

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DO SUS  
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA  
PROFESSOR MESTRE OSVALDO DE OLIVEIRA MACIEL – ESP/SC  
GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE – GESUS  
CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - COSEMS

# TEMA 1

# SUS

## Sistema Único de Saúde

**CAPACITAÇÃO PARA O SISTEMA DE  
PLANEJAMENTO DO SUS**

**PLANEJASUS/SANTA CATARINA 2008**

## EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

### OBJETIVOS

**Esta aula tem os seguintes objetivos:**

- ☑ Identificar os principais fatos que antecederam a criação do SUS;
- ☑ Conhecer a evolução das Normas Operacionais Básicas (NOBs) até a implantação dos Pactos pela Saúde.

### PROBLEMATIZAÇÃO

Os gestores do SUS vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído para os importantes avanços registrados nestes 17 anos de criação do SUS.

Você, participante deste curso, conhecerá nesta primeira aula a história das políticas de saúde no Brasil e fará uma viagem no tempo e poderá compreender melhor os problemas que este sistema ainda enfrenta.

Um dos problemas enfrentados pelo SUS é a alta rotatividade dos recursos humanos das Secretarias Municipais de Saúde e das estruturas das Secretarias de Estado da Saúde, fato este que ocorre pela forma de contratação e pela falta de estímulos financeiros de fixação dos profissionais nestas áreas estratégicas do sistema de saúde.

Na maioria das Secretarias Municipais de Saúde, a estrutura formal de planejamento é frágil ou inexistente, quadro este que se repete na estrutura regional e estadual da Secretaria Estadual de Saúde.

Ainda, as instituições de ensino da área da saúde, escolas técnicas, profissionalizantes e as universidades nem sempre possuem em seu projeto pedagógico disciplinas voltadas para o conhecimento do sistema de saúde, apesar de muitas vezes usarem estas estruturas para estágios durante a formação de seus alunos.

Neste sentido é que se tornam necessários cursos de formação voltados aos profissionais que atuam no SUS, haja vista que este é o caminho para tornar o sistema mais eficaz, pois o conhecimento possibilita a adesão de novos atores na luta pela implementação do SUS. Assim, é importante você se contextualizar em relação à história das políticas de saúde em nosso país, visando o estabelecimento de possíveis relações com o cotidiano de seu trabalho e da instrumentalização para o planejamento em saúde.

Neste módulo, você vai conhecer ou relembrar momentos históricos das políticas de saúde no Brasil, em especial, o momento pós-constituente, que criou o SUS, seus princípios conceituais e organizativos, sua legislação básica e todo o processo de construção durante os últimos 18 anos.

## INTRODUÇÃO

---

Para que possamos analisar a realidade hoje existente, é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos de nosso passado e da nossa história, o setor da saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Nesta unidade, vamos abordar momentos históricos das políticas de saúde no Brasil. Existem várias possibilidades de abordagens para este tema, entretanto, fizemos a opção de utilizar a classificação adotada por Paim (2003), classificando a evolução histórica das políticas de saúde em cinco grandes períodos:



- ☑ República Velha (1889-1930);
- ☑ “Era Vargas” (1930-1964);
- ☑ Autoritarismo (1964-1984);
- ☑ “Nova República” (1985-1988) e
- ☑ Pós-constituente (1989–2008<sup>1</sup>).

Após esta breve contextualização, vamos a um passeio pela história.

## A República Velha (1889-1930)

---

Este período é marcado por um cenário em que as doenças transmissíveis predominavam. Ocorriam epidemias nas cidades e mantinham-se as endemias rurais. Este cenário foi se agravando a ponto de prejudicar os interesses econômicos do Brasil, pois tínhamos um modelo econômico agro-exportador e os navios estrangeiros não queriam mais atracar nos portos brasileiros por medo das doenças contagiosas. Assim, o Estado viu-se obrigado a tomar algumas medidas para organizar os serviços de saúde pública, realizando campanhas sanitárias, tendo em vista os interesses econômicos (condições de salubridade dos portos, endemias rurais, saneamento urbano, etc.) (MENDES, 1995).

Neste período da história, a saúde não era direito de todos. A população tinha acesso a serviços de saúde somente mediante pagamento ou atendimento por hospitais de caridade (PAIM, 1994). Entretanto, no meio dos trabalhadores, começaram a surgir movimentos sociais urbanos, reivindicando melhores condições de trabalho. Como conquistas, podemos citar: em 1920, a **Reforma Carlos Chagas**, que implanta o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, separando a organização da saúde em saúde pública e previdência social, e em 1923, a **Lei Elói Chaves**, que organizou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) (BRAGA e GÓES DE PAULA, 1981 apud PAIM, 2002).

---

<sup>1</sup> Paim abordou somente até o ano de 2003, ano da publicação do material.

## A Era Vargas (1930-1964)

Ocorre a Revolução de 1930. Este cenário político permitiu uma reestruturação nos órgãos do Estado, possibilitando mudanças significativas na área da saúde. Nos anos do governo de Vargas, a saúde pública é institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde; e foi criado o **Ministério do Trabalho**, que cuida da medicina previdenciária e da saúde ocupacional, coexistindo com a medicina liberal, hospitais beneficentes, filantrópicos ou privados (PAIM, 2003).

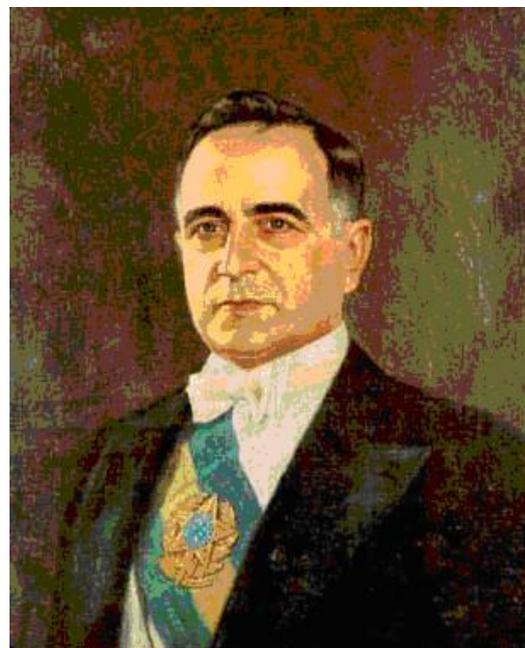
Este novo modelo organizativo valorizava a educação sanitária, institucionalizando as campanhas de controle de doenças. Em 1942, em plena Primeira Guerra Mundial, o Brasil firma convênio com os Estados Unidos e funda o **Serviço Especial de Saúde Pública** com o objetivo de assegurar condições sanitárias na Amazônia, para a produção da borracha, atendendo aos objetivos da indústria bélica (COELHO, WESTRUP e VERDI, 1995).

Em **1953, cria-se o Ministério da Saúde**, que incorpora os serviços de combate a endemias.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Todos esses órgãos transformam-se, mais tarde, em Fundação SESP e em SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), e 30 anos depois, em FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) (PAIM, 2003).

Neste formato, o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde executavam campanhas sanitárias e programas especiais (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, entre outros) e mantinham serviços como centros de saúde, pronto-socorro, hospitais de psiquiatria etc. (PAIM, 2003).

Em 1933, com o crescimento industrial, os trabalhadores se organizam e são criados vários **Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)**. Esta forma de organização de serviços de saúde prestava assistência médica somente para quem



**Figura 1 – Getúlio Vargas**  
Fonte: <http://www.brasilecola.com>

pagava a previdência social e tinha a carteira de trabalho assinada. Os trabalhadores rurais, empregados domésticos e todos que atuavam no mercado informal só tinham acesso à saúde se pagassem ou se o Ministério da Saúde ou governos estaduais e municipais prestassem algum tipo de atendimento. Neste caso, essa população que não podia pagar e não tinha a previdência era chamada de indigente ou carente (PAIM, 2003; CONASEMS, 2000).

## Autoritarismo (1964-1984)

---

1964 é o ano em que ocorre o golpe militar, cujas conseqüências perduraram por cerca de 20 anos.

Nesta época, o modelo oficial de saúde no país era centrado na assistência médica. Ambulatórios e centros de saúde foram desprestigiados e começaram a piorar as condições de atendimento e de estrutura, mesmo com a Previdência Social tendo bastantes recursos (CONASEMS, 2000).

O governo comprava serviços de assistência médica, concedia empréstimos com subsídios para a iniciativa privada construir hospitais e promovia a unificação dos IAPs, **criando, em 1966, o INPS** (Instituto Nacional de Previdência Social), que geria as aposentadorias e pensões e a assistência médica prestadas aos seus segurados e familiares.

Em 1973, os trabalhadores rurais são incluídos na previdência por meio do FUNRURAL.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que, por meio do Plano de Pronta Ação (PPA), garantiu atendimento de urgência a qualquer cidadão, segurado ou não, em clínicas e hospitais particulares contratados (PAIM, 2003).

A abertura política proporcionou condições para que surgisse, na área dos profissionais de saúde, o chamado de movimento sanitário e, em 1979, o **CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, que discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta para reorientação do sistema de saúde, que fosse alternativa ao modelo médico-privatista existente (CONASEMS, 2000; MENDES, 1995).

A crise econômica dos anos 80 afetou o setor saúde, mostrando um cenário que exigia que o governo reconhecesse a crise e a necessidade de mudar o sistema de saúde. Neste contexto, a população começa a se organizar, lutando pela democratização do país.

Assim, começaram a se desenvolver várias experiências de organização dos serviços de saúde, algumas até apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde, como o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), voltado para áreas rurais do nordeste, e o Prev-Saúde, em 1978, que não saiu do papel, por pressões do setor privado e “do boicote de dirigentes do INAMPS que constituíam ‘anéis tecno-burocráticos’ para satisfazer interesses de empresas médicas” (PAIM, 2003, p. 592).

Em 1982, o governo muda a forma de pagamento do setor privado contratado, pela introdução do pagamento por diagnóstico – “AIH”, repassando recursos para os Estados e municípios por meio de convênios (CONASEMS, 2000).

As AIS – Ações Integradas de Saúde - representaram, pela primeira vez, a possibilidade de as instituições públicas de saúde se conhecerem e começarem a fazer um planejamento mais articulado e integrado. Criam-se, então, as Comissões Interinstitucionais – CIS e CIMS -, que foram a base do SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, sendo considerado:

‘estratégia-ponte’ para a instalação do Sistema Único de Saúde durante a construção do arcabouço legal para a Reforma Sanitária, pois [...]superava a compra de serviços no interior do setor público[...] e criava os conselhos estaduais e municipais de saúde, paritários e deliberativos (PAIM, 2003, p. 593).

Em **1986**, realizou-se a **8ª Conferência Nacional de Saúde** que, com ampla participação, discutiu a situação de saúde no país e aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como princípios e diretrizes: a) conceito ampliado de saúde; b) reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do Sistema Único de Saúde; d) participação popular e e) constituição e ampliação do orçamento social (CNS, 1987).

Esta Conferência constitui um marco, pois foi a partir deste evento que foi garantida a participação de profissionais de saúde, prestadores de serviço e os

usuários do sistema na formulação das políticas de saúde do país.

Todas as conferências realizadas até o momento representaram momentos de reflexão, análise e definição de novas diretrizes na perspectiva de melhoria e avanços do sistema.

Apresentamos, a seguir, um quadro síntese das 13 conferências realizadas até o ano de 2007:

Nº	Período de Realização	Temas Centrais
1ª	1941	Criação do Ministério da Saúde.
2ª	1950	Criação do Ministério da Saúde.
3ª	1963	Os temas centrais eram: Situação Sanitária da População Brasileira; Distribuição e Coordenação das Atividades Médico-Sanitárias nos Níveis Federal, Estadual e Municipal; Municipalização dos Serviços de Saúde; Fixação de um Plano Nacional de Saúde.
4ª	1967	Recursos Humanos para as Atividades de Saúde.
5ª	1975	Os temas centrais eram: Sistema Nacional de Saúde; Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias; Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	Os temas centrais eram: Situação Atual do Controle das Grandes Endemias; Operacionalização dos Novos Diplomas Legais Básicos, Aprovados pelo Governo Federal em Matéria de Saúde; Interiorização dos Serviços de Saúde; Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos.
8ª	1986	Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento do Setor Saúde.
9ª	1992	A Municipalização é o Caminho.
10ª	1996	SUS: Construindo um novo modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida.
11ª	2000	Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
12ª	2003	Saúde: um direito de todos e dever do estado - a saúde que temos, o SUS que queremos.
13ª	2007	Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de estado e desenvolvimento.

Quadro 1 - Síntese da evolução histórica das conferências de saúde no Brasil.

Fonte: MS (2008); Lôbo (2008)

Em 1988, o texto constitucional consagrou a saúde como produto social e estabeleceu as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde (MELO; CUNHA e TONINI, 2007).

### **Pós- constituinte (1989–2008<sup>2</sup>)**

---

A saúde foi incluída no capítulo da Seguridade Social, que é o conjunto das ações de saúde, previdência social e assistência social, com financiamento comum. Para organizar o funcionamento do SUS, foram elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.

A década de noventa foi um período normativo, quando o Ministério da Saúde, em conjunto com os colegiados dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, edita e implementa as NOBs.

NOB é a abreviatura de Norma Operacional Básica, que trata da edição para o funcionamento e a operacionalização do SUS. São instrumentos normativos com o objetivo, entre outros, de regular a transferência de recursos financeiros da união aos estados e municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social, tendo sido editada até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92 NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 (POLIGNANO, 2006).

O Quadro 2 apresenta as principais características encontradas nas NOBs formuladas na década de 90, porém, existem outros aspectos que não estão aprofundados nesta análise: órgão de edição, forma de transferência de recursos entre Estado e municípios, critérios de distribuição de AIH, e uniformização da tabela de pagamento, instrumentos de programação financeira ambulatorial, criação de estímulos financeiros relacionados à descentralização, forma de pagamento ambulatorial, instâncias de negociação, participação de gestores na elaboração e formas de enquadramento dos municípios (ORTIGA, 1999).

---

<sup>2</sup> Paim abordou somente até o ano de 2003, ano da publicação do material.

Características Gerais	NOB 91	NOB 92	NOB 93	NOB 96
Órgão de edição	INAMPS	INAMPS	MS	MS
Utilização do instrumento convenial como forma de transferência de recurso entre estados e municípios	Sim	Sim	Não	Não
Critério populacional de distribuição de AIH	Por produção	População 10%	População 9,0% (1995)	População 9%
Uniformização de tabela de pagamentos	Sim	Sim	Sim	Sim
Instrumentos de programação financeira ambulatorial	UCA	UCA e GABs	UCA e GAB e RCA	Teto financeiro ambulatorial
Criação de estímulos financeiros aos municípios e estados	Não	Sim FEGE FEM	Sim FAM	PAB - fixo e variável
Pagamento ambulatorial	Produção	Produção	Produção SIA/SUS e Alto Custo APA (teto definido)	População PAB FAE - Teto definido por produção
Existência de instâncias colegiadas de negociação	Não	Não	Sim	Sim
Participação de gestores e outros segmentos na sua elaboração	Não	Não	Sim	Sim
Flexibilidade para enquadramento dos municípios	Não	Não	Incipiente, Parcial, Semiplena e Plena	Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal

**Quadro 2 - Principais características das Normas Operacionais Básicas**

Fonte: Ortiga (1999).

Legenda:

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APA	Autorização Procedimento Alto-custo
FAE	Fração Ambulatorial Especializada
FAM.	Fator de Apoio à Municipalização
FEGE	Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização.
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso Atenção Básica
RCA	Resíduo Cobertura Ambulatorial
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
TFA	Teto Financeiro da Assistência
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial

## NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS/ 2001

---

A Norma Operacional da Assistência à Saúde amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; **definindo o processo de regionalização da assistência**; criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Os municípios que assumiram as responsabilidades referentes às condições de gestão estabelecidas poderiam habilitar-se em: Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA e Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2008).

O Pacto pela Saúde é um instrumento que produz mudanças significativas nas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e comporta três dimensões: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão**. Tem como “finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas” (CONASEMS, 2006, p. 34).

O referido Pacto significa a adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG, substituindo os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes, estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente.

As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

## RECAPITULANDO

Nesta aula, vimos como é importante o conhecimento dos gestores e profissionais da saúde sobre as questões históricas do Sistema Único de Saúde.

Ainda queríamos despertar em você a vontade de conhecer mais sobre o Sistema Único de Saúde para que, embasado neste conhecimento, você se tornasse um defensor do SUS, pois na maior parte das vezes, a imprensa só mostra os grandes escândalos de uma assistência pública à saúde, enfraquecida, pela falta ou má utilização de recursos financeiros e por gerenciamento irregular e descomprometido (MELO, CUNHA e TONINI, 2007).

Agora, convidamos você a assistir ao filme **“Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde”** disponível no site:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26232](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26232)

Este filme apresenta uma sistematização dos fatos históricos relacionados às políticas de saúde no Brasil.



## VERIFICANDO A APRENDIZAGEM

Faça uma releitura do texto e responda às seguintes questões, procurando anotar suas dúvidas para serem discutidas no ambiente virtual de aprendizagem.

1. Sobre a relação do setor público e do setor privado no Brasil, no âmbito da saúde, é correto afirmar que:

- A. A articulação entre o sistema público e sistema supletivo gera economia aos cofres públicos na medida em que o poder público pode se desobrigar de oferecer serviços aqueles que contratam serviços privados.
- B. Atualmente, a maioria dos brasileiros já possui algum tipo de cobertura privada à saúde, cabendo ao poder público atender somente aos indivíduos que não possuem carteira de trabalho.
- C. O poder público tem historicamente evitado investir nas áreas mais caras e de maior sofisticação tecnológica, deixando ao setor privado esta tarefa.
- D. A articulação entre o poder público e privado na área da saúde no Brasil vem garantindo uma atuação privilegiada do setor privado nas áreas de maior lucratividade.
- E. Os grupos populacionais que não são contribuintes do INSS devem procurar assistência médica no setor lucrativo e/ou filantrópico.

2. Acerca do sistema de saúde brasileiro, julgue os itens a seguir colocando no campo designado com a letra **V**, caso julgue o item Verdadeiro e a letra **F**, caso julgue o item Falso:

- I. ( ) O SUS é único porque as mesmas ações e serviços vêm sendo estruturados e prestados em todos os estados e municípios, apesar de o federalismo brasileiro apresentar especificidades marcadas pela diversidade e heterogeneidade, com acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa e social.
- II. ( ) Desde sua instituição, o SUS vem obtendo destaque significativo na universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e maior aporte de recursos para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior, centralizado no nível federal. Entretanto, pode-se verificar que a tendência à cobertura universal é anterior à Constituição da República e à Lei n.º 8.080/1990, motivada, entre outras razões, pela crise de financiamento do modelo de assistência médica.
- III. ( ) A Previdência Social já vinha participando efetivamente dos esforços para

o alcance da universalização, por exemplo, a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), mediante integração interinstitucional.

- IV. ( ) O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo assistência integral e completamente gratuita na medida da sua capacidade de expansão e manutenção dos serviços por ele financiados, incluindo os pacientes portadores de HIV, sintomáticos ou não, os pacientes renais crônicos, os pacientes com câncer e os que necessitam de transplante de órgãos.
- V. ( ) Apesar da descentralização, não se observa tendência de os municípios assumirem a responsabilidade pelo relacionamento com as prestadoras privadas de serviços de saúde, comprometendo a gestão efetivamente descentralizada, à medida que esse papel fica restrito às esferas federal e estadual.
- A. ( ) Todas as alternativas são verdadeiras.
- B. ( ) Os itens I, II e IV são verdadeiros.
- C. ( ) Os itens II, IV e V são verdadeiros.
- D. ( ) Os itens II, III e V são verdadeiros.
- E. ( ) Todas as alternativas são falsas.

**3.** Acerca da saúde, à luz da história das políticas no Brasil, julgue os itens abaixo, colocando no campo designado com a letra **V**, caso julgue o item Verdadeiro, e com a letra **F**, caso julgue o item Falso:

- I. ( ) O SUS - Sistema Único de Saúde - foi criado na Constituição brasileira de 1988.
- II. ( ) O modelo da Previdência Social Brasileira foi criado a partir das Caixas de Aposentadoria e Pensão, em 1920.
- III. ( ) Os Pactos da Saúde foram instituídos em 2006, através de uma Norma Operacional Básica do SUS.
- IV. ( ) A medicina privada no Brasil obteve um grande crescimento e desenvolvimento na segunda metade de 60 e na década de 70.
- V. ( ) Houve participação da sociedade civil desde a institucionalização da

primeira Conferência Nacional de Saúde.

- A. ( ) Todas as alternativas são verdadeiras.
- B. ( ) Apenas os itens III, IV e V são verdadeiros.
- C. ( ) Apenas os itens I, II e IV são verdadeiros.
- D. ( ) Apenas os itens II, III e V são verdadeiros.
- E. ( ) Todas as alternativas são falsas.

4. Assinale a alternativa correta:

- A. A privatização dos serviços de saúde ocorreu tardiamente no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, assim como a noção de seguridade social e de direito universal à saúde.
- B. O conhecimento de seguridade social é semelhante à noção de seguro, no qual contribuintes de um sistema adquirem determinados direitos conforme critérios democráticos.
- C. No desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, o financiamento tripartite (Estado, empregados e empregadores) e o Controle descentralizado das decisões são características constantes.
- D. As noções de seguridade social e de direito à saúde, de algum modo, estão presentes desde os primeiros sistemas de saúde brasileiros.
- E. A conformação do sistema de atenção à saúde no Brasil deu-se de tal modo que se pode falar em um modelo de estatização privatizante.

5. Sobre os SUS no Brasil, assinale a alternativa correta:

- A. As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência sobre as públicas para participar do SUS.
- B. Há predomínio da rede privada contratada na prestação de atenção hospitalar.
- C. Há distribuição igualitária dos recursos financeiros, humanos e estruturais disponíveis entre as distintas regiões do país.
- D. Os princípios da universalidade e da equidade já são, hoje, uma realidade, enquanto que a diretriz da descentralização pouco avançou na última década.
- E. O SUS não tem como função as ações individuais e coletivas, devendo manter-se atuante nas ações de recuperação da saúde.

6. Relacione os fatos históricos com os períodos da história das políticas públicas no Brasil e assinale a seqüência correta:

I. <b>República Velha</b>	( ) Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde
II. <b>Era Vargas</b>	( ) Reforma de Carlos Chagas e Lei Elói Chaves
III. <b>Autoritarismo</b>	( ) Inclusão dos trabalhadores rurais na Previdência Social através do FUNRURAL
IV. <b>Nova República</b>	( ) Criação do Ministério da Saúde

- A. I, IV, II e III
- B. II, III, IV e I
- C. III, IV, I e II
- D. I, II, III e IV,
- E. IV, I, III e II

7. Qual o órgão criado em 1977 que era exclusivo para atender, na assistência à saúde, as pessoas que possuíam carteira de trabalho:

- A. INAMPS
- B. INSS
- C. UBS
- D. CONASS
- E. FUNRURAL

8. O PAB (Piso Assistencial Básico), criado na NOB 1996, destina-se, fundamentalmente, ao:

- A. Pagamento dos procedimentos executados pela equipe de médicos da rede básica.
- B. Custeio de procedimentos e ações de assistência básica.
- C. Pagamento dos atendimentos executados pela equipe de médicos da rede ambulatorial especializada.
- D. Custeio de exames para diagnóstico por imagem executados pela rede contratada.
- E. Custeio de exames laboratoriais executados pelos hospitais de referência da

rede básica.

9. Assinale a alternativa verdadeira. Os três componentes das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Saúde, em 2006, são:
- A. Três esferas de gestão do SUS.
  - B. Prioridades estaduais, regionais e municipais.
  - C. Governos federal, estaduais e municipais.
  - D. Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.
  - E. Qualificação, aperfeiçoamento, definição das responsabilidades.
10. Considerando a história das conferências de saúde no Brasil, assinale a alternativa correta:
- A. Na 1ª Conferência Nacional de Saúde já foi discutida a necessidade da municipalização dos serviços de saúde.
  - B. A VII Conferência Nacional de Saúde se constitui na base da criação do Sistema Único de Saúde - SUS - por exigência dos usuários.
  - C. A Reforma Sanitária no país considera as mudanças da assistência médica através da NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde - como um princípio doutrinário.
  - D. A assistência médica privada, que deve ser desenvolvida de forma complementar ao setor público, não está contemplada na Constituição brasileira de 1988 e foi definida na 5ª Conferência Nacional de Saúde em 1975.
  - E. O controle social, através da participação da comunidade, é uma diretriz da Reforma Sanitária Brasileira contida na Constituição brasileira de 1988 cuja efetivação se deu a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

## REFERÊNCIAS

---

ALONSO, Luci Keller. As políticas de saúde no Brasil e o desenvolvimento da Enfermagem. In: REIBNITZ, Kenya S; HERR, Lidvina; SOUZA, Maria de L. de. **As políticas de educação e de saúde e a enfermagem** Florianópolis: UFSC, 1999. Cap. 2, p. 39-66.

BRASIL. Ministério da saúde. Pacto pela Saúde. Disponível: em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24703&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24703&janela=1) Acesso em: 17 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 699** de 22 de março de 2006: Aprova e regulamenta o pacto pela saúde. Brasília: O Ministério, 2006.

COELHO, Elza B. S; WESTRUPP, Maria Helena B.; VERDI, Marta. **Da velha à nova república: a evolução das políticas de saúde no Brasil**. Florianópolis, UFSC, 1995. Material institucional do programa ESPENSUL.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde **SUS orientando o novo gestor municipal de saúde**. Brasília: Ars Ventura. Ano V, edição especial, 2000.

\_\_\_\_\_. Núcleo de Gestão do SUS. Pacto pela saúde: pela vida, em defesa do SUS e pela gestão. Disponível em: [http://dtr2002.saude.gov.br/www.conasems.org.br/download/pacto\\_pela\\_saude\\_conasems.doc](http://dtr2002.saude.gov.br/www.conasems.org.br/download/pacto_pela_saude_conasems.doc). Acesso em: 18 jul. 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. **Anais...** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-391.

LÔBO, Irene. **Conheça o histórico das conferências nacionais de saúde, ponto a ponto**. Disponível: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/11/09/materia.2007-11-09.1423310904/view>. Acesso em: 17 jan. 2008.

MELO, Enirtes Caetano Prates de; CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo; TONINI, Teresa. Políticas de Saúde Pública. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria A.. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007. Cap. 4, p. 47-71.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p.19-91.

ORTIGA, Angela Maria Blatt. **Efeitos da municipalização no acesso e na**

**integralidade dos serviços de saúde, Blumenau - SC (1994 –1998).** Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da república. In: Vieira da Silva, L.M. **Saúde coletiva**: textos. Salvador: Centro editorial e didático da UFBA, 1994, p. 47-59.

\_\_\_\_\_. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História de políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: [http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf). Acesso em: 16 jan. 2008.

<http://www.brasilecola.com/>