



LEITURA COMPLEMENTAR

Matta, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Qualificação dos Gestores do SUS/Organizado por Roberta Gondim Oliveira, Victor Graboís e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009.

INTRODUÇÃO

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização.

Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros.

Este artigo tem o objetivo de organizar, descrever e colaborar para a compreensão dos princípios e diretrizes do SUS a partir da análise dos conteúdos disponibilizados pela legislação do SUS e por autores que o apresentam para fins didáticos ou analíticos. Apresentaremos o tema não apenas de forma descritiva, mas compreendendo seu contexto histórico, político e epistemológico.

A base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

- 1 – A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988).
- 2 – A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990a).
- 3 – A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

Além disso, há diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema. Mas a estrutura formal do SUS está disposta nesses três documentos citados anteriormente.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES: INSTRUÇÕES DE USO

Definir e descrever os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, o SUS, não é tarefa das mais simples, muito menos, breve. As dificuldades são várias e de diversas ordens.

Façamos rapidamente uma apreciação de trechos do texto constitucional sobre o setor saúde e da Lei 8.080, a Lei Orgânica da saúde:

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

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sempre juízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade. (Brasil, 1988: 63)

Capítulo II . Dos Princípios e Diretrizes

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

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990a:69)

A primeira dificuldade é definir claramente a diferença entre princípio e diretriz. Aparentemente pode parecer uma tarefa simples, não fosse a própria dificuldade apresentada pelos legisladores quando formularam o texto constitucional e a Lei Orgânica da saúde.

Por exemplo, o texto constitucional em nenhum momento menciona o termo princípios, afirmando que o SUS é organizado a partir de diretrizes. Já a Lei 8.080 de 1990, afirma que o SUS será organizado de acordo com as diretrizes dispostas no artigo 198 da Constituição e também por princípios discriminados no texto.



Apesar de aparentemente haver uma referência explícita ao texto constitucional, alguns elementos apresentados como princípios na lei 8.080 são exatamente os mesmos que constam como diretrizes do texto constitucional. Veja a comparação no quadro a seguir:

Quadro 1. Comparação entre a Constituição e a lei 8.080

Texto Constitucional Diretrizes	Lei 8080 (Princípios)
I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo	IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo
II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais	II. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
III. Participação da comunidade	VIII. Participação da comunidade

Percebemos, portanto, que descentralização, integralidade e participação da comunidade, tomada a legislação em seu conjunto, são apresentados ao mesmo tempo como princípio e diretriz.

A segunda dificuldade são os diversos atributos do SUS apontados como princípios e diretrizes. Como podemos observar nas citações anteriores, a legislação do SUS apresenta diversos elementos que podem ser apresentados como estruturantes e também como organizativos, o que contribui para o esvaziamento da diferença entre princípio e diretriz, bem como para a pulverização dos atributos que devem constituir o SUS.

Estas dificuldades encontram-se também entre alunos, docentes e, principalmente, entre os usuários do SUS, que, para defenderem seus direitos, devem conhecer quais os elementos (princípios e diretrizes) que orientam o SUS e que marcam historicamente a luta popular pela saúde.

O que seriam, então, os princípios e diretrizes do SUS?

Devemos inicialmente esclarecer o que a língua portuguesa define como princípio e diretriz, para posteriormente identificar os usos desses termos como elementos constituintes do SUS.

O dicionário Houaiss da língua portuguesa (Houaiss & Villar, 2001: 2.299) define princípio como: “1. o primeiro momento da existência (de algo), ou de uma ação ou processo; começo, início (...); 2. o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão (...); 3. ditame moral; regra, lei, preceito”.

A definição do dicionário nos serve de várias formas. Ao utilizar as definições 2 e 3, podemos pensar os princípios do SUS como aquilo que serve de base, alicerce, para o sistema de saúde brasileiro; em contrapartida e ao mesmo tempo, tais princípios representam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde. Ou seja, mencionamos um princípio que é estruturante e ao mesmo tempo é princípio moral, ou seja, os valores que escolhemos para orientar as ações e políticas de saúde em nosso país.

Por exemplo, escolhemos, por uma luta histórica e pactuada na assembléia nacional constituinte de 1988, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Portanto, todo

cidadão brasileiro tem o direito à atenção à saúde. Esse é o princípio da universalidade. É uma das razões do SUS. Ele deve existir para todos e não apenas para aqueles que trabalham formalmente, ou que contribuam diretamente para algum tipo de seguro saúde. Simplesmente a saúde é um direito universal para nós brasileiros.

Claramente constitui-se como um dos pilares, dos ditames morais do SUS. Sem esse princípio, o SUS não teria essa cara, não existiria dessa forma. O sistema de saúde deve mover-se no sentido de que todas as ações devem atender a todos aqueles que dele necessitam.

Diretriz é definida pelo Houaiss (Houaiss & Villar, 2001: 1.050) como “1. a linha básica que determina o traçado de uma estrada; 2. esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto etc.”, “norma de procedimento, conduta etc; diretiva”.

Os sentidos apontados nos permitem compreender diretrizes como aquilo que define rumos, dinâmicas, estratégias que organizam o SUS. São linhas gerais, determinam rotas; são estratégias, pois apontam caminhos e meios para atingir objetivos. Nesse sentido, as diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos¹ do SUS que, em última instância, estariam articuladas com seus princípios.

Organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização política, administrativa e financeira da União, estados e municípios é um meio para atingir os objetivos do SUS. Portanto, descentralização seria uma diretriz que obedece aos princípios do SUS.

Em contrapartida, a descentralização tornou-se um traço estruturante do sistema de saúde brasileiro que muitas vezes confunde-se com um princípio, a ponto de alguns autores apresentá-lo dessa forma (Pereira et al., 2004).

Alguns autores, na tentativa de organizar a discussão em torno dos princípios e diretrizes do SUS, propõem uma redescritção dessas noções. Ao invés de princípios e diretrizes, o SUS seria organizado a partir de princípios doutrinários e princípios organizativos (Cunha & Cunha, 2001).

Os princípios doutrinários seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para os SUS. A idéia de doutrina, ao mesmo tempo que identifica um conjunto de elementos comuns que justificam ou embasam um sistema ou uma teoria, pressupõe também a idéia de que só exista um único modo de compreensão desse sistema ou dessa teoria. Se por um lado fortalece a concepção de que é a partir dessa visão de mundo que todo o sistema deva ser pensado; por outro, esvazia o caráter histórico, político e democrático, que esses princípios representam. Nesse sentido, os princípios do SUS são uma escolha e um resultado da luta da sociedade brasileira para legitimar e garantir esses valores. Valores que se contrapõem aos princípios, por exemplo, liberais, da privatização da saúde; da saúde como um bem de consumo que deve obedecer a uma lógica de mercado.

Os princípios organizativos representam a forma de organização e operacionalização do sistema. Ou seja, a partir dos princípios doutrinários, os princípios organizativos definiriam as estratégias, os meios para concretizar os valores fundamentais do SUS.

¹ Segundo a lei 8.080, de 1999, os objetivos do SUS são: “I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (Brasil, 1988: 66).



Poderíamos, conforme a argumentação desenvolvida neste trabalho, tornar equivalentes os significados de princípios e princípios doutrinários, e diretrizes e princípios organizativos. Portanto, a partir deste momento, tomaremos denominação princípios, para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e diretrizes, para a forma, as estratégias e os meios de organização do sistema para sua concretização.

A construção desses sentidos que estamos propondo aqui é importante para pensarmos os usos dessas noções na política, na assistência e na formação de trabalhadores em saúde, sob o risco de tratarmos de forma a-histórica ou despolitizada os valores e as normas que escolhemos e defendemos na organização do sistema de saúde brasileiro.

Feita esta introdução semântica e retórica sobre princípios e diretrizes, iniciemos o trabalho de identificação e descrição dos elementos que compõem a base e a organização do SUS.

PRINCÍPIOS DO SUS

Conforme nossa descrição sobre o sentido de princípios, identificamos três elementos que compõem a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema brasileiro e que foi inscrita na Constituição Federal de 1988:

- . Universalidade;
- . Equidade;
- . Integralidade.

Voltamos ao texto constitucional e procuremos realizar um trabalho de identificação das idéias estruturantes e seus sentidos.

Princípio da Universalidade

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988: 63)

O artigo 196 da Constituição Federal afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Isso significa dizer que a saúde é um direito e não um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde.

A noção de direito à saúde difere completamente da noção de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloi Chaves em 1923, quando trabalhadores e empregadores financiavam as Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), e que perdurou até o modelo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1990.

Em decorrência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas, muitos associam a noção de universalidade à de gratuidade. A universalidade pressupõe a idéia de direito, o que torna completamente inadequado o uso de qualquer menção à idéia de pagamento/gratuidade. No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura.

Logicamente, os serviços de saúde necessitam de financiamento para atender às diversas demandas da população que se materializam na contratação e remuneração de trabalhadores, na aquisição de insumos (medicamentos, equipamentos, entre outros), na construção e manuten-



ção de hospitais, ambulatorios, unidades básicas de saúde, veículos e as diversas instalações para abrigar, transportar e produzir as ações de saúde. Além da prestação direta de serviços, há a necessidade de organização da gestão com todas as atividades de coordenação, planejamento, monitoramento, tratamento e armazenamento de informações, comunicação e educação para a saúde, que são objeto de políticas e financiamento por parte do Estado, entre outros.

O financiamento da saúde se dá por meio da arrecadação de impostos e outras formas de obtenção de recursos que devem ser administrados para atender aos princípios do SUS e às demandas de saúde da população brasileira.

Portanto, quando ressaltamos que é inapropriado afirmar que o SUS é gratuito, queremos reforçar a noção ou princípio do direito à saúde. Não queremos dizer que não é financiado, mas que a população não deve desembolsar nenhuma espécie de pagamento direto para a obtenção de serviços de saúde no SUS.

Aqui falamos da noção de direito presente na concepção do Estado de Bem-estar Social, na qual o Estado tem um papel fundamental na correção das iniquidades sociais, na redução dos riscos decorrentes da expansão dos mercados e no estímulo ao crescimento econômico e social.²

A noção de direito à saúde expressa na Constituição afirma que as condições de saúde da população são resultantes do contexto econômico e social brasileiro que não se reduz à compreensão biomédica do processo saúde/doença. Ou seja, para uma população atingir padrões aceitáveis de saúde, é necessário, além de ações e serviços setoriais, políticas econômicas e sociais que assegurem a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento social. Nesse sentido, a saúde se confunde com o direito à vida (Cunha & Cunha, 2001).

Em decorrência, o princípio da universalidade, bem como os demais princípios, é atravessado pelo que se convencionou chamar de conceito ampliado de saúde. Sua melhor forma de expressão está descrita na definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

A universalidade do SUS apresenta-se não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas, bem como aponta para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro.

Nesse sentido, precisamos distinguir dois desafios colocados pelo princípio da universalidade:

- . A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde;
- . A universalidade das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde.

² Sobre a concepção de Estado de Bem-Estar Social, ver Monnerat e Senra, texto "A seguridade social brasileira: dilemas e desafios", no livro Sociedade, Estado e Direito à Saúde, nesta coleção (N. E.).



Fica claro que a proposta em pauta no marco histórico da constituição do SUS não é um projeto de reformulação apenas do setor saúde, mas um projeto de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. Esta reflexão nos leva a discutir um outro princípio do SUS.

Princípio da Equidade

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior.

A noção de equidade não está presente nos textos fundacionais do SUS e apenas algum tempo depois apresenta-se como um norteador das políticas nos documentos legais e nos textos acadêmicos (Escorel, 2001). Apesar da base constitucional que legitima o SUS, a preocupação principal naquele momento da construção constitucional parecia reforçar, produzir a ideia de igualdade. Igualdade na concepção de cidadania, uma vez que todo os brasileiros teriam o direito político, legitimado pelo Estado, de acesso ao sistema de saúde, como descrito anteriormente.

Uma espécie de cidadania sanitária. Mas ao confrontar-se com o que chamamos de conceito ampliado de saúde, o espaço da igualdade, do exercício da liberdade, não seria suficiente para fazer frente às diferenças entre as diversas regiões, os diversos grupos populacionais, entre outros.

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e na suas potencialidades.

A preocupação da equidade, no que se refere à saúde e ao projeto de sociedade que o SUS expressa, coloca o problema da distribuição de recursos, insumos e serviços, que, segundo Escorel, pertence a uma forma diferenciada da noção de igualdade. Assumindo a diversidade da espécie humana, igualdade e equidade concentram-se nas regras de distribuição e em critérios comparativos. Daí a igualdade proporcional atribuir partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença. (Escorel, 2001: 5).

O problema da equidade e igualdade está em estabelecer um juízo de valor para eleger critérios de distribuição, classificando pessoas ou populações e estabelecendo modos de distinção.

Alguns autores simplificam a questão da equidade identificando como critério a priorização de segmentos populacionais com base em indicadores epidemiológicos e de distribuição de renda.

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. (Vasconcelos & Pasche, 2006: 535)

O problema aqui é identificar os processos de eleição dos critérios de distribuição de ações, serviços e insumos em prol da equidade como estratégias puramente técnicas, destituídas de



sua dimensão política. São processos de construção forjados em uma arena política e social, a partir de juízos de valor historicamente determinados. Ao discutir o tema, obrigatoriamente estamos em relação direta com o problema das necessidades de saúde. Este último também é alvo de grande disputa entre as diversas racionalidades e interesses que procuram explicar o processo saúde/doença, naturalizando tanto o processo de construção do conhecimento como também o ocultamento das estratégias de hegemonia na formulação de políticas e prioridades em saúde (Camargo Jr., 2005).

Portanto, apesar de reconhecermos a iniquidade do sistema de saúde e da distribuição da riqueza no Brasil, o princípio da equidade tem o desafio da construção de estratégias que reifiquem a participação e a emancipação cívica e social, expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país.

Princípio da Integralidade

O princípio da integralidade tem sido revisitado, estudado e debatido nos últimos anos (Pinheiro, Mattos & Ferla, 2006; Pinheiro & Mattos, 2005; Giovannella et al., 2002), influenciando os modelos de gestão e participação popular, a formulação de políticas, os saberes e as práticas em saúde, bem como, estruturando a formação de trabalhadores para a saúde.

Tentando seguir o caminho aberto por Mattos (2001), é importante identificar os diversos sentidos de integralidade presentes no campo da saúde: 1 - No sentido histórico, na ideia de construção de um sistema único de saúde em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; 2 - No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; 3 - No sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; 4 - No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde.

Em um primeiro sentido, presente no texto constitucional, a integralidade apresenta-se como uma ruptura histórica e institucional partindo da crítica à dicotomia entre ações preventivas e curativas, cindidas historicamente desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil até a extinção do modelo hamp. A Constituição afirma que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. Isso significa afirmar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, ou seja, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Esta ênfase se deve ao quase abandono dessas ações de cunho coletivo e preventivo em saúde durante toda a ditadura militar. Por isso a denominação sistema único de saúde. Não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas. Isso significa dizer que na direção do SUS em cada esfera de governo devem ser organizadas ações e serviços que visem à integralidade.

Em um segundo sentido, que expressa uma concepção do processo saúde/doença, a noção de atenção integral também diz respeito à crítica ao reducionismo biomédico, incorporando o conceito ampliado de saúde que mencionamos anteriormente. Isto é, a compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente, e não apenas sua descrição biológica. Nesse sentido, mais uma vez, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender à diversidade de necessidades das pessoas e dos grupos sociais. Podemos, no sentido proposto, identificar todo o esforço de humanização das práticas de saúde e da política nacional de humanização, localizando o sujeito como o centro e objetivo privilegiado da ação em saúde e não a doença ou o corpo.



No terceiro sentido proposto, as políticas de saúde devem ser formuladas tendo em vista a integralidade, compreendendo a atenção às necessidades de grupos específicos. São exemplos desse tipo de política: a atenção integral à saúde da mulher e a política de atenção à DST/Aids.

No quarto sentido de integralidade, voltamos nosso foco para a formação de trabalhadores e para o processo de trabalho em saúde. A formação de trabalhadores da saúde deve ser concebida a partir de uma organização dos conhecimentos e das práticas que viabilizem o reconhecimento da integralidade como o eixo norteador do processo educativo. Essa proposta guarda relações com a perspectiva da politecnia, na qual a compreensão das bases que fundamentam a prática profissional possibilita a reflexão sobre a produção do conhecimento, o processo de trabalho e a emancipação dos trabalhadores no seu sentido político-produtivo. A crítica à divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre a divisão social e técnica do trabalho em saúde, deve ser superada na articulação entre trabalho, educação e saúde com base na integralidade, trazendo repercussões para processo de trabalho em saúde (Matta, 2006).

DIRETRIZES DO SUS

A partir da análise da legislação do SUS e dos textos que tematizam sua organização, identificamos três diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS:

- . Descentralização.
- . Regionalização e hierarquização.
- . Participação da comunidade.

É por intermédio dessas diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se organizar. São estes os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro.

Diretriz da descentralização

O texto constitucional define que o SUS deve se organizar a partir da “descentralização” com direção única em cada esfera de governo. (Brasil, 1988: 63).

O debate entre centralização x descentralização é antigo e não pode ser tratado separadamente nem no sentido histórico e nem no sentido político, sob o risco de ser reduzido à discussão de questões de cunho técnico ou ideológico. Se por um lado a completa centralização leva à organização de um Estado totalitário; por outro, a completa e radical descentralização levaria à dissolução da noção de Estado (Bobbio et al., 2004).

Portanto, há necessidade de uma aproximação cuidadosa da diretriz da descentralização do SUS, pois ela apresenta-se tanto como uma estratégia de constituição de um Estado federativo como também como uma estratégia de organização do sistema de saúde. O tema da descentralização pode ser abordado de diversas formas: descentralização política, descentralização administrativa, descentralização de serviços, entre outros.

A descentralização que trata o SUS é coerente com a concepção de um Estado federativo obediente a princípios constitucionais que devem ser assegurados e exercidos em cada esfera de governo.

No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ou seja, estamos



falando de uma .desconcentração. do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o ministério da saúde; nos estados e distrito federal, as secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde.

A legislação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as atribuições comuns da União, distrito federal, estados e municípios, bem como o papel e as responsabilidades de cada esfera do governo na organização e operacionalização do SUS.

A lei 8.080, de 1990, descreve as atribuições e competências dessas instâncias de forma genérica e abrangente, muitas vezes tornando difícil reconhecer as especificidades de cada uma.

As NOB-SUS especificam com mais detalhes o processo de descentralização do SUS, estabelecendo as condições e estratégias necessárias para que os estados e municípios possam assumir suas responsabilidades perante o processo de implantação e consolidação do SUS.

A NOB-96 não só estabelece as funções e responsabilidades de cada esfera de governo como determina o desenho de reorientação do modelo assistencial brasileiro.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a. os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;

- b. os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

- c. os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

- d. a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

- e. os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (Brasil, 1996: 162-163)

É importante ressaltar que a descentralização é uma diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, fortalecendo o federalismo político expresso na Constituição de 1988. Isso é inteiramente diferente da descentralização política proposta pelo ideário neoliberal que preconiza a redução do papel do Estado, a terceirização de serviços e atividades originalmente estatais para a iniciativa privada, como a saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado a favor das leis de mercado³

³ Sobre neoliberalismo, ver: Lanhans e Pereira, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro Sociedade, Estado e Direto à Saúde, nesta coleção (N. E.).



Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo.

Essas instâncias são:

- . Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- . Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- . Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual;
- . Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems.

Muitos autores têm realizado análises a respeito do processo de descentralização e municipalização do SUS. Até o ano 2000, 99% dos municípios haviam aderido ao SUS, consolidando o processo de formalização da gestão descentralizada. Apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS, o papel da União na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, principalmente, de incentivos financeiros, tem concentrado poder e decisão nessa esfera de governo. O papel dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrático que aglutinador de estratégias de negociação e fortalecimento por meio de pactos e convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus municípios.

Diretriz da Regionalização e Hierarquização

A lei 8.080 dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região.

Essa concepção aproxima a gestão municipal dos problemas de saúde, das condições de vida e da cultura que estão presentes nos distritos ou regiões que compõem o município. A lógica proposta é: quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços para a população.

A regionalização deve ser norteadada pela hierarquização dos níveis de complexidade requerida pelas necessidades de saúde das pessoas. A rede de ações e serviços de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, deve se organizar desde as ações de promoção e prevenção até as ações de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias. A organização do sistema pode então requerer uma rede de serviços que extrapole os limites do município, sendo necessário o estabelecimento de convênios com outros municípios para atender às demandas de saúde de seus cidadãos. Nesse momento a diretriz da descentralização, através de suas instâncias de pactuação, como a CIB, participam na constituição dessa rede e no estabelecimento das estratégias de referência e contra-referência intermunicipais.

Definida como a organização da rede de serviços por nível de complexidade, a hierarquização aponta para uma outra dicotomia, presente no processo de trabalho em saúde, entre trabalho simples e trabalho complexo. Nesse sentido, supor, por exemplo, que as atividades que envolvem a atenção primária à saúde possuem um nível de complexidade menor que outras atividades de âmbito hospitalar ou cirúrgico é reproduzir uma divisão social e técnica do conhecimento



que obedece à racionalidade biomédica e à reprodução da divisão social do trabalho (Matta & Morosini, 2006). Portanto, a hierarquização no sentido de reconhecer a complexidade do processo de trabalho em saúde em seus diversos ambientes, estabelece fundamentalmente fluxos necessários de organização e orientação da rede de serviços presentes no SUS orientadas pelo princípio da integralidade.

Diretriz da participação da comunidade

A participação popular é um dos marcos históricos da Reforma Sanitária brasileira, quando, no final dos anos 70, sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais organizados e políticos engajados na luta pela saúde como um direito, propunham um novo sistema de saúde tendo como base a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade e os elementos que atualmente constituem o arcabouço legal e a organização do SUS. Ao mesmo tempo, a Reforma Sanitária brasileira lutava pela abertura democrática e por um projeto de sociedade mais justo, participativo e equânime, questionando as bases das formas de produção da desigualdade e da opressão no sistema capitalista.

Desde então, a participação da comunidade tornou-se uma diretriz da forma de organização e operacionalização do SUS em todas as suas esferas de gestão, confundindo-se mesmo com um princípio, constando do texto constitucional como uma das marcas identitárias do sistema ao lado da universalidade, integralidade e descentralização.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação popular aparece como um dos princípios que devem reger o 'novo' sistema nacional de saúde: "Participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e avaliação das ações de saúde" (Brasil, 1986: 10).

A lei 8.142, de 1990, regulamenta as instâncias de participação da comunidade no SUS, formalizando e institucionalizando-as como dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento das políticas no interior do sistema.

O SUS possui instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo.

São elas:

- . Os conselhos de saúde;
- . As conferências de saúde.

Os conselhos de saúde estão presentes nos três níveis de governo, representados pelo Conselho Nacional de Saúde,⁴ Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Essas instâncias representativas são organizadas de forma paritária, composta por metade de representante de usuários e o restante de representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados.

Os conselhos de saúde devem se reunir em caráter permanente e deliberativo com o objetivo de influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, bem como de exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde,

⁴ O Conass e Conasems participam também do Conselho Nacional de Saúde.



inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo.

As conferências de saúde devem se reunir em cada nível de governo a cada quatro anos, com a representação dos diversos segmentos sociais, podendo ser convocadas pelo poder Executivo ou extraor dinariamente pelo pela própria conferência ou pelos conselhos. Constituem-se, portanto, as conferências municipais de saúde, as conferências estaduais de saúde e a Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas.

Essas instâncias, que também participam da diretriz de descentralização da gestão do SUS, reproduzem o modelo federativo proposto pela constituição brasileira e pelo sistema de saúde de brasileiro. Portanto, a participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS, para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia em nosso país.

Considerações Finais

Nesses quase 20 anos de constituição do SUS, seus princípios e diretrizes apesar de reconhecidos legalmente e operando formalmente em quase todo o país, ainda estão muito distantes de atingir seus objetivos mais caros para a constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Mas seu reconhecimento legal e seus embates diários nos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e nas instituições de formação são uma motivação permanente para fazer valer a luta histórica pelo direito à saúde.

Diversos interesses econômicos, políticos e culturais estão em jogo na arena sociopolítica brasileira e colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, impedindo muitas vezes o avanço do SUS, como em governos recentes que reduziram o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde. O modelo democrático e civilizatório proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, implica também o debate e a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra-hegemonia.

A formação técnica dos agentes comunitários de saúde (ACS) constitui atualmente um novo desafio para o SUS e para sociedade brasileira. Os princípios e diretrizes aqui discutidos constituem a base para a formação desses trabalhadores e devem orientar a construção de uma prática em saúde emancipatória e cidadã.

O trabalho dos ACS, e de todos os trabalhadores do SUS, se institui como o desafio cotidiano de construção permanente, ao defender seus princípios e repensando as formas de sua materialização, sempre com base na participação e discussão coletiva.

A consolidação do SUS depende também de um novo projeto societário, da superação das históricas iniquidades sociais e econômicas que persistem em existir no Brasil e na construção de um modelo de Estado que se responsabilize por políticas sociais que possam convergir e potencializar o ideário da Reforma Sanitária brasileira.

Para finalizar, o trecho a seguir representa muito bem o lugar que ocupamos como defensores e trabalhadores do SUS e o difícil ofício de existir e trabalhar na contradição daquilo que acreditamos e criticamos enquanto vivemos.



Os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação/oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos. (Mattos, 2001: 43)

REFERÊNCIAS

- BOBBIO, N. et al. **Dicionário de Política**. Brasília: UNB, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.
- BRASIL. Lei n. 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB-SUS 1/96. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.
- CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Constituição Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc, Abrasco, 2005.
- CUNHA, J. P. & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- ESCOREL, S. **Os Dilemas da Equidade em Saúde: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. 2001. Disponível em: <www.bvspeps.epsjv.fiocruz.br/lildb/lilddocs/online/get.php?id=712>. Acesso em: 30 jul. 2007.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, 26(60): 37-61, jan.-abr. 2002.
- HOUAÏSS, A. & VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- MATTA, G. C. A. Construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.) **Estudos de Politécnia e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- MATTA, G. C. & MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: EPSJV. (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.



PEREIRA A. L. et al. **O SUS no seu Município:** garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. & FERLA, A. A. (Orgs.) **Gestão em Redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educsc, Cepesc, IMS, Uerj, 2006.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.