

1. A construção do direito à saúde no Brasil*

Heberth Costa Figueiredo, Liliane Brum Ribeiro, Luciana Ferreira Bordinoski e Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Neste primeiro capítulo serão abordados aspectos históricos e conceituais da luta pelo direito à saúde, bem como apresentados **legislações constitucionais, legislação infraconstitucional e atos normativos** que regulamentam o direito à saúde no Brasil.

Também será enfatizada a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), suas instâncias colegiadas de gestão e as relações entre esferas de governo e do controle social.

A gênese do direito à saúde no Brasil

A doença, a dor e a morte são companheiras indesejáveis dos seres humanos, não podemos negá-las. A saúde, em contrapartida, faz parte de nossos desejos e aspirações para termos qualidade de vida. Aliás, a saúde talvez seja um dos aspectos da vida cotidiana que desperte com mais clareza os sentimentos de justiça e igualdade social.

Como veremos a seguir, a saúde como direito é resultado de um longo processo de conquistas, respaldado por tratados internacionais e construído com a participação dos governos e dos cidadãos.

Antecedentes internacionais

O entendimento da saúde como direito de todos, assegurado pelo Estado, foi proclamado na “Declaração Universal dos Direitos Humanos” pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em de 10 de dezembro de 1948. Embora o documento não representasse

Legislação constitucional diz respeito às normas inseridas no texto da constituição.

Legislação infraconstitucional são leis ordinárias e complementares aprovadas por meio de um processo legislativo.

Atos normativos são portarias ministeriais, normas técnicas e protocolos que não necessitam de aprovação de um processo legislativo; são formuladas pelo poder Executivo.



Para aprofundar o estudo das questões tratadas neste capítulo, sugerimos assistir ao filme *Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde*, dirigido por Renato Tapajós e realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Ministério da Saúde (MS), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Fundação Euclides da Cunha (FEC).

* Extraído de BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Orgs.). *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade*. Rio de Janeiro, EAD/ENSP/Fiocruz, 2013.

Para conhecer o texto na íntegra da “Declaração Universal dos Direitos Humanos” e do “Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais”, acesse os respectivos endereços:

- <http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declar%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>
- <http://www.agende.org.br/docs/File/convencoes/pidesc/docs/PIDESC.pdf>



A “Declaração de Alma-Ata” está disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declar%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Recomendamos a leitura!

obrigatoriedade legal, constituiu-se em uma poderosa ferramenta de pressão diplomática e moral sobre os governos.

Esta declaração deu origem ao “Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais”, acordado pela Assembleia Geral da ONU em 1966.

O Pacto tratou a saúde como um direito em que o Estado tem a responsabilidade de assegurar a todas as pessoas o elevado nível de saúde física e mental. Entre outros compromissos acordados, destacaram-se a diminuição da mortalidade fetal e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento saudável das crianças. No Brasil, o Pacto foi adotado apenas em 1991, com o Decreto Legislativo n. 226, em vigor a partir do ano de 1992 (PACTO..., 1966).

Em 1978, surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata (Cazaquistão), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A “Declaração de Alma-Ata” norteou políticas de saúde e apontou a atenção primária como caminho, para que as pessoas alcançassem um nível de saúde capaz de possibilitar seu desenvolvimento social e econômico.

Antecedentes nacionais

Como em todos os outros aspectos da história do país, a constituição da saúde como direito também sofreu influências do contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Começamos a contar essa história, a partir da década de 1970, quando tiveram início as principais mudanças que culminaram, em 1988, com o reconhecimento da saúde como direito de todos e um dever do Estado brasileiro.

Na década de 1970, os governos militares entendiam a saúde como um problema exclusivo do indivíduo e não como um fenômeno de saúde pública, de caráter preventivo e coletivo. As decisões sobre as ações de saúde eram centralizadas no nível do governo federal e o financiamento das mesmas sofria forte influência do capital internacional, que priorizava um modelo centrado na assistência hospitalar. O modelo de saúde vigente dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde

pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os excluídos, que não possuíam direito algum.

Indicadores socioeconômicos e de saúde mostravam a situação alarmante vivida por parcela importante da população brasileira. Para se ter uma ideia, citamos alguns exemplos na Tabela 1: a esperança de vida ao nascer era de 53,5 anos; cerca de 1/3 da população feminina era analfabeta e a taxa de mortalidade infantil chegava a 115,0 óbitos de menores de um ano para 1.000 nascidos vivos. Quase 70% dos indivíduos eram pobres e as coberturas de saneamento e de energia elétrica eram muito baixas.

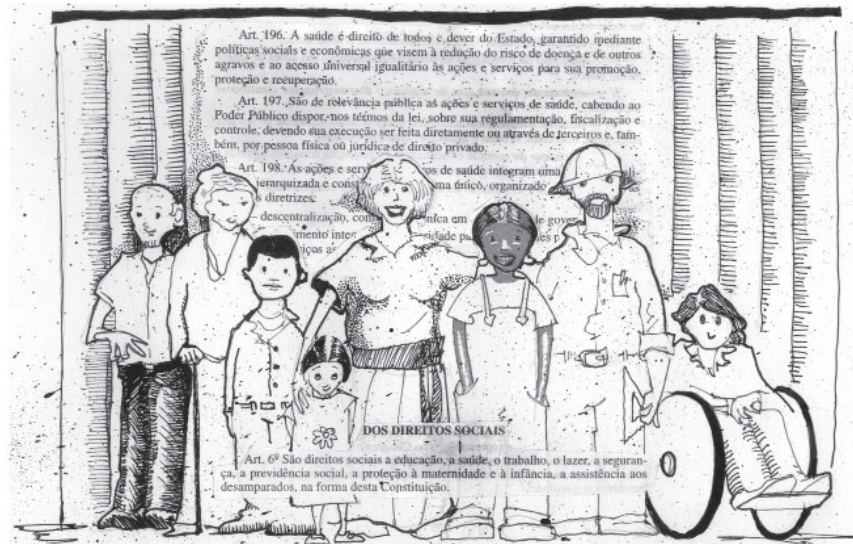
Quadro 1 – Alguns indicadores do Brasil da década de 1970

Indicadores	Década de 1970
Esperança de vida ao nascer ¹	53,5 anos
Porcentagem de analfabeto na população feminina de 15 anos ou mais ²	36,0%
Taxa de Mortalidade Infantil ³	115,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos
Porcentagem de indivíduos em pobreza (renda familiar per capita inferior a um salário mínimo) ⁴	67,9%
Porcentagem de domicílios servidos por:	
• rede geral de água ⁴	32,8%
• rede de esgoto (ou fossa séptica)	26,9%
• energia elétrica ⁴	48,6%

Fonte: 1. Santos (2010); 2. IBGE (2007); 3. IBGE (1999); 4. Paim (2011).

Esse contexto socioeconômico desencadeou a organização e o fortalecimento de várias associações de defesa dos direitos dos cidadãos, entre elas, as que lutavam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e as de intelectuais da área de saúde organizados no Movimento da Reforma Sanitária.

No início da década de 1980, a crise na Previdência Social associada a fatores como a efervescência política após a queda do regime militar, o processo de redemocratização do país, a reabertura política em meio à profunda crise econômica, a estagnação do crescimento e o descontrole da inflação levaram o Movimento da Reforma Sanitária a contar também com o apoio de vários segmentos da sociedade que buscavam a implementação dos direitos sociais.



O movimento fazia severas críticas ao modelo de atenção à saúde vigente e propunha a ampliação do conceito de saúde destacando sua relação com a alimentação, a moradia, o lazer, a renda e a educação.

Esses fatos contribuíram para a reforma do sistema de saúde brasileiro que tem como marco a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”, em março de 1986. A conferência contou com a participação de mais de quatro mil participantes – mil delegados escolhidos para representar usuários e trabalhadores da saúde e os demais eram representantes das três esferas de governo, intelectuais, universitários, parlamentares e partidos políticos.



Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde que orientou os deputados constituintes, responsáveis pela elaboração da Constituição Federal de 1988, a promulgar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

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

O conceito de saúde passa a ser centrado na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

A saúde não é apenas a ausência de doença, ela está relacionada com a qualidade de vida da população, que compreende alimentação, trabalho, nível de renda, educação, serviço de saúde, meio ambiente, moradia e lazer. Essa nova concepção de saúde se materializa nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Sistema Único de Saúde do Brasil

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas seguintes leis:

- ☉ **Lei n. 8.080**, chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 19 de setembro de 1990, que dispõe principalmente sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a).
- ☉ **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990, também chamada de 2ª Lei Orgânica da Saúde, que estabelece o formato da participação popular na gestão do SUS, por meio da criação de Conferências e Conselhos de Saúde e sob a forma dos repasses financeiros diretos do ente federal para as esferas estaduais e municipais (BRASIL, 1990b).
- ☉ **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n. 8.080/90 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a).

O decreto preencheu uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ou seja, explicitar o papel da regulação e da estrutura organizativa do SUS, aspectos tão importantes para a consolidação e aprimoramento permanente de sua gestão.

SUS: serviços e ações de saúde

Do SUS fazem parte unidades de saúde da família, centros e postos de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA), clínicas, hospitais, laboratórios, hemocentros, fábricas de vacinas e medicamentos, além de



Para saber mais sobre a regulamentação do SUS, leia na íntegra:

- a Lei n. 8.080/90, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- a Lei n. 8.142/90, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>
- o Decreto n. 7.508/11, em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Livreto Decreto_n7508_Miolo.pdf

fundações e institutos de pesquisas. Por meio de sua estrutura organizacional, oferece um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Antes de prosseguir, é importante ficar claro o que se entende por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Promoção

As ações de promoção da saúde partem do entendimento que a saúde não é apenas um contraponto à doença, mas diz respeito a uma série de fatores associados à qualidade de vida, conforme mencionado inicialmente.

São, portanto, as ações que extrapolam o âmbito dos serviços de saúde, de responsabilidade de outros setores do governo, e abrangem um amplo espectro, desde a ampliação do saneamento básico, as políticas educacionais e os programas sociais como Bolsa Família, entre outros.



Para saber mais sobre o Programa Bolsa Família, acesse: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

Proteção

São ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde. Incluem um conjunto amplo de ações como, por exemplo: imunização; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS; atenção ao pré-natal, parto e puerpério qualificados; prevenção do óbito infantil e fetal; e controle da qualidade do sangue.

Recuperação

Constituem as ações que atuam nos agravos das pessoas para evitar a morte ou sequelas. Compreendem o atendimento ambulatorial básico e especializado, as urgências e emergências, a realização de exames diagnósticos, o atendimento hospitalar e a reabilitação dos doentes.

SUS: Princípios e diretrizes

As ações e serviços de saúde que integram o SUS são desenvolvidos segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e utilização da epidemiologia explicitados na Lei n. 8.080/90.

Universalidade

Todas as pessoas têm o direito ao atendimento no SUS, independentemente de etnia, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. É dever dos governos municipal, estadual e federal garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Em outras palavras, através do Sistema Único de Saúde, todas as pessoas, nascidas ou não no Brasil, têm direito a vacinas, consultas, exames, internações, cirurgias e tratamentos nas unidades de saúde públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas conveniadas ao SUS.

Embora o acesso universal aos serviços e às ações de saúde seja um processo em construção, a cobertura e as ofertas desses serviços e ações vêm se ampliando. Prova disso é que, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia (BRASIL, 2008), atualmente 98,4% dos partos acontece no ambiente hospitalar, o que indica o acesso universal para a assistência hospitalar ao parto.

Equidade

É um princípio de justiça social que visa diminuir as desigualdades/disparidades sociais e regionais no país, o que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde há maiores necessidades. Dito de outra forma, os serviços e as ações de saúde devem ser disponibilizados à população, de forma a reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país.

Como exemplo, destaca-se a situação das regiões Norte e Nordeste em relação à saúde materna e infantil. Em razão das distâncias e consequentes dificuldades de deslocamento e acesso, essas regiões apresentam os maiores riscos de morte tanto da mulher quanto do feto/recém-nascido durante a gravidez, parto ou nos primeiros dias de vida do bebê. Situação indicativa do quanto ainda é preciso avançar para alcançar o princípio de equidade.

Uma estratégia para reverter tais desigualdades é a ampliação e qualificação dos serviços e das ações voltadas para a atenção básica de saúde, de forma que esteja acessível a toda população. Um exemplo é o estabelecimento de critérios de custeio para que municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Matogrossense possam instalar unidades básicas fluviais.



Para saber mais sobre a Política Nacional de Atenção Básica, acesse o endereço http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

Integralidade

Os serviços e as ações de saúde do SUS devem ser articulados para atender os indivíduos de forma integral, compreendendo que os mesmos estão submetidos às mais diferentes situações de vida e trabalho que podem levá-los a adoecer e a morrer.

Entende-se, assim, que a atenção à saúde no SUS deve ser direcionada não somente para recuperá-la, mas também para diminuir os riscos à saúde.

Além disso, minorias sociais ou pessoas com necessidades especiais – indígenas ou deficientes físicos ou mentais, adolescentes, idosos, mulheres e homens em seus diferentes ciclos de vida, portadores de HIV, entre outros – precisam de atenção diferenciada, ou seja, serviços e ações direcionados à sua condição específica.

No SUS, cada unidade de saúde, independentemente do seu grau de **densidade tecnológica**, faz parte de um conjunto indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Para o alcance desse princípio, temos, por exemplo, a contribuição das centrais de regulação de vagas, que buscam promover o acesso regulado aos diferentes pontos de atenção, organizando fluxos e contrafluxos, com o objetivo de elevar o nível de resolutividade das ações e dos serviços de saúde.

Segundo Merhy (1994, p. 139), a ação resolutiva não se reduz a uma conduta. Para o autor, resolutividade “é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível, a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequados a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde”. Assim, a intervenção efetiva em saúde necessita de uma abordagem integral dos problemas.

O grau de **densidade tecnológica** de uma unidade de saúde depende do nível de atenção na qual está inserida.

No primeiro nível está a atenção básica que, para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância de sua área de atuação, utiliza tecnologias de elevada complexidade e **baixa densidade tecnológica**, entendida como um conjunto de procedimentos simples e baratos. A atenção básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, assunto a ser aprofundado adiante. Por isso, é fundamental que a atenção básica seja orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade. Compreende as unidades básicas de saúde com ou sem Estratégia Saúde da Família.

No segundo nível de atenção, encontram-se as ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de tecnologia de **média densidade** para o apoio diagnóstico e o tratamento. Incluem-se consultas com especialistas, cirurgias ambulatoriais, patologia clínica, exames ultrassom e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). ▶



Para saber mais sobre a assistência de média e alta complexidade no SUS, acesse: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf

O terceiro nível tem como objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrados à atenção básica e a de média complexidade. Compreende um conjunto de procedimentos do SUS de **alta densidade tecnológica** e alto custo. Exemplos: assistência oncológica, cirurgias cardiovasculares, cirurgia reprodutiva.

Fonte: Portaria SAS/MS, n. 968, de 11 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002b).

A realização do princípio da integralidade inclui também uma abordagem humanizada, na qual o usuário é compreendido em seu contexto sociocultural. Por exemplo, uma escuta sensível e sem preconceitos pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres em processo de abortamento ou vítimas de violência sexual e intrafamiliar.

Utilização da epidemiologia

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90 (BRASIL, 1990) também destaca como um de seus princípios “a utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990a, cap. 2, art. 7º, item VII) e especifica ainda diferentes aspectos da área de atuação da epidemiologia nos serviços de saúde, seja num aspecto mais geral, como forma de **analisar a situação de saúde** da população, até níveis mais específicos relativos às atividades de **vigilância epidemiológica**.

Vigilância epidemiológica

Compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos **fatores determinantes e condicionantes de saúde** individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990a, art. 6º, § 2º).

Entre as responsabilidades da vigilância epidemiológica, encontra-se a vigilância dos óbitos materno, infantil e fetal.

Fatores determinantes e condicionantes de saúde

O art. 3º da Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990a) explicita que a saúde tem entre seus fatores determinantes e condicionantes 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. E acrescenta que as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social também dizem respeito à saúde.

Na Parte II do livro são descritas a regulamentação das atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo no planejamento e na execução das ações de vigilância de óbitos e a atuação dos comitês de mortalidade.

Além dos princípios do SUS, as ações e os serviços de saúde que integram o sistema obedecem ainda às seguintes diretrizes:

- ⦿ descentralização e regionalização, com direção única em cada esfera de governo;
- ⦿ participação popular visando o controle social.

Descentralização e regionalização

É a redistribuição das responsabilidades das ações e dos serviços de saúde entre as várias esferas de governo (federal, estadual, municipal) de forma a garantir a resolutividade e integralidade da assistência ao SUS. Vamos exemplificar.

Com o intuito de reordenar e qualificar o planejamento da assistência obstétrica e neonatal, o Ministério da Saúde, quando criou a estratégia Rede Cegonha, definiu pela Portaria n. 930, de maio de 2012 (BRASIL, 2012a), o parâmetro de dois leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para cada mil nascimentos (BRASIL, 2000a). Por esse critério, a implantação do serviço não se justificaria em cerca de 80% dos municípios brasileiros simplesmente por não atingir o contingente de nascimento anual mínimo necessário para o funcionamento de serviços de alta complexidade. Por outro lado, toda criança nascida em território nacional tem o direito de acesso à UTI neonatal. Para a efetivação desse direito, é estratégico que os serviços de diferentes densidades tecnológicas e as ações do SUS de municípios de pequeno ou médio porte populacional estejam articulados de forma regionalizada, ou seja, organizados em redes de saúde – as chamadas regiões de saúde, assunto aprofundado mais adiante.

A descentralização das ações e dos serviços de saúde visa não somente dar maior racionalidade ao sistema, mas também valorizar a criação de novos espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde, ampliando o seu poder deliberativo e de controle social.

A estratégia Rede Cegonha será discutida no próximo capítulo deste livro.



Para saber mais sobre as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de UTI neonatal no âmbito do SUS, leia a Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a).

Participação popular visando o controle social



A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) assegura que a população, por meio de suas entidades representativas, participará tanto do processo de formulação das políticas de saúde como do controle de sua execução nos serviços de saúde em todos os níveis de governo, ou seja, nas instâncias federal, estadual e municipal. Por isso os serviços de saúde e os governos passam a ter o dever de fornecer informações, para que a população se posicione de forma consciente sobre as questões que dizem respeito ao direito à sua saúde.

No SUS, as instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo compreendem:

Conselho de saúde

Concretiza a participação da sociedade civil na administração do SUS, propiciando o controle social. É de caráter permanente e deliberativo e tem por objetivo formular as estratégias, acompanhar e controlar a execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros.

Os conselhos de saúde estão estruturados nos três níveis de governo, ou seja, existe um conselho de saúde em cada município, denominados

Conselhos Municipais de Saúde; um em cada estado, que são os Conselhos Estaduais de Saúde; e outro no nível federal, o Conselho Nacional de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é a instância máxima de deliberação do SUS. É formado por representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS, entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) são também representados no Conselho Nacional de Saúde.



Para saber mais sobre os diferentes meios de participação popular no SUS, acesse ParticipeSUS http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

Para ampliar a participação popular na gestão do SUS, mecanismos inovadores vêm sendo implementados como:

- ⑨ **Ouvidoria** – entendida como fontes de informações privilegiadas para melhorar a gestão municipal, estadual e federal do SUS. Como exemplo, o desenvolvimento de pesquisa de qualidade da assistência ao parto e nascimento por meio de entrevistas com mulheres que tiveram filhos recentemente.
- ⑨ **Auditoria** – para o acompanhamento dos serviços e ações de saúde, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários.
- ⑨ **Monitoramento, avaliação e controle da gestão do SUS** – entendido como o acompanhamento contínuo dos indicadores de saúde e da execução das políticas para subsidiar a tomada de decisão e a correção de rumos.

Conferências de saúde

Outra instância de participação popular são os comitês de mortalidade materna, infantil e fetal, reconhecidos como instrumento de acompanhamento e controle de qualidade da atenção à saúde prestada à mulher e às crianças.

A organização e o funcionamento dos comitês são aprofundados no Capítulo 8 deste livro, “Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde”.

Têm por objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de uma política de saúde cada vez mais adequada para o alcance dos objetivos, metas e estratégias do SUS. As conferências de saúde são realizadas em intervalo de tempo determinado, não superior a quatro anos, convocadas por gestores das secretarias de saúde ou, extraordinariamente, pelos conselhos de saúde.

Assim como nos conselhos, nas conferências de saúde a representação dos usuários dos SUS é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, 50% são representantes da sociedade civil organizada e 50% são administradores e prestadores de serviços de saúde.

Para refletir

O que você entende por controle social? Qual a importância do controle social na construção do SUS no seu município/estado? No seu dia a dia você percebe a atuação do controle social? De que forma?

SUS: normas operacionais

Com base nas definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/90, iniciou-se o processo de implantação do SUS. No início o processo foi orientado por quatro Normas Operacionais Básicas (NOBs) e duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), publicadas no Diário Oficial da União através de portarias do Ministério da Saúde, que tiveram as seguintes finalidades:

- ☉ propiciar o processo de descentralização do SUS, explicitando as competências e responsabilidades de cada esfera de governo e estabelecendo as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir novas responsabilidades no processo de implantação do SUS;
- ☉ promover a integração das ações de saúde das três esferas de governo (federal, estadual e municipal);
- ☉ definir critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do **Fundo Nacional de Saúde** para seus respectivos fundos de saúde.

Cada norma avançou na definição de regras para a implantação do SUS sobrepondo propostas, mas não necessariamente anulando a política anterior.

No Quadro 2, em virtude da importância das NOBs e Noas na regulamentação da gestão dos serviços e ações de saúde, mencionamos algumas que merecem destaque.

Quadro 2 – Normas operacionais e principais regulações

Normas Operacionais Básicas	Disciplina/Regulação
NOB n. 01/91	Criou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
NOB n. 01/92	Redefiniu os critérios de alocação de recursos, vinculando sua liberação ao desenvolvimento de planos quinquenais.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde.



Para saber mais sobre o FNS, consulte o site www.fns.saude.gov.br

Transferência fundo a fundo consiste no repasse de recursos de forma regular e automática, diretamente do FNS para estados, municípios e distrito federal, independentemente de convênio ou instrumento similar. Destina-se ao financiamento das ações estratégicas e dos serviços de saúde.

Quadro 2 – Normas operacionais e principais regulações (cont.)

Normas Operacionais Básicas	Disciplina/Regulação
NOB n. 01/93	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciou a transferência fundo a fundo. • Fortaleceu a municipalização da saúde e a descentralização das ações, dando início ao processo de gestão municipal. Criou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB).
NOB n. 01/96	<ul style="list-style-type: none"> • Implantou o valor <i>per capita</i> para financiamento das ações de atenção básica – Piso de Atenção Básica (PAB). • Propôs mudança do modelo assistencial da atenção à saúde: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). • Iniciou a transferência de recursos financeiros com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) que englobava algumas ações de vigilância epidemiológica e sanitária. • Substituiu as antigas formas de gestão na esfera municipal (gestões incipientes, parcial e semiplena) para apenas duas formas: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). • Iniciou a estratégia de descentralização da Vigilância Epidemiológica.
Noas n. 01/2001 e 01/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Permitiu que estados e municípios definissem as ações de saúde estratégicas e necessárias, baseadas em seu quadro epidemiológico, assumindo compromissos de qualificação da atenção básica. Entre as responsabilidades mínimas aparece a saúde da criança e da mulher. • Instituiu o Plano Diretor de Regionalização do Estado, incluindo a definição das microrregiões, incentivos financeiros para a média e alta complexidade e a gestão de atenção básica ampliada. • Iniciou a integração entre sistemas municipais, ficando o estado com o papel de coordenador e mediador, através da Programação Pactuada Integrada (PPI) acordada entre os governos estaduais e municipais. • Instituiu duas formas de gestão no âmbito municipal: Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Fonte: Brasil (1991, 1992, 1993, 1996, 2001, 2002a).

O modelo de descentralização adotado pelo SUS define os gestores nos três níveis de governo como corresponsáveis nos mecanismos para negociação e pactuação das políticas adotadas no setor saúde.

Neste modelo existem as **Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)** no âmbito de cada estado; e a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, que é o fórum nacional.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 2000b).

As CIBs são integradas pelas representações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

SUS: os pactos e a perspectiva do acesso e da equidade

Na perspectiva de melhorar a organização e o funcionamento do SUS e assim reduzir as dificuldades dos usuários no acesso aos serviços, as normas operacionais foram substituídas por pactuações entre gestores.

Foi organizada uma série de ações estratégicas por meio de Programas de Saúde e Pactos e estabelecidos compromissos entre gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), profissionais de saúde, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, com vistas à transformação do quadro epidemiológico e à efetivação dos direitos à saúde no Brasil.

Entre as ações, salientamos o Pacto pela Saúde de 2006, firmado entre o Ministério da Saúde e os Conselhos Nacionais dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e os dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), cujas propostas concentram-se nas mudanças de gestão, no processo de pactuação entre os gestores e no controle social do Sistema Único de Saúde.

As bases do Pacto foram os princípios constitucionais do SUS e a necessidade de contemplar as diferenças sociais do país.

Esse Pacto apresentou mudanças significativas para a implementação do SUS, entre as quais ressaltamos:

- ☉ a substituição do processo de habilitação para a adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão;
- ☉ a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização;
- ☉ a integração das várias formas de repasse dos recursos federais;
- ☉ o incentivo aos municípios para que assumam integralmente as ações e os serviços de saúde em seu território;
- ☉ o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três pactos:
 - Pacto pela Vida
 - Pacto em Defesa do SUS
 - Pacto de Gestão do SUS



Para saber mais detalhes sobre as prioridades dos Pactos do SUS, leia o documento "Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde", publicado na Portaria/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Análise de situação de saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde e a caracterização das condições de vida da população. Entre os objetivos da análise, destaca-se a identificação das necessidades de saúde e a determinação das prioridades de ação. Constitui importante instrumento para o planejamento em saúde.

Na Parte II deste livro estudaremos os programas, as ações, as estratégias e as portarias editadas pelo Ministério da Saúde, relacionados com a atenção à saúde da mulher e da criança e à vigilância do óbito materno infantil e fetal.

Pacto pela Vida

Com base na **análise da situação de saúde** do país, o Pacto pela Vida estabeleceu seis compromissos prioritários a serem implementados pelas três esferas de governo de forma a alcançar as metas pactuadas. Foram eles:

1. Estabelecer a política nacional de saúde do idoso.
2. Reduzir a incidência de câncer do colo do útero e de mama.
3. Reduzir a mortalidade infantil e materna.
4. Fortalecer a capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
5. Implantar a política nacional de promoção da saúde.
6. Fortalecer a atenção básica, tendo como prioridade o Programa Saúde da Família.

Entre os compromissos estabelecidos, encontra-se a redução da mortalidade materna e infantil, cujos objetivos pactuados foram:

🕒 Mortalidade materna

- Reduzir a razão da mortalidade materna.
- Garantir insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

🕒 Mortalidade infantil

- Reduzir a mortalidade neonatal.
- Reduzir os óbitos por doença diarreica e pneumonia.
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.
- Criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população superior a 80.000 habitantes.

A redução da mortalidade materna e infantil foi definida pela ONU, em 2000, como um dos oito maiores problemas mundiais que deveriam ser enfrentados no limiar do novo milênio, com vistas à promoção do desenvolvimento social e humano e à superação das iniquidades entre regiões do globo e países.

Esse evento ficou conhecido como “Cúpula do Milênio” e seus resultados como “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”. Tornou-se ▶

um marco político na busca de redução da pobreza, em todas as suas dimensões, e para garantir os direitos humanos fundamentais.

No que se refere aos temas tratados neste livro, foram definidas as seguintes metas a serem alcançadas até 2015, tendo como base o ano de 1990:

- **ODM 4: “Reduzir a Mortalidade Infantil”** – reduzir em 2/3 a mortalidade de crianças menores de um ano.
- **ODM 5: “Melhorar a saúde das gestantes”** – reduzir a mortalidade materna em 75%.

Os demais “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” são:

- Erradicar a extrema pobreza e a fome.
- Atingir o ensino básico de qualidade para todos.
- Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.
- Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças.
- Garantir a sustentabilidade ambiental.
- Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. ■



Para conhecer mais sobre as metas dos ODMs, leia o texto: “Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento”, do Ipea (2010), disponível em: http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/100408_relatorioodm.pdf

Pacto em Defesa do SUS

Propôs ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas para reforçar o SUS, como política de Estado.

As prioridades pactuadas foram:

- ☉ Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos.
- ☉ Garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde e aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
- ☉ Elaborar e divulgar a “Carta dos direitos dos usuários do SUS”.

Pacto de Gestão do SUS

Este Pacto parte da constatação indiscutível de que o Brasil é um país continental e com muitas desigualdades regionais. Portanto, mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na descentralização do SUS, para que sejam respeitadas as singularidades regionais.



Para saber mais, acesse a “Carta dos direitos dos usuários da saúde” disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114

As prioridades pactuadas foram:

- ⑨ Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- ⑨ Estabelecer as diretrizes para a Gestão do SUS, com ênfase em Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Aprimoramento do Pacto pela Saúde: Contrato Organizativo e Ação Pública (Coap)

Avaliações das ações e serviços do SUS revelaram que o modelo de atenção à saúde vigente já não estava respondendo de forma adequada aos problemas sanitários do país. As razões eram diversas, entre elas foram destacadas que:

- ⑨ as ações e serviços de saúde estavam organizados para responder às condições e aos eventos agudos, portanto funcionando de forma fragmentada;
- ⑨ o financiamento público ao SUS estava insuficiente;
- ⑨ as ações de Vigilância em Saúde estavam desarticuladas das ações de atenção à saúde, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Entre os esforços para modificar esse quadro, foi instituído o Contrato Organizativo e Ação Pública (Coap) com o Decreto n. 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011a). Esse contrato, estabelecido entre os gestores de diferentes esferas de governo, tem como base a implementação da integração das ações e serviços de saúde.

Entre outras pactuações, o Coap estabelece:

- ⑨ indicadores de saúde relevantes para identificar os principais problemas de saúde e de metas a serem alcançados na mudança do quadro epidemiológico;
- ⑨ critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução.

Na Parte II do livro, no capítulo "Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança", apresentaremos os indicadores e as metas de duas diretrizes do Coap, especificamente dirigidas para reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal.

As disposições do Coap estão definidas no art. 36 do já comentado Decreto 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011a).

SUS: articulação interfederativa

A regionalização da política de saúde ao longo dos anos vem aprimorando as formas de articulação entre as três esferas de governo e a definição de suas respectivas responsabilidades.

No Pacto pela Saúde, como vimos anteriormente, o conceito de regionalização é ampliado para além da assistência e é apresentado como eixo estruturante do Pacto de Gestão, sendo responsável por potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o seu papel de gestores (BRASIL, 2006a).

Em 2011, com a finalidade de aprimorar a integração, organização e execução de ações e serviços de saúde, foi instituída a formação de **Regiões de Saúde**.

A **Região de Saúde** deve oferecer, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar, urgência e emergência e vigilância em saúde, como também os critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços.

As necessidades de saúde e a orientação do planejamento integrado da saúde das regiões de saúde serão subsidiadas pelo **Mapa da Saúde**.

Rede de Atenção à Saúde

O processo de organização do sistema de saúde compreende o redirecionamento de ações e serviços do SUS de uma região de saúde para o desenvolvimento da **Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Os atributos de uma RAS são explicitados na Portaria n. 4.279, de 30 dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Entre eles destacam-se:

- ☉ população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- ☉ extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;



Para saber mais sobre a articulação interfederativa e os novos desafios na gestão do SUS, acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Folder_articulacao_interfederativa_final.pdf

Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado com base em identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (BRASIL, 2011a).

Mapa da Saúde é uma ferramenta utilizada para descrever geograficamente a distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido com base nos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011a).

Rede de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

- ⑨ Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde;
- ⑨ desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- ⑨ participação social ampla;
- ⑨ sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.

A Rede Cegonha será tratada no próximo capítulo deste livro.

Com base na classificação da necessidade de saúde do indivíduo, pode-se estabelecer o seu percurso assistencial, buscando garantir o cuidado integral e oportuno. O desenvolvimento da linha de cuidado contribui para organizar a Rede de Atenção à Saúde baseada na articulação das funções e responsabilidades de cada serviço de saúde envolvido.

O Ministério da Saúde vem priorizando a construção de redes temáticas com ênfase em algumas linhas de cuidado, entre elas a Rede Cegonha, 2011: atenção obstétrica e neonatal.

Para refletir

Em sua opinião, o que precisa ser implementado no seu município/estado para que as políticas públicas, entre elas as voltadas à saúde da mulher e da criança, sejam articuladas em rede?

SUS: financiamento

O financiamento tem sido uma preocupação permanente dos envolvidos diretamente com a construção do SUS, pois garantir a universalidade e a integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais constituem um grande desafio para os gestores, como aponta o texto:

[...] Seguramente, muitos dos problemas que atormentam o usuário do SUS podem ser equacionados mediante boas práticas de gestão. No entanto, é no subfinanciamento que está o ponto frágil do sistema público de saúde. Isso não só porque o Brasil não gasta o mínimo suficiente, mas pela inexorável tendência de crescimento das necessidades de recursos devido à

combinação de elementos, como os demográficos (crescimento e envelhecimento da população) e a velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose [...] (BRASIL, 2011c, p. 9).

A distribuição de recursos financeiros é um desafio enfrentado diariamente tanto por gestores, em relação à alocação de recursos entre programas e ações de saúde, quanto por profissionais de saúde, quando é preciso fazer uma opção clínica ao solicitar ou não a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia.

Os critérios de repasse de recursos na **NOB n. 01/96** e nas **Noas n. 01/2001** e **01/2002** já foram destacados no Quadro 2 – Normas Operacionais e principais regulações.

As mudanças recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS ocorreram com base no Pacto pela Saúde, em 2006.

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com os respectivos monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, a saber:

1. Atenção Básica
2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
3. Vigilância em Saúde
4. Assistência Farmacêutica
5. Gestão do SUS
6. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Para finalizar, é importante comentar a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), pois embora quase todo o conteúdo desta lei já tivesse sido implementado por meio de decretos, portarias do MS e resoluções do CNS, foram estabelecidos:

- ☉ os pisos mínimos da aplicação em saúde pela três esferas de governo;
- ☉ a definição de despesas de ações e serviços públicos de saúde;
- ☉ a instituição que os recursos referentes a cada bloco, relacionados na Portaria n. 204/GM, fossem aplicados em ações e serviços relacionados ao próprio bloco.



Para saber mais sobre o repasse de recursos ao seu município, consulte o site www.fns.saude.gov.br.

A Vigilância Epidemiológica e a Análise da Situação de Saúde são componentes da Vigilância em Saúde, conteúdos tratados na Parte II do livro.



Para saber mais detalhes sobre o sistema de saúde brasileiro, acesse o artigo “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”, de Paim et al. (2011), publicado na revista *The Lancet*, disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

Considerações finais

Neste capítulo foram apresentados aspectos da história e a conformação do sistema de saúde brasileiro, tendo como marco o direito à saúde. Discutimos os princípios e as diretrizes do SUS e destacamos a abrangência, a estruturação do SUS e os meios para a formalização da participação popular.

A partir de 1988, por meio legais e normativos, houve avanços na implementação do SUS, entre eles podemos citar o intenso processo de descentralização que conferiu maior responsabilidade aos municípios na gestão das ações e dos serviços de saúde. Mais recentemente, o Pacto pela Saúde e sua proposta de rede de serviços organizada com fundamentos na atenção básica têm ajudado na conformação de modelos de atenção à saúde mais abrangentes.

Referências

ALMEIDA, E. S. DE; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de (Org.). *Gestão de serviço de saúde*. São Paulo: Ed. da USP, 2001. cap. 1, p. 13-50.

BALSEMÃO, A. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília: Síntese, 2003. v. 1, cap.12, p. 301-312.

BONAVIDES, P. *Curso de direito constitucional*. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jun. 2011a.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990a.

BRASIL. *Lei n. 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, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/91. Fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nºs 8.074/90 e 8.080/90. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/92. Normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Brasília, DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/93. Disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PNDS 2006*: pesquisa nacional de demografia e saúde: relatório final. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jun. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 maio 2012a. Seção 1, p. 138.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: Noas-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: Noas-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2. ed., rev. e atual. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 968, de 11 de dezembro de 2002. Atualiza procedimentos de alta complexidade, SIA-SUS, SIH-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 dez. 2002b. Seção 1, p. 248.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS, 2006*. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos básicos de saúde).

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. *Declaração de Alma-Ata*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *O financiamento da saúde*. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS, v. 2). Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS, v. 1). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

DALLARI, S. G. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

IBGE. *Censo demográfico, 1970-2000*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=ECE306&sv=&t=Taxa+de+analfabetismo+das+pessoas+de+15+anos+ou+mais+de+idade++mulheres>>. Acesso em: out. 2012.

IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993. *Informação Demográfica e Socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD100&sv=&t=Taxa+de+mortalidade+infantil>>. Acesso em: out. 2012.

IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050: revisão 2008*. Rio de Janeiro, 2008. p. 35.

IPEA. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/100408_relatoriodm.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

LAURENTI, R. Perfil da mortalidade materna. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 304-319.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MERHY, E. 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: CECÍLIO, L. C. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: [s.n.], 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. *Declaração universal dos direitos humanos*. Genebra, 1948. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. *RES. 217/A/48: Declaração universal dos direitos humanos, de 10 de dezembro de 1948*. Genebra, 1948.

PACTO Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Adotado pela Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 26 de janeiro de 1992. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/docs/File/convencoes/pidesc/docs/PIDESC.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 9 maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

SANTOS, D. J. C. C. et al (Org.). *Manual do curador da saúde*. Belo Horizonte: Impr. Oficial do Estado de Minas Gerais, 2002.

SANTOS, J. L. F. Demografia: estimativas e projeções: medidas de fecundidade e mortalidade para o Brasil no Século XX. In: IBGE. Diretoria de Geociências. Coordenação de Geografia. *Atlas nacional do Brasil Milton Santos*. Rio de Janeiro, 2010. p. 117.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SILVA, J. A. da. *Curso de direito constitucional positivo*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

TOJAL, S. B. de B. A constituição dirigente e o direito regulatório do estado social: o direito sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org). *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília: Síntese, 2003. v. 1, cap.1, p. 21-37.

WEICHERT, M. A. O Sistema Único de Saúde no federalismo brasileiro. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, São Paulo, ano 8, v. 32, p. 154-175, jul./set. 2000.