

# AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A REDE DE SAÚDE EM FRANCA

Edileusa da SILVA\*  
Fernanda de Oliveira SARRETA\*\*  
Iris Fenner BERTANI\*\*\*

- RESUMO: Este artigo nasceu de reflexões realizadas na Disciplina “Saúde e Relações de Trabalho”, do Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da UNESP de Franca, ministrado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iris Fenner Bertani. As autoras procuram fazer uma breve análise da história das políticas sociais e como foi se configurando a saúde pública no Brasil, enfocando a atenção primária que favorece o acesso da população e a promoção da saúde. O artigo mostra o SUS como uma das políticas sociais mais avançadas, as dificuldades no enfrentamento das questões apresentadas em cumprir seus princípios e diretrizes e aborda ainda como está estruturada a rede de saúde pública no município de Franca/SP.
- PALAVRAS-CHAVE: Políticas Sociais; Saúde Pública; Atenção Primária; SUS.

## 1 Um enfoque nas políticas sociais

As políticas sociais é um tema muito complexo, são mediadoras das relações do Estado com a sociedade do ponto de vista econômico, social, cultural e de acesso à infra-estrutura.

Segundo Laurell (2002) as políticas sociais podem ser definidas como o conjunto de medidas e instituições que tem por objetivo o bem estar e os serviços sociais, para ampliar a cidadania, a inclusão social e política dos indivíduos. Mas, numa sociedade

---

\* Mestre em Serviço Social – UNESP de Franca. Membro do QUAVISSS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho da UNESP. Coordenadora e Profa. do Curso de Serviço Social do Instituto Municipal de Ensino Superior de Bebedouro – IMESB. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Franca/SP.

\*\* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP de Franca/SP. Membro do QUAVISSS. Profa. da Faculdade de Serviço Social de Passos – FESP/UEMG. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde – Franca.

\*\*\* Docente do Curso de Serviço Social do Programa de Graduação e de Pós-Graduação da UNESP de Franca. Coordenadora do QUAVISSS.

desigual o Estado tem um papel redistributivo, desenvolvendo políticas sociais do ponto de vista econômico, com caráter compensatório e promocional, para oferecer serviços à população e controlar o modo de relações na sociedade.

O conjunto de novos problemas desencadeados pelo processo de industrialização, da precariedade das condições de vida e de habitação, o Estado percebe a necessidade de implementar medidas ou respostas para “melhorar” a qualidade de vida dos trabalhadores para produzir mais e serem úteis à acumulação de riquezas. (PEREIRA, 2000)

Essa característica do Estado regulador tem por finalidade o desenvolvimento do capitalismo. Ao mesmo tempo em que intervém nas desigualdades sociais, para evitar conflitos e não desestabilizar a ordem social e política regula e redistribui a aplicação de recursos econômicos e atende alguns interesses das classes e grupos sociais. Assim, reconhece-se que a existência das políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa no seu modo capitalista de produzir e se reproduzir.

As políticas sociais ganham uma nova configuração a partir de 1930, momento em que o capitalismo enfrenta uma de suas maiores crises econômicas, com queda de produção, desemprego, falência de bancos e empresas. Nos Estados Unidos, frente à crise, de início o governo adotou políticas emergenciais de trabalho público para ocupar os desempregados, então pagos com bônus alimentícios, e de previsão de combustível para aquecimento. (FALEIROS, 2000).

No Brasil, as políticas sociais emergem no final da República Velha na década de 1920 e ganham destaque nos anos de 1930 no governo de Getúlio Vargas. Com forte apelo populista as medidas visam combater greves e movimentos sociais, enquanto contemplavam algumas categorias de trabalhadores, sendo injustas e desiguais.

Nesse período, com Getúlio Vargas no poder, há um direcionamento da política no sentido de transformar as relações entre estado e sociedade, visando beneficiar a industrialização do país. A política trabalhista de Vargas buscava ao mesmo tempo controlar as greves e os movimentos operários, e estabelecer um sistema de seguro social. Explicitava abertamente substituir a luta de classes pela colaboração de classes. (FALEIROS, 2000).

O sistema de seguros foi implementado através de Institutos de

Previdência Social por categorias de trabalhadores como os marítimos, estivadores, bancários e industriários. Os trabalhadores rurais, sem condição salarial e pressão dos latifundiários e sem organização de seus interesses, não foram incluídos e ficaram fora do sistema estatal da previdência até 1970.

O modelo Getulista de proteção social se definia como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, em troca de um controle social das classes trabalhadoras. Em 1942 foi criada a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), coordenada pela primeira dama do Estado, inicialmente para atender famílias dos soldados envolvidos na Segunda Guerra Mundial, e em 1946 passa a dedicar-se à maternidade e à infância. Este modelo predominou até o golpe militar de 1964.

Em 1960, houve a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que definia a unificação dos benefícios dos vários institutos. A LOPS incorporou os trabalhadores autônomos à previdência social e definiu um período mínimo de cinco anos de contribuições, para aposentadoria das mulheres aos 60 anos e para os homens aos 65 anos. A Lei contemplava uma série de benefícios e serviços, como a alimentação, e possibilitava a aposentadoria aos 55 anos, com exceção dos ferroviários. Esse limite de idade foi abolido pela Lei de n. 4.130 de 1962. O contexto político era populista, em que o governo fazia apelo a uma ideologia difusa de adesão das massas, através do nacionalismo, desenvolvimentismo, moralismo e reformismo.

Os anos de 1960 inicia-se no Brasil uma fase difícil na área política-econômica. O país vive uma crise profunda, pois com a política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek há um endividamento do país. No governo, Jânio Quadros não faz as mudanças necessárias e renuncia, quando assume João Goulart, sem o apoio político necessário para governar. Portanto, em março de 1964 acontece o golpe militar que leva o país à ditadura e ao obscurantismo que vai perdurar por 20 anos, deixando uma marca na história do Brasil.

Esse período, de 1964 a 1988, ano em que é aprovada a nova Constituição Federal, o país se desenvolveu economicamente com a expansão da produtividade, modernização da economia e entrada do capital estrangeiro em parceria com o Estado. A ditadura se caracterizou por forte censura, ausência de eleições, *Serviço Social & Realidade, Franca, 16(1): 81-103, 2007*

controle do Congresso Nacional, pelo poder militar no executivo, e repressão violenta aos opositores considerados subversivos por lutarem, de forma armada ou não, pela derrubada dos sistemas autoritários e sua substituição pelo governo democrático e ou socialista. (FALLEIROS, 2000)

Em 1966, foram unificados de cima para baixo os Institutos da Previdência Social num único organismo, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Numa conjuntura de emprego, embora com arrocho salarial, os limites estruturais da economia também não impediram que se ampliasse a previdência aos trabalhadores rurais (1971), aos empregados domésticos (1972), aos jogadores de futebol (1973) e aos ambulantes (1978). E, em 1974 os idosos pobres com mais de 70 anos foram beneficiados por uma renda mensal vitalícia de um salário mínimo, para os que houvessem contribuído ao menos um ano com a Previdência Social.

No campo da Saúde Pública as principais alternativas adotadas foram:

- . 1930 a 1940 – Ênfase nas campanhas sanitárias;
- . 1930 – Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS);
- . 1937 – Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais;
- . 1941 – Combate às endemias: reorganização Departamento Nacional Saúde;
- . 1966 – Unificação da Previdência Social.

Apesar de alguns avanços ainda havia muitas desigualdades, as ações voltavam-se para campanhas de erradicação de doenças e 40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso aos serviços de saúde:

o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classe média, os serviços públicos para os pagantes da previdência e para os pobres, a caridade, feita em geral por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal. (FALLEIROS, 2000, p. 48)

Os programas de saúde e de educação desenvolveram-se com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo nas políticas sociais as tendências da nova política econômica

implantada. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor da saúde assumiu as características capitalistas, com incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A medicina pública teve nesse período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor.

A ruptura com o regime militar foi lenta e gradual, com a anistia em 1979 que possibilitou a remissão aos torturadores e concedeu direitos políticos e civis aos considerados inimigos da nação. A conjuntura econômica já se demarcava pela inflação, dívida pública acentuada, mas a sociedade emergiu com força inusitada dos porões da repressão com manifestações de rua, formação de comitês, articulação de organismos, estruturação de abaixo-assinados, organização de vários grupos. Fizeram-se ouvir as vozes das mulheres, de índios e negros, além de empresários, setores específicos de empresas, ruralistas, evangélicos na disputa por seus interesses na Assembléia Nacional Constituinte. (FALEIROS, 2000)

Nas décadas de 1960/1970, com o agravamento da situação econômica a desigualdade social ganha dimensão social e política com propostas para adequar os serviços à realidade. O empobrecimento da população favorece o surgimento de movimentos sociais, associados à defesa da democracia e da liberdade política e civil, contra o autoritarismo e a ditadura da época.

Nos anos de 1980, ao mesmo tempo em que a sociedade vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica cujos efeitos persistem até os dias atuais. A conjuntura da saúde retrata as contradições do país: um quadro de doenças infecto-contagiosas próprias do subdesenvolvimento, e crônico-degenerativas próprias das sociedades industrializadas. O contexto favoreceu a construção do projeto para a Reforma Sanitária brasileira.

## **2 A saúde pública**

No contexto mundial, em 1978 acontece a 1ª Conferência Internacional da Atenção Primária, que enuncia a Declaração de Alma-Ata. A Conferência destaca a determinação econômica e

*Serviço Social & Realidade, Franca, 16(1): 81-103, 2007*

social da saúde e a investigação de uma abordagem diferenciada, para extrapolar a direção centrada na doença. Realça a atenção para as necessidades humanas básicas e a importância da renda familiar, oportunidade de emprego, nutrição, educação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, como condicionantes favoráveis para a saúde das populações.

A Declaração de Alma-Ata enuncia a atenção primária como o novo paradigma. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a estratégia indicada para promover a saúde de todos os povos, indicando aos governos essa prioridade na organização dos serviços. A estratégia aponta à necessidade de capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua vida, incluindo a participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a atenção primária foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar para manter em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD, 2002, p. 31)

Assim, as discussões buscavam indicações para a saúde pública voltada para as necessidades de saúde dos países, apontando como estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. A promoção da saúde, o novo paradigma mundial, é compreendida como “o processo de

capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua capacitação de vida e saúde, incluindo uma participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2002, p. 19)

Ao identificar a saúde como “um recurso para a vida”, traz ao conceito um enfoque positivo que enfatiza os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas. Assim a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, depende de condições e recursos fundamentais como: justiça social, educação, alimentação, renda, paz, habitação, ecossistema estável, recursos sustentáveis e equidade. São pré-requisitos que estão interligados e destacam as políticas públicas de todos os setores, influenciando os determinantes de saúde e estabelecendo o ambiente para as outras serem possíveis.

Num contexto diverso, o Brasil vivencia o movimento para a Reforma Sanitária. A idéia central do movimento, que transcorre historicamente os anos de 1970/1980, é a organização do sistema de saúde propondo uma reforma total neste campo. E, contam com a participação dos profissionais da saúde, partidos políticos de oposição, movimentos sociais, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que começam a discutir as responsabilidades do Estado sobre a saúde.

As proposições para a Reforma Sanitária iniciada em pleno regime autoritário da ditadura militar eram

dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação, como elementos essenciais para a reforma do setor (BRAVO, 1996, p. 4).

As reivindicações destes sujeitos exigiam respostas do Estado, relacionadas às questões sociais emergentes no país: desemprego, saúde restrita a alguns, falta de saneamento básico, habitação, infra-estrutura inadequada, problemas resultantes do processo acelerado da industrialização, urbanização, imigração, empobrecimento e outros.

A formulação de propostas procura viabilizar a construção da saúde como um direito, apresentando a cidadania como um componente central. Assim, as principais propostas defendidas são: a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado,

a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos gestão. O debate ampliado e a participação da sociedade civil foram decisivos para concretização do direito à saúde e das atribuições dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 em Brasília, com o tema: “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”, e a participação de 4500 pessoas, sendo 1000 delegados, delibera propostas que são encaminhadas e defendidas na Assembléia Nacional Constituinte, que estava elaborando a nova Constituição do país. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo à sociedade como um todo e propondo não somente um Sistema Único, mas a Reforma Sanitária no país. (BRAVO, 1996)

Considerada um marco na história da saúde pública brasileira, a 8ª. Conferência consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, assinalando um processo democrático por ter sistematizado e formalizado como proposta política as principais teses discutidas, envolvendo o conceito abrangente de saúde e seu reconhecimento como direito e dever do Estado. As propostas constituem as idéias centrais da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), concentrando as necessidades e expectativas da sociedade em relação à saúde.

### **3 O Sistema Único de Saúde (SUS)**

Na Constituição Federal de 1988 a saúde é definida como um elemento da Seguridade Social, a qual compreende: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 103). Traz objetivos de universalidade, uniformidade, equidade, descentralização, entre outros.

Bravo (1996, p. 9), considera que a Seguridade Social é:

(...) a corporificação legal e institucional de um acordo societário que se construiu como base de nosso processo de transição à democracia. Em outras sociedades latino-americanas, com uma

experiência democrática muito mais densa, a transição teve o caráter de reconstrução da institucionalidade democrática. No caso brasileiro, dada a escassa e frágil experiência democrática anterior, a transição constituiu-se no momento de criação dos instrumentos e processos democráticos. Nunca a noção de cidadania e de direitos sociais havia ido tão discutida e vivenciada em nossa sociedade. (1996, p. 9)

O direito à saúde e dever do Estado é legalizado na Constituição Federal de 1988, e:

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, p. 32).

É quando o SUS apresenta como grande avanço, o princípio de universalização do atendimento, tornando-o público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro, uma das conquistas mais significativas da sociedade brasileira.

A história da área é marcada por mudanças significativas, passando a ser uma questão social reconhecida como direito do povo e dever do Estado, especialmente por ser um problema social que se tornou uma questão política, tornando-se então uma política pública. No plano jurídico, a promulgação da Constituição e a criação do SUS representam garantias importantes de direitos sociais para os cidadãos, é construído ativamente pela sociedade civil e torna-se um direito reconhecido. Ao tornar-se pública, a questão da saúde no país cria abertura e espaço de luta pela democracia e conquista de cidadania no setor.

As ações e serviços públicos de saúde são definidos como de relevância pública, devendo integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituindo o Sistema Único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade. (BRASIL, 1998, p. 105)

Destaca-se que o SUS tem como competência diversas atribuições voltadas para o controle, fiscalização, execução de ações de saúde, formação de recursos humanos, proteção do meio ambiente e do trabalho, entre outras. E como objetivos, identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e formular políticas para erradicar as desigualdades no campo econômicas e sociais que interferem na saúde. O financiamento do Sistema é feito com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, significando recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população. (BRASIL, 1998)

A regulamentação do SUS foi estabelecida em 1990, através do conjunto de duas leis, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de n. 8.080/90 e a de n. 8.142/90, para dar execução e disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, com diretrizes e limites que devem ser adotados pelo território nacional, esclarecendo o papel das três esferas de governo. Na LOS n. 8.080/90 destacam-se os princípios organizativos e operacionais do Sistema, de tal modo que indica a descentralização político-administrativa e enfatiza a municipalização dos serviços de saúde, com redistribuição de poder, de competências e de recursos e, afirma o novo conceito:

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. (BRASIL, 1990, p. 20)

A saúde compreendida até então como a ausência de doenças e um bem estar físico e mental, passa a ter um conceito ampliado em seus diversos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, com a intenção de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde. A visão de saúde na concepção integral prevê que as ações devam ser desenvolvidas

sobre o ambiente e os indivíduos, destinadas à proteção, promoção e recuperação da saúde, e voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem na saúde.

Na sua composição abrange as idéias por um novo modelo de saúde pública, as quais constituem os princípios e as diretrizes, também estabelecidos na LOS 8.080/90:

- 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 orientação programática;
  - IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e 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 de 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, 1990, p. 4)

O tripé de sustentação do SUS - integralidade da assistência, descentralização e participação da comunidade compõem o modelo e a base de sustentação do SUS. A participação popular foi garantida na LOS de n. 8.142/90, que dispõe sobre a

criação de espaços com poder de decisão no setor, através de Conselhos e Conferências nas três instâncias: municipal, estadual e federal. Regulamenta as diretrizes para o funcionamento dos órgãos representativos e define a maneira que a população irá acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde. A concepção de controle social e de co-gestão é inovadora e democrática:

Estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terá que ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles é quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. Mas, embora esteja prevista em Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 12)

O controle social autoriza a influência da população na gestão do SUS e possibilita as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O Conselho de Saúde é:

um 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 (...) (BRASIL, 1998, p. 11).

O princípio de universalidade, como garantia de acesso e de atenção à saúde em todos os níveis de assistência, a todo e qualquer cidadão brasileiro, sem discriminação e de acordo com suas necessidades, independente se contribui ou não com a Previdência Social. E, o princípio de igualdade à assistência, que prevê o atendimento a todas as pessoas sem preconceitos ou privilégios.

Nesse processo, o acesso facilitado aos serviços de saúde foi garantido no princípio de equidade, considerando os obstáculos econômicos, culturais, geográficos e funcionais que afastam a população mais necessitada. Tem como função reorientar os serviços na distribuição dos recursos, para os locais mais carentes

e assegurar ações de saúde em todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, sem privilégios e sem barreiras.

Na essência significa que todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades, mas as pessoas são diferentes e vivem em condições desiguais, suas necessidades são diversas e a rede de serviços deve estar atenta para as desigualdades existentes, com objetivo de adequar as ações às necessidades de cada parcela da população. A equidade e a igualdade se complementam, em razão da realidade diversa do país, dos estados e municípios.

#### **4. As políticas e os programas do Ministério da Saúde**

O processo de descentralização do SUS tem como pressupostos a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, ou seja, a maneira de organização do Sistema para que seja mais eficaz, nos aspectos de atendimento prestado e aplicação de recursos. São subsídios que devem contribuir no planejamento das ações, oferecendo serviços conforme as necessidades de saúde da população de determinada região e evitando duplicidade. Esta estratégia de organização tem como objetivo enfocar a assistência, a promoção e a prevenção, com a intervenção da equipe de saúde sobre a comunidade local, a família, o indivíduo e as instituições.

A descentralização indica que o poder de decisão deve pertencer aos responsáveis pela execução das ações, por estar mais perto dos problemas e ter melhor conhecimento das necessidades e soluções. Isso facilita o direito de participação de todos os segmentos envolvidos e a administração dos serviços, o que supõe ser mais eficiente na solução dos problemas identificados. Significa ainda, que as ações e serviços que atendem à população devem ser municipais, as que alcançam várias cidades devem ser estaduais, e as que são dirigidas a todo território nacional são responsabilidades federais.

O SUS tem como metas desenvolver ações previstas nos Programas do Ministério da Saúde, nas áreas da: Saúde da Mulher, Criança, Família, Controle da Hipertensão e Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Eliminação da Hanseníase e Tuberculose, Saúde Mental, DST/AIDS, Assistência Farmacêutica, Exames de Apoio e Diagnóstico, Vigilância em Saúde: Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, Sistema de Informação e Controle Social, entre outros.

Presta atendimento na área de atenção básica, média e alta complexidade – ambulatorial e hospitalar, através de serviços próprios, conveniados e/ou contratados.

A direção nacional do SUS é responsabilidade do Ministério da Saúde, estabelecendo normas com assessoria técnica aos estados e municípios. É responsável por todas as ações e serviços realizados sobre o indivíduo e o meio ambiente, e por qualquer substância ou produto que é consumido e/ou utilizado pela população. Desenvolve diversas Políticas e Programas de Saúde, onde destacamos alguns de maneira simplificada:

- Brasil Sorridente, ações para melhorar as condições da saúde bucal,
  - Bolsa Alimentação, para complementar a renda familiar e a nutrição,
  - Bancos Leite Humano, promover expansão leite humano,
  - Banco de Preços em Saúde – Aids, política de medicamento da área,
  - Cartão Nacional de Saúde, para facilitar a identificação usuário no Sistema,
  - Doe vida. Doe órgãos, campanha que visa a doação órgãos,
  - Educação Permanente em Saúde, para a formação dos trabalhadores da área,
  - Farmácia Popular, para disponibilizar remédios de baixos custos.
  - Humaniza SUS, melhorar as relações entre trabalhadores da saúde e usuários.
  - REFORSUS, recurso para investimento e recuperação da rede física.
  - QualiSUS, qualificar a rede em relação à fila de espera e risco de saúde
  - Projeto Expande, para alta complexidade em oncologia.
  - Saúde Mental, para reintegração social de usuários com transtornos.
  - SAMU, atendimento para implementar a assistência pré-hospitalar
  - SIS, sistema de informação para monitorar os indicadores de saúde na rede.
  - VIVA MULHER, reduzir o número de mortes pelo
- Serviço Social & Realidade, Franca, 16(1): 81-103, 2007*

câncer do colo de útero e mama, melhorar acesso, diagnóstico e tratamento.

As políticas e programas visam implementar e qualificar a rede de saúde e o atendimento aos usuários do SUS, e minimizar problemas que dificultam e/ou impedem mudanças no modelo de atenção.

## **5. A estrutura de rede do SUS de Franca**

O processo de descentralização visa possibilitar e favorecer o acesso da população na atenção à saúde. Com esse objetivo a área da saúde está dividida em regiões administrativas, tendo como órgão responsável pela gestão do Sistema a nível estadual, a Direção Regional de Saúde (DIR), e a nível municipal a Secretaria Municipal de Saúde. O Estado de São Paulo está organizado em 24 regiões administrativas ou DIRS.

O município de Franca é sede da DIR XIII, responsável pela 14ª Região Administrativa do Estado, compreendendo uma região de 22 municípios: Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista e Sales de Oliveira.

A população assistida pela DIR XIII em termos regionais é de 650 mil habitantes e Franca tem atualmente uma população de 315 mil habitantes em média. O município está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema desde 1998, com repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Tem responsabilidade na execução e controle das ações básicas de saúde, no gerenciamento de toda a rede pública ambulatorial e hospitalar e, no pagamento dos prestadores contratados e conveniados ao SUS.

A sede da Secretaria Municipal de Saúde de Franca funciona em prédio próprio, e gerencia todo atendimento público de saúde oferecido, tendo como objetivo principal atender toda a população do município e da DIR XIII, garantindo os princípios do SUS e o acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde.

De acordo com o que dispõe a Lei Orgânica da Saúde de n.

8.142/90, a Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura criaram através da Lei Municipal n. 3.946 de 17 de maio de 1991 o Conselho Municipal de Saúde (CMS), sendo regulamentado através do Decreto de n. 6.743 de 25 de maio de 1993. O Conselho é composto por 20 pessoas, sendo 10 representantes dos usuários e 10 representantes de: trabalhadores, prestadores e demais entidades representativas da área. Segundo a regulamentação do mesmo, o presidente é eleito entre os seus membros em reunião plenária, o que possibilita um processo mais democrático, sendo que as reuniões são periódicas e abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas.

Segundo Carvalho e Ignati (1987), os níveis de atendimento na atenção à saúde estão interligados, na perspectiva da prevenção e promoção da saúde:

- Primário ou básico: objetivo a promoção da saúde, por meio do atendimento das necessidades básicas do ser humano e a proteção contra doenças, por meio das imunizações, condições seguras de trabalho, prevenção de acidentes e de agressões ambientais;
- Secundário ou especialidades: recuperação da saúde, através identificação a mais precoce possível, da enfermidade, a promoção da cura e a limitação do dano pelo tratamento adequado;
- Terciário ou hospitalar: visa à reabilitação das pessoas que tenham passado pelo processo da doença, reintegrando-as no seu projeto de vida e na sociedade. (1987, p. 12)

No município de Franca, a rede do SUS está estruturada e organizada com as seguintes Unidades e Serviços, conforme demonstra o Plano Municipal de Saúde (2002):

- Atenção Básica ou Nível Primário:  
14 Unidades Básicas de Saúde (UBS)  
05 Núcleos de Saúde da Família (PSF)
- Atenção de Especialidade ou Nível Secundário:  
01 Ambulatório de Geriatria ou Centro de Convivência do Idoso (CCI)  
01 Ambulatório de Planejamento Familiar  
01 Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase  
01 Ambulatório de Renais Crônicos

01 Ambulatório de Saúde Mental para Adultos  
01 Ambulatório de Endocrinologia ou Casa do Diabético,  
01 Ambulatório de Crianças de Alto Risco  
01 Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes Químicos (CAPS)  
01 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST)  
01 Centro de Prevenção em DST/AIDS e Hepatite: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Programas de Redução de Danos para Usuário de Drogas e com Profissionais do Sexo  
01 Núcleo de Atendimento Infantil em Saúde Mental (NAIA)  
01 Núcleo de Gestão Assistencial (NGA16), com 28 especialidades em média.  
01 Programa de Prótese, Órtese e Bolsa de Colostomia,  
01 Programa de DST/AIDS e Hepatite: Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Leito Dia e Hepatite.

- Programas de Apoio à Rede:

01 Centro de Diagnóstico e Imagem  
01 Central de Vagas para agendamento de TFD, referência da DIR XIII.  
01 Farmácia de Manipulação de Medicamentos  
01 Laboratório de Análises Clínicas  
01 Serviço de Cadastro do Cartão SUS (NGA)  
01 Serviço de Remoção Externa, para Tratamento Fora de Domicílio (TFD).  
01 Serviço de Remoção Interna, para atendimento em 192.  
01 Serviço de Odontomóvel, para assistência e prevenção em saúde bucal.  
01 Unidade de Avaliação e Controle (UAC): procedimentos Médios e Alta Complexidade  
01 Vigilância em Saúde: Epidemiológica, Sanitária e Ambiental

- Unidade de urgência e emergência:

01 Pronto Socorro Adulto  
01 Pronto Socorro Infantil

- Atenção Hospitalar ou Nível Terciário:

03 Hospitais: Fundação Civil Santa Casa de Misericórdia, conveniada com o SUS - 01 Hospital Geral, 01 Hospital do Coração e 01 Hospital do Câncer

Assim, a estrutura da rede pública e conveniada do SUS em Franca, apresenta 49 unidades e serviços para atendimento da demanda em saúde, ou seja:

NÍVEIS DE ATENÇÃO	QUANTIDADE
Atenção Básica ou Primária	19
Atenção de Especialidades ou Secundária	14
Atenção Hospitalar ou Terciária	04
Unidade de Urgência / Emergência	02
Programas de Apoio à Rede	10
TOTAL	49

Na atenção primária à saúde do município<sup>1</sup>, as UBS têm uma equipe mínima interdisciplinar e contam com: assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar de limpeza, clínica geral, dentista, enfermeira, fonoaudióloga, ginecologista, pediatra, recepcionista e técnica de enfermagem, sendo que a quantidade de trabalhadores varia conforme a região de abrangência e o tamanho da unidade e população de referência. Nos Núcleos de Saúde da Família (PSF), a equipe é composta, cada uma com: 01 médico da família, 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem e de 08 a 12 agentes comunitários de saúde, sendo que a região de abrangência é previamente definida, conforme normas do programa.

A atenção primária desenvolve ações na área da saúde da criança, mulher, bucal, hipertensão, diabetes tipo 2, adulto, adolescência, idoso, e é responsável pela assistência, promoção e prevenção em saúde da população da região de abrangência, através de atividades de imunização, atendimentos individuais, consultas, grupos educativos, procedimentos básicos de enfermagem, atendimentos domiciliares, visitas domiciliares, acompanhamentos de casos, campanhas nacionais e municipais.

Os Programas desenvolvidos na atenção primária são:

- Programa de Saúde da Criança prevê oferecer 100% de assistência com ações de puericultura e que devem atingir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento através do

---

<sup>1</sup> Fonte: Plano Municipal de Saúde – 2002.

Programa de Vigilância Nutricional, Assistência às Doenças Prevalentes na Infância – Doenças Diarréicas e Doenças respiratórias;

- Programa de Imunização, o município dispõe de 18 salas específicas para vacinas, sendo que estas ações se constituem nos procedimentos de melhor relação custo e efetividade no setor público, e têm como meta operacional básica a vacinação de 100% das crianças menores de 01 ano, com todas as vacinas indicadas no calendário, preconizado pelo Programa Nacional de Imunização e, outros grupos populacionais, como adolescentes, adultos e idosos, são priorizados com objetivo de controle, eliminação e erradicação de doenças evitáveis pela vacinação.

- Programa de Combate às Carências Nutricionais, tem como objetivo atender as crianças, gestantes, nutrizes e idosos, desnutridos ou em risco nutricional, através da assistência à saúde, atividades educativas e fornecimento de materiais – leite, alimentos e verduras; atualmente o governo federal está alterando o atendimento através do Programa Bolsa Alimentação, que consiste no repasse do recurso em moeda, diretamente à família;

- Programa de Saúde da Mulher prevê oferecer 100% de assistência e compreende ações na atenção primária de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco e de Alto Risco, Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto, Planejamento Familiar de Mulheres em Idade Fértil, Detecção Precoce de Câncer Ginecológico e Mama, Atenção ao Climatério, conforme protocolo do Ministério da Saúde. As ações de saúde compreendem imunização/vacinação, consultas, exames, orientações e informações, grupos, palestras, atendimentos individuais, campanhas nacionais;

- Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, em processo de implantação e efetivação pelo Ministério, sendo que a equipe de saúde desenvolve ações, não sistemáticas ou não sistematizadas, sobre sexualidade, sexo seguro, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gestação na adolescência; e, desenvolve ações educativas através de orientações aos alunos da rede relacionadas a estas questões;

- Programa de Assistência Farmacêutica, a assistência farmacêutica básica dispõe a padronização, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais aos Programas do SUS na atenção primária e

secundária;

- Programa de Saúde Bucal, dá prioridade ao atendimento de crianças e adolescentes, dividido por faixa etária de zero a 6 anos e de 7 a 17 anos, através dos Programas: Sorria, Dentinho de Leite e Odontomóvel. E os procedimentos aos usuários adultos são realizados nas UBS, assim como grupos específicos de gestantes;

- Programa da Hipertensão e Cardiologia, com atividades na rede básica voltadas para o atendimento curativo, apresentando baixa abordagem de atividades educativas e preventivas;

- Programa de Saúde do Adulto, enfoca ações voltadas para a hipertensão e diabetes, através de atendimento individual e em grupos educativos;

- Programa de Fonoaudiologia, trabalho preventivo e educativo desenvolvido nas UBS e creches, e ações de Identificação e Intervenção Precoce da Surdez, Portadores de Fissura Lábio-Palatal e Vestibulopatias, Avaliação Audiológica de Prótese e Órtese Auditiva, Criança de Alto Risco, Educativo-Preventivo da Saúde Vocal, Disfagia, Deficiência Visual;

O processo desencadeado pela descentralização e municipalização da atenção à saúde, favoreceu o acesso da população aos serviços e ampliou positivamente a rede física e as ações de saúde. Os esforços desde a criação do SUS têm produzido evidentes avanços na descentralização da gestão, na integralidade da atenção, na participação da comunidade, na regulação de serviços.

Os caminhos apontam que é necessário manter, priorizar e ampliar a cobertura de serviços e ações de saúde de boa qualidade e, principalmente promover mudanças políticas que resultem na melhoria da qualidade de vida da população.

### **Considerações Finais**

Um dos maiores desafios do SUS é efetivar o controle social através da participação ativa de usuários, trabalhadores, gestores, estudantes, prestadores, instituições formadoras, e todos os envolvidos com a questão da saúde pública. É uma das possibilidades de fazer o SUS avançar definitivamente, para a mudança do modelo de atenção ainda curativo e centrado nas especialidades.

O enfoque na atenção primária para a reorganização do

sistema de saúde visa a integralidade das ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Para ter saúde é preciso ter boa alimentação, residir em local com infra-estrutura adequada, ter acesso ao trabalho, ao transporte de qualidade, desfrutar de programas de lazer, e outras necessidades básicas da vida. Assim, constata-se que a qualidade de vida não depende apenas do setor saúde.

Nessa totalidade, a saúde é vivenciada no cotidiano, no lugar onde as pessoas trabalham, estudam, divertem, moram. É construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com outros, e pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as situações da própria vida. É uma necessidade humana básica que não está restrita à sobrevivência biológica, enfatiza todos os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas, o desenvolvimento da autonomia, capacidades e potencialidades (PEREIRA, 2000).

Embora o SUS seja uma das políticas sociais mais avançadas, apresenta evidentes dificuldades em cumprir seus princípios norteadores, bem como o enfrentamento das questões sociais, devido à sua complexidade e ao contínuo desmantelamento do que é público. Isto porque, a condição do sistema tem apoiado e investido cada vez mais a política neoliberal, onde prevê que cada indivíduo vele por si mesmo ao invés do estado de direito.

O Sistema vem sofrendo os impactos dessa política e aponta a desconstrução da saúde como direito universal, público e gratuito, o que pode ser constatado na privatização dos serviços, na falta de financiamento adequado dos programas de saúde, na responsabilização dos municípios, os quais incidem diretamente na saúde da população.

A consolidação do SUS significa para a sociedade brasileira uma conquista de cidadania e um avanço como política pública para a proteção social. É preciso articular o trabalho cotidiano desenvolvido nos serviços com a luta em defesa das conquistas garantidas na Constituição Federal, para que o direito social à saúde se efetive.

SILVA, E. da; SARRETA, F. de O.; BERTANI, I. F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Saúde em Franca. *Serviço Social & Realidade* (Franca), v. 16, n. 1, p. 81-103, 2007.

- *ABSTRACT: This article was born from reflections accomplished in the Subject "Health and Relationships of Work", of the Program of Masters Degree of Social Work of UNESP of Franca, supplied by Professor Doctor Íris Fenner Bertani. The authors try to do a short analysis of the history of the social politics and how the public health in Brazil has been configured, focusing the primary attention that favors the access of the population and the promotion of health. The article shows SUS as one of the most advanced social politics, the difficulties in facing the subjects presented in accomplishing their principles and guidelines and it still approaches how the net of public health is structured in the municipal district of Franca/SP.*
- *KEYWORDS: Social Politics; Public Health; Primary Attention; SUS.*

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1998. (Título VIII da Ordem Social, Cap. I e II).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRAVO, M. I. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. *Capacitação em Serviço Social*, módulo 3. Brasília/DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

FELIX, Ricardo. *Atenção primária à saúde: conceituação e evolução histórica*. Uberlândia: UFU, 2000.

LAURELL, Asa Cristina. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. OPAS, 1978.

PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000, p. 65-86.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA – SP. *Plano Municipal de Saúde: 2001 – 2004*. Secretaria Municipal de Saúde: 2002.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília/DF: UNESCO / Ministério da Saúde, 2002, p. 19-41.

Artigo recebido em agosto/2006. Aprovado em fevereiro/2007