, as áreas de atuação do SUS são:

- A **promoção** da saúde, com ações que buscam atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença;
- A **prevenção** das doenças e **proteção** da saúde, com ações específicas voltadas para controlar os riscos e a exposição às doenças;
- A **recuperação** da saúde, com ações que evitam a morte de pessoas doentes e evitam ou reduzem seqüelas: atua sobre os danos, envolvendo diagnóstico e tratamento.

Em seu Art. 6º, essa lei estabelece, ainda, uma série de atribuições do SUS, tais como: a execução de ações de vigilância sanitária,

Para refletir...

Na sua avaliação, as ações desenvolvidas por sua Equipe de Saúde da Família se dão prioritariamente nas áreas de promoção, prevenção e proteção ou recuperação da saúde?

Faça a mesma avaliação sobre suas próprias práticas, identificando as razões para esse direcionamento.

epidemiológica e ambiental; a formulação da política e participação na produção de medicamentos, imunobiológicos e equipamentos; a participação na formulação e execução de ações de saneamento básico e da política de sangue e hemoderivados; e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Deste modo, ampliam-se consideravelmente as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, que são:

- O Ministério da Saúde, no âmbito federal;
- As secretarias estaduais de saúde, no âmbito dos estados;
- As secretarias municipais de saúde, no âmbito dos municípios e do Distrito Federal.

Você sabia....

Que a Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde e os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas na saúde de sua população. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos Conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras municipais. Atualmente já foi incorporada à Constituição Federal.

A Lei nº 8.080 também define as atribuições e responsabilidades de cada ente federado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) no que diz respeito à saúde. Há um conjunto de atribuições e responsabilidades que é comum a todos os entes, e um outro que é específico de cada um.

Como já discutimos a partir da Reforma sanitária, muitos foram os avanços vivenciados por nossa sociedade no que se refere ao Sistema Único de Saúde, entretanto muitos também são os desafios a transpor para a efetivação dos princípios do SUS, e embora alguns desafios exijam ações de longo prazo para serem vencidos, é fundamental a reflexão e incorporação de novas práticas e novos contextos no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente na ESF.

Este é o objetivo do Pacto pela Saúde que pretende contribuir na qualificação de um conjunto

de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS e que impedem a radicalização da reforma sanitária brasileira. O pacto apresenta-se, portanto como uma possibilidade real de avanço no processo da reforma sanitária iniciada no Brasil.

1.4 0 “Pacto pela Saúde” no Brasil

O “Pacto pela Saúde” é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Pacto pela Saúde estabelece metas e compromissos para cada ente da federação e é renovado anualmente. São três seus componentes: **Pacto pela Vida**, **Pacto de Gestão** e **Pacto em Defesa do SUS**. Analise o significado e as prioridades de cada um no quadro a seguir.

Quadro 1 – Significado e prioridades dos componentes do Pacto pela Saúde

| Componente | Significado | Prioridades |
|-------------------------------|---|--|
| Pacto pela Vida | <p>Estabelece um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.</p> <p>Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Saúde do idoso; - Câncer de colo de útero e de mama; - Mortalidade infantil e materna; - Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; - Promoção da saúde; - Atenção básica à saúde. |
| Pacto de Gestão | <p>Estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal; - Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em: <ul style="list-style-type: none"> Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. |
| Pacto em Defesa do SUS | <p>Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, para reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos. Busca defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.</p> <p>Este componente do Pacto implica um movimento de “repolitização” da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Implementar um projeto permanente de mobilização social com as finalidades de mostrar a saúde como direito de cidadania e de assegurar recursos estáveis para o setor; - Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS. |

1.4.1 O Pacto pela Saúde pretende inaugurar uma nova fase na construção do SUS:

- Aponta para uma relação mais democrática, responsável, articulada e pactuada entre os três entes federados – União, Estado e município;
- Exige a construção de um planejamento em saúde que oriente efetivamente as prioridades de governo e a gestão das políticas de saúde;
- Traz um grau de transparência que facilita a atuação da sociedade civil e de órgãos como o Ministério Público na responsabilização dos gestores para a concretização do que foi pactuado;
- Dá oportunidade à ampliação dos espaços democráticos de gestão do SUS e ao envolvimento do conjunto da sociedade numa retomada da luta pela concretização do direito à Saúde.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

1.5 A Política Nacional de Atenção Básica

Há uma crescente discussão sobre a terminologia mais adequada para descrever o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, a expressão Atenção Básica foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização do termo “Atenção Primária à Saúde (APS)”. Na perspectiva da terminologia, a atual Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2012, traz a equiparação conceitual da Atenção Básica com a Atenção Primária à Saúde.

Nos últimos anos, acumularam-se evidências de que um sistema de saúde baseado na APS alcança melhores resultados à saúde das populações e apontam quais características da APS podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menores custos e ser mais satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais (BRASIL, 2011a).

A Atenção Primária é a porta prioritária de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela Atenção Primária no Brasil é a Atenção Básica. Quando comparada à atenção secundária e terciária, a Atenção Básica diferencia-se por diversas características, entre elas: dedica-se aos problemas mais freqüentes (simples ou complexos) especialmente em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, observam-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com seus problemas (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS apresenta-se entre as prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2012a).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito **individual e coletivo**, que abrange a **promoção e a proteção da**

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma **atenção integral** que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de **trabalho em equipe**, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza **tecnologias de cuidado complexas** e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e **necessidades de saúde** de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012b).

A nova PNAB, publicada em 2012, atualizou conceitos na política e, como mencionado anteriormente, traz a equiparação conceitual da Atenção Básica com a Atenção Primária à Saúde. Além disso, introduz elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção.

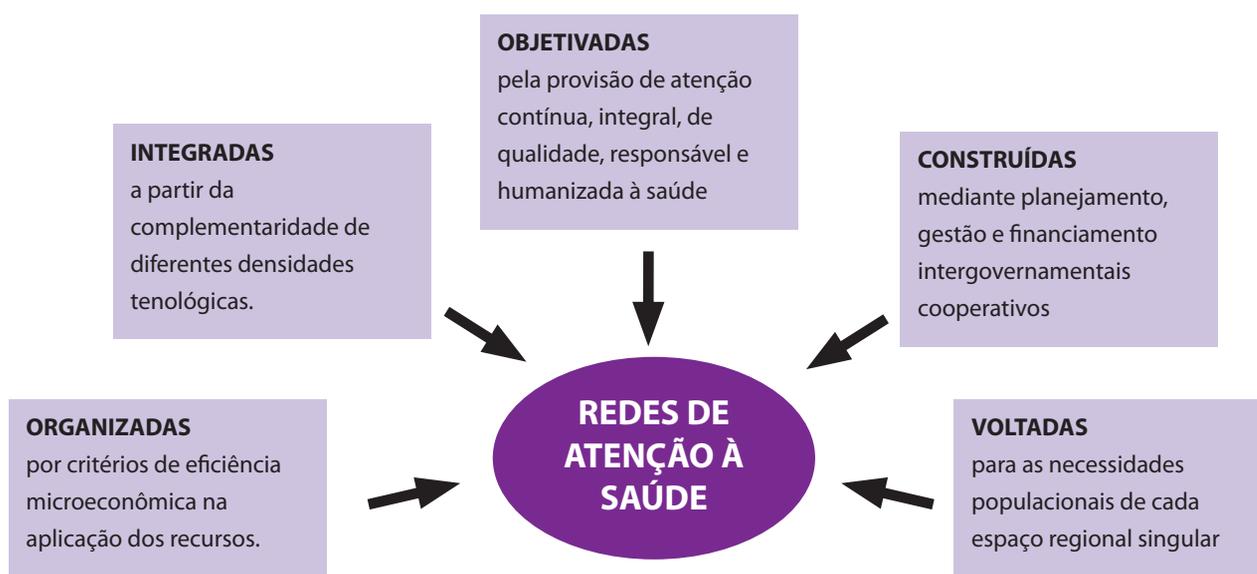
Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012b).

A PNAB define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversas peculiaridades, entre as quais destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar com ampla cobertura, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012b).

Segundo a Portaria 4.279/2010 as “Redes se caracterizam pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária em Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Tem o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.” (BRASIL, 2010a).

Há evidências de que as RAS melhoram os resultados sanitários nas condições crônicas, diminuem as referências a especialistas e a hospitais, aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produzem serviços com maior efetividade e menor custo e aumentam a satisfação dos usuários (MENDES, 2012). Uma abordagem mais aprofundada sobre as RAS no cotidiano do trabalho do NASF será abordada no capítulo 5.

Quadro 2 - Conceito de Redes



Fonte: Portal da Saúde – SUS - http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1

A PNAB também reforça que a consolidação e o aprimoramento da atenção básica como reorientadora do modelo assistencial no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente, devendo estes serem incorporados e concretizados na prática dos serviços de saúde. Dessa forma, a educação permanente deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012b).

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2012b).

A reorientação do modelo de atenção à saúde exige a transformação permanente da lógica de funcionamento dos serviços, bem como do processo de trabalho das equipes, o requer por parte dos diversos atores envolvidos no processo (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para a conformação de práticas transformadoras e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012b). Nessa perspectiva, foi publicado o Decreto 7508, reorganizando o SUS com objetivo de melhorar o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde em todo o País.

1.6 Decreto 7.508

O decreto nº 7.508, publicado em 28 de junho de 2011, preenche uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar a Lei 8.080, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da Saúde, a assistência à Saúde e a articulação interfederativa, possibilitando o aprimoramento do Pacto pela Saúde e contribuindo na garantia do direito à Saúde a todos os brasileiros (BRASIL, 2011b).

Conforme já estabelecido na Lei 8.080, o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, assim, uma das principais inovações trazidas pelo Decreto 7.508 é a criação das Regiões de Saúde.

As Regiões de Saúde consistem em recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais tendo como base identidades culturais, econômicas e sociais, assim como as redes instaladas de comunicação e infraestrutura de transporte. Nessas regiões, os gestores de saúde organizam uma rede regionalizada de ações e serviços capaz de prestar atendimento a toda população local. As regiões de saúde podem ter diferentes desenhos, em função da diversidade do território nacional. As regiões de saúde podem ser dos seguintes tipos:

- 1) Regiões Intramunicipais – organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional, como ocorre com algumas capitais;
- 2) Regiões Intra-estaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado;
- 3) Regiões Interestaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a diferentes estados;
- 4) Regiões Fronteiriças – compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais estados e a países vizinhos.

A Região de Saúde deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde.

Em relação à hierarquização, o Decreto estabelece que são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, os serviços:

I de atenção primária

II de atenção de urgência e emergência

III de atenção psicossocial

IV especiais de acesso aberto

Visando a identificação das necessidades de saúde, a orientação do planejamento integrado e a contribuição no estabelecimento de metas de saúde, o Decreto 7.508, prevê a criação dos “Mapas de Saúde”. A partir destes mapas serão elaborados os planos de saúde específicos para municípios, estados e regiões.

A criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, tem entre outros objetivos, informar a população sobre as ações, serviços e medicamentos disponíveis no SUS.

1.6.1 Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP

O COAP será resultado da integração dos Planos de Saúde dos entes federativos da RAS, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Tem por objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

O COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos (estados, municípios e regiões) com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e metas, 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 e integração das ações e serviços de saúde.

O Estado do Mato Grosso do Sul foi o primeiro estado do País a assinar o COAP, com a adesão de 100% dos municípios, em agosto de 2012. Os gestores municipais das quatro Regiões de Saúde do Estado - Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas - assinaram o contrato, organizando a gestão do SUS com foco regional.

Como vimos até o momento, muitas são as iniciativas para a implementação do SUS, com observância dos seus complexos princípios e diretrizes, buscando garantir melhor atenção à saúde dos brasileiros. Para finalizar o capítulo faremos uma abordagem inicial sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Para saber mais...

Assista o vídeo SUS: Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011

<http://www.youtube.com/watch?v=M45BxZ0Fjls>

1.7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – foi criado a partir da Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008, visando o suporte qualificado às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na condução de situações que necessitem de distintos conhecimentos profissionais, garantindo a integralidade do cuidado (GRABOIS, 2011). Assim, tem objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da APS (BRASIL, 2010b).

Constitui-se de uma estratégia inovadora para a APS/SF, que deve provocar mudanças na postura, na atitude e na atuação dos profissionais. Entre os seus pressupostos estão a territorialização; a educação permanente em saúde; integralidade; participação social; promoção da saúde, intersetorialidade, educação popular, interdisciplinaridade e humanização. O NASF procura ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de SF.

Trazendo em seu bojo a função de **Apoio**, busca construir, de maneira dialógica e compartilhada com os outros profissionais, projetos e intervenções, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de

conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e, novamente, visão de mundo (CAMPOS, 2007). Desta forma, o atendimento compartilhado entre os profissionais do NASF e os da ESF deve ser priorizado, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, devendo o atendimento individualizado pelo NASF se dar **apenas em situações extremamente necessárias**, sempre respeitando os territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2009b).

Atualmente, podem compor o NASF profissionais de 16 categorias: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico gineco obstetra, médico homeopata, médico pediatra, psicólogo clínico, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário, nutricionista, terapeuta ocupacional, sanitarista, educador social (BRASIL, 2013).

Embora seja constituído por profissionais de distintas categorias, é importante ressaltar que o NASF **não se constitui** como equipe de referência para encaminhamentos; centro de especialistas; núcleo para trabalhar exclusivamente com a formação dos profissionais da ESF. Também não é um núcleo supervisor de equipe (gestão); não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários; não compõe o nível secundário do sistema único de saúde e não é uma estratégia de atendimento individual (BRASIL, 2010b).

A Portaria nº 256, de 11 de março de 2013 prevê 3 modalidades de NASF – I, II e III.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Cada NASF 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três), e a, no máximo, 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada (BRASIL, 2013, p.6).

Em relação à composição, cabe ao gestor, fundamentado pela realidade epidemiológica dos territórios e pelas necessidades de saúde das pessoas, definir os profissionais que farão parte do(s) NASF(s) do município. A regulamentação para a composição dos NASF das diferentes modalidades pode ser visualizada no quadro que segue.

Desde sua criação, inúmeros NASF vêm sendo implantados nos estados e municípios da Federação. Segundo informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no mês de abril de 2013 estavam implantados 1987 NASF no País, sendo 1527 da modalidade I e 460 da modalidade II. No âmbito dos 78 municípios do Estado do Mato do Sul, existem no Estado 39 NASF, sendo 19 da modalidade I e 20 da modalidade 2.

Ainda que o número de NASF no País seja expressivo, constata-se a necessidade do rompimento da cultura organizacional dos serviços de saúde do SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolutividade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2012). O desafio das equipes NASF está no rompimento desta lógica, colaborando para a implementação de ações qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva das ESF e problematizando com profissionais e usuários dos serviços os determinantes do processo saúde-doença e as possibilidades de enfrentamento das condições que podem levar ao adoecimento, situações de vulnerabilidade e até a morte (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Para tanto, tem a clínica ampliada como conceito norteador de suas ações, e propõe a utilização de ferramentas como o apoio matricial, o projeto terapêutico singular, o projeto de saúde do território e a pactuação de apoio, que serão discutidas com mais aprofundamento no capítulo 4.

Portanto, o processo de trabalho do NASF implica na criação de espaços e momentos para reuniões de planejamento e discussão de casos, pactuações internas e com a ESF, estabelecimento de objetivos, prioridades e critérios para atenção, avaliação e readequação do processo de trabalho.

Tais ações não ocorrem espontânea e naturalmente, sendo necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na co-gestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção. As dificuldades e os enfrentamentos para a implantação e efetivação do NASF persistem em muitas situações, com importantes lacunas e barreiras decorrentes do entendimento desta proposta e de suas tecnologias por parte da gestão, profissionais e dos usuários, com necessidade de formação, acompanhamento, monitoramento e avaliação no contexto do SUS (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2012).

E é para contribuir para a superação dos desafios postos no cotidiano dos trabalhadores dos NASF que suscitamos estas discussões! Vamos avançar!

NASF 1:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais;

e III - cada ocupação (família de CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de CHS.

NASF 2:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais; e

III - cada ocupação (família de CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de CHS.

NASF 3:

I - a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;

II - nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas; e

III - cada ocupação (família de CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal (BRASIL, 2013).

Referências Bibliográficas

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude soc., São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Jun 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Abc do SUS. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990b.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. 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. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.160p. Acesso em 13 jan 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.157p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011a. 197 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1 ed. 2 reimpr- Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 290 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

BRASIL. PORTARIA Nº 256, DE 11 DE MARÇO DE 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Acesso em: 19 abr 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, v. 9, n. 17, p. 287-301; 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X.

GRABOIS V. Gestão do cuidado. In: Godim R, Graboys V, Mendes W. (Org.). *Qualificação de Gestores do SUS*. 2 ed. Rio de Janeiro: EAD-Ensp; 2011. p.154-90.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos Saúde Pública*, v.20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. A Clínica Ampliada como ação disparadora de mudanças. In: GENIOLE, L.A.I.; KODJAOGLANIAN, V.L.; VIEIRA, C.C.A.; MACHADO, J.F.P.; SANTOS, M.L.M. *A clínica ampliada no contexto da atenção primária em saúde* [Org]. Campo Grande: Editora UFMS, 2012.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev Mundo Saúde*, São Paulo, 2010, vol. 34, n.1, pp. 92-6.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Jun 2013.

Autoras do Módulo:

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual de Londrina, Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pelo Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da UFMS. Membro do Colegiado Gestor do Curso de Capacitação de Profissionais dos NASFs de Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Mato Grosso do Sul.

Adriane Pires Batiston

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Marília. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pelo Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da UFMS. Membro do Colegiado Gestor do Curso de Capacitação de Profissionais dos NASFs de Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Mato Grosso do Sul.

Direção de arte, Editoração Eletrônica e Projeto Gráfico:
Marcos Paulo de Souza