

**A NORMATIZAÇÃO PÓS-IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
(SUS)**

**THE POST-IMPLANTATION NORMATIZATION OF THE UNIQUE HEALTH  
SYSTEM (SUS)**

Glauco Pereira Andrade<sup>1</sup>  
César Albenes de Mendonça Cruz<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo busca reconstruir a violência como uma categoria histórica, produzida e reproduzida na ordem do capital, capturando suas raízes objetivas e subjetivas. A construção da violência, na sociedade de classes, não perpassa por um processo natural, mas é produzida a partir das condições sociais, políticas e econômicas cujas determinações da sociedade capitalista geram a base material e efetiva para sua perpetuação. A partir de uma revisão bibliográfica acerca das categorias violência estrutural, relações sociais e capitalismo, fora possível apreender que violência é um fenômeno estruturante do capital e por isso sua superação está diametralmente relacionada também a superação do modo de produção capitalista, ou seja, implica a construção de uma nova ordem social, liberta das amarras da exploração e dominação do padrão hegemônico burguês.

**Palavras-chave:** Capitalismo; Violência Estrutural; Sociedade.

**Abstract:** This article seeks to reconstruct violence as a historical category, produced and reproduced in the order of capital, capturing its objective and subjective roots. The construction of violence, in class society, does not go through a natural process, but is produced from the social, political and economic conditions whose determinations of capitalist society generate the material and effective basis for its perpetuation. From a literature review on the categories of structural violence, social relations and capitalism, it was possible to learn that violence is a structuring phenomenon of capital and therefore its overcoming is also diametrically related to overcoming the capitalist mode of production, that is, it implies the construction of a new social order, freed from the shackles of exploitation and domination of the hegemonic bourgeois pattern.

**Keywords:** Capitalism; Structural Violence; Society.

## INTRODUÇÃO

O texto apresenta aspecto da trajetória da história da normatização do SUS e suas legislações estruturantes. A ideia deste estudo é demonstrar alguns dos processos que contribuíram para construção do SUS, a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988.

É fundamental ressaltar a importância da assistência à saúde, enquanto prática social, para cobrar de seus gestores os serviços e ações necessárias para o seu bom funcionamento. A razão que nos leva a discorrer sobre a questão das políticas públicas do SUS, já tratada sob as

<sup>1</sup>Mestrando em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, pela Escola de Ensino Superior e Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Pesquisa sobre (Saúde do Trabalhador da Área Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – ES). E-mail: histgpa@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Serviço Social, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Professor do Curso de Serviço Social e do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam. E-mail: cesar.cruz@emescam.br

mais diversas formas pelos mais diferentes autores, se deve a uma necessidade de proceder a uma releitura de fatos advindos do processo, tendo em vista que, nem todos têm acesso a saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A construção da saúde enfrenta vários desafios em diferentes vertentes, todavia, várias ações foram construídas e implantadas no início da implementação do SUS, dentre elas se destacam as: Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 ambas de 1990, Normas Básicas e Operacionais, as Emendas Constitucionais n.º29, 51 e 63, os Pactos de Saúde e o Decreto 7.508/2011, que serviram para regulamentar, organizar e fiscalizar os serviços de saúde.

Segundo (ANDRADE; CRUZ, 2019), é importante compreender parte da historicidade da saúde no Brasil, para que a sociedade possa conhecer e tomar decisões que poderão direcionar as ideias de uma Política Pública de Saúde igualitária, em que todos desfrutem dos mesmos benefícios.

## **DESENVOLVIMENTO**

Para o desenvolvimento desse texto foi realizada busca de dados em livros e capítulos de livros, além de uma revisão bibliográfica e documental, utilizando-se textos e artigos disponíveis em bases de dados virtuais de acesso aberto, sobre aspectos relacionados ao SUS e suas políticas através das legislações.

Foram selecionados nesses textos elementos históricos e conceituais referentes ao tema, para a compreensão das políticas e diretrizes, bem como os fatores que interferem nos rumos e no alcance das ações. Essa base de dados abrangeu material produzido desde os anos de 1980 até os dias atuais, e de mudanças importantes através das normatizações das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

É um estudo descritivo, de análise documental, que consiste em método de recolha e análise de dados, composto por duas fases: na primeira, ocorre a localização da fonte e a seleção dos documentos; na segunda, o tratamento das informações recolhidas e sua análise. Buscou-se enriquecer os textos de referência na área, com material coletado em diversas bases virtuais qualificadas, dentre as quais destacamos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Lilacs. Os descritores empregados foram: Normatização, Políticas Públicas, Legislação, SUS.

## A APROVAÇÃO DO SUS PÓS REGIME MILITAR

As dificuldades encontradas no Brasil pós-regime do governo militar em 1985, fez com que a sociedade de forma geral, pudesse se interessar pela reestruturação da saúde no Brasil, tendo em vista que nem todos tinham acesso aos serviços de saúde (ANDRADE; CRUZ, 2019).

Contudo, em março de 1986, foi realizado em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde – fator importante para criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Participaram da conferência a sociedade organizada composta por governos, gestores, usuários, entre outros. Esse foi um marco pois, pela primeira vez, participavam da conferência todos os interessados em debater Política Pública de Saúde para todos (BRASIL, 1986).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com interna participação social, deu-se logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964, e consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, atributos seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988 (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [s.d.]).

Para (CRUZ, [s.d.]), a partir dos assuntos discutidos na conferência, foi elaborado um relatório com os resultados e as propostas que incluem: saúde como direito e cidadania, reformulação no sistema de saúde e financiamento do setor, além da reorganização do sistema de atenção, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, antes da criação do SUS, em 1987, foi criado o Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) por iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com o SUDS, a saúde passou a ter mais autonomia, passando a descentralizar o orçamento (SOUZA, 2002; BRASIL, 2011, p. 23; PAIN, 2010, p. 41).

Nesse ano foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [s.d]).

Nos anos de 1987 e 1988 discutia-se na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação de um plano único para saúde, baseado no resultado do relatório da VIII

Conferência Nacional de Saúde. Foram momentos acalorados, pois o setor privado e o setor de medicina autônoma dificultavam a aprovação. A existência de interesses pessoais nesse período era grande, mas não foi capaz de atrapalhar a aprovação. E assim foi aprovado um novo sistema de assistência à saúde, chamado Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período iniciava-se uma nova fase na assistência à saúde no Brasil, com princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal de 1988, incluído no texto da Constituição cinco artigos que tratam exclusivamente da Saúde Art. 196 à Art. 200.

**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, 2014, p. 116-117).

Contudo, o SUS foi regulamentado somente em 1990, através da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/1990, e logo em seguida alterada para Lei 8.142/1990. Essas leis, entre outras, serviram para construir uma Política Pública de Saúde para o Brasil.

## **OS PRINCÍPIOS DO SUS**

Os princípios dos SUS estão baseados na Universalização, Equidade e Integralidade, e seus princípios organizativos se constroem em Regionalizações e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular. Segundo (BRASIL, 2011, p. 26) “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 [...]”.

## **LEIS ORGÂNICAS 8.080/1990 E 8.142/1990**

A partir da criação do SUS o Brasil precisava de leis que pudessem regulamentar os serviços de saúde, todavia, em 9 de setembro de 1990, foi implantada a Lei nº 8.080 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a.).

Foi a primeira Lei Orgânica do SUS, detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de todas as esferas do governo da União, Estados e Municípios, a participação complementar do sistema privado, recursos humanos, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. O artigo 1

20

ênfatiza que “Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a.).

Todavia, essa Lei sofreu muitos vetos do poder Executivo Federal, que acabou atingindo pontos fundamentais como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Mediante os vetos, a sociedade civil organizada reagiu, e foi elaborada outra Lei Orgânica 8.142/1990.

Logo em seguida, a Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990b.)

Além da criação desses dois conselhos, o sistema de saúde passou a contar com apoio de duas instâncias colegiadas, e que tem um papel fundamental no controle e fiscalização do SUS: a Conferência de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. A Conferência de Saúde é realizada de quatro em quatro anos, e tem o objetivo de avaliar a situação da saúde, além de propor diretrizes, sendo convocada pelo poder executivo. O Conselho Nacional de Saúde é composto pelo representante do governo, prestador de serviço, trabalhador da saúde e usuários, e atua no controle e execução da política da saúde, inclusive fiscalizando os recursos financeiros destinados (BRASIL, 1990b.).

Com a criação das Leis 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990, dá-se início a regularização dos serviços de assistência à saúde, com ações incluídas através do Sistema Único de Saúde, as quais podemos destacar: a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, programas relacionados à saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

### **AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS (NOBS) E A NORMAS OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)**

Com a implantação do SUS e a criação das Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990, foram estabelecidos os processos de orientações através das Normas Operacionais Básicas (NOBS), e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que é um conjunto de ações

e serviços de saúde, destinados a prestadores e órgãos públicos das três esferas do governo (CARVALHO, 2001; BRASIL, 2011, p. 18).

### **AS NORMAS OPERACIONAIS DÁNICAS (NOBS)**

As NOBS foram responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS. Ressalta-se que o INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde, através do decreto n. 99.060 de 07/03/1990, que participou no início da década de 1990, na criação das normas (BRASIL, 2011, p. 18).

Segundo (BRASIL, 2011, p. 18), a NOB/91 foi editada pelo INAMPS através da Resolução n. 258 de 7 de janeiro de 1991, sendo depois reeditada em 17 de janeiro do mesmo ano, pela Resolução n. 273. O objetivo dessa NOB era dificultar o processo de financiamento e descentralização do SUS, favorecendo as instituições privadas, tendo realizado as seguintes mudanças:

- Equiparou prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, que passou a ser, em ambos os casos, por meio de pagamento pela produção de serviços;
- Centralizou a gestão do SUS em nível federal (INAMPS), o que dificultou o processo de descentralização e municipalização;
- Estabeleceu o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com objetivo de burocratizar e dificultar a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos e estaduais e municipais de saúde;
- Implantou os Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A NOB/92 manteve o INAMPS como órgão responsável pelos recursos financeiros aos Municípios e Estados, por meio da Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, n. 234, de 07 de fevereiro de 1992 (BRASIL, 2011, p. 19).

A NOB/93 formalizou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde (1992), que teve como tema “Municipalização é o caminho”. As principais ações da NOB/93 foram editadas por meio da Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

(GM/MS) n. 545, de 20 de maio de 1993. Essa NOB foi responsável pela extinção do INAMPS, através da Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 2011, p. 19-20).

A NOB/93 foi responsável também pela transferência financeira regular e automática (fundo a fundo), do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena, o que facilitou o processo de transferência de recursos da União, para os demais entes federativos. Além disso, descentralizou a gestão das ações e dos serviços de saúde para os municípios e possibilitou a habilitação para o recebimento de recursos fundo a fundo. Foi responsável também pela criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Outro fator importante na criação da NOB/93 foi a definição do papel dos Estados, os quais passaram a assumir o papel de gestores do sistema estadual de saúde e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão, com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas, parcial e semiplena. Todavia, um importante passo da NOB/93, foi regular o repasse automático do Fundo Nacional de Saúde para os fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, através do decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Esse decreto possibilitou o trabalho em parceria das três esferas de governos, na implementação do SUS (BRASIL, 2011, p. 20).

A NOB/96 foi instituída através da Portaria GM/MS n. 2.203, de 05 de novembro de 1996. Essa NOB definiu o papel de responsabilidade de cada esfera dos governos na construção do SUS, sendo responsável por conferir autonomia de Gestão Plena da Atenção Básica para os Municípios, para administrar os serviços de vigilância sanitária e epidemiológico, serviços de ambulatório, bem como participar de controle do sistema municipal de saúde, que acabou proporcionando maior autonomia para a Gestão Plena do Sistema Municipal.

A NOB/96 foi alterada através da Portaria/GM 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Essa alteração trouxe mudanças importantes, criando alguns conceitos de programas voltados para a assistência básica (BRASIL, 1996).

Ressalta-se que as NOBS se configuram como instrumentos que direcionam as Políticas Públicas de Saúde, através de seu papel regulador junto a gestão, principalmente para os municípios.

## **AS NORMAS OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE AS NORMAS OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE (NOAS)**

A NOAS 01/2001 foi o resultado que envolveu o Conselho Nacional de Secretários Estadual da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS). Seu objetivo é promover equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde de todos os níveis de atenção. A NOAS 01/2001 foi criada a partir da Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001, que instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de investimentos na assistência, e por meio de seus anexos I, II, III, IV e V, ampliou as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica, passando a criar mecanismos que possibilitou o fortalecimento da gestão do SUS, através de critérios para os Estados e Municípios (BRASIL, 2001).

A NOAS 01/2002 foi instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, através de resultados estabelecidos em reunião com a CIT, de 22 de novembro. O seu objetivo era promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002). A partir da publicação, a NOAS 01/2002 passou a controlar a capacidade dos gestores de saúde dos Estados e Municípios, passando a exercer função de regulador.

Alguns pontos de destaques desses critérios merecem atenção:

- I. O processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenados pelo gestor estadual, com a participação dos municípios;
- II. A ampliação da atenção básica por meio do aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base per capita com ampliação do Piso, através da Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB);
- III. A qualificação das regiões/microrregiões;
- IV. A política para alta complexidade.

Essas NOAS foram muito importantes para as gestões compartilhadas para o SUS, pois possibilitou um maior controle nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, permitindo uma maior organização e controle com os recursos para assistência da saúde (BRASIL, 2011, p. 24).

## **AS EMENDAS CONSTITUCIONAIS PARA A SAÚDE**

A Emenda Constitucional nº 29 foi instituída em 13 de setembro de 2000, para financiar o sistema de saúde. Essa emenda estimulou um percentual a ser investido na área de saúde, pois até esse momento, somente a área de educação tinha um recurso próprio, todavia, os recursos a serem investidos são 18% da União e 25% dos Estados e Municípios da receita total de cada esfera (BRASIL, 2002). A Emenda Constitucional nº 29 também alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, onde passou a assegurar os recursos mínimos para o financiamento dos serviços e assistência à Saúde Pública no Brasil (BRASIL, 2000).

A Emenda Constitucional nº 51 foi criada em 14 de fevereiro de 2006, estabelecendo no seu art.198, o acréscimo dos § 4º, 5º e 6º. O inciso 4º estabelece que os gestores públicos do SUS possam contratar funcionários como agente comunitário, agente de combates a endemias, através de processo seletivo público, de acordo com a necessidade e de requisitos específicos de atuação. O inciso 5º determina que a Lei Federal disponha sobre o regime jurídico e passa regulamentar os agentes comunitários e agentes de combate às endemias. E por fim, o inciso 6º determina que na hipótese do não cumprimento desses servidores contratados, os agentes comunitários e os agentes de combates a endemias podem perder o cargo, fixado em lei, para o seu exercício (BRASIL, 2006).

A Emenda Constitucional nº 63 de 04/02/2010 altera o parágrafo 5º do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, para dispor sobre o piso salarial dos funcionários públicos a nível nacional, e diretrizes de plano de carreira para os agentes comunitários e os agentes de combates de endemias, ou seja, há um recurso exclusivo para essas categorias que trabalham em prol da assistência à saúde (BRASIL, 2010).

## **OS PACTOS PELA SAÚDE**

O Pacto Pela Saúde foi criado em 2006 com objetivos e metas definidas através de um Termo de Compromisso de Gestão, aprovado pelos gestores do SUS e da CIT. Em 26 de janeiro de 2006 esses documentos foram assinados pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, sendo operacionalizado pelo documento chamado Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). A partir deste pacto se construiu uma pactuação integrada em três dimensões: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

## **O PACTO PELA VIDA**

O Pacto Pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos que deriva de resultados das análises da saúde do Brasil, além das prioridades definidas pelas três esferas governamentais: União, Estados e Municípios. Trata-se de um conjunto de ações de assistência à saúde que deverá ser implementada e executada através de resultados, dentro de um orçamento financeiro (CARNEIRO *et al.*, 2014). Dentro dessas prioridades estão os seguintes objetivos: implantar saúde dos idosos, contribuir para redução da mortalidade do câncer de colo de útero e de mama, reduzir a mortalidade infantil e materna, fortalecer a capacidade de resposta de doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, elaborar e implantar Política Nacional de Promoção da Saúde e consolidar e qualificar atenção básica de saúde (MACHADO *et al.*, 2009).

## **O PACTO EM DEFESA DO SUS**

O Pacto em Defesa do SUS foi responsável por desenvolver ações nas três instâncias federativas, para dar a assistência à saúde como direito para todos os cidadãos, fortalecido pelo financiamento público como ponto central (CARNEIRO *et al.*, 2014). Os objetivos deste pacto são: implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de: mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema Universal, alcançar no curto prazo a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, garantir no longo prazo o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde e aprovar o orçamento do SUS, em especial nas três esferas de Gestão, além de elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2006).

## **O PACTO EM GESTÃO DO SUS**

Para (SCHENEIDER *et al.*, 2014, p. 13-14) e (MACHADO *et al.*, 2009), esse Pacto estabelece de forma clara para todos os membros da federação as suas responsabilidades como gestores, fortalecendo a gestão compartilhada. Outro fator deste pacto é que descentraliza e desburocratiza os processos normativos, para fortalecer a gestão compartilhada e solidária do SUS, a fim de diminuir as diferenças equitativas que existe no País, e passa a dar importância no controle social, com apoio no compromisso da qualificação da gestão. As

prioridades e objetivos deste pacto são: definir de forma, inequívoca, a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, estabelecer as diretrizes para gestão do SUS, principalmente na gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006).

### **DECRETO n.º 7.508/2011**

O Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011 vem regulamentar a Lei 8.080/90, após 21 anos. Esse decreto teve grande importância, pois através dele houve uma regularização da estrutura organizativa do SUS, com promoção de melhoria contínua na gestão (BRASIL, 2011).

A regulamentação contribuirá, também, para maior esclarecimento do Ministério Público e do Poder Judiciário a respeito das responsabilidades dos entes federativos nas redes de atenção à saúde, uma vez que não tem sido muito clara essa divisão de competências e atribuições. Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema único num país de grandes diferenças demográficas e sócio-econômicas. Por isso é importante ter clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e redes de saúde onde o direito à saúde se efetiva. O SUS é um sistema interfederativo por natureza (SANTOS, 2011).

Outro fator importante na criação do decreto n.º 7.508/2011 foi que, através dele, as responsabilidades e as atribuições do direito à saúde da população nos serviços de assistência foram definidos, promovendo o desenvolvimento das melhores estratégias para o funcionamento do sistema (BRASIL, 2011).

O decreto organiza as relações interfederativas, mediante a consagração dos colegiados interfederativos tripartite, bipartite e regional, nos quais as decisões são consensuais em razão do compartilhamento da gestão e define, ainda, as portas de entrada do sistema de saúde, dispondo sobre a hierarquização da complexidade dos seus serviços, a integralidade da assistência, a assistência farmacêutica, metas de desempenho e sua avaliação mediante indicadores de saúde (SANTOS, 2011).

Neste sentido, o decreto foi instituído com o propósito de organizar os serviços assistenciais de saúde, garantindo a acessibilidade para os que precisam ter acesso a saúde de forma integral e igualitária.

Dessa forma é possível constatar que desde a criação do SUS o desafio é grande no sentido de colocar em prática os princípios de universalidade, integralidade e equidade, sendo

necessário um trabalho contínuo, visando fortalecer o sistema e as Políticas Públicas de Saúde, através de diretrizes em prol da sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Procuramos, com este texto, contribuir para o debate sobre os caminhos possíveis para a área da Construção das Políticas Públicas do SUS, através de suas organizações estruturantes na atual conjuntura sociopolítica, e que têm como objeto o campo da saúde e suas políticas empreendidas no País (NEHMY; DIAS, 2010).

A implementação das Leis Orgânicas n.º 8.080 e n.º 8.142, ambas de 1990, teve importante participação na promoção, prevenção e recuperação da saúde, as quais passaram a regularizar as ações dos serviços de saúde em todo território brasileiro. As Normas Operacionais (NOB e NOAS), também tiveram grande contribuição no sistema de saúde do Brasil, pois auxiliou no aprofundamento e implementação do SUS, e normatizou as relações dos gestores em todo sistema de governo. As Emendas Constitucionais n.º 29, 51 e 63 contribuíram para modificar, em partes, a Constituição do País para se adaptar e permanecer atualizada diante de relevantes mudanças sociais; os Pactos de Saúde auxiliaram na construção e inovação de modelo assistencial de saúde (BRASIL, 2011). E por fim, o Decreto 7.508/2011, o qual foi responsável por regulamentar a Lei Orgânica 8.080/90. Todavia, ambas legislações foram e são importantes até a atualidade, para o contínuo melhoramento das Políticas Públicas do SUS.

Conclui-se que, questões envolvendo o processo de Políticas Públicas do SUS necessitam de uma reflexão, em razão da complexidade da temática e da contribuição que os estudos podem propiciar. Para (ANDRADE e CRUZ, 2019), as constatações neste estudo evidenciam a relevância de conhecer e provocar na sociedade brasileira uma análise de como tem se comportado a prestação de serviços em atenção à saúde, tendo em vista que muitas vezes as legislações não são cumpridas em sua totalidade, sendo os cidadãos menos favorecidos os maiores prejudicados, pelo fato de não terem acesso a um sistema assistencial de saúde digno.

## **REFERÊNCIAS**

BELINI, Maria Isabel Barros (org.). *In: Anais do IV seminário internacional de políticas públicas, intersetorialidade e família: inflexões (in) esperadas e resistências possíveis.* ANDRADE, Glauco Pereira. CRUZ; César Albénes de Mendonça. **DOS PRIMÓDIOS À NOVA REPÚBLICA: HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2019.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. **AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS ATUAIS.** São Paulo. Ver. Esc. Enf. v. 1, n. 3, p. 380-398, dez. 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** v. 13. Brasília: CONASS, 2011. p. 1-30.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A GESTÃO NO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE.** v. 9. Brasília: CONASS, 2011. p. 10-37.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Texto Constitucional Promulgando em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 77/2014 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1/ a 6/1994. Brasília: Senado Federal, ed. 41, 2014.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 25 de mai. de 2020

BRASIL. “Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro 2000, que altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, ano 138, n.178, p.1-2, 14 set. 2000. Seção 1.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 51**, de 14 de fevereiro de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm)>. Acesso em: 21 de abr. de 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 63**, de 4 de fevereiro de 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc63.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc63.htm)>. Acesso em: 20 de abr. de 2020.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 setembro de 1990 a.

BRASIL. Lei n.º 8142, 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 de dezembro de 1990 b.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. **Pacto Pela Saúde**, 2006. Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pacto-pela-saude>>. Acesso em 23 de abr. 2020.

BRASIL. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. **Diário Oficial da União**, DF, 6 de novembro de 1996.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar)**. Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar)**. Brasília, 27 fev. 2002.

CARNEIRO, Silva Gomes. et al. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v, 38, n. 102, p. 429-439, jul/set, 2014.

CRUZ, Marly Marques. **Histórico do Sistema de Saúde: proteção social e direito a saúde**. [s.d.]. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_760979750.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_760979750.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2019.

CARVALHO, Gilson. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais**. 2001. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2001.v6n2/435-444/>>. Acesso em 13 abr. 2020.

MACHADO, Rosani Ramos. et al. **Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiás, v. 11, n. 1, p. 181-187, mar, 2009.

NEHMY, Rosa Maria Quadros; DIAS, Elizabeth Costa. **Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais?** Belo Horizonte. Rev. Med. Minas Gerais. V. 20, n. 1, p. 13-23, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **O QUE É SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. [s.d.]. Disponível em:

[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade04/unidade04.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf)>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

SANTOS, Lenir. 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/07/16/lei-8-08090-e-regulamentada-21-anos-depois-decreto-75082011/>>. Acesso em: 21 de maio de 2020.

SCHNEIDER, Alessandra. et al. **Pacto Pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: CEAP, 2 ed. 2009.

SOUZA, Renilson Ruhem. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.