



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**CENTRO BIOMÉDICO**

**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado**

**Raquel de Souza Ramos**

**ANÁLISE DO ARCABOUÇO TEÓRICO JURÍDICO DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DOS PRINCÍPIOS  
ÉTICOS-ORGANIZATIVOS**

Rio de Janeiro

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**RAQUEL DE SOUZA RAMOS**

**ANÁLISE DO ARCABOUÇO TEÓRICO JURÍDICO DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DOS PRINCÍPIOS  
ÉTICOS-ORGANIZATIVOS**

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marques Tosoli Gomes

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

- R175 Ramos, Raquel de Souza.  
Análise do arcabouço teórico-jurídico do Sistema Único de Saúde :  
representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos /  
Raquel de Souza Ramos. - 2007.  
123 f.
- Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes.  
Co-orientadora: Denize Cristina de Oliveira.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.
1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Legislação. 2. Enfermagem em  
saúde pública. 3. Representações sociais. I. Gomes, Antonio Marcos Tosoli.  
II. Oliveira, Denize Cristina de. III. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.
- CDU  
614.253.5

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial dessa  
dissertação.

---

Assinatura

---

Data

**RAQUEL DE SOUZA RAMOS**

**ANÁLISE DO ARCABOUÇO TEÓRICO JURÍDICO DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DOS PRINCÍPIOS  
ÉTICOS-ORGANIZATIVOS**

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antonio Marques Tosoli Gomes (Orientador)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Sérgio Correa Marques  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Rio de Janeiro

2007

## DEDICATÓRIA

À minha mãe Luzia, à minha avó Noemia, ao meu avô Euclides (*in memoriam*), ao meu pai Silvério (*in memoriam*) e ao meu “paidrasto” Osvaldo pelo exemplo, incentivo ao estudo, pelo amor e apoio incondicionais na realização dos meus projetos de vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que, em Sua Bondade e Sabedoria, me concedeu força e coragem para chegar até aqui;

Ao AMIGO e orientador Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes pela seriedade, atenção, carinho, profissionalismo e, principalmente, por compartilhar comigo seu conhecimento, sendo elemento fundamental na realização desse estudo;

À Dra. Denize Cristina de Oliveira pela co-orientação de forma presente, responsável e zelosa, igualmente fundamental na construção dessa produção;

À Ana Raquel Bonder Gawryszewisky e Francisca Heloísa Limongi Coelho Torres, Diretora e Diretora de Divisão Médica do Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark (IOC), não só pelo apoio institucional, mas principalmente pela amizade e por terem acompanhado muito de perto a minha trajetória, compartilhando minhas angústias e vitórias;

À Edna Costa, Elaine Flores, Maria Angélica Maia de Souza, Rosana Ferreira Alves da Silva e a todos da equipe do Gabinete da Direção do IOC pelo carinho de todos os dias;

À equipe de Enfermagem do IOC, representada pelos enfermeiros Mônica Dália, Glória Brandão, Valdéa Ribeiro, Maria do Ceo Castro, Izabel Lima, André Mohamed, Ronaldo Tostes e Alba Hélio, pela amizade e por terem contribuído diretamente no meu aperfeiçoamento profissional;

Aos amigos Antônio Teixeira de Carvalho, Flávio Sá Gameiro, Rodriane de Oliveira Souza e André Vaz pelas importantes contribuições para a idealização e conclusão deste estudo;

Ao amigo Renê Spezani pelo incentivo, pelo colo, escuta e presença em momentos importantes de minha vida;

Ao amigo Manoel Carlos Serpa que, com seu inigualável senso de humor, tornou mais leve os momentos difíceis dessa caminhada;

Aos amigos do Grupo de Pesquisa Susana Reis e Silva, Ariádina Heringer, Gláucia Formozo, Tadeu Lessa e Noraísa Alves pela amizade e pelo conhecimento construído e compartilhado ao longo desses dois anos;

À Ailse Bittencourt, chefe de divisão de Enfermagem do HC I do Instituto Nacional de Câncer, pelo apoio institucional;

Às amigas de trabalho e de vida Viviane Martins, Gisele Fragoso, Cristiane Vaucher, Aline Costa e Roseli Albuquerque pelo carinho e apoio de todos os dias;

À minha equipe de técnicas de enfermagem de plantão: Simone, Lissandra, Kátia e Lucia Helena pelo respeito, carinho, companhia e café amigo das madrugadas;

Aos demais integrantes da equipe de enfermagem do Serviço de Cirurgia Abdômino-Pélvica, em especial às enfermeiras Maria das Graças, Tatiana, Carla Marcelle, Kátia, Daniela, Júlia Bittencourt, Ana Rosa e Mariza pelas inúmeras mudanças de plano em suas vidas por conta das trocas de plantão em momentos de “sufoco”.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu pudesse concluir mais esta etapa em minha vida.



Quando você tem uma meta, o que era um obstáculo passa a ser uma das etapas do seu plano.

Gerhard Erich Boehme.

## RESUMO

RAMOS, Raquel de Souza. *Análise do arcabouço teórico-jurídico do Sistema Único de Saúde: Representações Sociais na Construção dos Princípios Éticos-Organizativos*. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

O SUS é uma política de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais. Assim, este estudo tem como objeto os princípios organizativos contidos no arcabouço teórico-jurídico do SUS e objetiva analisar neste arcabouço os princípios organizativos a partir dos princípios éticos-doutrinários. Buscou-se descrever os conteúdos relacionados aos princípios organizativos presentes na legislação das políticas de saúde no Brasil; contextualizar os princípios organizativos a partir dos éticos-doutrinários; e analisar as dimensões representacionais dos atores sociais envolvidos na construção e consolidação do SUS através da explicitação do conteúdo desses princípios. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido à luz da Teoria das Representações Sociais através da análise de conteúdo temática aplicada à Constituição Federal de 1988, à Constituição do Estado do Rio de Janeiro, às Leis 8080/90, 8142/90 e às Normas Operacionais 1991, 1993, 1996, 2001 e 2002. A análise resultou em 07 categorias (A Universalidade do Atendimento, a Equidade na Atenção à Saúde no Brasil, a Integralidade das Ações de Saúde, a Descentralização do Sistema de Saúde Brasileiro, a regionalização das Ações de Saúde, a Hierarquização na Rede de Atenção à Saúde e a Participação Cidadã nos Rumos da Saúde), com 653 unidades de registro distribuídas em 21 subcategorias e duas temáticas: os princípios éticos doutrinários e os organizativos. Os princípios éticos-doutrinários têm na universalidade a base para a construção dos demais, cuja dimensão imagética é a abertura das portas dos serviços de saúde. A equidade tem sua representação na igualdade e está sendo transformada, através da produção intelectual, no sentido de justiça social e redução das desigualdades. Já a integralidade é representada na lógica da Medicina Integral, mas, a apropriação dos textos legais pelos intelectuais vem transformando a representação deste princípio, discutindo-o de forma mais ampla que o apresentado pela legislação. Em relação aos princípios organizativos, o norte das categorias foi a representação acerca dos princípios do SUS como organizadora do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que a municipalidade é a dimensão imagética, ao redor da qual todos os princípios se organizaram, onde a descentralização, em sua dimensão prática, privilegia a municipalização. A representação da regionalização colabora na construção do sistema como identidades locais, uma vez que cada município pode ser organizado para atender às necessidades específicas de cada região. As representações sociais da hierarquização relacionam-se ao fechamento do ciclo que engloba o mais simples e o mais complexo dentro do sistema e correspondem à imagem de fluxo e de estratificação. Já a participação pressupõe a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços de assistência, convocando a sociedade ao efetivo exercício de cidadania. Assim, os princípios organizativos possuem uma dimensão representacional prática enquanto os éticos são de natureza ideológica. Conclui-se, que esses documentos revelam movimentos de busca de organização, bem como de pactuação de representações presentes no tecido social. Ressalta-se a importância do estudo do arcabouço teórico-legal do SUS a partir da Teoria de Representações Sociais, revelando a busca de construção de uma nova representação do sistema de saúde, condizente com as demandas e expectativas dos grupos sociais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (Brasil). Legislação. Enfermagem em saúde pública. Representações Sociais.

## ABSTRACT

Brazil's Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*, SUS) is a policy comprising political, technological, ideational and social dimensions. Accordingly, this study considers the organizational principles contained in the theoretical and juridical framework of the SUS, which are analyzed on the basis of ethical-doctrinal tenets. The study describes content relating to the organizational principles present in health policy legislation in Brazil; contextualizes the organizational principles on the basis of ethical-doctrinal tenets; and analyzes representational dimensions of the social actors involved in constructing and consolidating the SUS by making the content of these principles explicit. This qualitative study involved thematic content analysis, conducted in the light of Social Representations Theory and applied to Brazil's 1988 Federal Constitution, the Rio de Janeiro State Constitution, Laws 8080/90 and 8142/90 and Operating Rules (*Normas Operacionais*) 1991, 1993, 1996, 2001 and 2002. The analysis yielded 07 categories (Universality of Care, Equity in Health Care in Brazil, Comprehensiveness of Health Actions, Decentralization of the Brazilian Health System, Regionalization of Health Actions, Hierarchization of the Health Care System, and Civic Participation in Health Directions), with 653 units of analysis distributed in 21 subcategories and two themes: the ethical-doctrinal tenets and the organizational principles. "Universality" gives the basis for constructing the other the ethical-doctrinal tenets, rest, whose common image-based dimension resides in the "open door" to health services. "Equity" finds its representation in equality and, through intellectual production, is being transformed to entail social justice and the reduction of inequalities. "Comprehensiveness" is represented in the logic of Comprehensive Medicine, but appropriation of the legal texts by intellectuals is modifying the representation of this principle by discussing it in a broader sense than appears in the legislation. The organizational principle categories were connected and oriented by the SUS principles as a representation organizing the health system, while the municipality is the image-based dimension around which the principles organize; here "decentralization", in the practical sense, gives particular prominence to municipalization. The representation of "regionalization" collaborates in construction of the system in terms of local identities, because each municipality can be organized to meet special needs of the local region. The social representations of "hierarchization" relate to closing the cycle that runs from the simplest to the most complex care in the system, and correspond to the images of flow and stratification. "Participation", meanwhile, presupposes the democratization of knowledge about the process of health and illness and about healthcare services, which summons and enables the public to exercise citizenship. There is thus a practical dimension to representations of the organizational principles, while the ethical principles are more ideological in nature. The study concludes that these documents reveal movements seeking to organize, as well as to reconcile among representations present in society. It was particularly important to study the theoretical and juridical framework of the SUS on a Theory of Social Representations approach, which revealed the endeavor to construct a new representation of Brazil's health system appropriate to social groups' demands and expectations.

**Keywords:** Unified Health System, SUS (Brazil). Legislation. Nursing in public health. Social Representations

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AP-Área Programática.

CAP-Caixa de Aposentadorias e Pensões.

CMS-Conselhos Municipais de Saúde.

CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

GED-Grupo Especial de Descentralização.

IAPs-Institutos de Aposentadoria e Pensões.

IAPB-Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Bancários.

IAPM-Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.

IAPTEC-Institutos de Aposentadoria e Pensões dos empregados de Transportes e Cargas.

INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

INPS-Instituto Nacional de Previdência Social.

NOAS-Norma Operacional de Assistência à Saúde.

NOB-Norma Operacional Básica.

PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PIASS-Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste.

PSF-Programa de Saúde da Família.

SAMU - Serviço de Assistência Móvel de Urgência.

SNAS-Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS-Sistema Único de Saúde.

UERJ-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

UR - Unidades de Registro.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Resgate Histórico dos Antecedentes e do Processo de Concepção do Sistema Único de Saúde: compreendendo o novo através da visão histórica.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 O processo de Implantação e Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>22</b>
<b>1.3 A Base Filosófico-Conceitual para a Construção do Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>28</b>
<b>1.4 A Teoria das Representações Sociais.....</b>	<b>30</b>
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1 Coleta de Dados.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2 Análise dos Dados.....</b>	<b>38</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 Os Princípios do Sistema Único de Saúde: a constituição das categorias e subcategorias.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 Os Princípios Éticos-Doutrinários do Sistema de Saúde.....</b>	<b>43</b>
<b>3.3 Os Princípios Éticos-Doutrinários: apresentação e discussão das categorias e sub-categorias .....</b>	<b>46</b>
3.3.1 A Universalidade do atendimento .....	46
3.3.2 Eqüidade na atenção à saúde no Brasil .....	51
3.3.3 Integralidade das Ações de Saúde .....	59
<b>3.4 Os Princípios Organizativos do Sistema Único de Saúde: aprofundamento das categorias e subcategorias .....</b>	<b>64</b>
3.4.1 Descentralização do Sistema de Saúde Brasileiro.....	67
3.4.2 Regionalização das Ações de Saúde .....	81
3.4.3 Hierarquização da Rede de Atenção à Saúde.....	89
3.4.4 Participação Cidadã nos Rumos da Saúde.....	97
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE A - QUADROS DE SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E TEMAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....</b>	<b>117</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se a um processo de investigação acerca dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do arcabouço teórico-jurídico deste sistema. A reflexão sobre a aplicação dos princípios do SUS na prática assistencial foi o primeiro passo para o desenho do presente estudo, que está vinculado ao projeto de pesquisa “Políticas e Práticas de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições, Usuários e Profissionais de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro” (OLIVEIRA *et al*, 2004), coordenado pela Professora Titular Denize Cristina de Oliveira, e se insere no grupo de pesquisa “A Promoção da Saúde de Grupos Populacionais”, do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Este projeto “guarda-chuva”, dentro do qual a pesquisa se insere, visa, em linhas gerais, “caracterizar e comparar os processos de constituição das representações e memórias das instituições, dos usuários e dos profissionais acerca da implantação do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro”. Busca, ainda, “caracterizar as políticas de saúde efetivadas e as diferentes práticas institucionais e profissionais desenvolvidas desde o período de implantação do SUS até o momento atual” (OLIVEIRA *et al* 2004, p. 16).

O interesse pelo estudo do conjunto de leis nesse contexto surgiu ao longo de minha trajetória profissional, na qual tive inserção na elaboração e na implementação da prática de enfermagem nos serviços públicos de saúde. Neste sentido, vivenciei tanto o processo gestor da unidade pública de saúde em diferentes cenários do referido sistema, quanto atuei como enfermeira no atendimento direto ao usuário, no sentido de prover as suas necessidades básicas afetadas. Ressalta-se, também, que este interesse se consolidou com o meu ingresso no curso de Pós Graduação em Enfermagem da UERJ no ano de 2006, aliado à referida vivência pessoal/profissional, atuando, há dez anos, em unidades públicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro.

Neste contexto, as observações que tenho feito durante minha experiência profissional no âmbito do SUS justificam minha intenção de desenvolver o presente estudo, uma vez que me motivaram a buscar compreender as complexas teias técnicas, jurídicas e institucionais que constituem o SUS. Ressalta-se que tal interesse se conformou não somente a partir de minha prática assistencial e gerencial, mas também a partir das discussões e das leituras que me motivaram a dirigir um olhar mais crítico e reflexivo sobre a construção das organizações

e das práticas de saúde no contexto do SUS, correlacionando com a aplicabilidade dos princípios presentes na legislação da institucionalização desse sistema.

A partir destas primeiras reflexões, cabe destacar que a saúde é um bem público inalienável e caracteriza-se como um direito constitucional de todo cidadão brasileiro. Esse direito se concretiza na Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 196, afirma ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Observa-se, então, um avanço legal na conquista de níveis mais elevados de qualidade de vida perpetrado pelo movimento constitucional, em um momento histórico do país em que a população sofria com os males relacionados à pobreza e às conseqüências dos anos de ditadura militar.

Contudo, outros avanços também ocorreram nesse período, além da garantia legal/constitucional de acesso às ações e serviços em saúde. Trata-se da definição de saúde construída pelas Conferências Nacionais ao longo de décadas e que, em função das pressões sociais feitas pela sociedade organizada naquele momento, acabou sendo incorporada pelos legisladores à Carta Magna da nação.

Desta maneira, Mendes (1996, p.62) assevera que:

A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde.

Dentro desse contexto e buscando atender o que foi previsto legalmente e construído teórica e politicamente, consubstanciou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído através da Lei Orgânica 8080/90 (BRASIL, 1990a) e da Lei Complementar 8142/90 (BRASIL, 1990b). Compreende-se, portanto, que o SUS é uma política pública que está em vigor no Brasil há pouco mais de uma década e meia.

Ressalta-se, no entanto, que ao mesmo tempo em que esta política possui uma avaliação positiva acerca de sua construção ideológica, teórica e dos avanços proporcionados à saúde da população, também recebe críticas oriundas de diversos setores da sociedade, especialmente no que se refere à sua implementação.

Em função da tensão acima apresentada, os estudiosos tendem a afirmar que essa política ainda se encontra em fase de implantação, uma vez que, segundo Mendes (1996, p.57) “o SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios”, mas ainda encontra-se em processo de implementação. Neste sentido, este autor segue afirmando que este sistema está sendo construído dentro de um contexto de confronto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais, a partir dos princípios oriundos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Deve-se destacar também que o SUS vem enfrentando obstáculos desde os primórdios de sua concepção, obstáculos esses que passaram a sua promulgação na década de 90 e permanecem até os dias de hoje. A efetiva implementação do ideário do aparato jurídico, sustentado pela Constituição Federal e pelas Leis que regem as diretrizes da saúde pública no Brasil, tende a promover um modelo assistencial de saúde que ofereça, dentre outras coisas, respostas aos anseios e às demandas da população.

Assim, pensar em saúde no Brasil hoje significa analisar e discutir o SUS, uma vez que ele é a realidade institucional que rege o sistema de saúde brasileiro, mesmo que concebido como utopia por alguns setores da sociedade. Importa, da mesma maneira, discutir o seu processo de implantação, os avanços no perfil epidemiológico e social do Brasil, promovidos pelo seu desenvolvimento, os descontentamentos e frustrações de setores e as construções simbólicas efetivadas por todos aqueles que têm/tiveram contato com o mesmo (usuários, gestores e servidores). Essa discussão, portanto, tem como premissa a discussão dos seus princípios, tanto os éticos-doutrinários, quanto os organizativos. No que tange aos princípios ético-doutrinários, por exemplo, ressalta-se que a institucionalização do sistema de forma equânime e com atendimento integral e universal no contexto de um país de dimensões continentais, marcado por profundas diferenças regionais, configura-se como uma das principais fragilidades do SUS.

Em função do exposto, é de fundamental importância que os profissionais atuantes na rede pública de saúde conheçam os preceitos legais do mesmo, com a finalidade de garantir a primazia dos seus princípios em suas práticas assistenciais. No entanto, o pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre o aparato teórico-jurídico que materializa a grande política de saúde desenhada para o país parece se constituir num dos fatores que contribui para a prevalência dessas fragilidades. Souza (2001) reflete que a proposta do SUS para a sociedade brasileira se inscreve em um modelo assistencial para a saúde, no qual a apreensão dos princípios e diretrizes desse sistema é elemento fundamental na luta pela democratização do Estado e da sociedade brasileira.

Neste sentido, segundo Viana (1998), a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado e com forte poder de expressar ou traduzir o ideário da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, esses princípios são os alicerces da construção do SUS.

A integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, devendo-se integrar as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e promover a articulação com outras políticas públicas. A universalidade parte da premissa



constitucional de que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas, tendo o Estado o papel de assegurá-lo. Assim sendo, as ações e serviços devem ser garantidos a todos os cidadãos que procuram a assistência. Por equidade, entende-se oferecer ações e serviços de forma a reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país, buscando maior equilíbrio social (BRASIL, 2000; VIANA, 1988).

A operacionalização do sistema constitui-se em um problema igualmente importante, já que deve ocorrer através das equipes de saúde e, portanto, dos seus profissionais. Essa operacionalização deve ser instrumentalizada por princípios organizativos constituídos pela descentralização, regionalização, hierarquização, e participação social (BRASIL, 2000; SOUZA, 2001).

De igual forma, os princípios organizativos também estão fortemente interligados. A descentralização consiste na redistribuição de responsabilidades e decisões relativas às ações e serviços de saúde entre os entes federados. A regionalização consubstancia-se na organização territorial dos serviços de saúde, no sentido de promover o acesso da população às diversas modalidades de serviço e de diferentes complexidades tecnológicas, o mais próximo possível de sua residência. O princípio da hierarquização organiza o acesso da população ao sistema de saúde, onde a porta de entrada deve ser pela atenção básica referenciando o cidadão para níveis maiores de complexidade, de acordo com as demandas apresentadas. A participação social, por sua vez, traduz a característica democrática desse sistema, permitindo a participação da população nos rumos da política de saúde, atuando nas instâncias de planejamento, avaliação e controle das ações de saúde. (BRASIL, 2000; SOUZA, 2001)

A importância do conhecimento sobre os princípios desse sistema fundamenta-se na necessidade de concretizar a reestruturação do modelo de saúde, através da construção de uma nova consciência sanitária. Portanto, entendemos que, para uma maior consolidação do SUS, torna-se necessário um amplo conhecimento do trabalhador do setor de saúde e da população em geral sobre os objetivos e as concepções envolvidas nesse modelo de saúde, configurados pelos princípios que o rege. Partindo do princípio de que os profissionais de enfermagem compõem o maior contingente de trabalhadores da área da saúde, é fundamental que estes conheçam os preceitos e princípios desse sistema no sentido de prestar o cuidado de forma ética, livre de imperícia ou negligência e respeitando os direitos que os usuários do SUS possuem. A partir do exposto e com base em minha trajetória profissional, delimitei como objeto de estudo os princípios do SUS contidos no arcabouço teórico-jurídico do sistema de saúde brasileiro.

Destaca-se que a classificação utilizada para as definições dos diferentes princípios apresenta-se embasada no documento do Ministério da Saúde (2000) o qual, além de apresentar e definir os princípios que regem o SUS aprofunda as características dos princípios organizativos e a sua importância para a implementação do Sistema de Saúde. Neste sentido, esta instância do Governo Federal considera como sendo princípios éticos/doutrinários, “a universalidade do atendimento, a equidade na prestação dos serviços e a integralidade da assistência” (*op. cit.*, p. 6) e os organizativos, “a descentralização dos serviços, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social” (*op. cit.*, p. 6).

Desta forma, o presente estudo objetivou analisar o arcabouço teórico-jurídico instituído acerca dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, contextualizado em suas dimensões filosófica, teórica e estrutural a partir dos princípios ético-doutrinários, de forma a contribuir com a efetiva implantação e compreensão do SUS no cotidiano dos serviços de saúde.

Foram definidos como objetivos específicos:

- Descrever os conteúdos relacionados aos princípios organizativos presentes na Legislação que rege as políticas e as ações de saúde no cenário brasileiro;
- Contextualizar os conteúdos definidores dos princípios organizativos a partir dos princípios ético-doutrinários;
- Analisar as dimensões representacionais dos atores sociais envolvidos na construção e na consolidação do Sistema Único de Saúde através da explicitação do conteúdo dos referidos princípios.

Este estudo constitui-se em oportunidade para o aprimoramento das práticas dos profissionais de saúde, uma vez que, refletindo e discutindo sobre essa temática, surge a oportunidade de contribuir para a uma melhor compreensão sobre essa abordagem ética e doutrinária. Logo, o objeto de estudo ganha relevância por perceber nele a possibilidade de gerar uma contribuição para a compreensão das idéias, valores e crenças envolvidas na constituição do SUS e também uma contribuição direta aos usuários, uma vez que uma prática profissional desenvolvida com responsabilidade e pautada em princípios científicos resulta na qualificação da assistência prestada.

Destaca-se ainda que esse estudo pode contribuir para uma melhor compreensão do sistema de saúde e de suas contradições, identificando a “legislação em movimento”, ou seja, as construções teóricas realizadas após a instituição da legislação em vigor, complementando-a e, de certo modo, transformando-a.

## **1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

O objetivo desse tópico é traçar um panorama histórico do processo de concepção e de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Serão abordados os antecedentes deste sistema, referenciando os momentos de intensa mobilização social durante a Reforma Sanitária Brasileira, passando pela promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 e pela institucionalização do SUS através das Leis 8080 e 8142 de 1990, bem como pelas Normas Operacionais Básicas que procuraram viabilizar a implementação desse sistema.

Num segundo momento serão descritos os princípios (ético-doutrinários e organizativos) que norteiam a política de saúde brasileira e, num terceiro, a base filosófico-conceitual para a construção do Sistema Único de Saúde. Por fim, em quarto, será abordada a concepção teórica das Representações Sociais, à luz da psicossociologia.

### **1.1 Resgate histórico dos antecedentes e do processo de concepção do Sistema Único de Saúde - compreendendo o novo através da visão histórica**

Ao voltar o olhar para a saúde no Brasil, percebe-se que, de fato, a realidade do sistema público nacional de saúde distancia-se do ideário apresentado nas Leis que o implementam e o institucionalizam. Para entender as origens dessas distorções ou dificuldades torna-se importante tecer um resgate histórico das políticas de saúde em nosso país, estudando, dessa maneira, o processo de construção e de implementação do SUS.

Para Cordoni Júnior (2001), existem quatro momentos de destaque no processo de construção das políticas de saúde no Brasil. Realizando uma breve descrição desses momentos, pode-se citar que a primeira fase, denominada de sanitarismo campanhista, desenvolveu-se no período compreendido entre o início do século XX até 1945. A característica mais marcante era o desenvolvimento das campanhas sanitárias como estratégia de atuação. O período que sucede essa fase, entre 1945 e 1960, foi classificado como período de transição, culminando com a consolidação do modelo médico assistencial privatista no início da década de 80 e, posteriormente, o modelo plural institucionalizado pelo SUS.

Na Era da Primeira República, compreendida entre o início do século XX e o ano de 1920, a economia baseava-se na agricultura, principalmente cafeeira, com vistas à exportação deste produto. Nesse momento, a saúde pública vinculava-se aos interesses da produção e da exportação de café e o foco da atenção estava voltado para a proteção da mão-de-obra, nacional ou imigrante, e das epidemias e endemias a que estavam suscetíveis. Portanto, a

saúde pública, nessa época, esteve ligada aos interesses do capital dominante investindo-se em saúde como forma de manter o trabalhador com boas condições de saúde para manter a produção (CARVALHO, 2001).

Nesse contexto, era de extrema importância sanear os espaços públicos e controlar as doenças que pudessem prejudicar as exportações, como a peste, a cólera e a varíola, por exemplos. Figura de destaque nessa época, o médico Oswaldo Cruz que, liderando a Diretoria Geral de Saúde Pública, implementou o modelo das campanhas sanitárias. Esse modelo primava pelo combate de endemias com caráter repressivo de intervenção médica (LUZ, 1995).

A característica marcante do sanitarismo campanhista era a concepção monocausal dos fatos, onde os problemas de saúde são explicados de forma linear entre agente e hospedeiro (MENDES, 1996).

A assistência individual era desenvolvida através de serviços privados e as pessoas que não dispunham de meios para pagar pelos serviços eram atendidas pelas entidades de caridade, configuradas na época pelas Santas Casas de Misericórdia. À rede pública hospitalar cabia, basicamente, abrigar e isolar os portadores de psicose, hanseníase e tuberculose (CARVALHO, 2001).

No ano de 1923 foi promulgada a Lei Elói Chaves. Nesse momento surge a assistência previdenciária, onde as empresas de estrada de ferro criaram uma caixa de aposentadoria e pensões (CAP) para os empregados, sendo essa estratégia estendida aos portuários e aos marítimos em 1926. As CAPs eram co-financiadas pelos patrões e empregados, promovendo a garantia de assistência médica e farmacológica, aposentadorias e pensões aos trabalhadores desses segmentos. A característica fundamental dessa época era o acesso desigual aos serviços de saúde pela população (SANTOS, 2003).

A criação das CAPs desencadeou um crescente movimento de integração e de universalização da Previdência Social. Paralelamente, surgiu o modelo de atenção médico-assistencial privatista, cuja estrutura estava baseada no incremento de um complexo médico-industrial e hospitalar, com ênfase na contratação de terceiros, na prática médica de caráter curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública (FINKELMAN *et al*, 2002).

O mesmo autor afirma que, em 1930, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde, que basicamente coordenava ações de saúde coletiva. A assistência à população não vinculada ao mercado de trabalho continuava sendo prestada pelo poder público ou por entidades de caridade. Nesse mesmo ano, deu-se início à Era Vargas. Getúlio Vargas assume

o poder e ao mesmo tempo instaura-se a crise do café, culminando com a desvalorização deste produto no mercado internacional. Esse acontecimento provoca o deslocamento do pólo da economia da zona rural para os centros urbanos, aumentando o número de trabalhadores assalariados nos setores de transporte e da indústria, impulsionando o surgimento de uma nova estrutura de previdência social, destinada a atender esses trabalhadores no ano de 1933.

Segundo Carvalho (2001), as CAPs são então substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são classificados por categoria de trabalhadores de acordo com o segmento à que pertencem como os Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), dos Bancários (IAPB), dos empregados de Transportes e Cargas (IAPTEC).

Seguindo o aumento da população assalariada aliado à crescente pressão deste segmento e clamando por melhorias nos complexos médico-hospitalares, fica instituído em maio de 1953 o Ministério da Saúde, sendo que, ao mesmo tempo, as empresas criavam suas próprias assistências médicas, permitindo o surgimento da previdência privada (MENDES, 1996).

Em pleno progresso econômico, o Brasil acelera o seu processo de industrialização e, dessa forma, intensifica o deslocamento populacional rural para os centros urbanos para compor a mão-de-obra para as indústrias. Tal deslocamento promoveu um considerável aumento da massa operária, aumentando, portanto, a demanda da assistência à saúde por este grupo e, assim, gerando uma mudança no foco da atenção à saúde.

A partir de então, o importante não era sanear os espaços de produção e de circulação de mercadorias da agricultura cafeeira, mas manter o corpo do trabalhador em perfeitas condições para que sua capacidade produtiva e laborativa fossem preservadas de forma a manter uma boa produção industrial (MENDES, 1996). Percebe-se nesse contexto, um movimento de intensificação da assistência médica prestada pela Previdência Social e, paralelamente, nota-se um decréscimo das ações campanhistas, culminando, na metade da década de 60, à implementação de um modelo hegemônico médico-assistencial privatista.

Ainda sobre essa década, Carvalho (2001), afirma que ela foi marcada pela insatisfação popular na área da saúde que clamava por reformas de base, o que foi interrompido, em 1964, com o golpe militar. A partir de então, o poder fica fortemente centralizado no governo federal e o Estado passa a exercer forte influência nos IAPs vindo a unificá-los na figura do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967.

Por sua vez, cabia ao INPS tratar individualmente dos doentes e o Ministério da Saúde deveria tratar da população como um todo através de campanhas (CORDEIRO, 1997). A

criação do INPS caracteriza, portanto, a consolidação do modelo médico-assistencial privatista.

Segundo Mendes (1996), as principais características desse Instituto eram: extensão da cobertura previdenciária, abrangendo, quase que totalmente, tanto a população urbana quanto a rural; privilégio da prática médica curativa e individual em detrimento da saúde pública; desenvolvimento da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, promovendo a capitalização da medicina e o privilégio do produto privado desses serviços.

A década de 60 foi um momento histórico marcado por fortes críticas e insatisfação popular com o regime autoritário em voga. Luz (1995) afirma que, no cenário da saúde, havia um movimento popular que apontava para a necessidade de reformas na base do modelo assistencial, inaugurando, dentro desse contexto e no final da década de 70, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Mendes (1996) comenta que, com a criação da Lei 6.229, em 1975, institucionalizou-se o Sistema Nacional de Saúde inaugurando um modelo médico-assistencial privatista e atribuindo a prática da medicina curativa ao Ministério da Previdência e a prática preventiva vinculada ao Ministério da Saúde.

Em 1976 ocorreu uma reestruturação da previdência social, surgindo então no cenário da saúde o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa reestruturação teve como marco a necessidade política de expansão do atendimento hospitalar, constituído fundamentalmente à época pelo complexo hospitalar privado oriundo do milagre econômico, que emergiu através da entrada de capital estrangeiro nos cofres públicos do país. (CORDEIRO, 1997).

A assistência à saúde promovida pelo INAMPS era prestada aos trabalhadores da economia formal, com registro empregatício em carteira profissional estendida aos seus dependentes, destituindo-a, portanto, de uma característica universalista. Outra característica marcante desse modelo se dá na forma do financiamento das ações que era proporcional ao montante de recursos arrecadados. Assim sendo, onde existia maior concentração de beneficiários, havia um maior investimento no setor da saúde. Logo, os grandes centros passam a dispor, a partir desse momento, de maiores investimentos de recursos na saúde. (BRASIL, 2002, CORDEIRO, 1997).

Ainda versando sobre a década de 70, surgiram os primeiros ensaios de medicina comunitária, que se propunham, basicamente, a desenvolver um programa de saúde simplificada caracterizado pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) que, mais tarde, em 1979, ganhou abrangência nacional (MENDES,

1996). Outros projetos com essa proposta foram igualmente desenvolvidos, alicerçando as discussões sobre a proposta do Sistema Nacional de Saúde.

Tais discussões impulsionaram a criação do Movimento de Reforma Sanitária. Tal movimento era formado por intelectuais, profissionais da área da saúde, parlamentares e outros segmentos da sociedade, como as centrais sindicais, por exemplo, que defendiam a construção de uma nova política de saúde tendo em sua essência um sentimento democrático. Dessa maneira, destaca-se que a proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro lado, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema (SANTOS, 2003).

Pereira (1996) reflete que o Processo da Reforma Sanitária Brasileira tomou vulto maior durante a transição democrática, que permitiu a participação de novos atores sociais nas instâncias decisórias, caracterizando este momento como ponto de partida para as reformas no setor da saúde. A primeira transformação que estruturou os conceitos inovadores da Reforma Sanitária foi a ampliação do conceito de saúde.

Neste sentido,

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (PEREIRA, 1996, p.426).

Outra questão que compõe o repertório de idéias da Reforma Sanitária é o princípio da cidadania plena. Este princípio entende que todos os cidadãos têm igualdade de direitos, o que permite acesso universal aos serviços de saúde e demonstra uma característica redistributiva dessa proposta (PEREIRA, 1996).

O final da década de 70 é marcado pela transição do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento democrático impulsionando a elaboração de um novo projeto jurídico configurado numa nova Constituição. Tal cenário político-social direcionou os rumos das políticas de saúde fortalecendo as ações dos novos atores sociais nas arenas de planejamento, reestruturação e reformulação da política de saúde brasileira (MENDES, 1996).

Nesse momento, a sociedade adotou uma postura de organização, no sentido de repensar as bases constitucionais, principalmente repensando o papel do Estado no setor da

saúde. No bojo da discussão acerca da reforma sanitária, ocorreu, em 1978, a Conferência de Alma-Ata. Desta conferência resultou uma declaração que reforçou a noção de saúde como direito humanitário fundamental e traçou a meta de garantia de saúde para todos no ano 2000, fortalecendo os alicerces do movimento reformista (MENDES, 2004).

Cordeiro (2004) comenta que, em 1979, durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde foi aprovado um documento que estabelecia alguns princípios norteadores da Reforma Sanitária. Estes princípios eram o direito à saúde como universal e inalienável, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel regulador do Estado, a necessidade de descentralização, regionalização e hierarquização, a participação popular e o controle democrático. Esse documento destaca, também, a importância da criação de um sistema único de saúde e reforça a sua estruturação em uma rede nacional, regionalizada e descentralizada.

A década de 80 foi marcada por mudanças resultantes de um descontentamento com o modelo médico assistencial privatista, emergindo, pois, a necessidade de sua substituição por um novo modelo de atenção à saúde. Alia-se à necessidade dessa mudança, a vigência de uma crise do Estado, de ordem fiscal e de relações econômicas e sociais, caracterizada pelo agravamento da dívida externa adquirida na era do milagre econômico, contribuindo para a crise da Previdência Social (MENDES, 1996).

Nesse contexto de crise, ocorreu, em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, constituída de forte característica democrática, com representação de diversos segmentos sociais igualmente envolvidos na necessidade de reformulação na estruturação do modelo de saúde em vigência na época. Dessa Conferência, dois fatos tiveram destaques relevantes: a influência sobre o poder Executivo fomentando a criação e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a sensibilização do Congresso Nacional no que se referia à necessidade de repensar novas diretrizes da Constituição Federal (BRASIL, 2002).

Com a institucionalização do SUDS no final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de posturas que convergiram para a implementação de uma assistência mais universal. Uma dessas ações que merece especial destaque é o fim da exigência da carteira de segurado do INAMPS para atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública (BRASIL, 2002).



## 1.2 O processo de implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

A promulgação da Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em outubro de 1988, ato da Assembléia Nacional Constituinte, instituiu uma mudança no direcionamento e nas diretrizes da assistência à saúde no país, representando um novo olhar sobre a forma de conceber, pensar e fazer a saúde. (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde foi então criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei 8142, também editada no ano de 1990. Este sistema surge com o propósito de alterar a situação da desigualdade na assistência à saúde da população observada no momento anterior à sua implantação. A partir de então, qualquer cidadão, independente de raça, credo e condição social, passa a ter direito de atendimento na rede pública de saúde, em todas as suas instâncias e complexidades. Em outras palavras, o SUS caracteriza uma importante ferramenta de promoção e de concretização da equidade no atendimento das necessidades de saúde dos grupos populacionais. Dessa maneira, compreende-se que este sistema pode ser definido como uma nova formulação política e organizacional para a reorganização dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988 e, posteriormente, pelas Leis que o regulamentou.

No que tange ao aparato legal do sistema de saúde, o artigo 4º da Lei 8080/90 atesta que o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo poder público, bem como, de forma complementar, pela iniciativa privada (BRASIL, 1990). As três esferas governamentais (União, Estado e Municípios) têm responsabilidade compartilhada no objetivo de garantir esse direito de cidadania, construído a partir da década de 80 do século passado pelo setor saúde e pela sociedade em geral.

A finalidade desse Sistema é promover assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde e segue a mesma doutrina e princípios em todo o território nacional. Baseada nos preceitos constitucionais, a construção do SUS está ancorada nos seguintes princípios ético-doutrinários: universalidade, equidade e integralidade, que aprofundamos nos parágrafos a seguir.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990a; 2000) entende por universalidade a garantia de todo cidadão ao direito de acesso aos serviços públicos de saúde ou, quando estes se encontram inexistentes, aos conveniados que agem como complementares ao SUS. Considera-se, ainda, que a universalidade dos serviços refere-se ao “acesso à saúde como

direito público subjetivo e integrante dos direitos da cidadania. A universalidade é o princípio segundo o qual a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2000, p. 6).

A equidade implica na diminuição das desigualdades e, neste sentido, não se constitui como sinônimo de igualdade. Destaca-se, então, que na busca por ser equânime, o SUS procura levar em consideração as características sociais, pessoais, econômicas e culturais dos indivíduos atendidos. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, sendo, portanto, um princípio de justiça social. (BRASIL, 2000).

Já a integralidade é “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” (BRASIL, 1990a, p. 5). O Ministério da Saúde ainda define a integralidade como sendo o direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades (BRASIL, 2000).

Como já referido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) explicita que, na operacionalização desse sistema, os princípios organizativos consistem em descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Refere também que, por descentralização, entende-se a:

Redistribuição dos recursos e das responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como os gestores do SUS (BRASIL, 2000, p. 6).

Neste sentido, cabe aos municípios a execução dos serviços de saúde e, ao estado, a responsabilidade de prestar assistência nos serviços de referência em articulação com os municípios. À união, então, cabe executar ações de gestão e em situações extremas, tornando-se responsável, portanto, pela coordenação da política nacional de saúde ao utilizar as informações provenientes dos outros níveis de governo (SOUZA, 2001).

Em relação à regionalização e hierarquização, ressalta-se que estes princípios significam, respectivamente, a “distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios” (BRASIL, 2000, p. 6).

A hierarquização se apresenta, ainda, mediante a vocação de cada unidade da rede. A proposta é que o acesso ao sistema, ou seja, a porta de entrada se dê através da atenção primária e que as unidades que prestam assistência nesse nível de atenção estejam preparadas para atender os principais problemas de saúde da população, bem como promovam ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, referenciando as situações mais complexas aos serviços de maior complexidade tecnológica. Caso os recursos das instituições públicas não sejam suficientes ou adequados à demanda apresentada, existe a alternativa da complementaridade do setor privado nesta organização da rede (SOUZA, 2001).

Ao mesmo tempo, a participação social nas instâncias planejadoras e fiscalizadoras é reflexo do processo de transformação do sistema de saúde, uma vez que mantém, em vigência, a base da Reforma Sanitária Brasileira iniciada a partir dos questionamentos e das insatisfações do segmento popular com relação aos serviços de saúde prestados naquele momento. O Ministério da Saúde (2000, p. 6) ainda compreende este princípio como sendo a “institucionalização da democracia participativa e do conseqüente controle social na área de saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de Conselhos de Saúde nos três níveis de governo”.

Neste sentido, torna-se importante ressaltar que, apesar de existirem mecanismos que legitimam o SUS, aponta-se para a necessidade de caminhos que venham a ser alternativas para a sua efetiva implantação. Scatena (2001) atesta que, se por um lado, a Constituição Federal de 1988 define os princípios básicos do Sistema Único de Saúde e as Leis 8080 e 8142, ambas de 1990, estruturam o seu arcabouço, definindo os objetivos, as atribuições, as competências, o financiamento, o controle social e a participação do setor privado, por outro, as Normas Operacionais Básicas (NOBS) surgiram como instrumentos que pretendem concretizar a real implantação deste sistema a partir de 1991.

Desta forma, a NOB 01/91 foi inicialmente criada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e reeditada logo em seguida pelo Ministério da Saúde, reproduzindo, em seu texto, muitos pontos contidos na legislação relativa ao SUS. No entanto, o foco foi a normalização das formas de financiamento e do repasse de verbas, bem como do acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do INAMPS para os municípios e estados.

Scatena (2001) aponta que esta norma promovia incentivos ao processo de descentralização já proposto na Lei Orgânica da Saúde. O mesmo autor (SCATENA, 2001, p. 11) destaca que a NOB 01/91 teve seu papel histórico no processo de construção do SUS e destacou-se como o primeiro instrumento para regulamentar os inúmeros espaços abertos

deixados pelas Leis Orgânicas da Saúde. Sua grande limitação é derivada de sua orientação pelos princípios do INAMPS e de seu enfoque dirigido fundamentalmente ao financiamento com valorização das atividades hospitalares e ambulatoriais, perpetuando a lógica de privilegiamento da assistência médica (e da concepção de saúde, tendo a doença como referência), que sempre orientou o INAMPS. Além disso, a forma convenial que permitia a municipalização – termo aditivo entre INAMPS e prefeituras, excluindo as Secretarias Estaduais - e o controle exercido pelas coordenadorias regionais do INAMPS representaram uma barreira à habilitação para a grande maioria dos municípios.

Carvalho (2001) contrapõe argumentando que esta NOB resultou em questionamentos acerca do poder do INAMPS na normatização do SUS, já que este, teoricamente, estaria no âmbito do Ministério da Saúde. Assim, a Lei 8142 em seu artigo V define o Ministério da Saúde, mediante portaria do ministro de Estado, como sendo a instância autorizada a estabelecer as condições para aplicação dessa Lei.

Destaca-se que, no ano seguinte, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), do Ministério da Saúde, editou a NOB 01/92. Os pontos de inovação em relação à anterior são que, primeiramente, esta NOB surge do consenso entre SNAS, Ministério da Saúde, INAMPS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), caracterizando a atuação de diversas instâncias governamentais e contou também com a participação social conforme previsto nas Leis 8080 e 8142. Por outro lado, este documento não desconsidera os preceitos da Constituição Federal, as Leis 8080 e 8142, citando, inclusive, os elementos fundamentais destas leis e fornecendo importância ao aspecto processual da construção e da implantação do SUS. Representa também um avanço no caminho da descentralização, podendo ser entendida como um instrumento normativo e transicional que explicita os elementos e as premissas da descentralização.

Para Carvalho (2001), o documento desta NOB adverte que esta não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios estabelecidos na Lei 8142/90 para repasse de forma regular e automática dos recursos financeiros federais para a cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos municípios. Ela deve ser entendida, principalmente, pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e os serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. De forma prática, esta responsabilidade apresenta-se como o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal.

O autor segue afirmando que esta NOB não apresentou maiores avanços e a caracteriza como continuidade da NOB anterior. No entanto, cita que o diferencial foi a contribuição de diversos segmentos da sociedade que empenharam-se no sentido de aprimorar a NOB 91.

Ao mesmo tempo, a NOB 01/1993 é oriunda do trabalho do Grupo Especial de Descentralização (GED) que elaborou uma proposta de operacionalização dos preceitos legais que fundamentam o SUS, sendo o resultado deste trabalho o documento “Descentralização das Ações dos Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (SCATENA, 2001). Esta proposta foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde após longo processo de discussão entre os diversos atores sociais da área de saúde, como as esferas governamentais, o setor privado, a representação popular e sindical e a academia.

Esta NOB busca regulamentar não apenas o financiamento, mas o processo de descentralização da gestão dos serviços de ações no âmbito do SUS, sendo a primeira Norma editada como Portaria Ministerial. Apresenta, em sua estrutura, os elementos característicos de descentralização e de seus princípios norteadores que consistem na flexibilidade, no gradualismo, na progressividade, na transparência do processo decisório e no controle social, como aprofundado por Scatena (2001) em seu estudo acerca da concretização desta Norma.

Cabe destacar as tensões existentes no contexto da formulação e da implementação desta NOB. Por exemplo, se, por um lado, apresenta-se como inovadora no sentido de definir o gerenciamento do processo de descentralização através da Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite, bem como dos Conselhos Municipais, por outro, mostra-se conservadora do ponto de vista do financiamento, na medida em que ainda possui maior ênfase na assistência médica curativa.

Scatena (2001) cita que esta NOB não representa uma simples regulamentação administrativa e financeira. Significa, na realidade, a expressão de uma decisão política de procurar cumprir os princípios e as diretrizes do SUS, neste caso principalmente o de descentralização.

Por sua vez, a NOB 01/96 foi editada pelo Ministério da Saúde, pretendendo dar continuidade ao processo de consolidação do SUS (BRASIL, 1996). Ela aponta, em sua introdução, para o reordenamento do modelo de atenção à saúde, e reafirma os princípios do SUS, redefinindo os papéis de cada esfera de governo.

Ao mesmo tempo, indica os instrumentos gerenciais para que municípios e estados deixem de ser meros prestadores de serviços e passem a assumir seus respectivos papéis de gestores do SUS. Assim, descreve os mecanismos de financiamento e promove maior ênfase

nos resultados, adotando critérios epidemiológicos e de qualidade de desempenho. Como formas de acompanhamento, controle e avaliação do SUS estimula a implantação da assistência domiciliar através do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 01/2001 (BRASIL, 2001) foi criada com base nos princípios de universalidade do acesso e de integralidade da ação. Desta forma, esta norma estabelece o processo de regionalização da assistência, entendendo-a como estratégia de hierarquização dos sistemas de saúde e de busca de maior equidade. Define também os critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados e cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

Carvalho (2001) admoesta que a NOB 2001 foi eufemisticamente denominada de NOAS 2001 e consistiu no auge do processo recentralizador com hegemonia do Ministério da Saúde. Afirma também que todas as NOBS e as NOAS incorreram no descumprimento da Constituição Federal e das Leis 8080 e 8142.

A NOAS 2002 avança fortalecendo o processo de descentralização e regionalização da assistência. Esta norma enfatiza a municipalização da assistência e é resultante da pactuação das três esferas governamentais, além de ser caracterizada como um aprimoramento da NOAS 2001. Desta forma, cabe destacar que esse documento objetiva fornecer alternativas necessárias à superação da efetiva implementação da norma anteriormente publicada.

Na NOAS 2002, a regionalização é entendida como uma estratégia de hierarquização do sistema primando pela busca e pela consolidação da equidade. Para tal, recomenda e estabelece o Plano Diretor de Regionalização, a ampliação do acesso e da qualidade da rede básica, a qualificação das microrregiões e de módulos assistenciais, a organização da assistência de média e de alta complexidade, bem como o controle, regulação e avaliação da assistência como importantes mecanismos de fortalecimento dessa diretriz. (BRASIL, 2002).

A Constituição do Estado do Rio de Janeiro, por sua vez, foi promulgada no ano de 1989, portanto, um ano antes da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8080/1990). No entanto, a Constituição Federal já havia sido promulgada e, por isso, o estado do Rio de Janeiro absorve, em sua legislação, certas nuances do SUDS e também algumas características do SUS. Esta Lei foi construída baseada nas diretrizes universalistas, equânimes, descentralizadoras, hierarquizadas e regionalizadas e apresenta em seu conteúdo as normas e os papéis do estado na prestação da assistência à saúde no âmbito do Rio de Janeiro (SABATOVISKI, 2002).

### 1.3 A Base Filosófico-Conceitual para a Construção do Sistema Único de Saúde

Outro ponto a ser vislumbrado no estudo da construção do SUS compreende as bases oferecidas por modelos de saúde implementados em outros países, que, além dos ideários da Reforma Sanitária Brasileira, se configuraram em terreno fértil para a discussão da construção da proposta de modelo de saúde em vigência no Brasil.

A esse respeito, Berlinger (1989) e Gawryszewski (1985) dispensam especial atenção ao modelo de saúde italiano, considerando a Itália como um dos países precursores nas Reformas Sanitárias na Europa no início da segunda metade do século XX. Para Berlinger (1989), a reforma sanitária pode ser entendida como uma longa marcha através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado. O mesmo autor entende que a sociedade é a responsável pela institucionalização de um determinado modelo de saúde e sustenta a discussão sobre a necessidade de constituição ou reconstituição de um movimento social que defenda as políticas sociais.

Sobre essa temática, Gawryszewski (1991) contribui apontando as proximidades do modelo de saúde italiano ao brasileiro, apontando, portanto, que a Reforma Sanitária Italiana teve forte ascendência sobre a construção das bases filosóficas do modelo de saúde brasileiro.

A autora segue refletindo que a Reforma Sanitária Italiana teve suas bases no surgimento de associações de trabalhadores anarquistas e socialistas que atuavam no setor de agropecuária no norte da Itália, mais precisamente na Região Emília-Romana. Esse grupo lutava por reformas institucionais que culminassem na implantação de um regime político que garantisse maior liberdade e democracia para os cidadãos, sendo essa proposta denominada de Modelo Reformista Emiliano. Ressalta-se que tal região italiana muito contribuiu na luta pela resistência durante os anos do fascismo. Assim sendo, essa região adotou ao longo da história político-institucional a programação das ações como elemento viabilizador das propostas políticas dos grupos hegemônicos no poder.

Na concepção de Grassi (1985), a programação enquanto proposta de organização política compreende as ações de serviços públicos desenvolvidas para satisfazer as necessidades e os interesses coletivos e para contribuir na orientação da atividade econômica, de caráter público ou privado, para a realização de interesses gerais e grandes exigências nacionais.

Gawryszewski (1991) enfatiza também o contexto sócio-econômico italiano à época da implementação da programação descrita anteriormente, destacando dois períodos

fundamentais na concretização desse processo. O primeiro ocorreu na década de 60 e teve como determinantes o desenvolvimento de forças produtivas e uma grande aposta na política de reformas, prejudicada pelos conflitos entre o discurso reformista e a prática conservadora das forças no poder. O segundo período iniciado na década de 70 foi caracterizado por uma grave crise econômica e pela redução na capacidade de desenvolvimento das forças produtivas. Tal contexto prejudicou a implementação de uma política de reforma e da programação em nível central. A falta de tais políticas atrasou o desenvolvimento da política de programação regional, que só foi implementada em 1979 com a criação do Sistema Nacional de Saúde. Tal política de programação é constituída basicamente por dois elementos: a globalidade e a territorialidade.

Para Gawryszewski (1991, p. 20):

A globalidade envolve a pluralidade dos centros de decisão públicos e privados não somente como exigência democrática para a definição de interesses gerais, mas também como reconhecimento da competência autônoma da programação e da possibilidade dos diversos sujeitos de elaborar e adotar programas para alcançar objetivos coerentes com as linhas gerais já dadas.

A mesma autora (1991, p. 20) reflete que a territorialidade deve ser entendida através da ótica de que “a dimensão territorial ótima para a programação é, por excelência, a regional”. Aprimorando a política de programação, a Região Emilia-Romana respaldou-se em aspectos culturais das Comunas, que consistiam na menor divisão administrativa do Estado Italiano e primavam pela participação democrática do operariado nas instâncias decisórias locais. A promulgação da Lei do Sistema Nacional de Saúde em 1979 proporcionou dois fortes alicerces para a Reforma Sanitária Italiana: funcionou como método de governo para o novo sistema de saúde e como instrumento para a transformação do modelo pré-existente.

Nesse sentido todo o arcabouço metodológico que foi desenvolvido na reforma do modelo de saúde italiano perpassou basicamente por três pilares: autonomia local, descentralização e participação do cidadão, pilares tais também adotados no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, onde a descentralização dos serviços, a regionalização da assistência e a participação cidadã compreendem os princípios organizativos do sistema de saúde brasileiro.



## 1.4 A Teoria das Representações Sociais

Para o desenvolvimento do presente estudo, optamos pelo referencial da Teoria das Representações Sociais, elaborada por Serge Moscovici em 1961. O ponto de partida para a formulação do conceito de representação social foi a reflexão desse autor sobre a definição de representação coletiva de Durkheim.

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo pensa nas suas relações com os objetos que os afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos (DURKHEIM apud MOSCOVICI, 1978, p.70).

Esse conceito é destituído de dinamismo e desconsidera as relações do homem com o meio. Moscovici (1978), no entanto, descreve as representações sociais de forma mais dinâmica. Esse autor as define como uma “modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos” (op cit, p.78). Para ele, as representações sociais estão alicerçadas nos conceitos elaborados e extraídos do senso comum e são considerados como fenômeno psicossocial, ou seja, um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originados no cotidiano, no desenrolar de combinações interindividuais. Desta forma, as representações sociais estão fundamentadas nos grupos sociais e nos indivíduos.

Oliveira (1996) reflete que a utilização desta Teoria em estudos permaneceu por muito tempo restrita à área da Psicologia Social. No entanto, passou a ser referência para outras áreas de conhecimento, dentre elas a da saúde com destaque para a Saúde Coletiva, frente à sua importância para os fenômenos sociais. Assim sendo, a opção por sua utilização no presente estudo, se dá por perceber a possibilidade de compreensão das construções que fazem parte da realidade dos indivíduos e de grupos sociais. Neste sentido, destaca-se que a Teoria das Representações Sociais vem sendo utilizada para explicar diferentes objetos que nos incomodam ou que emanam de nossas práticas cotidianas, já que as representações sociais englobam fenômenos presentes na realidade vivida diariamente pelos indivíduos.

Abric (1994) atribui o sucesso dessa Teoria ao ressurgimento do interesse e da necessidade de investigação de fenômenos coletivos, principalmente sobre as regras que regem o pensamento social. De acordo com Wagner (2000), a construção dessa Teoria se processa em dois sentidos: a partir do conhecimento que as pessoas têm do seu universo e do conhecimento que é criado pelo grupo. Sá (1998, p.24) destaca que “uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto)”. Assim sendo, a teoria engloba,

em seu contexto, os comportamentos individuais e coletivos e o meio social, destituindo-a de neutralidade.

Para Moscovici (1978, p.50), as representações sociais são consideradas “ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real”. Essa elaboração do real deriva do processo de interação entre o individual e o grupo social, configurando a idéia de movimento de sociedade pensante proposta por Moscovici.

Sá (1993) ressalta que o referido movimento se processa em dois universos de pensamento distintos: os consensuais e os reificados.

Nos universos reificados é que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica. Aos universos consensuais correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as representações sociais. As “teorias” do senso comum que são aí elaboradas não conhecem limites especializados, obedecem a uma lógica natural, se mostram menos sensíveis aos requisitos de objetividade do que a sentimentos compartilhados de verossimilhança ou plausibilidade. (Sá, 1993, p. 28).

Sá (1993, p. 29) segue comentando que o senso comum é concebido como “um corpo de conhecimentos produzido espontaneamente pelos membros de um grupo e fundado na tradição do consenso”. Neste sentido, ressalta-se que, na atualidade, surge uma outra modalidade de conhecimento popular, que emerge do universo reificado, definida como conhecimento de “segunda mão”.

Ainda sobre universos de conhecimento, Moscovici *apud* Sá (1993, p.36) define que “ambos os universos [reificado e consensual] atuam simultaneamente para moldar a nossa realidade”. O novo nos é apresentado através dos universos reificados da ciência e essa apresentação do novo traz consigo algo estranho, não familiar na sociedade. Neste contexto, as representações sociais têm o propósito de transformar o não familiar em familiar.

Para Sá (1993, p. 37) a realidade social “é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais”. Nessa linha de transformação do não familiar em familiar, surgem dois processos formadores das representações sociais: a objetivação e a ancoragem. Em linhas gerais, a objetivação esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto e a ancoragem dá sentido ao mesmo.

Sá (1993) refere que a objetivação é o processo de materialização do abstrato, tornando este conceito tangível.

Para Moscovici (1984, p.38) “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem”.

Em relação à ancoragem, Arruda (2002, p. 136) comenta que este processo:

Dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão. Trata-se da maneira pela qual o conhecimento se enraíza no social e volta a ele ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto. O sujeito recorre ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão à novidade: trazê-la ao território conhecido da nossa bagagem nocional.

Para Jodelet (1989), a representação social consiste em uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Por sua vez, Wagner (2000) atribui à pesquisa em representação social a idéia de topografia mental de diversas culturas e sociedades. O conhecimento coletivo resultante delas compartilha crenças, imagens, metáforas e símbolos. O mesmo autor entende a representação social como um conteúdo mental estruturado, dotado de aspectos cognitivos, avaliativos, afetivos e simbólicos do fenômeno social, conscientemente compartilhado no grupo social (visão distributiva).

Outra forma de perceber a representação social é do ponto de vista coletivo onde esta é analisada como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado no discurso dos grupos sociais. Moscovici *apud* Wagner (2000) afirma que representação social é definida como a elaboração de um objeto social pela comunidade, tornando o mundo inteligível para determinado grupo.

Para Abric (2000), o alicerce da teoria é a superação da dicotomia sujeito e objeto. Moscovici *apud* Abric (2000, p.27) comenta que “não existe separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo). Sujeito e objeto não são forçosamente distintos”. O objeto, portanto, está inserido num contexto ativo concebido pelo indivíduo ou pelo grupo. Toda a realidade, assim, é representada, reapropriada pelo indivíduo e reconstruída no campo cognitivo, integrada nos seus valores e dependente de sua história e do contexto sócio-ideológico no qual o sujeito se insere.

O autor supracitado segue refletindo que a representação pode ser definida como uma visão funcional do mundo, que permite ao indivíduo e ao grupo dar sentido às suas condutas e compreender a realidade a partir de seus próprios cenários de referência. Desta maneira:

A representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas. A representação é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais. Ela é um sistema de pré-decodificação da realidade porque ela determina um conjunto de antecipações e expectativas (ABRIC, 2000, p.28).

O autor atribui às representações sociais quatro funções essenciais: a função de saber, que consiste em compreender e explicar a realidade; a função identitária que atribui ao indivíduo/grupo uma identidade e protege a especificidade dos grupos; função de orientação, que guia comportamentos e práticas específicas; e a função justificadora que permite aos grupos/indivíduos explicar e justificar comportamentos e posicionamentos adotados. A representação é composta por um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes acerca de um determinado objeto social, que pode ser organizada, estruturada e constituída num sistema sócio cognitivo.

Neste sentido, Abric (2000) propôs a organização da representação ao redor de um núcleo central, abordagem esta conhecida como estrutural. Este núcleo é determinado pela natureza do objeto e pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto. Ele possui basicamente duas funções: a geradora, que confere valor aos elementos constitutivos da representação e a função organizadora, que estabiliza e organiza a representação.

O núcleo central é o elemento mais estável da representação, sendo o mais resistente à mudança. Qualquer modificação no núcleo central incide na transformação da representação, portanto, sua identificação é que caracteriza a representação. A centralidade de um elemento é dotada de características qualitativas (ABRIC, 2000).

Em torno deste núcleo organizam-se os elementos periféricos que constituem a essência do conteúdo da representação que são os seus componentes mais acessíveis e concretos. São responsáveis por três funções: a concretização, que confere aos elementos periféricos o poder de formular a representação de forma concreta; a regulação, dimensionado os elementos novos ou menos importantes às orientações do núcleo central; e a função de defesa para evitar que o núcleo central seja atingido, o que resultaria numa total transformação da representação (ABRIC, 2000).

Em síntese, Moliner *apud* Abric (2000, p. 33) afirma que:

Os esquemas centrais (o núcleo central) são normativos no sentido que eles expressam a normalidade, mas não a certitude, enquanto que os elementos periféricos condicionais expressam o freqüente, às vezes o excepcional, mas nunca o anormal.

Sá (1988) avança na discussão, afirmando que as representações sociais, além de emergirem das práticas, contribuem para alimentá-las ou transformá-las. A compreensão entre a relação entre representações sociais e prática é de fundamental importância para o desenvolvimento da teoria como campo metodológico, quanto para a sua aplicação no presente estudo.

As representações se constituem em um sistema que favorece a interpretação da realidade e que dirige as relações dos indivíduos com o seu meio social, determinando seus comportamentos e suas práticas. O problema das relações entre práticas e representações sociais implica considerar que estas estão ligadas às comunicações, à pragmática e à ação. Os estudiosos do campo das representações sociais questionam se as práticas exercem influência sobre as representações sociais ou se essas exercem influência sobre as práticas. (OLIVEIRA, 1996).

Jodelet (2001) estabelece a relação existente entre a estrutura da representação e as práticas ao afirmar que a ação sobre o núcleo central de uma representação aponta o papel preponderante das práticas sociais no desencadeamento de transformações. O núcleo central pode ser atingido e modificar-se estruturalmente, o que é uma real transformação da representação.

Abric (2001, p. 75) refere que “a avaliação das práticas sociais ou profissionais é um determinante poderoso da mudança de estado das representações sociais. Uma mudança em nível das idéias deve ser precedida, invariavelmente, de uma mudança vivida em nível das práticas”. O mesmo autor comenta ainda que, para diversos estudiosos, as práticas são a principal fonte de transformação das representações. Uma modificação sensível das práticas contribui para uma modificação sensível de vários elementos da representação.

Rouquette (2003, p. 39) destaca as ligações estabelecidas entre representações e práticas ao afirmar que:

Não é mais exato dizer, sem outra precisão, que as representações sociais e praticas se influenciam reciprocamente, uma vez que não se trata de reciprocidade; para uma maior informação, convém tomar as representações como uma condição das práticas e as práticas como agente de transformação das representações.

Desta forma, acredita-se que as práticas e as representações sociais estejam em correlação e não em dependência causal. Refletindo sobre a aplicação dos conceitos acima enunciados ao objeto de estudo deste trabalho, destaca-se que a legislação do SUS pode ser pensada como conhecimento reificado, ou ainda, como código comum da sociedade brasileira, compreendido por diferentes tipos de representações em interação. Esse conjunto de representações visa orientar as práticas sociais e institucionais no atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos e dos grupos sociais.

Ao tomar o texto jurídico como representações deve-se considerar sua mutabilidade, ou seja, a transformação dessas representações no processo de sua apreensão, tanto pelos

intelectuais e estudiosos do sistema de saúde, quanto pelos gestores, profissionais e pela própria comunidade.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Tomando-se por base os objetivos propostos para esta pesquisa, optamos pela abordagem de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa é entendida por Minayo (1999, p.35) como “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Neste sentido:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1999, p.20).

Por sua vez, Pollit & Hungler (1995), consideram que este tipo de pesquisa é fundamentado na premissa de que os conhecimentos são somente possíveis através da descrição da experiência humana, tal como ela é vivenciada e definida por seus próprios atores. Os pesquisadores em saúde têm utilizado com bastante frequência esta modalidade de abordagem metodológica como estratégia para o desenvolvimento de suas investigações.

Com relação aos estudos desenvolvidos sob a orientação da Teoria das Representações Sociais, destaca-se que a grande maioria pauta-se pela abordagem qualitativa. Este fato se justifica em função do método qualitativo facilitar a apreensão da cartografia mental de um grupo em relação a um determinado objeto, bem como a delimitação do processo de constituição das representações. Esta facilidade não se refere somente a questões metodológicas, de per si, mas também pela maior familiaridade dos pesquisadores da enfermagem com a pesquisa qualitativa (MARQUES, TYRREL, OLIVEIRA, 2006).

Neste sentido, ressalta-se que a enfermagem vem desenvolvendo seus estudos, em grande maioria, nesta vertente, o que implica que os pesquisadores que trabalham no âmbito das representações sociais articulem estas duas diretrizes teórico-metodológicas. No caso deste estudo, a pesquisa qualitativa foi escolhida em função da intenção de captar as dimensões e as construções mentais coletivas que consubstanciaram um determinado arcabouço teórico e legal do Sistema Único de Saúde.

Considera-se, então, que os atores sociais, ao construírem este arcabouço, possuíam uma bagagem cultural, intelectual e social e, ao mesmo tempo, eram os representantes legais da população na construção de paradigmas que configurassem um determinado sistema de saúde em um país com as características do Brasil. A construção metodológica, bem como sua

minuciosa descrição, torna-se ainda mais importante uma vez que se procura a representação social presente na letra da lei e a cartografia mental daqueles que a pensaram e a escreveram.

Estudo próximo foi desenvolvido por Sá, Oliveira e Gomes (2005) com relação à recuperação da representação de senadores e deputados presente no Estatuto da Criança e do Adolescente.

A representação social foi como consequência, acessada através da análise de conteúdo descrita por Bardin (1977), e recentemente sistematizada e instrumentalizada por Oliveira (2005b). A análise foi realizada sobre a letra da legislação, ou seja, explorando os documentos expedidos pelas instâncias oficiais e disponibilizados para a sociedade em geral.

Neste sentido, para Bardin (1977 p. 44) a análise de conteúdo realizada em diferentes tipos de documentos:

É um conjunto de operações que, através do tratamento das informações contidas e acumuladas nestes materiais, objetiva a representação condensada e de forma conveniente da informação. Com o uso de procedimentos de transformação, busca o armazenamento de informações de modo variável e facilita o acesso às mesmas, para que obtenha o máximo de dados (aspecto quantitativo) e com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo).

## 2.1 Coleta de Dados

A escolha das Leis para comporem o *corpus* de análise se deu em dois momentos. No primeiro, selecionamos as Leis fundamentais que institucionalizaram o Sistema Único de Saúde. Esta seleção contou com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, com as Leis 8080 e 8142, ambas de 1990, e com a Constituição do Estado do Rio de Janeiro. O critério para a escolha inicial se deu em função da possibilidade de encontrar, nesses documentos, os fundamentos da construção do novo modelo de saúde que se inseria no cenário brasileiro.

Já a opção pela Constituição do Estado do Rio de Janeiro para compor o conjunto de leis analisadas, se deu em função da vinculação desse estudo ao projeto de pesquisa “Políticas e Práticas de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições, Usuários e Profissionais de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro” (OLIVEIRA *et al*, 2004). Logo, compreender os aspectos jurídicos relativos à saúde no Rio de Janeiro fortalecerá as discussões do projeto maior. Além disso, o fato do estudo se desenvolver no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, que possui particularidades estruturais e históricas importantes no cenário sanitário nacional, justificou a introdução da Constituição Estadual no corpus de análise, de



modo a se perceber como a revolução sanitária foi concretizada na representação dos atores sociais cariocas e fluminenses.

Considerando que o foco deste estudo está nos princípios organizativos, sentimos a necessidade de agregar outros documentos para enriquecer a análise destes princípios. Dessa forma, elegemos para compor o elenco das Leis de caráter complementar relativas ao SUS as Normas Operacionais Básicas (NOBs) dos anos de 1991, 1993, 1996 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) dos anos de 2001 e 2002. Tais documentos, em linhas gerais, definiam os mecanismos para operacionalizar as diretrizes organizacionais deste modelo de saúde.

Neste momento, cabe ressaltar que encontramos dificuldades para acessar os documentos oficiais relativos às NOBs 1991 e NOBs 1993, uma vez que não estão disponibilizadas no formato digital.

Adotando os critérios acima descritos, para a análise dos princípios éticos utilizamos as Leis consideradas fundamentais na construção do SUS, ao passo que para análise dos princípios organizativos, analisamos o conjunto de leis fundamentais e complementares. Dessa maneira, elencamos o conjunto de nove leis que foram analisadas em sua totalidade seguindo a técnica de análise de conteúdo temática descrita na próxima seção.

A justificativa para a análise de diferentes legislações se dá, ainda, pelo interesse inicial de acessar os conteúdos legais acerca dos princípios organizativos. No entanto, durante o processo de aprofundamento desses conteúdos, observou-se a sua íntima relação com os éticos, à medida que aqueles se definem e se configuram a partir destes e no sentido de sua concretização. Tornou-se necessário, então, abarcar os fundamentos essenciais dos princípios éticos presentes na legislação básica do SUS oferecendo melhor delimitação desses princípios e uma maior compreensão das construções mentais dos atores sociais em sua construção.

Destaca-se, ainda, que a publicação base para a escolha das legislações expostas nesta descrição metodológica baseou-se no Ministério da Saúde (2002), onde se encontra reunido, de forma cronológica, todo o aparato jurídico-legal a partir da Constituição Federal.

## **2.2 Análise dos dados**

Para procedermos à análise do ordenamento jurídico do SUS foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática. Os *corpora* de análise foram constituídos pela Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988, Leis 8080 e 8142, ambas de 1990, NOB 91, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001, NOAS 2002 e pela Constituição do Estado do Rio de

Janeiro, para os princípios organizativos, e pela Constituição Federal, Constituição Estadual e pelas Leis 8080 e 8142 de 1990, para os ético-doutrinários.

Para Bardin (1977, p.42), a análise de conteúdo temática consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas imagens.

Ainda para a autora (*op. cit.*), a análise de conteúdo organiza-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados. A fase de pré-análise constituiu o momento de organização propriamente dito que possuiu três missões: a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação das hipóteses e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação. Nesta fase, realizou-se uma leitura flutuante das leis fundamentais selecionadas, objetivando estabelecer um primeiro contato com o material coletado.

Tal fase foi de fundamental importância, uma vez que um primeiro contato com o conteúdo da letra fria das leis, nos mostrou a necessidade de enriquecer o corpus de análise, já que a hipótese inicial relacionada à análise rudimentar nos mostrou que havia uma predominância de princípios éticos no material ora selecionado. Acrescenta-se ao fato que o objetivo da análise estava centrado nos princípios organizativos. Depois de selecionarmos as leis de caráter complementar, realizamos, de igual forma, a leitura flutuante do material, caracterizando o momento de estruturação dos dados proposto por Bardin (1977).

Neste contexto, cabe ainda destacar que, para Bardin (1977), o *corpus* é o conjunto dos documentos relevantes e fundamentais para o alcance dos objetivos e a apreensão do objeto de estudo, que, por isso, constituem o referido corpus e são submetidos à análise. Esta autora recomenda, ainda, que, para a construção da análise de conteúdo e sua conseqüente formação de categorias, é preciso a utilização das regras descritas a seguir, obedecidas na execução da análise do presente estudo:

- Regra da exaustividade: todos os elementos que emergiram dos documentos analisados e que estivessem em consonância com o objeto do estudo devem estar contidos no *corpus* e inseridos na análise.

- Regra da representatividade: a amostra deve ser representativa do universo inicial, no caso, a inclusão das principais leis que pudessem contextualizar os princípios do Sistema Único de Saúde.

- Regra da homogeneidade: os documentos a serem analisados devem ser homogêneos, ou seja, devem obedecer a critérios precisos de escolha.

- Regra da pertinência: a análise das informações deve ter correlação com o objetivo inicialmente proposto.

A segunda etapa do processo de análise correspondeu à exploração do material que consistiu na transformação e na agregação dos dados brutos em unidades de registro (UR) (OLIVEIRA, 2005b). Bardin (1977) considera que tratar o material significa codificá-lo, o que corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto através do recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo. Cita ainda que a organização da codificação compreende o recorte (escolha das unidades de registro ou de contexto), enumeração (escolha das regras de contagem) e classificação e agregação (escolha das categorias).

Oliveira (2005b, p.4) refere que unidades de contexto são definidas como:

Unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões que são superiores as da unidade de registro, permitem compreender a significação da unidade de registro.

A enumeração compreendeu a “hipótese de correspondência entre a presença, a frequência, a intensidade, a distribuição e a associação de manifestação da linguagem com os mesmos indicadores das variáveis inferidas ou categorias teóricas” (OLIVEIRA, 2005b, p.4).

No desenvolvimento da análise, a constituição das categorias foi o ato de classificar os elementos constitutivos de um conjunto em sub-conjuntos, por diferenciação seguida de reagrupamento, realizados de acordo com as características comuns do material exposto à análise. Neste momento, objetivou-se a organização das mensagens. Destaca-se, contudo, que para construir as categorias, partiu-se da premissa de que elas devem ser homogêneas, exclusivas, objetivas e pertinentes. A categorização se processou em duas etapas: o inventário, que isola os elementos, e a classificação, que reparte esses mesmos elementos impondo a organização das mensagens (OLIVEIRA, 2005b).

Assim sendo, elencamos as categorias de análise, que, neste estudo, foram constituídas pelos princípios do SUS propriamente ditos, totalizando, portanto 07 categorias de análise. Estas categorias foram desmembradas em subcategorias que se apresentaram como resultantes do agrupamento de unidades de registro, de acordo com as características comuns dos conteúdos emergentes.

Findo este processo, iniciou-se a etapa de tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. De acordo com Oliveira (2005b), a inferência e a interpretação dos resultados colocam em evidência as informações advindas da análise.

Carmo-Neto (1993) comenta que, nesta fase, o pesquisador deve buscar o que está por trás da palavra, ver além do que é concreto, adotando uma postura subjetiva, sem, no entanto, destituir-se do rigor científico.

Cabe destacar que, em alguns momentos, encontramos dificuldade para delimitar as unidades de registro (UR), uma vez que, freqüentemente, observamos a presença de mais de um princípio em um mesmo trecho da Lei. Nessas condições, definimos a UR de acordo com a idéia central de um determinado fragmento de texto, ou ainda, fragmentamos o trecho em unidades de registro ainda menores, de forma a apresentar todas as UR's possíveis em um determinado trecho legal.

Para facilitar a visualização e a distribuição das UR nas categorias e subcategorias de análise, organizamos os dados em tabelas simples, com freqüência absoluta, conforme proposto por Oliveira (2005b), o que facilitou a apresentação e análise dos dados que emergiram das Leis. (Apêndice A)

Destaca-se, ainda, que a transcrição das URs para o corpo deste trabalho, em algumas situações, contou com a presença de parênteses, indicando que o trecho compreendido em seu interior é fundamental para a compreensão do conteúdo presente na parte exposta da lei. No entanto, não faz parte da unidade de registro e sim, unicamente, de sua contextualização semântica, ou seja, constituem-se na linguagem da análise de conteúdo em unidades de contexto.

### **3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS**

#### **3.1 Os Princípios do Sistema Único de Saúde: a constituição das categorias e subcategorias**

A análise do aparato jurídico do SUS, em que pese a facilidade de entendimento em função da adoção da norma culta da língua, apresenta determinadas dificuldades relativas à captação das representações sociais de políticos e dos movimentos sociais presentes no texto analisado que conseguiram a inserção de demandas específicas no arcabouço jurídico do SUS.

Além disso, fazem-se necessárias a análise e a interpretação desses dados dentro do quadro de significados e do contexto social em que as Leis foram pensadas e escritas. Neste ponto, duas tarefas aparecem como desafios fundamentais, quais sejam, primeiro, o cruzamento dos dados empíricos com a base teórica que subsidiou a elaboração de toda a legislação referente ao sistema de saúde e, em segundo, a compreensão do contexto social, econômico e sanitário que permitiu que se pensasse uma nova forma de construção social e prática do sistema de saúde.

Destaca-se, ainda, que o risco na realização deste tipo de análise coloca-se na possibilidade constante do analista de se ater simplesmente ao que está escrito, sem a apreensão das representações, dos simbolismos, das imagens, das atitudes e das práticas que consolidaram uma determinada maneira de pensar e fazer saúde no Brasil e que, por sua vez, consolidaram, a partir de grupos profissionais, de agentes sociais específicos e de determinadas entidades da sociedade civil organizada, a legislação como a conhecemos atualmente. Este fato perpassa a inspiração em modelos internacionais, a reflexão teórica de diversos pesquisadores, profissionais, gestores e usuários, bem como a situação social do país que questiona, de forma continuada, qualquer tipo de exclusão ao consumo de um item básico à sobrevivência e à cidadania, como o acesso à saúde.

Neste contexto, a análise de conteúdo do material legislativo, resultou em 653 unidades de registro, distribuídas em 19 temas, sendo, por sua vez, agregadas em 07 categorias, conforme descrito a seguir, a partir das duas grandes temáticas, quais sejam os princípios organizativos e éticos.

## Quadro 01

Categorias analíticas da análise temática de Bardin a partir da Legislação do SUS

<b>PRINCÍPIOS ÉTICO-DOCTRINÁRIOS</b>		<b>PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS</b>	
Cat. 1	Universalidade no acesso à saúde	Cat. 4	Descentralização do sistema de saúde brasileiro
Cat. 2	Equidade no atendimento à saúde	Cat. 5	Regionalização das ações de saúde
Cat. 3	Integralidade das ações de saúde	Cat. 6	Hierarquização da rede de atenção à saúde
		Cat. 7	Participação Cidadã nos rumos da saúde

Como pode ser observado no quadro 01, exposto acima, as categorias de análise foram construídas a partir dos próprios princípios definidos pela legislação do SUS. Este fato se justifica em função da opção pela definição prévia das categorias, conforme recomendam Bardin (1977) e Minayo (1999) e explicado em maior detalhe na metodologia.

Cada categoria foi desdobrada em sub-categorias, em função das diferentes temáticas presentes no arsenal legislativo construído no país. Esse desdobramento relaciona-se, diretamente, à complexidade existente no sistema de saúde do Brasil e em sua estrutura jurídico-legislativa, tornando mais rica a análise e apreendendo as diferentes facetas presentes na construção das diretrizes da atenção à saúde ao longo dos 17 anos.

### 3.2 Os Princípios Éticos-Doutrinários do Sistema de Saúde

Apresentam-se, agora, as categorias e as subcategorias relacionadas aos princípios ético-doutrinários construídos a partir da legislação selecionada para o estudo, que ficou constituída como se observa nos quadros abaixo:

#### Quadro 02 - Categoria 01 - Universalidade no Acesso à Saúde

<b>CATEGORIA 1 – UNIVERSALIDADE NO ACESSO À SAÚDE</b>			
Sub-cat. 1	Saúde como Direito de Cidadania	Sub-cat. 2	Acesso do Cidadão aos Serviços de Saúde

O SUS foi erigido alicerçando-se, especialmente, no princípio ético da universalidade, expresso na letra da lei como sendo a saúde um direito de todos os cidadãos brasileiros. Ao

mesmo tempo, a legislação afirma, de maneira inequívoca, que a garantia pela primazia deste direito é dever dos três níveis de governo e, conseqüentemente, de toda a máquina estatal que coordena, supervisiona, regulamenta e executa os serviços e as ações em saúde.

É notável que a Constituição Federal destaque o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal, promovendo o atendimento a brasileiros e a estrangeiros, independente de sexo, idade, raça, religião e condição social. Ao mesmo tempo, a Carta Magna do País considera, como primordial, que o acesso às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde deve ser universal, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (FERLA, CECCIM e PELEGRINI, 2003).

Assim sendo, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos tanto para propiciar cobertura e atendimento universais, como para ensejar acesso a toda a população. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde e o dever do Estado de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e, igualmente, para as populações rurais ou isoladas (MENDES, 2001).

Oliveira *et al* (2005; 2006) consideram que este princípio transformou-se, para os profissionais de saúde, naquele que, em essência, consegue caracterizar o SUS e os seus objetivos. Ao mesmo tempo, expressa uma representação na qual a universalidade do atendimento é o fator que, de fato, diferencia o SUS do sistema anterior, conferindo-lhe identidade e caracterizando-o como conseqüência do processo de mobilização social de diversos estratos da sociedade.

A seguir, expõe-se a categoria relacionada ao princípio ético-doutrinário da equidade.

#### Quadro 03 - Categoria 02 - Equidade no Atendimento à Saúde

<b>CATEGORIA 2 – EQÜIDADE NO ATENDIMENTO À SAÚDE</b>			
Sub-cat. 1	Eqüidade no acesso aos serviços de saúde	Sub-cat. 2	Relação entre o alcance da eqüidade e o financiamento das ações e serviços de saúde

Ao se entender por eqüidade a forma de aplicar o direito, o mais próximo possível, do justo e do razoável, ou ainda, como igualdade de oportunidades entre as pessoas - levando-se em consideração o contexto em que se vivem -, compreende-se que este princípio emerge do arcabouço jurídico a partir de duas dimensões: a primeira ligada às necessidades da população e ao atendimento das demandas existentes em seus cotidianos, que se configura basicamente

através do acesso; e o segundo, a regulamentação de fluxo financeiro que permita o estabelecimento da equidade em um país com as características do Brasil, quais sejam, a extensão continental e as graves desigualdades social e regional (ALMEIDA, 2002).

No contexto da saúde e na perspectiva de justiça social, a equidade pode ser entendida, ainda, no sentido de que todos os cidadãos devam ter justa oportunidade de desenvolver o seu potencial de saúde. Dentro desta lógica, esse princípio é apreendido na legislação como igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e financiamento de acordo com as necessidades pontuais de cada região, com conseqüente igual qualidade de atenção para todos (DRAIBE, 1997).

Como última categoria dos princípios éticos-doutrinários destaca-se a integralidade, que se apresentou com um grande número de UR – como será visto em seu aprofundamento – e complexa em sua discussão, em função deste termo ser multifacetado e multidimensional em essência.

Quadro 04 - Categoria 03 - Integralidade das Ações de Saúde

<b>CATEGORIA 3 – INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE</b>			
Sub-cat. 1	Integralidade na promoção da saúde e na prevenção de doenças	Sub-cat 2	Articulação de outras políticas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças

O processo de construção e de implementação do princípio ético da integralidade constitui-se em um dos principais desafios no cenário do sistema de saúde brasileiro, uma vez que esta pode ser percebida e entendida a partir de vários sentidos e através de uma visão caleidoscópica, que serão aprofundados na discussão específica da categoria. Neste sentido, este princípio engloba as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de tratamento e de reabilitação, privilegiando a articulação com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (PINHEIRO e MATTOS, 2001).

Igualmente, a integralidade pode ser assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual; e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (*Op.cit.*).



Neste momento serão expostas, as categorias e subcategorias no contexto dos princípios éticos, como observado a seguir.

### **3.3 Os Princípios Éticos-Doutrinários: apresentação e discussão das categorias e sub-categorias**

#### 3.3.1 A Universalidade do atendimento

A presente categoria apresenta 02 subcategorias organizadas em 07 UR: a saúde como direito de cidadania com 03 UR e acesso do cidadão aos serviços de saúde com 04 UR.

A universalidade do atendimento configura-se, em vários estudos, como sendo o princípio que mais caracteriza o Sistema Único de Saúde em sua proposta essencial e em sua concretização no âmbito das instituições de saúde (MENDES, 2001, FERLA, CECCIM, PELEGRINI, 2003). Ao mesmo tempo, é o princípio que teve maior repercussão direta no cotidiano dos usuários, delimitando, de maneira inequívoca, uma época em que o sistema de saúde possuía uma atitude excludente para outra que se mostrou includente, apesar de todas as dificuldades e desafios enfrentados em sua implementação (MENDES, 2001).

O marco histórico-temporal do SUS, ao menos na cartografia mental de usuários e profissionais do sistema, configurou-se ao redor da abertura das portas das instituições públicas e conveniadas para o atendimento de toda a população, sem nenhuma exigência para a inclusão dos indivíduos, como apontam Oliveira, Sá e Gomes (2007). Este aspecto mostra-se tão importante que a cronologia real dos fatos não importa na reconstrução dos fatos pelos sujeitos, dado que o ano da promulgação e implantação do SUS não foi o mais importante, mas o fato do desuso da “carteirinha” do INPS, a sua não necessidade e a superação da noção de direito relacionado à obrigatoriedade do trabalho e da contribuição, como se depreende dos estudos apontados pela memória social (OLIVEIRA, SÁ, GOMES e ACIOLI, 2005; CARVALHO, 2001).

A universalidade concretiza-se, então, na legislação dos SUS a partir de significados como direitos e deveres para todas as pessoas e instâncias envolvidas, como se observa neste trecho da Constituição Federal: A saúde é um direito de todos e um dever do Estado (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, ART. 196).

Desta forma, a saúde como sendo direito de toda a coletividade é constitucionalmente considerada como de relevância pública e colocada sob responsabilidade do poder público. Esta relação entre direitos e deveres, introduzida na Carta Magna do País, se reproduz nas

demais legislações e nas constituições estaduais, por ser uma das linhas axiais centrais do sistema de saúde, construído a partir das conquistas sociais da década de 90. Neste sentido, a Constituição Estadual do Rio de Janeiro reproduz *ipsis literis*, esta afirmação, incorporando e reafirmando, em território estadual, a universalidade como eixo organizador da assistência à saúde: A saúde é direito de todos e dever do Estado (CONSTITUIÇÃO ESTADUAL, ART. 287)

Com uma pequena diferença temporal (apenas um ano), a Constituição Estadual apresenta uma redação mais incisiva do que a Federal, ao suprimir o artigo indefinido do direito e do dever. Esta atitude parece demonstrar um consenso dos atores sociais acerca da universalidade e uma resposta às necessidades e demandas da população fluminense.

Este nuance literal explicita a introdução do conceito de universalidade como imprescindível à construção do sistema de saúde fluminense na cartografia mental dos sujeitos que construíram este aparato jurídico. Neste contexto, no delineamento das novidades sociais do final da década de 80 e na busca pelo delineamento social e equitativo de um sistema que atenda aos imperativos éticos e sanitários de um país que busca a superação do autoritarismo e da exclusão em todas as suas dimensões.

A universalização, no ano seguinte, torna-se explícita na Lei Orgânica da Saúde, configurando-se como um dos princípios do SUS e apresentando-se como uma das maiores conquistas da reforma sanitária. A Lei 8080/90 prossegue na mesma linha, trabalhando com as noções de direito e de dever, simultaneamente: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (LEI 8080/90, Art. 2).

Observa-se que a relação direito/dever perpassa a legislação no tocante à universalização do atendimento, colocando a população e as instancias governamentais em posições opostas e com necessidades e obrigações complementares. Este princípio se localiza exatamente no interstício entre as necessidades/demandas da população e o delineamento de um novo rumo para a direção do país que, necessariamente, necessita englobar a reforma sanitária em seu bojo, dada a sua importância no conjunto social e na qualidade de vida das pessoas.

Nas representações dos atores sociais, a universalidade não se apresenta como uma questão abstrata, mas especialmente configurando-se como “acesso” aos serviços de saúde, às informações necessárias, à manutenção de um equilíbrio físico e mental saudável e às ações de promoção à saúde, quer seja individuais ou coletivas. Este fato pode ser percebido na Lei

8080/90: Obedecendo aos seguintes princípios I – “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de saúde”. (LEI 8080/90, Art 7)

Nesta direção, podemos afirmar que a universalidade é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Através deste princípio, o indivíduo passa a ter direito ao acesso em todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles conveniados em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

A universalidade, desta maneira, caracteriza-se, basicamente, pelo acesso dos indivíduos às instituições de saúde e aos serviços que estão presentes em seu interior, em qualquer nível de atenção indispensável ao atendimento da necessidade sentida. Torna-se interessante destacar a inclusão deste princípio do SUS na Constituição Estadual do Rio de Janeiro, mesmo antes da existência da Lei Orgânica da Saúde, como pode ser observado a seguir:

A saúde é um direito de todos e dever do estado assegurada mediante ao acesso universal e igualitário às ações de saúde e à soberana liberdade de escolha dos serviços, quando esses constituírem ou complementarem o sistema único e descentralizado de saúde. (Constituição Estadual, Art. 287)

Já na época do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), a universalidade estava presente nas representações dos atores sociais para a conformação de um sistema público de saúde que estivesse em consonância com as transformações estruturais, sociais, culturais e sanitárias que se desenvolveram durante toda a década de 80.

Destaca-se ainda que as Ações Integradas de Saúde serviram de alicerce para a construção do SUDS e este trazia em si a essência dos ideais da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986) que convergia para a elaboração de um Sistema Único de Saúde. Desta forma, o SUDS se constituiu em mais um passo na direção da construção do SUS, embora não tenha provocado mudanças expressivas nos serviços e no modelo assistencial, principalmente em função da conjuntura política, burocrática e financeira em que se inseriu. O SUDS, portanto, não promoveu a efetiva descentralização administrativa para os municípios e desconsiderou a questão da participação popular, elemento imprescindível para o sucesso das reformas propostas. No entanto, garantiu a universalidade do acesso aos serviços de saúde, rompendo com o paradigma excludente presente no modelo de saúde anterior. (SANTOS, 2003).

Dentre as ações e os serviços de saúde que a universalidade propiciou acesso à totalidade da população, a legislação destaca, em especial, a farmacológica, como o artigo a seguir incluso na constituição estadual:

A assistência farmacêutica faz parte da assistência global à saúde e as ações a ela correspondentes devem ser integradas ao Sistema Único de Saúde, garantindo-se o direito de toda a população aos medicamentos básicos, que constem de lista padronizada dos que sejam considerados essenciais. (Constituição Estadual, Art. 299)

O medicamento, como uma tecnologia em saúde, apresenta-se como um insumo importante na solução de diversos problemas de saúde da população brasileira, ao menos é o que se pode observar na letra da Legislação em Saúde. Este fato está diretamente ligado à representação de saúde como um bem que se conquistam com tecnologias pesadas, procedimentos invasivos e instituições especializadas, visão esta tributária de uma abordagem biomédica, fisiológica e unicausal da saúde e do corpo humano (CAPRA, 1982; BOFF, 1999).

Na realidade, a introdução da tecnologia no cenário da saúde se insere em um processo mais amplo. No campo do saber científico, a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, alicerce consensual da moderna medicina científica. O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precisa constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina (CAPRA, 1982).

Nesse contexto, o autor supracitado afirma que o fenômeno biológico é explicado através dos aspectos científicos, não parecendo haver espaço, portanto, dentro dessa estrutura, para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças. Partindo do princípio, concernente a esse modelo, de que a saúde e a vida saudável emergirão automaticamente da ciência, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir agentes invasores. A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica, à manipulação técnica.

Ao mesmo tempo, além desta concepção teórica de ciência que embasou a atitude dos atores sociais em incluir a assistência farmacológica no aparato jurídico-legal do sistema de saúde, destaca-se que as condições sociais presentes no Brasil – pauperização contínua, baixa escolaridade da população e dificuldade de acesso à informação e à tecnologia – configuram um quadro em que se faz necessário a garantia legal de direitos, que mesmo assim nem sempre são respeitados. Na medida em que o perfil epidemiológico do país apresenta taxas de incidência e de prevalência elevadas tanto para doenças transmissíveis, quanto para doenças

não transmissíveis, percebe-se que a assistência farmacêutica configura-se como um aspecto importante do direito à saúde.

Uma outra dimensão da universalidade destacada no contexto teórico-legal do Sistema de Saúde brasileiro é a do acesso às informações relativas às ações e aos serviços existentes em seu interior. As décadas anteriores sob regime fechado e ditatorial marcaram profundamente as mentalidades dos brasileiros a ponto da necessidade de sua explicitação na letra da lei, em especial na Orgânica da Saúde, como observado a seguir:

(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 [...])  
VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; (LEI 8080/90, Art. 7)

Assim sendo, fica caracterizada a democratização do acesso às informações de interesse público. Em um estado democrático, a apropriação da informação e do conhecimento é condição essencial para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, contribuindo para a sua autonomia e potencializando sua capacidade de decidir sobre sua saúde. Da mesma forma, importa dizer que a informação constitui-se em suporte básico para toda atividade humana e que o nosso cotidiano é um processo permanente de informação.

Este princípio abarca uma das principais características do sistema atual de saúde, diferenciando-o dos anteriores por sua capacidade inclusiva e cidadã. Esta universalidade relaciona-se aos serviços e ações de saúde, bem como a tecnologias duras (especialmente medicamentos) e leves (informações) (MERHY, 1999), tornando cada vez mais complexa a assistência à saúde, como complexa é a própria condição de saúde da população.

Assim, as ações e serviços de saúde devem ser concebidos tanto para propiciar cobertura e atendimento universais como para ensejar acesso universal e igualitário a toda a população. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde e expressa que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes centros urbanos e nas periferias, sem discriminação de qualquer natureza.

O princípio da universalidade parece deitar raízes em representações que determinam a igualdade do ser humano frente a seus semelhantes, sendo um direito inalienável deste ator social o acesso aos serviços e às ações para a resolução de seus problemas, a manutenção de sua vida e a elevação da qualidade de seu cotidiano. A constituição do novo sistema de saúde

em meio ao turbilhão social oriundo do término da ditadura fez com que qualquer tipo de exclusão pudesse ser superado (mesmo que em sua concepção teórica) pela construção de uma estrutura que pudesse gerar maior grau de cidadania no país.

Neste sentido, a saúde aparece como direito de todos, em paralelo com o direito de ir e vir, de se expressar e de escolher os dirigentes da nação, a partir da adoção de atitudes que representam este novo momento político e social do Brasil. Ao mesmo tempo, o dever, que recai sobre o governo, possui relação com a responsabilização do poder central no processo de diminuição das iniquidades sociais geradas durante a época da cortina de ferro.

A dimensão imagética desse princípio parece estar construída na abertura das portas dos serviços públicos de saúde. Essa dimensão representacional configura-se no eixo norteador da implementação do princípio da Universalidade. Pode-se inferir, portanto, que a democratização do acesso à saúde foi a estratégia política governamental inicial aplicada para que o Estado cumpra seu dever constitucional de garantir a saúde. Assim sendo, a representação social do princípio da Universalidade está estruturada na abertura das portas das instituições públicas de saúde, na democratização do acesso às ações e serviços de saúde, na relação de dever e direito, no estreitamento das relações entre povo e o Estado, no exercício da cidadania e na redução das desigualdades sociais.

### 3.3.2 Eqüidade na atenção à saúde no Brasil

Esta categoria é composta por 05 unidades de registro, que tratam das seguintes temáticas: o processo de eqüidade no acesso (04 UR) e a relação entre o alcance da eqüidade e o financiamento das ações e serviços de saúde (01 UR). Observa-se que, nas representações dos atores sociais, a conquista da eqüidade em um país como o Brasil relaciona-se à possibilidade, por um lado, de utilização dos serviços disponíveis e, por outro, de construção de uma infra-estrutura que permita este acesso, especialmente através do fator financiamento.

Assim, a reformulação do sistema de saúde brasileiro iniciada no movimento de Reforma Sanitária, trouxe, na essência, não só a garantia do direito à saúde através da universalidade, mas, também, a noção de eqüidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde. Essas duas propostas buscavam dar respostas às críticas dirigidas ao sistema de saúde vigente àquela época, cujo formato deixava, à margem do sistema, grande parte da população brasileira, representada pela parcela dos cidadãos menos favorecida. Este aspecto demonstrava um círculo perverso, uma vez que aqueles que se encontravam em

condições de maiores desvantagens sociais eram, da mesma forma, os que talvez mais precisassem de atenção à saúde e menos acesso possuíam.

Desta forma, a existência das desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde constituiu-se em ponto de especial atenção dos envolvidos na construção do aparato legal do SUS, que pensaram na inclusão da equidade como princípio doutrinário do sistema de saúde brasileiro. A concepção ideológica que orientou (e ainda orienta) estes atores sociais baseou-se na representação que articula saúde, democracia e política no ideário que dá suporte à reforma sanitária durante as décadas de 70, 80 e parte dos anos 90 (COHN; ELIAS, 2002).

Este ideário apresenta-se associado, ainda, à valorização de um Estado desenvolvimentista, que inclui todo o aparato teórico referente ao estado de bem-estar social (SALLUM, 1996; COHN; ELIAS, 2002).

A equidade como princípio, então, se origina na busca de soluções para as desigualdades existentes na área da saúde oriundas do âmbito social, da gestão do sistema, das prioridades governamentais, da distribuição da rede assistencial e da construção de uma filosofia que subsidie um novo agir no atendimento, gerando uma assistência diferente às diferentes necessidades em distintos contextos histórico-sociais.

Cohn e Elias (2002, p. 174) referem que a construção deste princípio baseou-se na “relação imediata estabelecida entre política e democracia na saúde”, o que significa destacar o entrelaçamento existente entre os diversos setores da sociedade implicados na redução da iniquidade social, especialmente em uma área básica da existência como a saúde.

Entendendo que a equidade apresenta forte relação com o princípio da universalidade, podemos inferir que o contexto histórico para a concretização deste princípio está representado pela promoção do acesso da população a todas as ações e serviços de saúde das instituições públicas e conveniadas, independente da condição social ou do vínculo previdenciário.

Viana, Fausto e Lima (2003) ressaltam que o termo equidade passou a ter maior destaque na década de 80, tendo como alicerce o documento da Organização Mundial da Saúde “Saúde para Todos no Ano 2000”, onde as ações de promoção da saúde passaram a ser estruturadas nas necessidades concretas da sociedade e dos sujeitos, objetivando uma cobertura universal, independente de características sócio-econômico-culturais do indivíduo.

No entanto, como destacado nos unidades de registro a seguir, a primeira palavra utilizada que se aproxima desta noção é a igualdade:

(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. (Constituição Federal, Art. 196).

(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) IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; (Lei 8080/90, Art. 7).

(As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, de acordo com as seguintes diretrizes) III - atendimento integral, universal e igualitário, com acesso a todos os níveis dos serviços. (Art. 289, Constituição Estadual, Art. 289)

Observa-se que os termos igualitário ou igualdade aparecem em todas as UR. Cabe destacar que, na atuação nos cenários da prática assistencial, identifica-se que, usualmente, confunde-se a definição de equidade com igualdade. A forma com que se apresenta o texto jurídico pode, portanto, contribuir para a existência de tal disparidade conceitual. Cabe resgatar que este princípio ético está construído na dimensão da justiça social, onde a questão central consiste na redução das desigualdades sociais.

Este fato se deve, em grande medida, ao debate existente nos decênios 80 e 90 em todos os setores da sociedade brasileira, em que o termo igual surge em diversas legislações fundamentais à vida da população brasileira (Constituição Federal, Constituições Estaduais, Lei Orgânica da Saúde, Código Civil e Código Criminal, dentre outros) (VIANNA, FAUSTO e LIMA, 2003).

A ênfase na igualdade (e não explicitamente na equidade) surgiu como um contramovimento com relação à Ditadura Militar e à política centralizadora e excludente implementada até então nas esferas governamentais, onde as ações de saúde eram, prioritariamente, direcionadas à parcela da população mais favorecida (contribuintes da máquina previdenciária), em detrimento dos menos favorecidos.

No que tange à política de saúde, os atores envolvidos na construção da legislação da saúde optaram pela ampliação da participação democrática e da garantia dos direitos de cidadania, mediante conformação de um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista e sustentado pela idéia da justiça social (VIANNA, FAUSTO e LIMA, 2003).

Neste contexto, torna-se fundamental definir equidade na forma como veio sendo construída a partir da Constituição Federal, onde o termo igualitário é o que mais se aproxima desse princípio. Simultaneamente, este princípio foi apresentado na Lei 8080 através da



palavra igualdade e, somente, na NOAS 2001 houve a introdução do termo equânime. Whitehead (1991, p. 80) considera que a idéia de equidade remete:

À noção de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Conseqüentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.

Partindo da definição de equidade como a colocada acima, destaca-se que a questão central abordada teve a sua construção continuada nas décadas seguintes, tratando da redução ou da eliminação das diferenças que advém de fatores considerados evitáveis e injustos. Criase, desse modo, igual oportunidade em saúde e minimizam as diferenças injustas, tanto quanto possível. Neste caso, dois parâmetros estarão sempre em jogo, na tentativa constante de equilíbrio, quais sejam a justiça social e as desigualdades evitáveis e desnecessárias.

Whitehead *apud* Starfield (2001, p. 53) comenta que:

Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical).

Esta definição traz em si a dimensão igualitária presente na legislação exposta acima através da equidade horizontal, ou seja, onde se possuem semelhanças têm-se serviços iguais. O aprofundamento teórico e reflexivo que supera a igualdade em busca da diminuição das desigualdades encontra-se na equidade vertical, processo esse consubstanciado no arcabouço teórico-jurídico mais recente.

Assim sendo, a equidade em saúde deve ser compreendida no sentido de que os cidadãos necessitam ser premiados com justa oportunidade para o desenvolvimento do seu potencial de saúde e, em uma dimensão pragmática, não deve haver desvantagem social para o pleno aproveitamento do mesmo. Conseqüentemente, a equidade em saúde acarreta, *de per se*, uma redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.

Cohn e Elias (2002) consideram que a construção da equidade no Sistema de Saúde Brasileiro é caracterizada por desafios temáticos predominantes, quais sejam, o controle e a participação social, a descentralização, o poder local, a tensão entre o privado e o estatal e, por fim, os princípios que orientam o modelo assistencial, como a universalidade e a integralidade do atendimento. A equidade, então, é fruto de todo o esforço conjunto e intersetorial da saúde, da assistência social, da política econômica e das condições de

educação da sociedade brasileira. Estes autores ainda comentam que, nos últimos anos, a equidade vem ganhando cada vez mais importância no cenário nacional, em função do panorama social e econômico consolidar-se na tendência da desigualdade, como fruto da considerável e perversa concentração de renda.

Fato relevante é demonstrado pelo estudo de Lavinias (2000), quando demonstra que as conquistas sociais alcançadas nas décadas em busca da cidadania, especialmente a de 80 – da qual o SUS é fruto direto, vem sendo substituída, de maneira sutil e gradual, pela noção norte-americana do modelo de direitos de cidadania, desvinculados da inserção dos indivíduos no mercado de trabalho e de todas as questões dela decorrentes. A tendência deste modelo é a de responsabilizar individualmente os sujeitos pelo acesso e pelo controle social e desprezar, completamente, o conceito de vulnerabilidade e sua relação com o processo saúde-doença.

Destaca-se que a noção de equidade adotada nos princípios do SUS foi pautada, desde a sua inserção, na legislação básica do sistema, por não considerar pobreza e desigualdade como sinônimos de precariedade de condições objetivas de vida. No entanto, essa noção congrega também a ausência de determinados fatores que permitam a construção de parâmetros materiais e simbólicos de semelhança, identificação e reconhecimento. Ou seja, a oferta de respostas diferentes para situações distintas não soluciona apenas os problemas concretos de saúde, mas gera uma dimensão subjetiva que resgata a cidadania e permite que a ciência e a luta por direitos legalmente conquistados se tornem importantes na vida dos sujeitos (FIORI, 1993; SEN, 2000).

Outro prisma de análise desse princípio se dá através da perspectiva do financiamento das ações e serviços de saúde visando à redução das desigualdades sociais, principalmente naqueles aspectos que são diretamente relacionados ao Sistema de Saúde. Para que se promova um acesso aos serviços e às ações de saúde de maneira equânime à toda população, é necessário definir prioridades de ação em cada região. A execução de um estudo das necessidades e das demandas de saúde em uma dada localidade orienta a lógica do investimento de recursos financeiros e de capital humano necessários ao atendimento adequado a determinado grupo populacional. Desta forma:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (Lei 8080/90, Art. 36).

No que tange à distribuição dos recursos dentro do contexto de equidade, pode-se apreender que, no contexto da construção do sistema de saúde brasileiro, foram abarcados valores como a democratização e a incorporação de novos atores sociais nas arenas que apontaram para a construção de um modelo que vislumbrasse para a redução das desvantagens sociais, com conseqüente diminuição das iniquidades regionais. A compreensão desta temática está pautada, principalmente, nas formas equânimes de financiamento da assistência, de acordo com as necessidades e as demandas de saúde emanadas de determinado grupo populacional.

Segundo Cohen e Elias (2002), uma das grandes dificuldades à implementação do princípio da equidade em um país continental como o Brasil, deve-se à existência, ainda, de uma dicotomia que contrapõe o aspecto político ao técnico. Esta dicotomia mostra-se, de maneira especial, na existência de um sistema dual de proteção social, com distintas lógicas de articulação com o sistema econômico: um subsistema securitário, baseado na lógica contributiva, e um sistema assistencialista, estruturado em uma visão redistributiva.

A situação exposta no parágrafo anterior demonstra a dificuldade na busca de soluções para a diminuição de desigualdades sociais e o alcance de atendimentos necessários às diferentes problemáticas existentes em contextos distintos a partir da estrutura governamental e do quesito financiamento. Como possuem lógicas distintas, não existe uma maior integração entre os subsistemas, mantendo, em pendência, situações que necessitam de uma atuação mais complexa e integrada.

Já Fausto, Viana e Lima (2003) pontuam diversas dificuldades estruturais, notadamente a de financiamento, que prejudicam o processo de avanço na concretização da equidade, como:

- 1) O caráter fortemente tutelado da descentralização pelo nível federal, que aumenta a vinculação dos recursos transferidos a determinadas políticas ou programas e diminui a autonomia de gestores estaduais e municipais na formulação de políticas próprias mais adequadas a sua realidade;

- 2) A inconstitucionalidade da regulamentação feita mediante portarias ministeriais que, por diversas vezes, colidem com os princípios previstos na Legislação do SUS para a alocação dos recursos federais e extrapolam os conteúdos normativos da alçada do poder executivo; e

- 3) O processo de transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os demais níveis de governo não garante por si só o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas, nem, necessariamente, possibilita a solidez das

capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central. Neste contexto, destaca-se que um grau elevado de equidade a ser alcançada, especialmente através dos recursos que alimentam os diversos níveis de governo e suas responsabilidades na implementação do SUS, depende de mudanças mais amplas do Estado – reformas tributária e do próprio sistema político administrativo - que transcendem o espaço da política setorial.

Lucchese (2003) concorda com essa análise e refere que o sistema de saúde tem enfrentado inúmeras demandas não atendidas pelas instâncias governamentais, em cada nível de governo. Dentre essas demandas destaca-se a necessidade de aumento dos investimentos públicos para fomentar a saúde, o fortalecimento e a extensão de parcerias, o aumento de infra-estrutura para identificar e propor soluções aos problemas sanitários locais e para o desenvolvimento de inovações e atividades que promovam a saúde.

Destaca-se que o conceito de equidade e a sua compreensão ultrapassam o contido na disposição legal, ou na lingüística propriamente dita, onde o referido princípio é definido como "reconhecer igualmente o direito de cada um" (FERREIRA, 2005), somando um atributo de justiça. A equidade em saúde, portanto, compreende um arcabouço de valores que devem promover a assimilação da igualdade, no sentido de equanimidade do cidadão perante a sua vida, que tem garantido, independente de contribuição previdenciária ou nível de renda, o acesso às ações integrais de saúde, segundo diferentes necessidades e demandas de saúde.

Logo, como aponta Escoda (2004), a equidade está juridicamente situada como um princípio ético-doutrinário que deve garantir, para qualquer cidadão, a assistência à saúde de maneira integral e no nível de complexidade exigido pelas suas condições de saúde e doença. A categoria analisada mostra o processo de construção e de implementação do conceito de equidade em duas vertentes, quais sejam, a teórica e a prática. Na teórica, torna-se importante destacar o seu nascimento atrelado à noção de igualdade, e sua posterior ampliação ao englobar as desigualdades sociais e sua tentativa de diminuí-las. Na prática, surge o financiamento como uma das questões fundamentais à sua concretização, em função da possibilidade de organização e de empoderamento dos diversos níveis governamentais na busca pela detecção e solução dos diversos problemas vivenciados.

Lucchese (2003) pontua que a situação social observada na atualidade indica que os investimentos realizados nestas quase duas décadas de implementação do SUS ainda não resultaram em redução substancial das desigualdades em saúde do país.

Outros autores (DUARTE, 2000; ARAÚJO, 2001) ainda referem que, no final da década de 90, persistem iniquidades relacionadas, especialmente, à:

- (1) distribuição espacial da oferta de recursos humanos e de capacidade instalada;

- (2) acesso e utilização de serviços (públicos e privados);
- (3) qualidade da atenção recebida; e
- (4) condições de vida e de saúde da população nas diferentes localidades.

A representação social presente nos atores sociais no momento da construção do aparato teórico-jurídico do SUS baseou-se na imagem de um sistema relacionado à igualdade de atendimento e não a um processo equânime de assistência. O “combustível” igualitário da representação parece ser confirmado, inclusive, com a ênfase dada à universalidade da cobertura assistencial, em que todos, em princípio de maneira igual, têm direito às ações e serviços em saúde, sem nenhum tipo de privilégio e nem de fatores que, eventualmente, pudessem reduzir as iniquidades que geram desigualdades neste processo de acesso.

Chama a atenção a baixa recorrência deste princípio no contexto legal do sistema de saúde, uma vez que um país com as características do Brasil apresenta necessidades urgentes e específicas na consolidação da justiça social frente aos disparates econômicos e regionais existentes. Talvez esse fato se justifique por uma preocupação inicial com a abertura das portas dos serviços de saúde e na conquista do direito de igualdade de todos frente ao sistema implementado, o que, talvez, caracterize quaisquer outros avanços como conseqüências desta primeira ação de prioridade maior.

Neste contexto, as dimensões representacionais presentes na legislação não podem apontar uma abordagem do princípio em tela na profundidade teórica que se observa hoje. A representação que deu origem à redação legal – especialmente das primeiras legislações – ancorou-se nos direitos inalienáveis e básicos do ser humano, onde a saúde e o direito de existir são priorizados como fundamentos de (e fundamentais a) todos os outros.

Outra característica presente na representação desse princípio é a destituição de práticas discriminatórias, na medida que todo cidadão, independente de sua condição sócio-étnico-econômico-cultural, tem igual direito de acesso às ações e serviços de saúde. A Representação Social desse princípio no arcabouço jurídico centra-se na igualdade, no desencorajamento de práticas discriminatórias e nos ideais de justiça social. No entanto, percebe-se uma mudança nessa representação, na medida que a equidade hoje é abordada pelos estudiosos desse sistema como mecanismo de promover redução das desigualdades sociais não se constituindo como sinônimo de igualdade.

Destaca-se, ainda, que a dimensão conceitual da representação de equidade no aparato jurídico do sistema de saúde limitou-se à igualdade, estabelecendo forte relação com o princípio apresentado anteriormente, qual seja, o da universalidade. Ao mesmo tempo, este é o princípio mais polissêmico em função da dubiedade de sentido apresentada em que se

observa uma evolução conceitual do princípio em paralelo com o desenvolvimento das concepções de direitos humanos nas ciências sociais.

### 3.3.3 Integralidade das Ações de Saúde

O processo de construção e de implementação da integralidade, princípio constitucional que talvez seja, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil. A integralidade caracteriza-se por ser um princípio que consiste em uma bandeira de luta das instituições e dos profissionais de saúde e objetiva expressar um conjunto de valores relacionados com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Tal princípio é investido de múltiplos sentidos, logo sua análise é permeada por diversos prismas de análise. O cumprimento desse princípio pode ter forte contribuição na qualificação dos serviços de saúde prestados à população.

Esta categoria apresenta em sua composição 110 UR, organizadas em 02 subcategorias: a Integralidade na promoção da saúde e prevenção de doenças (72 UR) e Articulação de outras políticas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças com 38 UR, que são apresentadas e discutidas a seguir:

#### **a) Integralidade na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças**

Um dos recortes da análise do corpus se refere à integralidade e sua relação com a promoção da saúde. Resgatamos, neste momento, a observação realizada na apresentação do princípio da regionalização onde apontávamos para a inexistência de aspectos conceituais sobre promoção da saúde nos textos legais analisados no presente estudo. A construção dessa subcategoria se deu, portanto, através da apreensão deste conceito que se relaciona com a construção teórico-jurídica de integralidade.

Mattos (2001) pontua que a discussão teórica acerca da integralidade deve ser estabelecida a partir do texto constitucional, de onde emerge, de forma legal e jurídica, este conceito como um dos princípios norteadores do sistema de saúde. Da mesma forma, nossa aproximação com o princípio da integralidade se deu na perspectiva constitucional, onde:

(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:) II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (Constituição Federal, Art. 198).

(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.(Constituição Federal, Art. 196).

Nota-se que, no texto constitucional, a palavra integralidade não aparece, e sim o termo integral. Ao tecer um resgate sobre a questão do atendimento integral em saúde, devemos nos remeter, dentro deste contexto, ao movimento de medicina integral que tecia fortes críticas ao então modelo fragmentado de atenção inserido em um sistema que privilegiava as especialidades médicas, ressaltando-se as dimensões biológicas e relegando os outros aspectos envolvidos no processo saúde-doença como, por exemplo, os aspectos psicológicos.

Dentro desta lógica, os atores sociais se envolveram e se engajaram na reestruturação do modelo de saúde que possuía características excludentes do ponto de vista social e apresentava-se fragmentado do ponto de vista biológico. Este envolvimento parece ter sido o alicerce para a construção de um modelo de saúde que primasse pelo atendimento integral do cidadão em um contexto que permita a consecução de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de recuperação do estado de hígidez e de reabilitação dos déficits adquiridas a partir de uma articulação do sistema de saúde com políticas sociais e econômicas, o que também é destacado a seguir:

São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: 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. (Lei 8080/90, art. 5)

A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à prevenção de doenças físicas e mentais, e outros agravos (Art. 287, Constituição do Estado do Rio de Janeiro)

Tal articulação potencializa as ações específicas de saúde podendo também contribuir para a prática de seu conceito ampliado que abarca os aspectos não apenas biológicos, mas o contexto histórico e demais determinantes sociais, econômicos e culturais envolvidos na condição de saúde do indivíduo e da comunidade. Desta forma, a integralidade pode ser entendida como uma crítica à atitude médica fragmentária, a um sistema que privilegia a especialização e a segmentação, à atitude médica reducionista, à formação médica de base flexneriana. Assim sendo, os atores sociais demonstram forte recusa a reduzir o paciente ao aparelho ou ao sistema biológico que supostamente produz o sofrimento.

Observa-se, também, que a legislação apresenta sempre uma tensão entre promoção da saúde e prevenção de doenças, ambas aparecendo, em sua quase totalidade, nos mesmos

trechos legais. Chama a atenção, no entanto, que a hierarquização estabelecida pelo aparato teórico jurídico do SUS prioriza a promoção da saúde, por sua inserção nas primeiras posições da construção textual dos seus idealizadores (como em: às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, supracitado). Esta tensão ainda pode ser observada quando a legislação abarca a multicausalidade do processo saúde-doença, incluindo aí os contextos ambientais, sociais, culturais e econômicos, que possuem estreita relação com a promoção da saúde, mas que o corpo jurídico os relacionam à prevenção de doenças.

Este fato justifica-se pela mudança de paradigma de compreensão do processo saúde-doença promovida a partir das reflexões construídas e difundidas pela Conferência de Alma Ata. Estas reflexões estiveram presentes em toda a reforma sanitária brasileira, através de sua inserção nas conferências e nos conselhos de saúde, na Constituição Federal, na Constituição Estadual e no aparato teórico-jurídico daí decorrentes (ACIOLI, 2001).

Ainda nesta direção, a integralidade também pode ser compreendida como uma crítica às práticas dos profissionais de saúde, sendo um mecanismo para buscar compreender o conjunto das necessidades de ações e de serviços de saúde que um sujeito apresenta para além da atenção individual curativa. Promove, portanto, a incorporação de ações de promoção e de prevenção na atenção à saúde e na articulação com ações curativas e reabilitadoras.

Outro aspecto emergente da análise refere-se à prática das ações de saúde, sob o olhar da articulação das ações e dos serviços de saúde para a promoção, a recuperação e a reabilitação do indivíduo ou de grupos populacionais, apresentando a integralidade em um sentido mais abrangente, na medida em que trata de políticas específicas de saúde. Assim:

(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) 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 (Lei 8080/90, art. 7)

Nesse contexto, a integralidade é apresentada através do viés da construção de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional. Requer desta forma, uma articulação intra e intersectorial, uma articulação de diversos espaços para a busca de soluções, com vistas à melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, a integralidade é tomada como a ampliação do horizonte de intervenções sobre problemas que requerem solução por parte da população (CECÍLIO, 2001).



## **b) Articulação de outras políticas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças**

Uma das formas de compreensão da integralidade centra-se na necessidade da articulação da política de saúde com outras políticas, como as sociais e as econômicas, visando potencializar as ações de saúde desenvolvidas junto a um determinado grupo ou indivíduo e caracterizando o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Do ponto de vista conceitual, Buss (2000) comenta que a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e na implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa, pois, adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde e não somente deste setor, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho, renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia e agricultura, assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política.

O mesmo autor segue refletindo que essas áreas interagem entre si e com a da saúde e, em conjunto, utilizam recursos da sociedade, influenciando a qualidade de vida e as demandas sobre os serviços de saúde. Assim sendo, no processo de ação intersetorial é necessário obter conhecimentos tanto sobre os antecedentes, ou seja, os valores que levaram à formulação de determinada política, como também sobre o impacto que cada política setorial tem sobre a saúde da população.

O ponto de partida para a construção da presente subcategoria foi a Constituição Federal onde se constata que:

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 (Constituição Federal, Art. 196).

Observa-se, de igual forma, que a palavra integralidade não está explícita no texto. No entanto, os legisladores estruturaram a Constituição numa perspectiva de uma atenção integral, considerando a relevância e a pertinência da articulação com outras políticas para garantir a execução das ações de saúde.

Houve um avanço em relação ao modelo anterior na medida em que o contexto sócio-econômico passa a ser destacado como determinante das condições de saúde. No entanto, a saúde, dentro deste contexto ainda era percebida como ausência de doença. Avançando nessa

questão, a Lei 8080/90 ampliou esta definição de saúde no cenário da integralidade com o seguinte artigo:

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. (Lei 8080/90, Art. 3)

A partir desse momento, entra no cenário outras políticas setoriais que, de forma articulada, procuram promover condições ideais para minimizar os riscos a que são submetidos os cidadãos e que podem comprometer sua saúde. Esta maneira de se praticar a integralidade se dá através das ações de promoção de saúde (que envolvem ações de outras áreas como habitação, meio ambiente, educação), e das ações de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária).

Desta forma, os conceitos que se constroem em torno da integralidade, entendida agora como articulação de outras políticas para a promoção da saúde, convergem no sentido da melhoria da qualidade de vida e defesa da saúde. Destaca-se, portanto, que a defesa da saúde consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis à saúde (BUSS, 2000).

Pensar a integralidade, neste sentido, implica colocar em pauta os profissionais de saúde que possuem grande responsabilidade na resposta à esta empreitada, com a capacidade de dispor de um conjunto de ferramentas tecnológicas cujo compromisso necessita ser a produção do cuidado em saúde, buscando atender demandas que os indivíduos ou os grupos sociais expressam como necessidades de saúde. Tal postura profissional permite a construção da integralidade não só como conceito, mas como prática real nos serviços de saúde.

Em relação ao macrosistema, a integralidade se processa através do reconhecimento da importância da articulação dos serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção, bem como da prática institucional dos mecanismos de referência e contra-referência na direção de promover a funcionabilidade do sistema. Este sentido da integralidade tem sua origem na Constituição Federal que a define como uma prática contínua de articulação dos serviços de prevenção, cura e reabilitação, em seus diversos níveis de complexidade, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo, de acordo com as necessidades emanadas de cada situação.

Nesta direção, a construção dessa dimensão da integralidade parte do princípio de que o cuidado se desenvolve no sentido de promover e restaurar o bem estar físico, espiritual, psíquico e social, ampliando as possibilidades do indivíduo cuidado de viver e prosperar.

Nesta perspectiva, o cuidar se apresenta na prática assistencial como um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação, exigindo do corpo que cuida uma visão caleidoscópica sobre o corpo que está sendo cuidado. (TEIXEIRA, FIGUEIREDO, 2001).

Assim sendo, podem ser identificadas três dimensões representacionais da integralidade: a prática ou focalizada, a pensada em rede e a ampliada. A focalizada considera que o serviço de saúde tem um espaço delimitado e singular, onde o resultado da integralidade deve ser o esforço que cada trabalhador de saúde dispensa, através do seu compromisso, para o alcance da integralidade possível e para a construção do cuidado, sendo fundamental a articulação entre os níveis de atenção à saúde.

Acrescenta-se esse esforço de articulação entre os níveis de atenção à saúde, as ações intersetoriais que, na lógica do sistema, devem ser praticadas no sentido de potencializar as ações específicas de saúde com conseqüente melhoria na qualidade de vida dos que procuram os serviços de saúde, caracterizando a integralidade pensada em rede. Por sua vez, a integralidade ampliada consiste na articulação desta rede de forma institucional, intencional e processual a partir das necessidades de saúde.

Ressalta-se, por fim, que a representação social deste princípio no aparato jurídico está centrada nas raízes da medicina integral onde a fragmentação do corpo e a valorização apenas dos aspectos biológicos no processo do adoecimento são fortemente criticadas. A dimensão representacional imagética é o corpo encarado de forma ampla, compreendido a partir de suas dimensões biológicas, culturais, sociais, éticas, espirituais e psicológicas.

### **3.4 Os Princípios organizativos do Sistema Único de Saúde: aprofundamento das categorias e subcategorias**

Nesta seção do trabalho serão expostas, de forma sucinta e a começar pela descentralização, as categorias e suas subcategorias no contexto dos princípios organizativos, como podem ser observadas nos quadros a seguir:

Quadro 5 - Categoria 4 - A descentralização do Sistema de Saúde Brasileiro

<b>CATEGORIA 4 - A DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO</b>			
Sub-cat.1	Descentralização como organização dos sistema	Sub-cat.3	Articulação das três esferas governamentais
Sub-cat.2	Descentralização com ênfase na municipalização	Sub-cat 4	Descentralização e financiamento

O princípio da descentralização em sua apreensão transversal no arcabouço teórico-jurídico do SUS aparece, em função de sua própria natureza, relacionado a três dimensões fundamentais: à organização do sistema; às esferas governamentais e suas inter-relações; e ao financiamento. Esta categoria e as dimensões apontadas por suas sub-categorias apontam um diferencial marcante com relação à organização do próprio sistema quando comparado ao anterior.

Ressalta-se, então, que a legislação aponta um divisor nítido presente na filosofia e na estrutura em relação ao processo anterior de centralização e de concentração que marcaram notadamente o INPS/INAMPS, enquanto o SUS possui outras fontes e outras linhas axiais. Essas linhas reconhecem a existência dos diversos níveis de atuação do setor público, mas privilegia aquele que se encontra na ponta (município) e, por isto, mais próximo da realidade e com possibilidade de uma atuação mais eficaz e eficiente.

Observa-se que as sub-categorias possuem dois extremos importantes (organização e financiamento) entre os quais encontram-se os níveis de governo, o que evidencia as mútuas implicações que possuem entre si. Este fato demonstra que a análise de conteúdo realizada nas leis apresenta um resultado em que os limites de sentido são tênues e, às vezes, com sobreposições, somente resolvidos com o arsenal e o rigor metodológicos necessários.

Quadro 06 - Categoria 5 - A Regionalização das Ações de Saúde

<b>CATEGORIA 5 - A REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE</b>	
Sub-cat. 1	Organização municipal dos serviços de saúde
Sub-cat. 2	Regionalização e atribuições da esfera estadual
Sub-cat.3	Regionalização como Instrumento de Promoção da Saúde

O princípio organizativo da regionalização explicita a relação estabelecida entre os municípios, bem como a própria organização do sistema neste nível de atenção. Como pode ser observado, o termo município localiza-se no título de duas das quatro classes que compõem a categoria. As representações dos sujeitos que elaboraram as leis apontam para o caráter complementar que os princípios norteadores do SUS possuem entre si, orientando o sistema para uma mesma direção e consolidando uma estrutura que evite, em seu interior, contradições ou fragilidades.

Ao mesmo tempo, a presença do estado consolida o processo de regionalização por conseguir reunir uma visão estratégica que favoreça uma construção regional da rede do SUS que atenda às necessidades da população e que seja, ao mesmo tempo, factível em sua dimensão administrativa e organizacional. Cabe apontar, ainda, a existência da representação dos atores sociais que compreenderam a regionalização como um instrumento de promoção à saúde.

Quadro 07- Categoria 6 - Hierarquização na rede de Atenção à Saúde

<b>CATEGORIA 6 – HIERARQUIZAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
Sub-cat. 1	Organização da rede segundo complexidade dos serviços
Sub-cat. 2	Estabelecimento de Centros de Referência
Sub-cat. 3	Processo de gerência e gestão da hierarquização do sistema

O princípio organizativo da hierarquização determina que os serviços devem estar dispostos em níveis de complexidade tecnológica em áreas geográficas delimitadas, caracterizando sistemas funcionais de acordo com as necessidades de saúde demandadas. A análise dos ditames legais aponta que a construção deste princípio está alicerçada, fundamentalmente, na organização do sistema através da definição de níveis de complexidade e da distribuição do mesmo dentro de áreas programáticas, o que, além de facilitar o acesso do cidadão aos serviços de saúde, também evita a sobreposição de ações dentro de uma mesma área de atuação.

Ainda dentro dessa lógica, o texto legal destaca o estabelecimento de centros de referência, entendendo os mesmos como instrumento para otimizar a utilização e a disponibilização dos recursos e qualificar a atenção. Essas ações são gerenciadas de maneira integrada e articulada, entre as três esferas governamentais, possibilitando uma maior cobertura da população e uma elevação dos níveis de qualidade na assistência.

Torna-se interessante destacar que a legislação traz em si, de forma implícita, uma das lógicas utilizadas na construção do Sistema Único de Saúde, em que a territorialidade ganha destaque em função de sua inter-relação com os princípios da regionalização e da descentralização. Neste sentido, a municipalização, de forma evidente ou subentendida, constituiu-se na principal espinha dorsal da implantação do sistema e no seu processo de organização.

Quadro 08- Categoria 7- Participação Cidadã nos Rumos da Saúde

<b>CATEGORIA 7 – PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NOS RUMOS DA SAÚDE</b>	
Sub-cat. 1	Participação cidadã como direito à saúde e responsabilidade social
Sub-cat. 2	Participação cidadã no planejamento da política de saúde
Sub-cat. 3	Mecanismos e formas de participação cidadã

A essência desse princípio organizativo consiste na garantia constitucional da participação da sociedade no planejamento, controle e avaliação da política de saúde. É reflexo da nova relação Estado-sociedade, fruto das reflexões e lutas por um modelo de saúde democrático e impulsionado, dentre outras coisas, pelo movimento da Reforma Sanitária.

Esta categoria possui dois eixos importantes que consistem na concepção da participação cidadã como direito à saúde e como responsabilidade social. Neste contexto, a legislação avança e engloba a estratégia de participação social na formulação de estratégias no âmbito do SUS, bem como no controle da implementação, da execução e da avaliação da política de saúde.

Assim sendo, avaliar e sistematizar as diversas experiências de participação popular em curso que procuram alterar os métodos centralizados e verticalizados de gestão pública é um desafio que se coloca como necessidade imediata, para instrumentalizar a elaboração teórica e a prática dos movimentos e dos atores sociais na construção e no fortalecimento do sistema de saúde em voga.

### **3.4.1 Descentralização do sistema de saúde brasileiro**

Esta categoria apresenta-se como uma das maiores da análise, comportando 277 UR em sua constituição. Esta concentração de conteúdo em uma mesma classe e, conseqüentemente, em um mesmo princípio, explicita a sua transversalidade no material

legislativo analisado e constitui-se, possivelmente, em uma das chaves para a compreensão das representações sociais que subsidiaram as suas formulações. Simultaneamente, a descentralização parece caracterizar, de modo especial, o Sistema Único de Saúde em sua dimensão organizacional e administrativa, diferenciando-o do sistema anterior e constituindo uma nova estrutura em que a atenção ao processo saúde-doença se concretizou em um determinado período histórico do país e se prolonga até hoje.

Além disso, os princípios como regionalização e hierarquização estão intimamente relacionados ao processo de descentralização, concretizando-se a partir de sua idealização e implementação. Em função disso, optou-se por apresentar esta categoria em primeiro lugar, de modo que a compreensão acerca dos princípios e seus conteúdos legais possam ser melhores alcançados.

Esta categoria engloba 04 subcategorias: descentralização como organização do sistema (15 UR); Descentralização com ênfase na municipalização (15 UR); Definição dos papéis e articulação das ações das três esferas governamentais (139 UR); e descentralização e financiamento (108 UR).

Observa-se que a legislação apresenta uma grande preocupação com as questões relacionadas ao financiamento, que possui quase a metade das unidades de registro presentes na categoria, atrás apenas da interação entre as esferas governamentais. Este fato parece indicar uma tendência à pormenorização do *modus operandi* do sistema, na tentativa de superar, de forma definitiva, o sistema anterior e a regulamentar a maneira como todo o sistema seria subsidiado pelo financiamento, inibindo os desvios de verba ou o uso da máquina pública para fins partidários, além de tentar diminuir episódios como tráfico de influência, troca de favores e barganhas eleitoreiras.

A importância fornecida ao estado e à interação entre as esferas governamentais possivelmente tem origem na necessidade de definição e de regulamentação destas instâncias ao longo da implantação e da consolidação do sistema de saúde que teve sua pedra fundamental na Constituição Federal de 1988. Se a assistência à saúde passa a ser organizada em nível local, onde de fato se concretiza a partir das demandas apresentadas pela população, torna-se premente configurar o embasamento teórico filosófico levado a cabo por diversas instituições acadêmicas, governamentais e da sociedade civil e o modo operacional em que as instâncias devem interagir, mantendo suas próprias autonomias e independências e, ao mesmo tempo, trabalhando de forma conjunta.

Apresentam-se, abaixo, as subcategorias que compõem a análise do princípio da descentralização.

### **a) Descentralização como organização do sistema**

O processo de descentralização apresentou-se como uma das linhas axiais do atual sistema de saúde, conferindo-lhe características próprias, tanto no que tange à sua comparação com o anterior, quanto em sua expressão idiossincrática, especialmente no que concerne à sua inovação organizacional. Por isto, este processo se torna pedra fundamental ao modo como este sistema, como um todo, se organiza, transformando-se em um elemento ao redor do qual os demais se organizam, como o financiamento e a gestão de diversos tipos de recursos.

A importância deste processo se dá na perspectiva de implementação de um *modus operandi* democrático no setor governamental e na área da saúde, tão característicos de um modo de ser autocrático na gestão e nas relações. Após a superação de décadas vividas por trás da “cortina de ferro”, a democracia tornou-se um elemento fundamental para a organização de uma sociedade que procurava e ainda procura superar as desigualdades sociais e se pautar pela justiça em suas diversas dimensões (TREVISAN, 2007).

A organização do sistema a partir deste princípio inverteu a relação de poder e de comando que até então existia no País, redistribuindo responsabilidades, funções, importâncias, verbas e poder decisório. Neste sentido, necessitava-se de uma lógica política e administrativa que fornecesse uma diretriz única ao sistema e evitasse que surgissem tantos sistemas quantos fossem os níveis decisórios. Esta preocupação pode ser percebida no trecho exposto a seguir:

Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistências regionalizadas e resolutivas (NOAS, 2002, Introdução).

Dois fatores mostram-se fundamentais ao modo como a Legislação Nacional considerou a descentralização, quais sejam, a indivisibilidade dos territórios municipais e estaduais e a autonomia de gestão de cada nível de governo. Estas duas questões estão intimamente relacionadas e auto-implicadas, pois ao mesmo tempo em que a indivisibilidade territorial relaciona-se à autonomia de gestão (ao menos em nível municipal e estadual) também reforça a necessidade de interação e de interdependência existente entre os diversos municípios, o estado em que estão localizados e a instância federal (SOLLA, 2006).



Esta implicação mútua e esta autonomia possuem o objetivo de identificar as prioridades de intervenção e a organização de redes assistenciais. Se, por um lado, a história nacional no período anterior à implantação do SUS se caracterizou por obras faraônicas e localizadas em centros de referências (vide o Hospital Clementino Fraga Filho/UFRJ, por exemplo), por outro, procurava atender às demandas de uma pequena parcela da população, normalmente a mais privilegiada, ou pelo menos, aquela que contribuía com o Instituto Previdenciário, aumentando a exclusão social em um ciclo perverso que pesava mais naqueles que sempre tiveram menos (KUSHINIR, 2006).

A busca pela superação desta desigualdade, na representação que os construtores da legislação possuíam de um sistema único e universal, parecia estar relacionada à capacidade de delimitação de locais que, ao mesmo tempo, fossem considerados como sua menor divisão funcional e organizativa (talvez a palavra célula, tomada da biologia, possa servir de boa exemplificação para o que se quer expressar de territorialidade), mas que também não ficassem isolados e totalmente autônomos em seus desafios ou em sua organização estrutural de sistema. É justamente neste espaço teórico e organizacional entre as demandas emergentes da “ponta” do sistema e a sua inserção na totalidade do próprio sistema, que permite que o SUS consiga se adaptar às diversas realidades regionais de um país continental como o Brasil sem se esfacelar em vários sistemas diferentes, tornando-se, conseqüentemente, um sem ser, em grau extremo, centralizado ou concentrado (SOLLA, 2006).

Em função da organização federada do país e da presença de profundas disparidades sociais, culturais, econômicas e institucionais, tornou-se premente a afirmação categórica de que o sistema é único e abrange desde o profissional que visita a residência dos usuários em seu trabalho diário até os grupos operativos e assessores que definem as políticas e as estratégias de ação na macropolítica sanitária em nível nacional. A legislação analisada demonstra este quadro de maneira interessante e de forma transversal às principais leis existentes:

(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; (Constituição Federal, Art. 198)

(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) II - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (LEI 8080/90, Art. 7)

(As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, de acordo com as seguintes diretrizes) II -

descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível, respeitada a autonomia municipal, garantido-se os recursos necessários; (Constituição Estadual, Art. 289)

Observa-se que a descentralização configura-se como sendo tanto política, quanto administrativa. A descentralização, no contexto político, se configura na ampliação da autonomia dos estados e municípios e no campo administrativo, no desempenho de funções públicas. Outra questão importante é a presença transversal na legislação da “direção única em cada esfera”. Ou seja, o sistema se consolida como único em função da existência de uma direção exclusiva em cada esfera governamental, permitindo que as decisões tenham um determinado fluxo e seguindo uma lógica segundo o grau de complexidade. Essa concepção teórica nasce da idéia de se agir localmente, próximo das demandas e do público alvo, mas pensar globalmente, tendo uma visão de longo alcance com vistas a um amplo impacto na saúde dos brasileiros (GIOVANELLA, 1996).

Contudo, a própria legislação entende a descentralização como um processo que ainda não está completamente implementado, como pode ser inferido deste trecho da NOAS 2001:

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996 (NOAS 2001, Introdução).

Neste sentido, mais de duas décadas depois da promulgação do SUS, o processo de descentralização continua a ser implementado, provavelmente em função da complexidade que se apresenta ao gerir um sistema de saúde em um país como o Brasil. Ao mesmo tempo, pode-se observar como a legislação coloca, lado a lado, o termo descentralização e organização, como sendo interdependentes e inter-relacionados. Pelo conteúdo da lei expresso no trecho acima, infere-se que a organização do SUS estará em sua forma próxima da final se o processo de descentralização também o estiver.

### **b) Descentralização com ênfase na municipalização**

O debate da trajetória do processo de descentralização no Brasil atribuiu grande importância à herança da centralização e seu impacto sobre as capacidades administrativas dos governos locais, bem como a heterogeneidade dos municípios brasileiros. O modelo centralizador, com raízes firmadas anteriormente à década de 30, vem sendo gradativamente substituído por um modelo de gestão que privilegia a esfera municipal no sentido de que essa

instância se torne responsável pela gestão da atenção básica da saúde e da rede hospitalar instalada no município (PASCHE, 2006).

Tecendo um pequeno resgate histórico, encontramos em 1980 um modelo de sistema de saúde centralizador, sendo que em 1987 houve o primeiro movimento para a construção de um modelo descentralizado (o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Com a promulgação da Carta Magna em 1988, ficaram estabelecidos os princípios de universalização, regionalização e hierarquização, o que fundamentou a promulgação da Lei 8080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e desenha o contorno da descentralização político-administrativa desse modelo através da cooperação dos entes federados.

A municipalização da saúde, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Federal 8.080, é apresentada através de duas abordagens: a habilitação dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território e a descentralização da gerência das ações e dos serviços de saúde para os municípios.

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:

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; (Lei 8080, art. 7)

Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passou a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus munícipes. Portanto, a municipalização da saúde não exime os demais poderes públicos (União e Estados) e a sociedade da co-responsabilidade pela saúde.

Apesar de estar prevista na Lei 8080, a municipalização dos serviços de saúde ganha destaque somente a partir de 1993, ano da realização da IX Conferência Nacional de Saúde, cujas resoluções, vieram a originar o documento intitulado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" (BRASIL, 1993).

Por sua vez, esse documento serviu de alicerce à elaboração da NOB 93 que conferiu maior ênfase à municipalização da saúde, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos, demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de

vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho. (NOB 01/93, p. 5).

Cabe destacar que a descentralização das ações e dos serviços de saúde para os municípios se constitui em um processo que vem sendo constantemente aprimorado, tendo em vista a publicação de materiais como a NOB 96, por exemplo. Este documento mantém a definição dos papéis das esferas político-governamentais, mas reforça a capacidade de gestão da esfera municipal, buscando "a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente" (NOB 96, p. 7).

Desta forma, fica estabelecida a criação de um SUS com ênfase em sua concretização municipal, caracterizado por "um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município" (BRASIL, 1996, p.35).

Avançando na discussão e aprimoramento da descentralização com ênfase na municipalização, o Ministério da Saúde editou a NOAS 2001. Este documento, em linhas gerais, estabelece a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, exemplificado abaixo:

(O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que), no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios (na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo) (NOAS 01/ 2001, p. 3)

(Considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, resolve) Art.1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS - SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (NOAS 01/2002, art.1)

Como se observa, a municipalização dos serviços de saúde vem sendo aprimorada e reforçada ao longo do processo de implementação do SUS. Esta estratégia de descentralização consiste em um grande desafio na implantação do sistema de saúde brasileiro, uma vez que em um país de dimensões continentais a existência de diversos municípios marcados por múltiplos traços regionais, culturais e populacionais caracteriza-se em uma das fragilidades do próprio sistema, como destacado próprio Ministério da Saúde na NOB 96, exposta abaixo:

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais. (NOB 96, Introdução)

O SUS sobrevive, então, à tensão entre a necessidade do município ser o *locus* em que o sistema se concretiza e se operacionaliza em suas principais vertentes e a possibilidade de atomização deste sistema que se caracteriza por ser único, com concentração de ações, serviços e investimentos em determinados territórios em detrimentos de outros. Esta situação de fragmentação do sistema impede, inclusive, a implementação dos demais princípios que regem o SUS, tornando-o incapaz de atingir, ao menos em sua totalidade, os objetivos propostos em sua legislação.

### **c) Definição dos papéis e articulação das ações da três esferas governamentais**

A descentralização da saúde teve um grande impulso no início da década de 1990, momento em que o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de direcionar suas ações de cooperação técnica. Este compromisso implicou em apoio à identificação de métodos de intervenção, de ferramentas de gestão e em readequação de estruturas e processos de trabalho, objetivando a participação dos gestores das três esferas de governo para fazer frente às novas atribuições emergentes diante do processo de descentralização do SUS, como explícito na seguinte Lei:

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:  
I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;  
II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e  
III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (Lei 8080, art. 9º)

Outro aspecto relevante a ser considerado é o arranjo do federalismo brasileiro cuja construção foi permeada com uma história de tensões e conflitos derivados, em essência, da alternância entre os períodos de centralismo autoritário e de redemocratização, o que se reflete na maior ou menor definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública (VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002).

Assim sendo, para facilitar a implementação da premissa legal do processo descentralizatório, foi necessário definir os papéis de cada esfera governamental. Nesse sentido:

(A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete) XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; (Lei 8080, Art. 16).

(a direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete) I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde. (Lei 8080, Art. 17).

Ressalta-se, porém, que a Lei 8080 não define o papel da esfera municipal dentro do contexto da descentralização, sendo esse apresentado de forma mais explícita na NOAS 2001, como pode ser apreciado no texto seguinte:

(Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir):  
Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União; (NOAS 2001 Cap. III, p.16)

Face à complexidade da implementação desse princípio e a pouca capacidade de instrumentalização e de operacionalização da descentralização, foram editadas Normas Operacionais Básicas (NOB) e mais tardiamente as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Estas serviram de subsídios para que se fosse desenhada uma estratégia mais clara para o processo de descentralização e de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Destaca-se, ainda, que, no contexto da descentralização em sua relação com as atribuições das três esferas governamentais, a NOB 01/91 pouco contribuiu, no sentido de que as diretrizes nela contidas apontam, prioritariamente, para as ações de financiamento.

Em relação aos procedimentos operacionais, essa norma especifica que:

O convênio firmado com os Estados, Distrito Federal e municípios estabelecerá em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei 8080/90.(NOB 01/91, 1.1.2, p.2)

Considerando que esta NOB fora editada pelo INAMPS em parceria com o Ministério da Saúde, facilita o entendimento da abordagem limitada dos aspectos operacionais da descentralização, quando se leva em consideração que o modelo de sistema de saúde em vigência anterior ao SUS apresentava forte característica centralizadora e com intensa participação desse órgão. Com a extinção do INAMPS, o Ministério da Saúde assume de fato o comando do SUS.

Em 1993 foi editada a NOB 01/93, cujo conteúdo valoriza e instrumentaliza a descentralização e sua inter-relação entre as instâncias governamentais, como pode ser observado nos trechos abaixo:

A descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social.(NOB 01/93, p.1)

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo. (NOB 01/93, p.1)

Dentro da lógica democrática investida na descentralização, importa ressaltar que o fortalecimento da democracia depende basicamente da possibilidade de transformar as relações de poder (em todas as esferas) em relações mais horizontais, de autoridade partilhada; de ampliar radicalmente o acesso das pessoas aos bens e direitos materiais e não materiais, dentre os quais a saúde. Neste contexto, a relação de poder, pode ser admitida como conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política.

Ocorreu um deslocamento importante na direção do processo de descentralização, com a edição da NOB 01/1993, que aponta para a construção de um processo que leva em consideração a autonomia dos municípios. Neste sentido, os municípios poderiam, a partir de determinadas capacidades e responsabilidades, assumir a gestão do sistema de saúde, o que se expressa claramente na próxima citação:

e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população; (NOB 01/93, p.1)

Pode-se inferir, portanto, que a NOB 01/93 foi o instrumento, ou a estratégia, no entender de Almeida (2002), que permitiu o verdadeiro impulso rumo à descentralização, tanto por constituir-se resultado de discussões, reivindicações e anseios de atores sociais envolvidos na construção do SUS, como por orientar a organização progressiva, gradual, flexível e democrática dos Sistemas Municipais e Estaduais de Saúde.

#### **d) Descentralização e Financiamento**

A questão do financiamento tem sido, ao longo do caminho de implantação do SUS, um dos temas mais importantes nas discussões sobre os rumos desse modelo assistencial. O ponto de partida para o início deste processo se deu, especialmente, em virtude da descentralização na gestão dos recursos federais para os demais entes federativos, ou seja, os estados e os municípios. Após a promulgação da Carta Magna, o setor de saúde brasileiro, integrando as ações curativas às preventivas, passou a ser financiado nos termos do art. 195, por recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, sendo, portanto, co-responsabilidade das três esferas governamentais.

§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. (Constituição Federal, art.195).

O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento do Estado, da seguridade social, da União, e dos Municípios, além de outras fontes (Constituição do Estado, Art. 292).

Através da descentralização do financiamento atendeu-se a um preceito jurídico-constitucional do SUS de transferir recursos financeiros e o poder de decidir sobre sua aplicação aos atores locais através dos conselhos de saúde e dos diversos níveis de governo.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. (Lei 8080/90, Art. 33)

Na análise da descentralização do setor saúde é necessário, no entanto, considerar as diversas facetas que seguiram sua implementação. Se, por um lado, obedeceu-se uma premissa constitucional do SUS que versa sobre a transferência de recursos financeiros e governabilidade sobre sua aplicação em nível local (conselhos de saúde e governantes), por outro é de indiscutível importância de se levar em consideração as dificuldades que acompanharam o processo (COSTA, 2002).

Logo, o que pode ser apreciado na prática assistencial e nos espaços gerenciais, levamos a crer que os governantes locais assumiram novas responsabilidades na área da assistência sem investimentos adequados de recursos financeiros e de planejamento que lhes permitissem assimilar e trilhar, com maior eficácia, eficiência e efetividade, a transição para implementar as propostas do novo modelo assistencial. Frente à necessidade de maior clareza sobre a estratégia global da política de financiamento do SUS, foram incluídos e aperfeiçoados,



gradativamente, textos legais que contribuíram para o entendimento dos processos de financiamento do sistema de saúde em voga.

Na análise da Lei 8080/90, pode-se observar a apresentação das formas de repasse financeiro, sem, no entanto, ficar determinado o modo de operacionalização para a transferência desses recursos. As NOBS e as NOAS, neste cenário, instrumentalizaram os mecanismos de repasse e o controle da aplicação dos recursos. Torna-se importante destacar a relevância das instâncias governamentais almejarem normalizar e sistematizar as formas e os mecanismos de transferências de recursos, com a criação e a apresentação de regras definidas, conferindo maior transparência administrativa da gestão financeira.

A NOB 01/91 surge, então, como o primeiro instrumento para elucidar as questões relativas ao financiamento.

São estabelecidos nesta Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos. (NOB 01/91, p.1)

No entanto, algumas fragilidades despontam à sua análise. Destaca-se um aspecto fundamental no que tange às fragilidades desta NOB citadas anteriormente, que consiste na centralização, no âmbito do INAMPS, dos pagamentos aos prestadores por procedimento ambulatorial e hospitalar:

1.1.7 – O atual sistema de GAP/PRESTADOR será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), com o pagamento centralizado no INAMPS/DG. (NOB 01/91, p.9)

Dessa forma, pode-se inferir que esse tópico desvirtua-se da premissa descentralizadora do SUS, uma vez que concentra e centraliza a responsabilidade pelo repasse de recursos ao INAMPS, ao mesmo tempo em que demonstra a tensão existente em seu processo de implementação. Assim, este documento apresenta a tendência descentralizadora em uma perspectiva processual, com transferência gradual do poder, ainda mantendo alguns traços de superioridade da instância federal e conferindo a idéia de que a transferência de poder pode ser retratada como uma concessão, não reconhecendo ainda a descentralização política administrativa como direito e premissa legal.(CORDONI JÚNIOR, 2001)

Já a NOB 93, seguindo a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de repasse de verbas, busca, no que tange à descentralização e ao financiamento, o fortalecimento da articulação das ações entre os diferentes entes federados.

d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde; (NOB 01/93, p.2)

Esta NOB avança no sentido de institucionalizar o financiamento de ações ambulatoriais, concorrendo, dessa forma, para a primazia da atenção primária/secundária em detrimento do modelo hospitalocêntrico característico do modelo de saúde anterior.

3.1.1. as ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo – APA -, a ser definido em Ordem de Serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim. (NOB 01/93, p.4)

Avançando nesta discussão, a NOAS 2001 traz em sua essência medidas de fortalecimento da municipalização dos sistemas de saúde e entende que, para que haja a homologação desta tendência, é de suma importância incrementar o repasse financeiro para os cofres municipais. O texto jurídico desta norma explicita os critérios do repasse do montante de verba para cada município de acordo com características sócio-demográficas que contribuem para o desenvolvimento do SUS municipal.

(O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica) - o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma. (NOAS cap. 1, p. 6)

(O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica) 8.2 o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação. (NOAS cap. 1, p. 6)

Assim sendo, pode-se observar que a descentralização e o financiamento convergem para fornecer alicerces sólidos para incentivar a municipalização da saúde, promovendo incentivos que fomentem e fortaleçam a gestão na esfera municipal. De posse da análise, podemos afirmar, portanto, que o texto constitucional expressa uma clara intenção de deslocamento do poder do centro para a periferia, tendo como o eixo central a descentralização e reforçando a autonomia municipal. O município tem a incumbência

específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população cabendo à União e aos Estados prover a cooperação técnica e financeira.

A representação social presente na cartografia mental dos idealizadores do SUS enfocou a necessidade de operacionalizar o sistema próximo do *locus* onde o mesmo acontecia (e acontece) em suas demandas, avanços, retrocessos e necessidades. Esta representação trazia, em seu bojo, a memória em que a centralização e a concentração de decisões e de poderes geravam um esmagamento ideológico e da subjetividade do povo brasileiro, além de não oferecerem respostas às necessidades da maioria da população e gerarem outras dificuldades que requerem solução até os dias de hoje.

Este campo representacional se apresenta também na origem dos demais princípios, pois só se consegue um sistema de saúde universal e equânime, se ele for descentralizado em suas dimensões políticas, administrativas, financeiras e operacionais. Ou seja, a representação do sistema presente na legislação do SUS parece ser um campo fértil para o desenvolvimento de todos os princípios e o da descentralização tende a estar na raiz dos demais, em função de sustentá-los e, ao mesmo tempo, permitir a sua concretização.

Logo, a desconcentração do poder, ao lado de sua descentralização, também se destaca como elemento do campo representacional, tornando-se o reflexo de um amadurecimento político e de quebra de paradigmas iniciados com a conquista de um Estado Democrático após longos anos de ditadura. Percebe-se que a construção dos princípios, em especial o da descentralização, consubstanciou-se a partir de dimensões afetivas dos idealizadores do SUS, que desejavam a construção de um país como um espaço-tempo de justiça social e de respeito às diferenças regionais de um país multifacetado como o Brasil.

Ao mesmo tempo, o campo representacional em tela possui importantes elementos do contexto social vivido à época da formulação do SUS e ao longo dos mais de quinze anos de sua implementação. No caso da descentralização destaca-se a orientação orgânica e ecológica em que a visão que orienta a ação deve ser ampla – papel desempenhado pelo Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde – mas a ação deve ser no plano local, que possui preferência nos planejamentos e nas execuções levadas à cabo.

Além disso, os conteúdos desta representação apresentam-se como uma forma de resistência à política neoliberal da década de 90, que tendia a propiciar uma perda da identidade nacional em função das transformações internacionais e das demandas mercadológicas sobre a humana. Neste contexto, o SUS direciona-se para o espaço micropolítico na busca de soluções para os problemas mais corriqueiros da população.

Pode-se concluir que a representação social da descentralização possui um sentido de movimento da periferia para o centro, onde a periferia é o nível federal, os estados ficam localizados em um meio intermediário e os municípios permanecem em uma posição de núcleo dessa imagem.

### **3.4.2 Regionalização das Ações de Saúde**

Seguindo a tendência descentralizadora com ênfase na municipalização das ações, a regionalização surge como o princípio que norteia e operacionaliza esse movimento. A categoria encontra-se organizada em 3 subcategorias que compreendem a Organização Municipal dos Serviços de Saúde (103 UR), a Regionalização e as Atribuições da Esfera Estadual (30 UR) e a Regionalização como Instrumento de Promoção da Saúde (06 UR).

Em suma, a regionalização compreende uma série de ações que visam organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais dentro dos princípios preconizados pelo SUS. Esta organização e implementação procuram proporcionar acesso ao conjunto de ações e de serviços necessários à solução de problemas de saúde, em qualquer nível de complexidade, o mais próximo possível da residência de cada cidadão.

Logo, a regionalização figura entre as iniciativas prioritárias do Ministério da Saúde brasileiro, visando à integralidade do acesso, a redução das desigualdades e a qualificação da gestão descentralizada do SUS.

#### **a) Organização Municipal dos Serviços de Saúde**

A proposta de organização regionalizada do setor saúde no Brasil apresenta especificidades por se tratar de um país com dimensões continentais, desigualdades regionais profundas (sócio-econômicas, culturais e sanitárias) e um sistema federativo sem tradição de relações inter-governamentais cooperativas anteriores à implementação do SUS, em que os municípios têm autonomia política, administrativa e financeira.

A Constituição Brasileira de 1988, ao mesmo tempo em que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo entre suas diretrizes a universalidade do acesso, a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde, também definiu um arranjo federativo que torna muito complexa a organização funcional e integrada desse sistema, por estar estruturado em três esferas político-administrativas autônomas: União, estados e municípios (BRASIL, 2006).

Os princípios da descentralização e da regionalização encontram-se em íntima relação e estabelecem que os bens e os serviços públicos devam ser providos pelo nível de governo que mais proximamente represente a população beneficiada. Essa provisão descentralizada pode aumentar o bem-estar social ao ampliar a variedade de bens e de serviços oferecidos como resposta às diferenças de preferências da população e de custos locais (SOUZA, 2001 b)

Portanto, a formação de uma rede de atenção à saúde composta por todos os níveis de complexidade tecnológica torna-se inviável do ponto de vista operacional, uma vez que existem municípios com uma baixa concentração populacional que não justificam a existência desses serviços, o que pode incidir em aplicação inadequada de recursos. Da mesma forma, existem municípios que demandam uma rede de assistência mais complexa e com disponibilidade de um maior número de serviços, como no trecho abaixo apresentado:

NOAS INTROD P 2 (Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como) existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. (NOAS INTROD P 2).

Dessa forma, a oferta de alguns tipos de serviços, por parte de municípios de pequeno porte, pode levar a significativas deseconomias de escala. Isso porque a produção de serviços especializados de saúde muitas vezes exige escala de produção incompatível com a demanda da população local residente. A esse problema de escala deve-se adicionar o fato de a organização de sistemas de saúde funcionais não estar necessariamente restrita aos territórios municipais. Assim, surge naturalmente a necessidade de se promover a articulação e a integração dos sistemas municipais de modo que garantam o acesso dos usuários a serviços de saúde de graus de complexidade compatíveis com a resolução de seus problemas (TEIXEIRA, DOWEL; BURGARIN, 2002).

Com a finalidade de minimizar essa dificuldade e promover uma assistência equânime aos munícipes, é facultada aos municípios a formação de consórcios intermunicipais, que são mecanismos eficientes para a organização da atenção à saúde.

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. (Art. 10, Lei 8080/90)

(A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede; (NOAS 2001 cap. II, p. 13)

Teixeira, Dowell e Bugarin (2002) ressaltam que o processo de descentralização com conseqüente regionalização das ações e de serviços de saúde transferiu responsabilidades e redistribuiu recursos para as esferas estadual e, principalmente, municipal. Se, por um lado, este processo possibilitou a elevação da qualidade dos serviços oferecidos e sua adaptação às condições locais, assim como a ampliação da participação da população e, com isso, da transparência na tomada de decisões; por outro, trouxe ineficiências devidas à perda de escala e de escopo, à fragmentação dos serviços e à dificuldade de coordenação das ações. Um dos desafios impostos pelo avanço expressivo da descentralização passou a ser o de compatibilizar uma escala adequada de produção de serviços com a proximidade dos problemas locais de saúde da população.

Apenas a ampliação da capacidade local de organizar serviços de saúde, obviamente, não responderá pelo desafio de implantar uma rede que dê conta de todas as necessidades dos usuários e do sistema. Não é possível, tanto por questões de incorporação tecnológica como de escala econômica que se esgote em cada município, todas as ações e serviços necessários para a cobertura de sua população. Por isso, é necessário que os sistemas locais se articulem e se organizem regionalmente. Assim sendo:

No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (art.10 § 2º, Lei 8080/90).

A análise dos textos legais aponta para um encadeamento dos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. A regionalização se apresenta como instrumento da descentralização e o alicerce da hierarquização. Por sua vez, a regionalização e a hierarquização apresentam forte interface, podendo suas definições e conceitos serem facilmente confundidos no cotidiano da prática assistencial. Partindo do princípio de uma forte inter-relação entre esses dois princípios na prática, a divisão da apresentação destes é meramente didática.

A regionalização da saúde pode ser entendida, portanto, como um processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região, visando a universalidade do acesso, a integralidade do atendimento e a equidade e a otimização dos recursos disponíveis na rede. Como pontuado, torna-se importante destacar, ainda, que, no sentido de garantir o direito à saúde, a regionalização tem sua aplicabilidade para promover a integralidade da atenção, corrigir as desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade, racionalizar gastos, otimizar recursos e potencializar o processo de descentralização.

No entanto, novamente não podem ser desconsideradas as profundas diferenças regionais, sociais e culturais que marcam o Brasil. Existem municípios com demandas de saúde bastante heterogêneas, o que impulsionou a construção de um sistema regionalizado de atenção à saúde. Tal fato se evidencia na seguinte citação:

Os estados, e mais ainda os municípios são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade (NOAS 2001, INTROD P2).

Neste cenário, os municípios exercem papel de fundamental importância. A organização funcional e resolutiva dos serviços constitui mecanismos que contribuem para a resolutividade das ações e dos serviços de saúde. Tal organização se dá em função, principalmente, das características de demandas de saúde de cada município, o que promove o embasamento para tomada de decisão no sentido de disponibilizar os serviços de saúde neste nível de complexidade. No modelo descentralizado adotado no SUS, os municípios devem assumir, prioritariamente, a gestão dos programas de atenção básica. Nesse sentido, tornou-se necessário.

Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência (art. 1, NOAS 2001)

Logo, outro aspecto importante da proposta de regionalização do SUS diz respeito ao modelo assistencial. A organização piramidal do sistema de saúde por níveis hierarquizados de complexidade, ao reproduzir a idéia de centro-periferia, discrimina negativamente os municípios menores, reproduzindo desigualdades e induzindo relações competitivas, incompatíveis com a proposta de regionalização solidária, que demanda formas de articulação mais igualitárias, horizontais e flexíveis. O modelo vertical de organização do sistema de saúde também tende a desconsiderar a densidade cognitiva da atenção básica e sua importância para a organização regionalizada do sistema de saúde com eficiência e qualidade.

Partindo do pressuposto que a garantia de acesso a uma atenção básica resolutiva, no território onde reside o usuário, constitui um dos pré-requisitos para a organização regionalizada do setor saúde acredita-se que sejam prioritárias estratégias de qualificação e integração das unidades básicas de saúde aos outros serviços que complementam sua resolutividade e garantam a integralidade do acesso ao sistema de saúde (TEIXEIRA, DOWEL BURGARIN, 2002).

A partir das considerações acima, a regionalização e sua organização municipal são a expressão da pactuação entre os diversos atores envolvidos na gestão do setor com base na diversidade de situações, arranjos e alternativas que estão sendo construídos pela sociedade para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Em outra dimensão da análise, a municipalização se justifica pelas seguintes razões: é o espaço de vivência maior dos cidadãos; é o espaço onde a autoridade sanitária tem visibilidade; pelo êxito de alguns sistemas municipais de saúde; pelo fato incontestável de que alguns municípios, anteriormente à norma constitucional, assumiram serviços de outras instâncias para viabilizar seu funcionamento (MENDES, 1993).

Logo, a municipalização da saúde deve inscrever-se como micro-espaço social do exercício cotidiano da construção da democracia e, portanto, da criação da cidadania. Finalizando, podemos concluir que o processo de municipalização, apesar de suas debilidades, trouxe consideráveis avanços, especialmente na atenção primária de saúde, pela capacidade que os municípios têm de atuar de forma precisa nos problemas de saúde, onde a territorialização, essencial para o planejamento local, viabiliza a otimização de recursos e racionalização de custos.

### **b) Regionalização e Atribuições da Esfera Estadual**

As atribuições da esfera estadual também ganham destaque no aparato jurídico do SUS. Neste contexto, as Leis conferem às secretarias estaduais de saúde o papel de condução do processo de regionalização de cada estado.

(No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda) de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES. (NOAS 2001, INTROD p.2)

Para operacionalizar tal premissa, os estados utilizam o Plano Diretor de Regionalização. Trata-se de uma série de ações que visam organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a qualidade do atendimento e ainda a melhor e mais adequada aplicação dos recursos financeiros (GUIMARÃES, 2005).

(50 São atributos comuns às duas condições de gestão estadual [...]a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente) - Plano Diretor de



Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios; (NOAS CAP III P 19 )

Outro ponto de fragilidade estrutural da regionalização consiste na atenção à saúde em regiões fronteiriças, onde há dificuldade de delimitação de território. Tal fator pode comprometer a universalidade e a equidade das ações aos municípios limítrofes da barreira geográfica. A legislação, no sentido de atender tal dificuldade, assevera que:

A Região de saúde base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, (NOAS 2001, CAP I P3)

Como estratégia de organização funcional do território municipal, a cidade do Rio de Janeiro implantou no ano de 1995 as áreas programáticas (AP). Pretendia-se, com essa ação, organizar cada área com serviços de saúde que envolvessem ações de prevenção de doenças e promoção, recuperação e reabilitação da saúde, de forma a facilitar o acesso da população às unidades de saúde o mais próximo possível de sua residência, de acordo com as demandas e as necessidades de saúde evidenciadas em estudos prévios à implantação dessa divisão territorial.

Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas (NOAS 2001, Introdução p.2)

Entende-se, portanto, que a proposta de regionalização não consiste apenas na transformação territorial em uma unidade espacial de intervenção e controle do Estado. Muito mais do que isso, a expressão da divisão regional da política de saúde deve ser a expressão da pactuação entre os diversos atores envolvidos na gestão do setor, com base na diversidade de situações, arranjos e alternativas que estão sendo construídos pela sociedade para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Nesses termos a região se impõe como espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do sistema, onde sua delimitação não se limita somente a uma escala cartográfica (GUIMARÃES, 2005).

### **c) Regionalização como Instrumento de Promoção da Saúde**

A análise do arcabouço jurídico do SUS nos revelou a pequena presença do conceito ou do termo promoção da saúde, fato que nos chamou bastante a atenção. As mudanças no conceito de saúde, evoluindo do simples fato de ausência de doença para um conceito mais ampliado ao levar em consideração os aspectos sócio-culturais envolvidos na saúde dos grupos populacionais, impulsionaram a necessidade de se rediscutir o conceito de promoção da saúde nos cenários políticos e assistenciais. Recentemente o Ministério da Saúde promoveu uma ampla discussão sobre a temática, levando a uma reflexão dos atores sociais e apontando para a necessidade de repensar e reformular as ações de forma a atender às demandas de saúde da população (BRASIL, 2006).

Existem diversas definições sobre o termo “promoção da saúde” frente ao leque de fatores e fatos que influenciam sua efetiva prática pelos serviços de saúde. Em linhas gerais, pode-se afirmar que este conceito consiste em proporcionar aos cidadãos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. A promoção da saúde consiste em alcançar a equidade sanitária. Sua ação tem o objetivo de reduzir as diferenças no atual estado da saúde, assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam a toda a população desenvolver, ao máximo, sua saúde potencial. Isto implica numa base sólida e em um meio que a apóie, bem como no acesso à informação e à presença de aptidões e oportunidades que possibilitem a adoção de comportamentos e atitudes em termos de saúde (BRASIL, 2006).

No que tange a este assunto, o material empírico traz poucos trechos que o abordam, sendo a identificação desta faceta evidenciada de forma implícita através da apreensão do conceito anteriormente apresentado. Assim sendo:

(A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à prevenção de doenças físicas e mentais, e outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações de saúde e à soberana liberdade de escolha dos serviços, quando esses constituírem ou complementarem o sistema unificado e descentralizado de saúde) guardada a regionalização para sua promoção, proteção e recuperação. (ART 287 Constituição do Estado do Rio de Janeiro)

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. (art. 3, Lei 8080/90)

Dessa forma, a regionalização caracteriza-se como uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país que contribuem no processo de promoção da saúde. (BRASIL, 2006). A Constituição Federal de 1988 trata a temática da promoção da saúde sob a perspectiva da integralidade das ações, questão já abordada no capítulo sobre os princípios éticos.

Ressalta-se, neste contexto, que a promoção da saúde, no ponto de vista de Buss (2000), representa uma importante estratégia para atender as necessidades, as demandas e os problemas de saúde que acometem a população. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, este autor propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos ou privados, para seu enfrentamento e resolução.

Buss (2000) ainda sustenta o entendimento de que a saúde é resultante de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação, habitação, saneamento, trabalho, educação, meio ambiente e do cuidado com a saúde propriamente dito. Dessa forma, a promoção da saúde tem suas atividades mais voltadas para a coletividade e para o ambiente, este compreendido em uma semântica mais ampla, considerando o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, desenvolvidas através de políticas públicas e do fortalecimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Assim sendo, o aparato jurídico aborda a promoção da saúde na perspectiva da integração de atividades multisetoriais convergindo as ações para potencializar as ações de saúde, bem como para incrementar a qualidade de vida da população, como pode ser percebido na UR exposta a seguir:

(57. São atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria. (NOAS 01/2002, p. 23)

Tal trecho revela a dimensão da promoção da saúde, ainda que não se mostre de forma explícita, uma vez que apresenta a importância da regionalização para a consolidação da descentralização através do desenvolvimento de ações de cunho epidemiológico, sanitário e de controle do processo de doença na organização dos serviços de saúde. A exploração do material empírico mostra, portanto, que a regionalização, prevista na Carta Magna, constitui-

se na estratégia para a elaboração de um sistema de saúde eficiente e de relações intergovernamentais mais cooperativas. Ressalta também que um processo de regionalização qualificado requer a valorização dos governos locais, promovendo condições adequadas que estimulem os estados e os municípios a assumirem os respectivos papéis na execução das ações de saúde, em seus territórios específicos.

Seguindo a lógica do encadeamento dos princípios desse sistema de saúde, o elo formado pela regionalização materializa a construção dos sistemas municipais, ou seja, constrói o núcleo da dimensão imagética apresentada no princípio da descentralização. Levando-se em consideração as profundas diferenças regionais, em seus aspectos sociais, econômicos, biológicos e culturais presentes em nosso país, surge, através da regionalização, a possibilidade de otimizar o atendimento de saúde aos diversos grupos populacionais.

A representação social que está na base deste princípio possui, como um de seus conteúdos fundamentais, um enfoque na construção do sistema a partir das identidades locais, uma vez que ele pode ser organizado em cada município no sentido de atender às necessidades e às demandas de saúde emergentes de cada região, imprimindo uma idéia de flexibilidade e de adaptação desse modelo de saúde. Neste sentido, em determinadas regiões observa-se a participação de parteiras e rezadeiras como membros efetivos da equipe de saúde, enquanto este fato não se concretiza nas regiões metropolitanas de grandes centros urbanos, como o Rio de Janeiro e São Paulo.

A organização territorial dos serviços, em suas dimensões geográficas, demográficas e epidemiológicas, também está presente no elenco de elementos representacionais da regionalização. Ainda dentro dessa lógica de organização territorial, a cooperação é outro elemento presente, através da qual promove-se o compartilhamento de experiências, de ações de apoio e de busca solidária de soluções para as dificuldades enfrentadas em cada região. De posse das reflexões acima, entende-se, portanto que a regionalização objetiva garantir o direito de saúde da população, reduzindo desigualdades sociais e territoriais e promovendo, desta forma, a equidade.

### **3.4.3 Hierarquização da Rede de Atenção à Saúde**

Esta categoria apresenta 85 UR distribuídas em 3 subcategorias: organização da rede segundo complexidade dos serviços, estabelecimento de centros de referência e processo de gestão da hierarquização do sistema. Esse princípio apresenta íntima relação com o princípio

da regionalização e contribui para a organização da rede assistencial, buscando promover a otimização dos recursos disponíveis e facilitar a tramitação do usuário dentro do sistema.

A análise revelou que a organização do sistema segundo a sua complexidade consiste na principal vertente deste princípio, uma vez que apresenta um maior número de UR nessa subcategoria (51 UR). O segundo ponto de destaque é o estabelecimento de centros de referência com 24 UR. O processo de gerência e gestão da hierarquização do sistema aparece nesse cenário com identificação de 10 UR.

### **a) Organização da Rede Segundo Complexidade dos Serviços**

A organização da rede segundo a complexidade dos serviços, em linhas gerais parece objetivar a otimização dos recursos disponíveis, facilitando o trânsito do usuário no sistema e o atendimento das questões de saúde demandadas. Neste contexto, este princípio centra-se na identificação da vocação de cada unidade de saúde, seu aparato tecnológico e a complexidade da assistência prestada. Assim sendo, os níveis de complexidade são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem, conforme a citação abaixo:

(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 (Lei 8080, Art 7)

(As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, de acordo com as seguintes diretrizes [...]III - atendimento integral, universal e igualitário, com acesso a todos os níveis dos serviços de saúde da população urbana e rural contemplando as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde individual e coletiva), com prioridade para as atividades preventivas e de atendimento de emergência e urgência, sem prejuízo dos demais serviços assistenciais; (Constituição Estadual, Art.289)

Nesse contexto, a hierarquização apresenta interface com a integralidade, entendendo que esse princípio deva ser analisado por uma visão caleidoscópica, onde a rotina do processo de trabalho nos serviços de saúde é caracterizada pela busca contínua da ampliação de possibilidades de apreensão das necessidades de saúde dos grupos populacionais, organizando o trânsito do usuário nos níveis hierárquicos do SUS de acordo com a complexidade de atenção que cada caso exige, o que caracteriza, portanto a articulação e a interface desses dois princípios (MATTOS, 2001)

Este princípio ainda contribui para a efetiva implementação de outros dois também organizativos, quais sejam, a descentralização e a regionalização, seguindo a lógica de organização da rede de serviços:

(Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade) buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção. (NOAS 2001 INTROD p.2)

(O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade) na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde. (NOAS 2001, Cap. 1 p.3)

Por sistemas funcionais de saúde, Souza (2001b) afirma que estes consistem na conformação do sistema sobre a forma de redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas. Além disso, essas redes são dotadas de mecanismos de comunicação e de fluxos de inter-relacionamento que garantam ao usuário o acesso às ações e aos serviços de níveis de complexidade compatíveis e necessários à resolução de seus problemas de saúde.

Nesta direção, a organização de redes funcionais qualifica a atenção e parece ser reflexo do poder de organização e do comprometimento dos gestores locais. Esse comprometimento se dá na garantia de uma assistência qualificada e planejada, de acordo com as demandas de saúde dos usuários e com serviços dispostos de maneira lógica dentro da realidade de cada local.

Para fomentar essa organização, surgiram recentemente no cenário da saúde, apesar de já serem citadas como ferramenta para operacionalizar a hierarquização desde 2001, as denominadas Centrais de Regulação.

Há implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos; (NOAS 2001, cap.1 p 8)

(Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir) integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares; (NOAS 2001, cap. III p. 16)

A realidade da prática assistencial vem mostrando que as Centrais de Regulação consistem em um instrumento bastante interessante de redirecionamento do indivíduo para unidades de saúde que estejam organizadas e preparadas para atender às demandas apresentadas, minimizando as ações clientelistas bastante comuns no cotidiano das instituições. Dessa forma, o princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde se

fortalece entre os usuários do SUS, a partir da hierarquização das ações e dos serviços de saúde.

Este processo não pode causar prejuízo à porta de entrada do sistema, que consiste, *de per si*, na atenção básica. Esse nível de complexidade deve estar preparado para atender os principais problemas de saúde dos usuários, principalmente no que tange às ações preventivas e de promoção da saúde, sendo que situações mais complexas devem ser referendadas para outras unidades da rede que estejam estruturadas para a necessidade de saúde evidenciada.

(Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade) concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, (NOAS 2001, Introdução)

Assim sendo, de acordo com Ibañez *et al* (2006), a atenção básica em saúde contribui para que o sistema se desenvolva de maneira equânime, integral e hierarquizado. Este nível de atenção deve funcionar como a porta de entrada do sistema, na medida em que promove atendimento às necessidades e problemas de saúde mais comuns da população. Assim, esta pode ser definida como um conjunto de funções que, quando combinadas, são capazes de abordar os problemas de saúde mais comuns na comunidade, através de serviços de prevenção, cura e reabilitação. Outro olhar sob esta modalidade de atenção, nos permite entendê-la como o nível hierárquico que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Avançando na necessidade da organização dos serviços de saúde, a territorialidade é fator de grande relevância nesse contexto. Observa-se que esta estratégia visa evitar a duplicidade de serviços dentro de um território próximo, o que pode levar a subutilização de determinado recurso, bem como comprometer o cumprimento dos princípios éticos do SUS que consistem na universalidade, na integralidade e na equidade. Tal assertiva se traduz no texto abaixo:

O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços (NOAS 2001, cap 1, p 8)

Contribuindo para esta organização ressalta-se ainda outra estratégia para promoção da hierarquização apresentada a seguir:

(A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência (NOAS, 2001, cap. II, p. 13)

Aprofundando o conceito de regulação da assistência acima apresentado, Bahia (2005) define a regulação como um processo técnico, científico e político de intervenção no sistema de saúde e de coordenação e integração dos sistemas municipais. Estas ações são realizadas com vistas à adequação da relação oferta-demanda das ações e dos serviços de saúde e a obtenção de resultados satisfatórios na viabilização do acesso de forma equânime, integral e qualificada aos serviços de saúde. Assim sendo, para o sucesso dessa estratégia é salutar o conhecimento das necessidades de saúde emanadas dos usuários, bem como dos recursos disponíveis, de forma a oferecer serviços que garantam a resolução dos problemas de saúde do grupo populacional em evidência.

#### **b) Estabelecimento de Centros de Referência**

Para o atendimento adequado da demanda referenciada pelo menor nível de complexidade do sistema, torna-se, pois, necessária a organização da rede de acordo com a missão de cada unidade de saúde. Tal estratégia facilita a identificação dos locais para promover a referência do usuário, a adequação dos padrões técnicos, da capacitação dos recursos humanos e a alocação de tecnologias para apoio diagnóstico e terapêutico específicos a cada caso.

(A direção nacional do SUS compete) XI – identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;( Lei 8080, art.16)

(Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:) a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;( NOAS 2001, cap. 1 p 5)

O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações (NOAS 2001, cap. 1 p 7)

Alicerçada em minha vivência no cenário da gestão de serviços públicos de saúde, entendo que às instituições de saúde vinculadas ao nível federal cabem a promoção de ações



especializadas de alto nível de complexidade, bem como o desenvolvimento de assistência altamente especializada e a colaboração com o Ministério da Saúde na formulação de padrões técnicos de assistência, como é o caso do Instituto Nacional do Câncer. À esfera estadual compete o desenvolvimento de ações de média complexidade e a composição de serviços de urgência e emergência, através de serviços pré-hospitalares (como as denominadas Unidades de Assistência Pré-Hospitalar e Serviço de Assistência Móvel de Urgência - SAMU) e as unidades hospitalares propriamente ditas. A competência dos municípios, dentro dessa lógica, é o desenvolvimento de ações de saúde na rede básica, promovendo ações de promoção da saúde e de atendimento das necessidades de saúde mais comuns da população, referenciando-a aos demais níveis de complexidade maior de acordo com a necessidade emergente em cada caso.

Resgatando-se o ponto de discussão sobre o modelo biomédico, inicialmente apresentado nas discussões sobre a universalidade, entendemos que apesar da organização dos serviços em centros de especialidades consistir em um método importante para a organização do sistema, esta estratégia pode comprometer a integralidade da assistência, uma vez que a composição de centros de especialidades podem resgatar as ações reducionistas preconizadas pelo modelo biomédico, cartesiano, reduzindo o homem à sistemas biológicos desconsiderando sua essência holística.

### **c) O processo de gerência e gestão da hierarquização do sistema**

A gerência e a gestão das unidades de saúde em seus níveis de complexidade de assistência é outro ponto de discussão presente nas representações que serviram de base para a elaboração do material da legislação. Para fundamentar essa discussão é importante definir os conceitos de gestão e gerência. Frente à diversidade de conceitos e formas de desenvolvimento da gestão e da gerência em diversos campos de atuação, serão utilizadas as conceituações adotadas pelo Ministério da Saúde, no texto da NOB 96 onde:

Gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. (BRASIL 1996, p.6)

Em função do exposto, tal definição destaca o papel dos gerentes das unidades locais e dos gestores estadual e federal, consoante à finalidade do Sistema, sendo, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios. Ao mesmo tempo, estes gerentes e gestores necessitam convergir esforços para a gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

Um aspecto abarcado por esta categoria refere-se às características técnicas gerenciais de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação da assistência no sistema de saúde. Ressalta-se que os aspectos técnicos citados fazem parte de um processo contínuo da gestão de ações e projetos de qualquer organização definidos pelo ciclo de Deming (CAMPOS, 1999).

Campos (1999) reflete que este ciclo tem por princípio tornar mais claros e ágeis os processos envolvidos na execução da gestão, dividindo-a em quatro principais processos. Neste sentido, o ciclo começa pelo planejamento que visa estabelecer a missão, a visão, as metas, os procedimentos e as metodologias necessárias para atingir os resultados. Em seguida, as ações planejadas são executadas, caracterizando o desenvolvimento propriamente dito. O próximo passo consiste no controle e no desenvolvimento de ações que visam monitorar e avaliar periodicamente os resultados e os processos, confrontando-os com o proposto inicialmente e com o controle que objetiva agir no sentido de corrigir ou minimizar as deficiências no resultado final, de forma a melhorar a qualidade, a eficiência e a efetividade das ações.

Na realidade do desenvolvimento desse ciclo no âmbito do SUS, as UR mostram que o planejamento deve se dar no sentido de garantir e organizar o acesso da população aos serviços, desenvolvendo ações voltadas às necessidades dos usuários e controlando esse acesso através de comprovação da assistência prestada. A avaliação também se evidencia sendo considerada como um importante mecanismo de fortalecimento das ações. Assim sendo:

A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. (NOAS 2001, cap.1 p.8)

(São atributos comuns as duas condições de gestão estadual) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e a operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade (NOAS 2001, cap. III p. 18)

Comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica; (NOAS 2001, cap.III p. 17)

(O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; (NOAS 2001, cap II p. 12)

Percebe-se nesses trechos a definição do papel dos entes federados na organização do acesso ao sistema. Essa organização hierárquica vislumbra, basicamente, a universalidade. Nessa estratégia de organização, percebe-se que fica clara a definição da incumbência dos gestores e gerentes dos serviços de saúde na definição da classificação hierárquica de cada unidade de acordo com a complexidade que cada sistema local exige na direção do atendimento demandado pela população de determinada localidade.

Ao longo da discussão dos dados, pode-se perceber que os princípios do SUS constituem-se em elos intimamente relacionados entre si, formando a tessitura principal do Sistema de Saúde em suas questões teóricas e operacionais. Da mesma maneira, as representações e as práticas que estiveram na base desta tessitura apresentam uma inter-retro-relação, se implicando e se conformando mutuamente e, ao mesmo tempo, gerando as bases teóricas e filosóficas necessárias à construção dos princípios em tela.

O sistema de saúde enfrenta dificuldades específicas, que, apesar de não terem, às vezes, um impacto na saúde da coletividade necessita ser solucionadas com vistas à melhoria da qualidade de vida, bem como da própria subsistência de determinados grupos populacionais. Podem ser englobados, nestes casos, os pacientes em tratamentos oncológicos, dialíticos, hematológicos, transferências inter-hospitalares, atendimentos pré-hospitalares e gestações de alto risco, dentre outros exemplos que podem ser facilmente lembrados.

Se a descentralização consegue atender as necessidades presentes no nível local e as demandas mais gerais e coletivas da população, a hierarquização procura solucionar as especificidades presentes com recursos apropriados e uma rede resolutiva, de acordo com o impacto trazido pela morbidade em questão. Por isto, tensionando-se com aquele princípio, este recupera as atribuições dos estados, dos municípios e do nível federal na assistência direta à saúde, impedindo que existam unidades complexas para cada demanda em todos os lugares.

Este princípio trouxe, em si, equilíbrio à construção do sistema de saúde, respondendo às variadas demandas presentes no cotidiano da população. As representações sociais presentes nos atores sociais que formularam este princípio relacionam-se ao fechamento de um ciclo que engloba o mais simples e o mais complexo no âmbito do mesmo sistema. Além

disso, correspondem à imagem de fluxo e de estratificação, cujo acesso torna-se cada vez mais restrito, à medida em que se alcançam os graus mais elevados de complexidade da rede.

Outro elemento presente também no campo representacional é o sentido de organização em seu sentido literal. Nesse sentido, o princípio da hierarquização organiza o acesso do cidadão ao sistema – através do princípio da universalidade - de forma equânime, buscando atender às demandas de saúde do indivíduo dentro de uma lógica integral e de uma abordagem holística, ao valorizar as suas relações com o meio de acordo com as diretrizes da integralidade. Este princípio colabora ainda para a operacionalização da descentralização do sistema, na medida em que define o papel de cada ente federado na lógica de hierarquização dos níveis de complexidade da rede de atenção.

### **3.3.4 Participação Cidadã nos Rumos da Saúde**

Esta categoria é uma das menores da análise, com 30 UR, englobando 03 subcategorias: participação cidadã como direito à saúde e responsabilidade social (09 UR), participação cidadã no planejamento e gerenciamento da política de saúde (10 UR) e mecanismos e formas de participação social (11 UR). Como pode ser observado, os mecanismos e as formas de participação social de saúde ganharam maior relevância no aparato jurídico do que as demais subcategorias, apresentando maior número unidades de registro, seguido da participação no planejamento e gerenciamento da política e da participação como direito à saúde e responsabilidade social.

Tal fato nos surpreendeu, uma vez que a participação social é um dos princípios organizativos do SUS que melhor traduz a ideologia da Reforma Sanitária Brasileira, em função do seu potencial de democratização do sistema de saúde. Este processo de democratização do sistema foi previsto na Constituição Federal, que prevê a participação da sociedade civil em instâncias de planejamento, de controle e de avaliação do SUS. Esta análise mostra intensidades com que a participação, como princípio, direito ou possibilidade, apresenta nos marcos teóricos legais do sistema de saúde e como essa intensidade se expressa em mecanismos concretos de participação.

A relevância inerente à participação social ganha importância no sentido de que esta é uma conquista da sociedade brasileira impulsionada pela Reforma Sanitária, legitimada pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e reforçada pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080/1990 e 8142/1990).

### **a) Participação Cidadã como Direito à Saúde e Responsabilidade Social**

Um primeiro horizonte a ser vislumbrado sobre a participação é o reconhecimento deste princípio como exercício do direito à saúde. Tal premissa se expressa no seguinte trecho abaixo:

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais. (NOB 01/96, p.1)

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são: a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; (NOB 96, p.12)

A Lei 8080/1990 contempla também em seu conteúdo a perspectiva do reconhecimento da participação sob o prisma do Direito à Saúde, avançando em um sentido mais amplo, onde especifica que:

(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) V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; (Lei 8080/90 art. 7)

Nesse sentido, é importante ressaltar que, no contexto do processo participativo, outro aspecto que também deve ser levado em consideração é o dever das instituições de oferecerem as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões relativas à sua saúde.

Para Cecílio (1997), uma maneira de garantir um estado democrático, com a participação efetiva da comunidade é a liberdade de escolha e a oportunidade de acesso às informações, considerando que a falta de acesso à informação prejudica o processo participativo.

O mesmo autor especifica que o processo de inclusão social do cidadão ocorre através da conscientização política e cidadã da comunidade e que a busca pela conscientização e reconhecimento dos direitos das pessoas devem ser os primeiros passos na busca pela liberdade, opção de escolha e oportunidade. Esse processo não pode ser concebido simplesmente fora do âmbito da saúde e a participação dentro do sistema apresenta-se como uma das concretizações mais importantes neste sentido.

Neste sentido, a participação social é caracterizada como um dos princípios organizativos do SUS que incorpora a necessidade de que a sociedade assuma um posicionamento ético-político de caráter democrático diante do cenário da saúde, no sentido de contribuir para a concretização desse sistema no cenário brasileiro (ACIOLI, 2005).

Em contraponto, a análise nos mostra também a participação como responsabilidade social, imprimindo uma imagem de participação como dever do cidadão. A responsabilidade social, no entender de Sen (2000), se traduz na forma como uma instituição ou comunidade conduz suas atividades de maneira que se torne co-responsável pelo desenvolvimento da sociedade. Quando esse recurso é utilizado de forma adequada e responsável, permeia diversos campos de atuação como, por exemplo, a gestão. Desta forma, a participação configura-se como uma das características do Estado democrático, onde sociedade e governo têm co-responsabilidade na organização, bem como na garantia de um funcionamento adequado do sistema de saúde, como se observa abaixo:

O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (Lei 8080, ART 2 §2º)

Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde. (NOB 96, p.4)

Assim sendo, tais assertivas reforçam as considerações de Pinheiro (2005) quando esta autora afirma que a participação na produção do direito à saúde tipifica o exercício da hegemonia civil, onde os valores e as crenças impulsionam a cidadania no sentido cultural da construção coletiva dos direitos. Implica também entender que cada cidadão deve exercer o ser político e expressar suas demandas no cotidiano das práticas institucionais de forma a fomentar a construção e produção da saúde como direito de cidadania e responsabilidade social.

### **b) Mecanismos e Formas de Participação Cidadã**

A Carta Magna não instrumentaliza os mecanismos de participação, inferindo apenas que este é um princípio do Sistema e da Política de saúde. Logo, para a garantia da efetiva participação e a inclusão da sociedade nas instâncias de gerenciamento do SUS, foram contemplados pelas Leis, textos que explicitassem e organizassem as formas e os mecanismos de Participação Social.

Assim sendo, legitimizar e definir os mecanismos de efetivo exercício desse dever e direito de cidadania, torna-se essencial para que se faça cumprir o princípio em tela. Contudo, Cordoni Júnior (2001) aponta que a Lei 8080/90 sofreu diversos vetos que versavam sobre a participação social, o que reforça a questão da dificuldade da prática democrática nas arenas de planejamento e decisão. Este fato pode ser observado na análise do texto legal, uma vez que a Lei 8080 não especifica de que forma o usuário desenvolve a sua ação no SUS. Essa especificação ganha cenário somente após a aprovação e publicação da Lei 8142/90, que traduz a essência da participação no sistema de saúde:

(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. ( Art. 1 Lei 8142/90)

A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (Lei 8142/90, § 4º)

A Lei 8142/90, portanto, preconiza a obrigatoriedade de organização e de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, dos usuários, dos gestores e dos prestadores de serviços. Por serem de composição paritária (50% de usuários e 50% dos demais segmentos), os Conselhos devem possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade através da formulação de estratégias e de controle da execução da política de saúde vigente, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

Assim, a formação e a operação dos Conselhos de Saúde significam um avanço da democracia e da participação social em saúde. Órgãos de vital importância para a concretização de uma efetiva participação popular na Gestão Pública, os Conselhos de Saúde trouxeram grandes avanços e conquistas para o SUS, mas ainda enfrentam problemas com relação ao seu trabalho e às suas condições de funcionamento, sobretudo diante das diversidades culturais, econômicas, sociais, políticas e históricas que permeiam o conjunto de municípios brasileiros.

Cecílio (1997) considera a participação social como um campo rico constituído de diversas possibilidades de organização, como as associações de moradores, conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde que têm a possibilidade de agir junto dos demais setores envolvidos no palco da saúde. Consiste também em um campo de relações sociais, onde os sujeitos participam através da interação e da articulação, tanto em ambientes institucionais, quanto nos espaços extra-institucionais, procurando identificar as necessidades

de determinado grupo populacional e agindo em comum acordo e co-responsabilidade com as três instâncias governamentais.

Avançando na operacionalização da aplicação dessa Lei, entram em cena as Normas Operacionais Básicas (NOB 1-93; NOB-1 96 e NOAS 2001) que colaboraram para legitimar os mecanismos e as formas de participação social, bem como reforçam a importância dos usuários, como se é possível observar a seguir:

Com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os munícipes –, quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população. (NOB 96. p.12)

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento. (NOB 96, p.12)

Entende-se, pois, que a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e os serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor. Através destas iniciativas, podemos observar que o SUS representa a tendência de materialização de uma nova concepção de saúde, antes concebida como estado de ausência de doença, fazendo com que a lógica da assistência girasse em torno da cura dos reconhecidos agravos à saúde. Esta tendência tensiona-se com o modelo assistencial permanentemente adotado por instituições e profissionais de saúde que está baseado no desenho *flexneriano* de atenção à saúde, caracterizando-se por privilegiar a prática médica curativa, individualizada, assistencialista e especializada, em detrimento daquela voltada para a promoção da saúde (MENDES, 2001).

Tal tendência tem impulsionado a articulação do sistema de saúde com a qualidade de vida da população, despertando, assim, uma nova noção de formulação de propostas centradas no paradigma da promoção de saúde e na prevenção de doenças, através da introdução de um novo ator social nas arenas de planejamento e de decisão. Acreditamos, portanto, que ao envolver o sujeito com as relações biológicas, psíquicas e sociais que permeiam o processo saúde-doença, este ganha uma base para refletir de forma mais profunda sobre sua saúde e do grupo populacional a que pertence.



Nesta direção, Acioli (2005) afirma que a participação é um dos princípios do SUS que traz aspectos de ordem organizacional, além de estimular a adoção de um posicionamento ético-político, de caráter democrático, pela população, no intuito de concretizar esse princípio e fortalecer a implantação desse sistema.

Diante desse cenário, ressaltamos que Assis e Villa (2003) defendem a idéia de que o empenho do usuário em acompanhar a qualidade dos serviços de saúde, apontando as fragilidades desses, contribuem para o aprimoramento das ações, além de conferir maior visibilidade e transparência no cotidiano da prática assistencial. Sendo assim, a informação é um elemento importante para a gestão e o controle social do SUS, através do desenvolvimento e da implantação de uma rede de informações para os dados de saúde, permitindo a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias, epidemiológicas e de atividades de produção de serviços, desenvolvidas nas instituições de saúde.

Diante do exposto, justifica-se a discussão da participação da comunidade como um tema que está na ordem do dia por meio da atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade. Para que esta participação ocorra, os usuários dos serviços de saúde necessitam conhecer seus direitos. Trata-se de direitos complexos, cuja definição de seus conteúdos demanda elaboração social e, por isso mesmo, tempo.

Nessa perspectiva, o controle social requer a luta pelo fortalecimento do setor público, com ênfase no âmbito municipal, como espaço de confronto de interesses, de identificação de necessidades e de construção de alternativas, porque é neste espaço que os problemas são identificados com maior clareza e rapidez e a solução pode ser buscada em parceria com os diversos segmentos sociais, como gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços (ASSIS e VILLA, 2003).

### **c) Participação Cidadã no Planejamento e Gerenciamento da Política de Saúde**

O princípio da participação, como já pontuado acima, consiste na garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde, do controle e de sua execução, nos três níveis de atenção e em diversos espaços de discussão.

Logo, partindo do fato de que uma das formas de compreensão da participação consiste na inclusão dos cidadãos no processo de tomada de decisão sobre assuntos públicos

(JARA, 2006), não surpreende a inclusão dessa faceta nos ditames do SUS, como observado a seguir:

(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. (Lei 8142, art. 1 § 2º)

(Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%)) atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (NOB 91, 2.1.1)

(As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, de acordo com as seguintes diretrizes) IV - participação na elaboração e controle das políticas e ações de saúde de membros de entidades representativas de usuários e de profissionais de saúde, através de Conselho Estadual de Saúde, deliberativo e paritário, estruturado por Lei Complementar (Constituição Estadual, ART 289)

Esses trechos nos remetem à idéia da participação na gestão dos assuntos públicos, ressaltando a importância do usuário em articulação com os demais atores sociais atuantes nas arenas de decisão para a definição dos rumos do sistema de saúde e para o posicionamento sobre as questões que se referem à sua saúde. Tal constatação permite também a melhor compreensão dos sentidos da participação, afastando uma imagem, bastante comum na prática assistencial, que consiste na participação como controle social.

De acordo com Acioli (1999), a participação social tem sido frequentemente confundida com o controle social, sendo adotada por profissionais de saúde, entidades representativas dos usuários e também pelo poder público. Para essa autora, o controle social deve ser encarado como uma maneira de regular, vigiar o comportamento de um grupo populacional através da religião, da moral e das leis e reflete que, no âmbito da saúde, o sentido deste termo se distancia do original, onde, nessa perspectiva, o controle incide no que é público, pela sociedade civil organizada.

A participação, portanto, apresenta-se caracterizada não apenas pelo controle social, mas também pelo planejamento, desenvolvimento e avaliação das políticas de saúde. Assim, a participação pressupõe a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços de assistência, estimulando a organização da sociedade para garantir o efetivo exercício de sua atuação na gestão do sistema.

As representações que estão na origem da concepção deste princípio estão, fundamentalmente, alicerçadas em dois pilares: na democracia, por um lado, como um

conjunto de princípios e práticas que protegem e institucionalizam a liberdade humana; e na cidadania, por outro, entendida como um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo.

Assim sendo, a participação social materializa a presença do povo no poder, a liberdade de ir e vir, a liberdade de pensamento, o reconhecimento dos direitos de cidadania da população e a participação ativa nas decisões sobre os rumos da saúde. Esta característica é a representação fiel da democratização do país, uma prova da mudança de paradigma de um novo Estado que vem sendo construído e organizado de maneira colegiada após a queda do regime de ditadura.

## CONCLUSÃO

Acreditamos que este estudo das Representações Sociais do arcabouço teórico jurídico do SUS caracteriza-se como um instrumento para melhor compreensão das complexas teias políticas, sociais e ideológicas envolvidas na construção desse modelo de saúde ainda em consolidação em nosso país. Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, na medida em que conseguimos descrever, contextualizar e analisar o conteúdo e representações nos princípios do SUS presentes em seu arcabouço teórico-jurídico.

A partir dos resultados oriundos deste estudo, destacamos que a legislação analisada apresenta uma representação dos princípios como organizador do sistema de saúde, transformando-os no principal eixo comum entre as categorias. Dessa forma, a construção do SUS se deu a partir de representações de saúde dos seus formuladores e se organizou ao redor de duas grandes dimensões, a ético-doutrinária e a organizativa, transformadas em princípios com vistas à sua operacionalização no contexto social, cultural e político do Brasil.

Esta assertiva pode ser confirmada, ainda, na insistente delimitação de atribuições das esferas governamentais presente na legislação, *loci* da concretização do sistema de saúde. A delimitação da ação das esferas governamentais, bem como sua inter-relação, apresentou-se como um aspecto fundamental à implementação do SUS, tanto em função da necessidade de abrangência de um país continental, quanto em relação à urgência da descentralização da gestão e do processo decisório para próximo da “ponta” do sistema.

A análise da legislação relacionada à saúde compilada desde a promulgação da Constituição Federal em 1988 revelou um conjunto de representações sociais do passado, especialmente aquelas relacionadas à vivência política dos anos de ditadura e à conquista de direitos que mantivessem a dignidade humana da população brasileira. Ou seja, o SUS foi construído a partir de memórias presentes nos idealizadores do sistema em meio à efervescência cultural, ideológica e revolucionária da década de 80, possivelmente deitando raízes nos ideais da Revolução Francesa ao englobar os princípios da igualdade, liberdade e fraternidade.

O SUS se constituiu, em seu processo de construção, como um projeto que possui, em essência, a superação do silêncio (de modo especial através do princípio da participação social), da concentração de poder (princípio da descentralização) e da desigualdade social (universalidade e equidade). Neste sentido, ao ser construído em cima destes pilares, o SUS

vem se apresentando ao longo de sua segunda década como um sistema contraditório, uma vez que, em seu interior, coabitam avanços consideráveis na atenção à saúde no Brasil e persistem determinadas situações perversas que dificultam o alcance de níveis de saúde mais satisfatórios.

Destaca-se, ainda, que os princípios nasceram no ideário da Reforma Sanitária Brasileira, sendo consubstanciados na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e instituídos juridicamente pela Constituição da República Federativa do Brasil em 1988. Foram reforçados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e vêm sendo consolidados através das Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde, ao longo dos decênios que se seguiram.

Outro ponto de destaque, advindo da análise dos documentos, é que as dimensões representacionais dos atores sociais envolvidos na construção e na consolidação do Sistema Único de Saúde através da explicitação do conteúdo dos referidos princípios são de natureza intersetorial. Tal fato que pode ser comprovado pela presença de conteúdos de áreas como a sociologia, a antropologia, a filosofia, a administração, a política, a ecologia e a economia, por exemplo, constituindo assim um sistema lógico, linear e potencialmente eficaz, mas plural em suas bases, o que talvez possa conferir a este sistema uma característica singular diante de outros sistemas de saúde.

Reforçando as considerações anteriores, podemos observar, neste processo de conclusão, que a elaboração do SUS, bem como dos seus princípios, possui sua raiz em um campo representacional que contém, como elementos estruturantes, a concepção de cidadania, o respeito aos direitos inalienáveis do ser humano, a premência da redução das desigualdades sociais e a descentralização/desconcentração de poder para próximo da população e de suas necessidades. Além disso, a análise dos documentos legais mostrou que a dimensão conceitual da saúde como direito foi o eixo representacional que organizou os princípios éticos e doutrinários onde os princípios organizativos possuem uma dimensão prática da representação enquanto que os éticos têm uma dimensão representacional ideológica.

Pode-se considerar, ainda, que, a partir dos princípios éticos-doutrinários, surge a formulação dos princípios organizativos. Nesta direção, a descentralização é o campo representacional mais expressivo dentro do arcabouço teórico-jurídico do SUS e pode ser caracterizada como base para a elaboração e a implementação de todos os princípios, onde a dimensão imagética é o município, na medida que se encontra a possibilidade de aplicabilidade de todos os princípios, especialmente os organizativos.

Dessa forma, o processo analítico dos documentos demonstrou uma tendência essencialmente descentralizadora do sistema, onde a municipalização dos serviços de saúde apresentou-se como um dos seus fundamentos. Neste sentido, a descentralização constituiu-se no princípio mais presente no ordenamento teórico-jurídico, ressaltando-se que a dimensão prática dos documentos privilegiou a esfera municipal e o processo de municipalização, transformando o município em uma dimensão imagética da representação, ao redor da qual todos os princípios se organizaram.

No processo de elaboração e de implementação do SUS o município constituiu-se, então, como o locus organizador do sistema em sua construção teórica e em sua concretização prática, transformando-se no eixo central de determinadas representações acerca do sistema de saúde. Estas representações possuem relação com a consolidação de uma nova organização da sociedade que gere maior justiça social e que atenda às demandas da população em sua cotidianidade.

Ao longo de toda a análise, chamou a atenção o fato da questão do financiamento aparecer apenas na categoria descentralização, representando quase a metade de seu conteúdo. Entendendo que esta questão se constitui em um tema complexo e controverso e que deve ser encarado como investimento na cidadania, a sua presença predominantemente na categoria de descentralização parece-nos constituir um mecanismo para operacionalizar o sistema, uma vez que o financiamento do SUS é co-responsabilidade das três esferas governamentais.

Ainda nesta direção, diversos estudos apontam para a insuficiência dos recursos como uma fragilidade do sistema. Assim sendo, acreditamos que os gestores devem reforçar seus compromissos na construção do sistema ao respeitar as agendas políticas dos entes federados e não contrariar os princípios do SUS, trabalhando no sentido de promover um acesso universal, equânime e integral à população.

Logo, considera-se que a descentralização do sistema de saúde foi a mola propulsora para o desenvolvimento de outros dois princípios organizativos: a regionalização e a hierarquização do sistema. Como já destacado, o conjunto desses princípios gerou todas as condições para que as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças pudessem ser realizadas, de acordo com as necessidades e as demandas da população em cada região do país. Ao mesmo tempo, essas mesmas necessidades e demandas de saúde determinaram o nível de complexidade exigido do sistema, permitindo a construção de uma rede de assistência capaz de atender aos problemas de saúde de determinada comunidade, além de racionalizar o uso dos recursos públicos investidos na saúde.

Conclui-se, também, que a dinâmica da análise desses documentos revelou movimentos de organização e de operacionalização do sistema e mostrou a participação social de forma bastante incipiente. Em se tratando de um sistema construído em uma dimensão democrática, a discreta presença da participação social nos documentos analisados é um grande paradoxo dessa política de saúde desenhada para o Brasil.

Logo, urge a promoção e a divulgação dos espaços de participação cidadã. Além disso, acreditamos que uma estratégia para garantir essa premissa democrática seja a conscientização da comunidade sobre seus direitos, uma vez que, de acordo com a Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire, este processo está intimamente relacionado à transformação para contribuir com a construção de sujeitos críticos e comprometidos com sua ação no mundo. O desafio para a garantia desse princípio parece, portanto, residir na conscientização, não havendo exercício do poder por quem desconhece possuí-lo ou ainda na ausência da exata noção da força que possui.

Nessa direção, a atuação do enfermeiro como educador em saúde é bastante importante na medida que as especificidades e características de nossa profissão promovem a possibilidade de interação com a clientela nos cenários de desenvolvimento das ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Desta forma, este profissional deve estar capacitado para elaborar estratégias junto aos demais membros da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional e dos usuários para promover um processo de educação em saúde que possa esclarecer os preceitos teóricos, jurídicos e institucionais desse sistema, contribuindo dessa forma para o fortalecimento do SUS.

Chama a atenção também o fato de que alguns princípios, como conhecemos hoje, serem possivelmente frutos de uma reflexão posterior e de mudanças, mesmo sutis, de representações que estiveram na origem do SUS, caracterizando, pois, uma interpretação mais complexa e aprofundada da lei, ou seja, um universo reificado da representação dos idealizadores desse sistema de saúde. O que se conhece atualmente por equidade teve origem em representações de igualdade de direitos presentes na cartografia mental dos idealizadores. Neste caso, destaca-se a forte tendência de mudança desta representação, na medida em que, com frequência, os autores vêm discutindo este princípio através do prisma de redução de desigualdades sociais, caracterizando, portanto, uma mudança em sua dimensão representacional após a promulgação das Leis referentes ao SUS.

Outro exemplo dessa reflexão consiste na integralidade, onde sua base constitucional baseia-se no ideal da medicina integral, que prima pelo atendimento da pessoa através da promoção, da proteção e da recuperação da saúde. Este princípio também vem se

transformando ao longo dos anos de implantação do sistema de saúde como uma bandeira de luta das pessoas que acreditam na centralidade da pessoa humana no processo de atendimento em saúde e nas potencialidades dos profissionais de saúde em executar o seu trabalho a partir de um contexto multirreferencial.

Ressaltamos, ainda, a importância da Teoria de Representações Sociais no estudo do arcabouço teórico-legal do SUS e na compreensão da representação de seus idealizadores. A introdução de mudanças nas finalidades, no objeto e no sujeito do processo de trabalho em saúde, proporcionadas pelas diretrizes do SUS, influenciaram nas relações estabelecidas entre os saberes e as tecnologias que estes atores sociais utilizam para a apreensão da nova realidade apresentada através deste arcabouço. Cabe ressaltar que essas relações são construídas através de dimensões técnicas, éticas, políticas e culturais, apesar de, na maioria das vezes, terem sua relevância relegada pela percepção dos sujeitos envolvidos que valorizam mais a dimensão tecnológica nas práticas de saúde. Desta forma, espera-se que este estudo promova uma reflexão acerca da trajetória de um processo de trabalho em saúde que vise à promoção da participação da sociedade, analisando-a como dimensão básica da cidadania e um eixo funcional da política social.

Considerando a representação social como determinante de práticas, concluímos também que as representações que emergiram da legislação podem contribuir para a mudança das práticas dos profissionais de saúde que operacionalizam esse sistema através da compreensão dos preceitos teóricos e jurídicos do SUS e da efetiva implementação dos seus princípios.

Espera-se desta forma, que ocorra a promoção de melhorias no resultado final da assistência direta aos usuários que buscam as instituições públicas de saúde para serem atendidos em suas necessidades de saúde, caracterizando-se dessa forma um desafio que caminha no sentido de fazer avançar a democracia e a cidadania.



## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. *A Abordagem Estrutural das Representações Sociais*. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (org). *Estudos Interdisciplinares em Representação Social*. 2.ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p.27-38.

ACIOLI, S. *Participação Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ: ABRASCO, 2005. p. 293-303.

ALMEIDA, C. *Eqüidade e Reforma Setorial na América Latina: um Debate Necessário*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, p. 23-36, 2002. Suplemento.

ARAÚJO, H.E. *Desigualdades, Mudanças Demográficas Recentes e Perfil Epidemiológico como Variáveis Políticas de Saúde – Uma Análise Regional*. In: NEGRI, B. GIOVANNI, G. (orgs). *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001, p.325-361.

ARRUDA, A. *Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero*. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v n.117, p.127-147, nov.2002.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S. *O Controle Social e a Democratização da informação: um Desafio em Construção*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 376-382, maio/jun. 2003.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BERLINGUER, G. *Uma Reforma per la Salute*. Bari: De Donato, 1979. 279 p.

BOFF, L. *Saber Cuidar. Ética do Ser Humano, Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999. 200p.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 47p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS-NOB 96*. Alterada pela portaria 1882 de 18/12/1997. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1997. 34 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, seção I, nº 40, 52 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, seção I, nº 182, 1990a 19p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 de setembro de 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 32p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 604p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - *Departamento de Apoio à Descentralização*. Regionalização Solidária e Cooperativa. In: Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40p.

BUSS, P. M. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, V.F. *Controle da Qualidade Total*. 8.ed. Belo Horizonte: Editora D.G, 1999. p. 35-49.

CAPRA, F. *O Ponto de Mutação: a Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente*. São Paulo: Cultix, 1982. 452p.

CARMO-NETO, D. *Metodologia Científica para Principiantes*. Revista e Ampliada, 2.ed. Salvador: Universitária Americana, 1993. 530p.

CARVALHO, G. *A Inconstitucional Administração Pós-Constitucional do SUS Através de Normas Operacionais*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 435-444, 2001.

CECILIO, L.C.O. *As Propostas de Melhoria do Funcionamento dos Serviços de Saúde e suas Inter-relações com os Espaços de Controle Social*. In: POZ, M.R.D.; PINHEIRO, R. (orgs.). *A qualidade dos serviços de saúde e suas inter-relações com os espaços de controle social*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 1997. p. 17-27,

CORDEIRO, H. A. *O Conceito de Necessidades de Saúde e as Políticas Sanitárias*. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. (Org.). *Saúde, Trabalho e Formação Profissional*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1997. p. 14-17.

\_\_\_\_\_. *O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS*. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 343-362, 2004.

COHN, A.; ELIAS, P.E.M. *Equidade e Reformas na Saúde nos Anos 90*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16 (suplemento), p. 173-180, 2002.

CORDONI JÚNIOR, L. *A Organização do Sistema de Saúde no Brasil*. In: ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; CORDONI Jr, L. (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27- 59.

COSTA, R.C.R. *Descentralização, Financiamento e Regulação: a Reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil Durante a Década de 1990*. Rev. Sociologia e Política, Curitiba, v.1, n. 18, p. 49-71, jun. 2002.

DRAIBE, S. *Uma Institucionalidade das Políticas Sociais? Reflexões à Propósito da Experiência Latino-Americana Recente de Reforma dos Programas Sociais*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 11, p.3-21, 1997.

DUARTE, C.M.R. *Eqüidade na Legislação: um Princípio do Sistema de Saúde Brasileiro?* Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 443-463, 2000.

ESCODA, M.S.Q. *Sobre Iniquidade em Saúde*. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.6, n.1, p.16-24, dez. 2004.

FERLA, A.A.; CECCIM,R.B; PELLEGRINI, M.L.M. Atendimento Integral: *A escuta da Gestão Estadual do SUS*. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A.(Orgs). Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003 p. 61-88.

FIORI, J.L. *Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro*. In: TAVARES, M.S., FIORI, J.L. (org.) Desajuste Global e Modernização Conservadora. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1993, p. 127-193.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Aurélio Século XXI*. Dicionário da Língua Portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.2128p.

FINKELMAN, J. (org). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 326p.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p.

GAWRYSZEWISKI, V. *A Integração Possível entre o Processo de Descentralização e a Autonomia dos Serviços de Saúde e Participação do Cidadão – Relato de Experiência*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 17-25, jan.-mar. 1991.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. *Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise*. In: EIBENSCHUTZ, C. Política de Saúde: o Público e o Privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GRASSI, A.; PELLACANI, F. *La Programazione Sanitaria da Modello Teórico a Prassi di Governo*. Milão: Franco Angelli, 1985. 282 p.

GUIMARÃES, R.B. *Regiões de Saúde e Escalas Geográficas*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1017-1025, jul.-ago. 2005.

IBAÑEZ, N., ROCHA, J.S.Y., CASTRO, P.C. *et al. Avaliação do Desempenho da Atenção Básica no município de São Paulo*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 683-703, 2006.

JARA, F.H. *A Institucionalização da Participação Cidadã: Análise dos Marcos Legais da Participação na América Latina*. In: DAGNINO, E.; OLVERA, A.J.; PANFICHI, A.(orgs) *A Disputa pela Construção Democrática na América Latina*. Campinas: UNICAMP, 2006, p.343-368.

JODELET, D. *Folies et Représentations Sociales*. Paris: PUF, 1989. 398 p.

KUSHINIR, R. *Organizando Redes de Serviço de Saúde*. In: PESSÔA, L.R.; PINTO, L.F. *Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Investimentos e Projetos em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 96-111.

LAVINAS, L. *Combinando Compensatório e Redistributivo: O desafio das Políticas Sociais no Brasil*. In: HENRIQUES, R. *Desigualdade e Pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada, 2000, p. 503-520.

LEOPARDI, M.T. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. 2.ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2002. 343 p.

LUCCHESI, P. T. R. *Equidade na Gestão Descentralizada do SUS: Desafios para a Redução de Desigualdades em Saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 439-448, 2003.

LUZ, M.T. *Notas Sobre as Políticas de saúde no Brasil de “Transição democrática” – Anos 80*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 1995.

MARQUES, S.; TYRRELL, M.A.R.; OLIVEIRA, D.C. *Scientific Nursing Production from the Perspective of Social Representation*. Brazil, 1975-2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 762-769, 2006.

MATTOS, R.A.; *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, I.A.C. *Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores*. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p. 447-448, jun. 2004.

MENDES, E.V. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144p

\_\_\_\_\_. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 300p.

MERHY, E. *Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde; Os Serviços de Porta Aberta para a Saúde e o Modelo Tecno-assistencial em defesa da Vida*. In: CECILIO, L. (org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, p.117-160. 1994

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6.ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 269p.

MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, S.; FARR, R. *Social Representations*. Cambridge: University Press, 1984. 313p.

OLIVEIRA, D.C. *A Promoção da Saúde da Criança: Análise das Práticas Cotidianas Através do Estudo de Representações Sociais*. 1996. 365f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. *Pontuando Idéias Sobre o Desenvolvimento Metodológico dos Estudos de Representações Sociais nas Pesquisas Brasileiras*. Rev. Brasileira Enfermagem, Brasília, v.58, n.1, p.86-90, jan-fev. 2005a.

\_\_\_\_\_. *Análise de Conteúdo Temática: Uma Proposta de Operacionalização*. Texto Didático e Instrumentos, Mimeo, 2005b. 9 p.

OLIVEIRA, D.C.; RODRIGUES, B.M.R.D. *A Utilização da Teoria das Representações Sociais no Campo da Enfermagem: Uma Busca de Aproximação*. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 260-269, set/dez. 2001.

OLIVEIRA, D.C. et al. *Políticas e Práticas de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações de Instituições, Profissionais e Usuários dos Serviços de Saúde*. 2004. 32 f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B.; THOMÉ, H. I.; STOLZ, E.D. *Paradoxos das Políticas de Descentralização de Saúde no Brasil*. Rev. Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 20, n.6, p. 416-422, dec. 2006.

PEREIRA, C. A. *A Política como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989*. Dados - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p. 423-477, 1996.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.178p.

\_\_\_\_\_. (Org.). *Construção social da demanda: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ: ABRASCO, 2005. 304p.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

ROUQUETE, M. L. *Representações e Práticas Sociais; Alguns Elementos Teóricos*. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (org.) *Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais*. 2.ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

SÁ, C.P. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993. 189p.

\_\_\_\_\_. *A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.106p.

SABATOVISKI, E.; FONTOURA, I.P. *Constituição do Estado do Rio de Janeiro*. 5.ed. Curitiba: Juruá, 2002.120 p.

SALLUM, B. *Labirintos – Dos Gerais à Nova República*. São Paulo: Hucitec, 1996. 199 p.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. R. *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003. 204p.

SCATENA, J.H.G. TANAKA, O. Y. *Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.10, n.2, p. 47-74, ago-dez. 2001.

SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras. 2000. 414p.

SOLLA, J.J.S.P. *Avanços e Limites da Descentralização no SUS e Pacto de Gestão*. Rev. Baiana de Saúde Pública. Salvador, v. 30, n.2, p. 332-348, jul.-dez. 2006.

SOUZA, R.O. *Serviço Social na Saúde: Contribuições Políticas e Profissionais ao Exercício do Controle Social*. 2001. 270 f. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, R.R. *A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 451-455, 2001.

STARFIELD, B. *Improving Equity in Health: A Research Agenda*. International Journal of Health Services, London, v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

TEIXEIRA, E.R., FIGUEIREDO, N.M.A. *O Desejo e a Necessidade no Cuidado com o Corpo: uma Perspectiva Ética na Prática de Enfermagem*. Niterói: EdUFF, 2001, 181p.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWEL; M.C.; BURGARIN, M. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos*. Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, v.57, n.1, 2003, p. 253-281.

TREVISAN, L. *Das Pressões às Ousadias: o Confronto entre a Descentralização Tutelada e a Gestão em Rede no SUS*. Rev. Administração Pública. São Paulo, v. 41, n.2, p. 237-254, mar.-abr. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas, 1987.175p.

VIANA, A.L.A. *Desenho, Modo de Operação e Representação de Interesses do Sistema Municipal de Saúde*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 20-23, 1998.

VIANA, A.L.A.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. *Descentralização e Federalismo: a Política de Saúde em Novo Contexto - Lições do Caso Brasileiro*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.493-507, 2002.

VIANA, A.L.A.; NEGRI, B.(orgs) *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. 630p.

VIANA, A.L.A.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. *Política de Saúde e Equidade*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

WAGNER, W. *Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais*. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (org). *Estudos Interdisciplinares em Representação Social*. 2.ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 3-26.

WHITEHEAD, M. *The concepts and Principles of Equity and Health*. Health Promotion International, Copenhagen, v6. n.3, p. 217-228. 1991.

**APÊNDICE A**

**QUADROS DE SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E TEMAS NA  
ANÁLISE DE CONTEÚDO**

**QUADRO1:**

**SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E TEMAS NA ANÁLISE DE  
CONTEÚDO  
UNIVERSALIDADE NO ACESSO À SAÚDE**

<b>CÓDIGO DA UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO</b>	<b>Constituição Federal</b>	<b>Lei 8080/90</b>	<b>Constituição Estadual/RJ</b>	<b>Lei 8.142</b>	<b>TOTAL UR</b>	<b>TOTAL LEIS</b>
U1	A SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA	1	1	1	0	03	3
U2	ACESSO DO CIDADÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	0	02	02	0	04	02
TOTAL						07	



**QUADRO2:**  
**SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E TEMAS NA ANÁLISE DE**  
**CONTEÚDO EQÜIDADE**

<b>CÓDIGO DA UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO</b>	<b>Constituição Federal</b>	<b>Lei 8080/90</b>	<b>Constituição Estadual/RJ</b>	<b>Lei 8.142</b>	<b>TOTAL UR</b>	<b>TOTAL LEIS</b>
E1	O PROCESSO DE EQÜIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	2	1	1	0	4	3
E2	RELAÇÃO ENTRE ALCANCE DA EQÜIDADE E O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	0	1	0	0	1	1
TOTAL						05	

**QUADRO3:**  
**SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E TEMAS NA ANÁLISE DE**  
**CONTEÚDO**  
**INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE**

<b>CÓDIGO DA UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO</b>	<b>Constituição Federal</b>	<b>Lei 8080/90</b>	<b>Constituição Estadual/RJ</b>	<b>Lei 8.142</b>	<b>TOTAL UR</b>	<b>TOTAL DE LEIS</b>
I 1	INTEGRALIDADE COMO PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	12	29	30	1	72	04
I3	ARTICULAÇÃO DE OUTRAS POLÍTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS	0	28	10	0	38	2
TOTAL						110	









# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)