

*MÓDULO III -
O SUS E AS PRÁTICAS LOCAIS*

*A 8ª Conferência Nacional de Saúde, a
Constituição de 1988 e o SUS*

Prof. Augusto César Costa Cardoso

II CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA - SEÇÃO BAHIA

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA



A 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988 e o SUS



- A atual configuração do sistema de saúde brasileiro
- Organização dos Serviços de Saúde

REFORMA SANITÁRIA



CRÍTICA AO MODELO DE
ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA
À SAÚDE PREVELENTES

NO BRASIL - ORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

⇒ o modelo hegemônico de saúde:

centrado no aspecto curativo, individual, de alto custo, alta complexidade e baixa cobertura, com demanda espontânea e seguindo a lógica de mercado (acesso a serviços, a pesquisa e a produção de equipamentos, materiais etc., formação RH)

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Histórico:

- ocorrência de epidemias e doenças pestilenciais no início do século XX.
- ameaça dos interesses do modelo econômico agrário-exportador.
- reforma de Oswaldo Cruz (1904) e Carlos Chagas (1923) - realização de campanhas sanitárias contra a febre amarela urbana, a varíola, a peste etc.
- o aparecimento das indústrias urbanas e dos movimentos operários.

(PAIM, 2002)

• criação das CAP(s) - embrião da *Previdência Social* - passaram a contemplar a assistência médica para certos setores: comércio, indústria, agropecuária ou a burocracia do Estado.

⇐ Desse modo, os trabalhadores do campo (maior parte da população brasileira) e da cidade, bem como dos seus familiares que não se vinculavam ao mercado formal de trabalho não tinham acesso aos serviços de saúde.

(PAIM, 2002; WERNECK, 2000)

⇐ Diante da doença de um indivíduo, o atendimento médico somente era possível para os que podiam pagar ou por intermédio da caridade.

Os recursos financeiros para este Sistema de Saúde eram insuficientes e provinham, principalmente das contribuições mensais de empregados e empregadores que, juntos, eram responsáveis pela maior parte do total aplicado no setor.

(PAIM, 2002; WERNECK, 2000)

⇨ **Crescimento da Medicina Previdenciária na primeira metade do século - através dos IAP(s) - permitiu o acesso dos trabalhadores urbanos (com carteira de trabalho assinada) e seus familiares à assistência médico-hospitalar, o mesmo não ocorreu com os trabalhadores rurais, com os empregados domésticos, desempregados e com os vinculados ao mercado informal.**

(PAIM, 2002)

⇐ As ações do MS e dos seus equivalentes nas esferas estadual e municipal (secretarias de saúde) concentraram-se na execução de Campanhas Sanitárias, de Programas Especiais (materno-infantil, tuberculose, endemias rurais, hanseníase etc) e, complementarmente, nos serviços de pronto-socorro, maternidades, hospitais específicos (psiquiatria, cancerologia, fisiologia etc), centros e postos de saúde, para onde recorriam os segmentos da população não beneficiários da medicina previdenciária e que não podiam pagar pela assistência médico-hospitalar.

(PAIM, 2002)

2. A PARTIR DOS ANOS 60 ATÉ O PERÍODO DO MILAGRE ECONÔMICO

1967 - origem do INPS - fusão dos IAP(s): o Estado de forma centralizada passou a gerir o modelo assistencial com os recursos financeiros captados a partir das “corporações” de trabalhadores contribuintes.

sutil expansão da assistência médica/odontológica de forma altamente centralizada

(PAIM, 2002; WERNECK, 2000)

- foram realizados inúmeros credenciamentos e convênios para compra de serviços de terceiros em detrimento da expansão dos serviços próprios

- Implementação ao nível do mercado sem o devido aporte institucional público para a coordenação e fiscalização das atividades)

(PAIM, 2002)

A partir de 1964, a política empreendida pelos governos militares até a metade da década seguinte foi a de utilizar os recursos da seguridade social para financiar o setor privado: privilegiamento do setor privado, através de compra de serviços de Assistência Médica, do apoio aos investimentos e mediante subsídios.

1973 - criação do FUNRURAL.

1974 - o Plano de Pronta Ação possibilitou às clínicas e hospitais particulares contratados pela Previdência Social a atenderem casos de urgência de qualquer indivíduo, segurado ou não.

(PAIM, 2002)

1974- criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com uma extraordinária arrecadação mensal e logo em seguida, no seu interior, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) selaram definitivamente a divisão das ações estatais no setor saúde:

- ao Ministério da Saúde com poucas verbas couberam ações Preventivo-Coletivas e nada lucrativas e
- ao MPAS coube a responsabilidade pela assistência médica e toda a arrecadação em função dela existente.

(WERNECK, 2000)

Além destas características, o avanço da microbiologia e o surgimento das especialidades médicas, contribuíram para o crescimento das indústrias de medicamentos e equipamentos.

A partir destes fatos as ações coletivas de saúde pública (campanhas de vacinação e educação) foram perdendo espaço, ao passo que, gradativamente, iam sendo adotadas ações de caráter individual.

(WERNECK, 2000)

Este modelo de prática trouxe consigo a adoção de equipamentos de tecnologia altamente sofisticada e de custos cada vez mais altos e sua prática se deu, preferencialmente, em ambiente hospitalar.

Tudo isso influenciou marcadamente a organização da assistência à saúde.

(WERNECK, 2000)

Em diversos momentos existiram propostas de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, mas nenhum destes momentos foi tão propício à efetivação da proposta da Reforma Sanitária no Brasil, como no final da década de 70 e princípio da década de 80.

PRINCÍPIOS DA REFORMA SANITÁRIA

- um conceito ampliado de saúde
 - o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado
 - a promoção da justiça social
 - os princípios organizativos

(WERNECK, 2000)

- Um conceito ampliado de saúde

“ a saúde não é um conceito abstrato. Define-se num momento histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”

- O reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado

“ao assumir e reconhecer a saúde como um direito de cidadania para todas as pessoas, bem como, ao garanti-lo constitucionalmente como dever do Estado através da adoção de políticas sociais, da promoção, proteção e recuperação da saúde e da garantia do acesso aos serviços”

- A promoção da justiça social /
EQUIDADE

“para ser alcançada é necessário Universalizar o acesso da população à informação e aos serviços de saúde, promover a Integralidade da atenção e garantir o Controle Social pela população”

- Os princípios organizativos

Descentralização,
Regionalização
e
Hierarquização.

Início dos anos 80- Através das Ações Integradas de Saúde (AIS) é viabilizado o acesso do segmento da população não segurada aos serviços previdenciários e públicos conveniados.

1986- VIII CNS/ I CNSB

- Contou com a participação de quase cinco mil pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e representantes da sociedade civil.

(PAIM, 2002; WERNECK, 2000)

1986- VIII CNS/ I CNSB

“seu relatório final continha recomendações que passaram a constituir o projeto da reforma sanitária, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado à

Assembléia Nacional Constituinte em 1987, para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a saúde”

“Este relatório reconhecia a saúde como um direito básico do cidadão e como um dever do Estado, entendendo o conceito de saúde de forma ampliada”

1988 - A Constituição Cidadã

"esta nova Constituição aprovou os mais importantes princípios da Reforma Sanitária e finalmente, criou o Sistema Único de Saúde - SUS"

1990 - as Leis federais 8080 e 8142

regulamentam o SUS, mantendo quase na íntegra, estes princípios.

A partir deles, Estados e Municípios elaboram, respectivamente, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais

1992- IX CNS

1993- NOB/SUS - 93

1996- X CNS e NOB/SUS - 96

2000- XI CNS

2000-2003 - NOAS

2003- XII CNS

2004- III CNSB

(PAIM, 2002; WERNECK, 2000)

Organização dos Serviços de Saúde (a partir de 1988):

Subsistemas de Saúde

1. Sistema Único de Saúde (SUS)
2. Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS)
3. Sistema de Desembolso Direto (SDD)

1. SUS



SISTEMA PÚBLICO



órgãos e instituições
públicas



nada é cobrado do usuário

"O SUS foi inscrito na Constituição Brasileira de 1988, onde, pela primeira vez na história do país, é atribuída a responsabilidade direta do Estado na garantia do direito à saúde, tendo sido esta compreendida numa perspectiva ampliada, a ser alcançada mediante ações setoriais e extra-setoriais, que visem a melhoria das condições gerais de vida"

(NASCIMENTO-SOBRINHO e FORMIGLI, 2002)

SUS

```
graph TD; A[SUS] --> B[Princípios e Diretrizes]; B --> C[REORDENAÇÃO das práticas sanitárias do MODELO DE ATENÇÃO PREVALENTE];
```

Princípios e Diretrizes

REORDENAÇÃO das práticas sanitárias
do MODELO DE ATENÇÃO PREVALENTE

SUS

É um **sistema único** porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional sob a responsabilidade das 3 esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

Como **sistema**, é um conjunto de ações, serviços e unidades que se integram visando as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Direção do SUS



Única



Ministério da Saúde (Federal)

Secretaria Estadual de Saúde (Estadual)

Secretaria Municipal de Saúde (Municipal)

Os governos municipais, estaduais e federal devem tomar todas as medidas para que o SUS funcione.

Com a **municipalização** da SAÚDE, cada município é responsável pela coordenação de todos os serviços do SUS localizados dentro dos seus limites territoriais

Para isso, todos os anos a Câmara de Vereadores aprova o Orçamento Municipal - nele está definido quanto o município gastará em saúde no ano seguinte.

O Estado e o Governo Federal devem cooperar com dinheiro e orientação técnica para assegurar o atendimento da população, além de complementar os serviços especializados inexistentes no município.

Porém, cabe à Secretaria de Saúde de cada município orientar a população sobre onde encontrar atendimento pelo SUS.

PRINCÍPIOS DO SUS:

- a) **Universalidade**: garantia de acesso de qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde;
- b) **Equidade** da assistência: garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema de acordo com a necessidade que o caso requeira - as ações coletivas são dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas;

c) **Integralidade**: refere-se tanto ao homem quanto às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e ao sistema de saúde;

A Organização está baseada em:

d) Resolutividade;

e) Descentralização de gestão e recursos;

f) Regionalização;

g) Hierarquização;

h) Participação da comunidade.

(Mendes, 1998)

Organismos colegiados de controle social:

- Conferências de Saúde (de 4 em 4 anos)

- Conselhos de Saúde (nacionais, estaduais e municipais)

representantes:

- do governo
- dos prestadores de serviços
- dos profissionais de saúde
- dos usuários



*Obrigado pela
atenção de
todos !*

BIBLIOGRAFIA

Obrigatórios:

1. WERNECK, M.A.F. **A Reforma Sanitária no Brasil**. p. 1-24. (mimeo).
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Gestão Municipal de Saúde. Textos básicos**. Brasília: MS, p. 285-304, 2001.
3. PAIM, J. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. In: PAIM, J. **Saúde: política e reforma sanitária**, Salvador: ISC/CEPS, p. 271-294, 2002.

Complementares:

1. OPAS. **SUS: configuração à luz dos regramentos constitucional e legais**. Brasília: OPAS, 17p, 1994.
2. MENDES, E.V. O dilema da segmentação ou universalização: por um sistema público de serviços de saúde para todos os brasileiros. In: MENDES, E.V **Os grandes dilemas do SUS**, tomo I. Salvador:ISC/Casa da Saúde, p 57-123, 2001.
3. . BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Tema 1: Saúde como Direito, 1986.