

Historia da Organizaçao do SUS

Aula 8

Resumo das Conferências Nacionais de Saúde

Princípios e desafios do SUS

Legislação básica

Antônio Leite Ruas Neto:

História das Conferências Nacionais de Saúde

Entre os dias 7 e 11 de dezembro, quando vai acontecer a 12ª Conferência Nacional de Saúde, mais um capítulo da história da saúde no Brasil será escrito. Desta vez, numa perspectiva inédita, a sociedade é quem vai escrever o roteiro da trama, ou melhor, do programa do governo federal na área de saúde. Esta conferência será o momento de apontar os novos desafios no processo de consolidação das diretrizes da universalidade, integralidade e equidade que regem o sistema.

Mas as seis décadas de história das conferências de saúde nem sempre foram democráticas assim. Na verdade, as conferências mudaram bastante e só com o tempo se transformaram em fóruns privilegiados de discussões sobre a saúde no país. Para se ter uma idéia, a 1ª Conferência, realizada em 1941 reuniu apenas 70 participantes e somente depois de 45 anos, a lendária 8ª Conferência ocorreu com a presença de mais de 4 mil pessoas.

A Lei que instituiu as conferências de Saúde foi promulgada em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, em um tempo caracterizado principalmente pela falta de liberdade política. Daí se explica a idéia inicial de que as Conferências serviriam apenas como um encontro de técnicos e administradores do ministério e dos estados para assessorar o ministro nos campos da educação e da saúde. Além disso, fatos históricos como golpe de 1937 e a 2ª Guerra Mundial, por exemplo, contribuíram para abortar qualquer iniciativa de discussão das políticas de saúde. Durante a 2ª Guerra, a aproximação do governo brasileiro com os Estados Unidos gerou uma série de acordos dentre eles o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que durou até a década de 90. Nessa época foram criados os Serviços Nacionais (da Tuberculose, da Lepra. Etc) que tinham uma concepção totalmente voltada para a cura e não para a prevenção. Foi o período de uma segunda grande reforma ministerial no campo da saúde.

Conferências - A 1ª Conferência, apesar de ter sido um encontro despolitizado, marcou a história da saúde brasileira por causa de algumas demandas, como por exemplo, por um ministério da saúde, que existe desde o início da República, e outra pela reelaboração das relações entre os entes federados, que tendia à centralização, até por conta da falta de capacidade técnica da quase totalidade dos municípios para resolver seus problemas sanitários.

A 2ª Conferência só foi acontecer em 1950 e se destacou na estabelecimento de leis referentes à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. A 3ª, por sua vez, representou a primeira proposta efetiva de descentralização na área da saúde e foi a primeira realizada após a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

- **2ª Conferência Nacional de Saúde**
- Durante a 1ª CNS definiu-se que as conferências ocorreriam anualmente ou, pelo menos, de 2 em 2 anos, porém, por motivos diversos isso não foi possível e a 2ª CNS ocorreu somente em 1950, e nela estabeleceu-se legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há registros formais sobre a 2ª Conferência Nacional de Saúde.

As quatro conferências posteriores, ocorridas durante os governos militares, voltaram a ter uma caráter predominantemente técnico e burocrata. A 4ª Conferência teve como tem central a questão dos recursos humanos e a necessidade de se identificar o tipo de profissional necessário às demandas do país. A 5ª Conferência (1975) discutiu o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais. A 6ª Conferência (1977), tratou do controle das grandes endemias e da interiorização dos serviços de saúde e a discussão da 7ª foi norteadada, principalmente pela criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), mas abordou assuntos sobre os serviços de saúde nas universidades federais e a articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde.

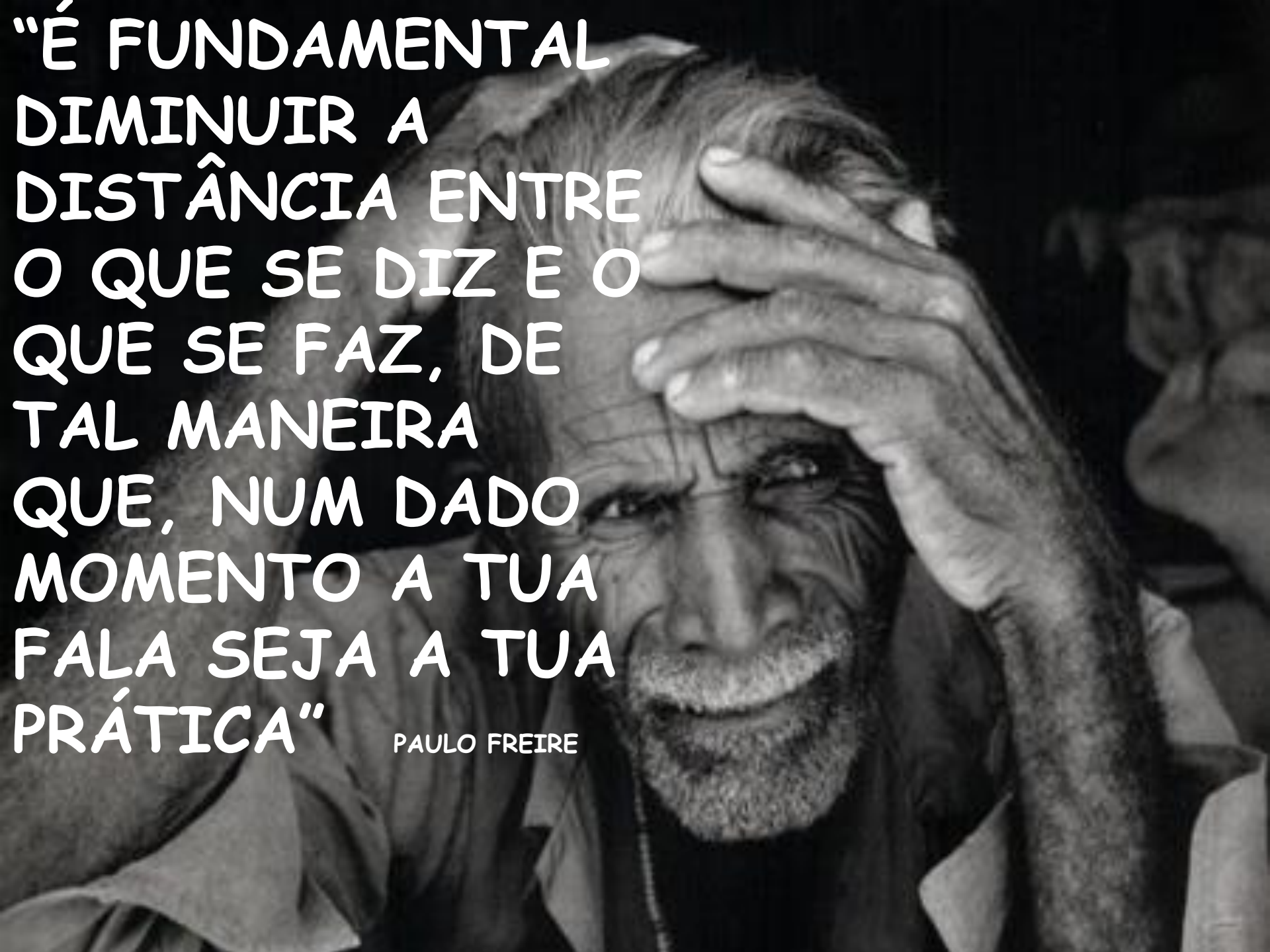
A 8ª CNS - A 8ª Conferência foi acima de tudo o resultado de um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde. Forças sociais e políticas, juntamente com o "movimento sanitário" então aglutinam-se em torno de um compromisso com o processo de mudança. Daí realizam-se várias reuniões para debater a saúde e o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e surgem as primeiras manifestações em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), antes vaga e pouco consistente, mas que começa aqui a traduzir-se em propostas concretas resultantes de diferentes estratégias.

O processo de preparação da 8ª Conferência foi então desencadeado através do estímulo e apoio à realização das pré-conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral. Essa forma de organização concretizou a proposta do debate democrático, possibilitando que os representantes da sociedade civil organizada sentassem à mesma mesa de discussão com técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos realmente, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional. Essa organização, portanto, marca toda a diferença e dá o principal tom à 8ª Conferência.

Então, superando todas as expectativas e estimativas feitas anteriormente, mais de quatro mil pessoas participaram da Conferência. De qualquer forma, a 8ª cumpriu duas tarefas: uma, imediata, de aclaramento e consolidação da política setorial do governo. E a outra, de afirmação de um conceito sobre a Reforma Sanitária, que então se pretendia viabilizar e desencadear com a Constituinte.

Outras Conferências - A 9ª Conferência só foi acontecer em 1992 e debateu principalmente sobre a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A 10ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1996 num momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) atravessava gravíssima restrição orçamentária. A 10ª Conferência é marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil.

A 11ª Conferência, ocorrida em 2000, foi marcada pelo tema escolhido: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social".

A black and white photograph of Paulo Freire, an elderly man with a beard, resting his head on his hand. The image is the background for the text.

“É FUNDAMENTAL
DIMINUIR A
DISTÂNCIA ENTRE
O QUE SE DIZ E O
QUE SE FAZ, DE
TAL MANEIRA
QUE, NUM DADO
MOMENTO A TUA
FALA SEJA A TUA
PRÁTICA”

PAULO FREIRE

História da Organização do SUS

- **IV. Conceitos básicos do SUS (fontes diversas, a transição epidemiológica)**

História da Organização do SUS

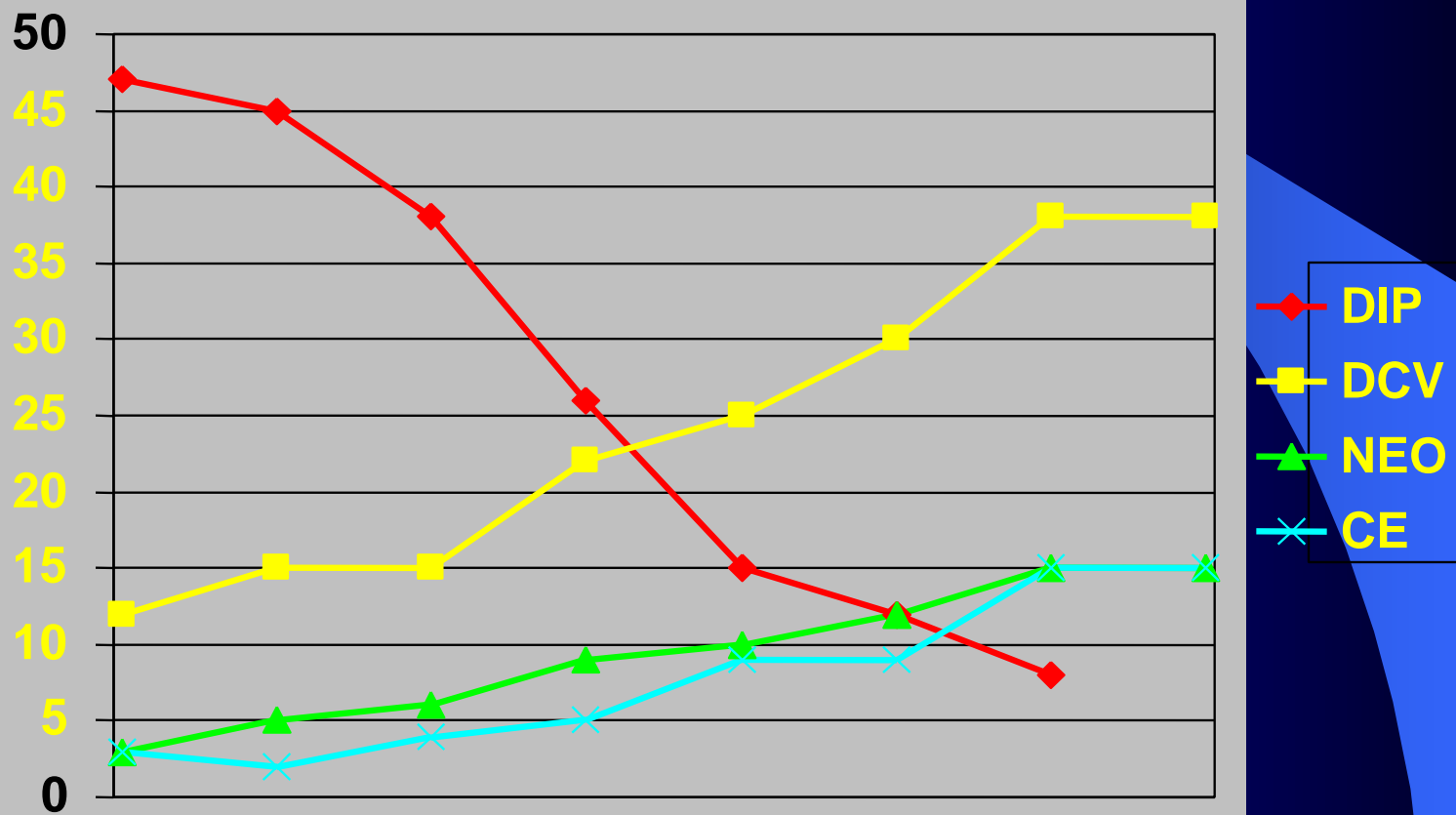
- **1. Macro-problemas para as políticas de saúde no Brasil:**
 - País imenso, populoso e heterogêneo;
 - Alterações demográficas recentes: estrutura etária, urbanização acelerada;
 - Acentuadas desigualdades econômicas e sociais (entre regiões e grupos populacionais);
 - Mudanças epidemiológicas: “transição incompleta”;
 - Características do federalismo brasileiro.

História da Organização do SUS

2. A modificação no perfil da mortalidade por causas:

- As doenças cardiovasculares passam a ser a primeira causa de mortes – 255 mil, 27,4% do total. Caem as mortalidades por infecções, sobem mais lentamente aquelas por neoplasias e por causas externas.

História da Organização do SUS



História da Organização do SUS

3. A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

- **Reforma sanitária – SUS induzindo:**
- **Novos modos de gestão**
 - **Descentralização**
 - **Participação**
- **Novos modos de atenção à saúde**
 - **Integralidade (na atenção coletiva e individual)**
 - **Educação permanente, diante da rapidez de obsolescência do conhecimento e da rapidez das alterações do objeto e do processo de trabalho em saúde.**

História da Organização do SUS

4. Os níveis de atuação do SUS

MUNICÍPIO

```
graph TD; Municipio[MUNICÍPIO] --- Distrito[DISTRITO SANITÁRIO]; Distrito --- Area[ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE]; Area --- Microarea[MICROÁREA DE RISCO]; Microarea --- Familia[FAMÍLIA];
```

DISTRITO SANITÁRIO

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS
UNIDADES DE SAÚDE**

MICROÁREA DE RISCO

FAMÍLIA

História da Organização do SUS

5. Relevância do SUS

- **90 % da população brasileira é, de algum modo, usuária do SUS;**
- **28,6 % da população é usuária exclusiva do SUS;**
- **61,5 % usa o SUS e algum outro sistema de atenção;**
- **8,7 % da população não usa o SUS**
- **Pesquisa SUS**

História da Organização do SUS

6. O Sistema Único de Saúde

- **Conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas dos três níveis de governo, com participação complementar do setor privado;**
- **Os três níveis de governo são responsáveis pela gestão e financiamento do SUS, de forma articulada e solidária.**

História da Organização do SUS

7. Princípios do SUS

- **Universalidade de acesso;**
- **Integralidade da assistência;**
- **Igualdade na assistência à saúde;**
- **Participação da comunidade;**
- **Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera.**

História da Organização do SUS

9. CONTROLE SOCIAL

- É um conceito estreitamente relacionado à participação social e ao processo recente de democratização da sociedade brasileira, onde a idéia principal é que o Estado deve se aproximar da sociedade e criar canais permeáveis às demandas sociais. Assim, está associado à nova modalidade de relacionamento entre Estado e sociedade, consagrada na Constituição de 1988.
- No campo da saúde, foi institucionalizado no interior do aparelho do Estado um sistema nacional de órgãos colegiados com razoável poder legal, onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores de serviços e ao governo.

História da Organização do SUS

9. CONTROLE SOCIAL NO SUS

- Os principais mecanismos de controle social na saúde são as Conferências e os Conselhos no âmbito das três esferas gestoras do SUS, que têm a atribuição de deliberar sobre a formulação e a fiscalização da política de saúde nos seus respectivos espaços de competência política e administrativa. Hoje, para além das Conferências e Conselhos, outras instâncias da sociedade também são reconhecidas como espaços para o fortalecimento do controle social na saúde, tais como o Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, órgãos de representação de categorias profissionais, dentre outros. Trata-se de viabilizar a prática da democracia participativa, criando condições para que os cidadãos participem das decisões do Estado através de instâncias representativas da sociedade civil.

Legislação brasileira concernente ao SUS: Leis 8080 e 8142

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

Legislação brasileira concernente ao SUS: Lei 8080

- a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
 - III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
 - IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
 - V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
 - VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
 - VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
 - VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
 - IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
 - X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
 - XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.

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. 193 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.

CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições Seção I Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador.

Legislação brasileira concernente ao SUS: Lei 8080

Lei Nº 8.142

de 28 de Dezembro de 1990.

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.

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde, e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, 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 este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em 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.

§ 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho.