



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO DE EDUCAÇÃO A
DISTÂNCIA – PROEAD
CURSO DE BACHARELADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

JOÁS PINHEIRO DA COSTA

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA APLICAÇÃO
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CATOLÉ DO ROCHA - PB
2014**

JOÁS PINHEIRO DA COSTA

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA APLICAÇÃO
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao Curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública, Linha de Formação
Específica (LFE) I - Gestão Pública de Saúde,
semestre 2014.2.

Orientador: Profa. Ma Glauciara Pereira Barbosa.

**CATOLÉ DO ROCHA - PB
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C837s Costa, Joás Pinheiro da.
O Sistema Único de Saúde e sua aplicação no Programa Saúde da Família [manuscrito] : / Joás Pinheiro da Costa. - 2014.
26 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública - EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Glauciara Pereira Barbosa, Secretária de Educação à Distância".

1. Sistema Único de Saúde. 2. Programa Saúde da Família.
I. Título.

21. ed. CDD 362.1

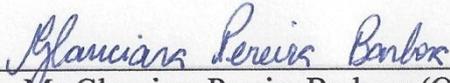
JOÁS PINHEIRO DA COSTA

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA APLICAÇÃO
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

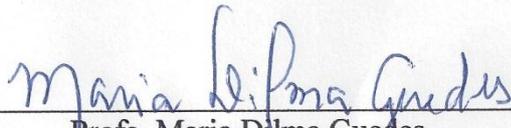
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao Curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública, Linha de Formação
Específica (LFE) I - Gestão Pública de Saúde,
semestre 2014.2.

Aprovada em: 06/12/2014.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Ma Glauciara Pereira Barbosa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Maria Dilma Guedes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ericson Robson de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, pela força e coragem durante esta longa caminhada;
À minha família pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e perseverança durante todo curso;

À minha esposa e minhas filhas, pela compreensão por minha ausência nos momentos de estudo;

Aos meus pais que sempre me orientaram a trilhar pelo caminho dos estudos;

À Universidade Estadual da Paraíba, que deu oportunidade a realização do curso;

Aos tutores Carlos Garcia e Alexandre Ramos, que nos assistiram no decorrer de todo o curso;

À professora Glauciara Pereira Barbosa pela paciência e orientação, para construção deste;

Aos colegas de classe pelo coleguismo, amizade e apoio;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para esta formação.

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Lei 8.080/90, artigo 2º.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Sociais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIS	Programas de Ações Integradas de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

	RESUMO.....	08
1	INTRODUÇÃO.....	08
2	OBJETIVOS.....	10
2.1	OBJETIVO GERAL.....	10
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.1	O SURGIMENTO DO SUS, O BRASIL NA DÉCADA DE 80.....	10
3.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	12
3.3	PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.....	13
3.4	PARTICIPAÇÃO POPULAR.....	16
3.5	COMPLEMENTARIDADE DO SETOR PRIVADO.....	16
4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
4.1	MEDICAMENTOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ACORDO COM O SUS.....	19
5	METODOLOGIA.....	20
6	DISCUSSÃO.....	20
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	ABSTRACT.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA APLICAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

COSTA, Joás Pinheiro¹
BARBOSA, Glauciara Pereria²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde desde sua implantação, promove assistência à população através de diversos programas e serviços direcionados à saúde. Um dos Programas que utiliza as diretrizes do SUS é o Programa Saúde da Família, que surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência. Este artigo objetiva descrever a relevância do Sistema Único de Saúde, associado ao Programa Saúde da Família, que através de uma equipe multiprofissional atuante nas unidades de saúde e na comunidade, facilita o acesso ao Sistema de saúde ofertado. O estudo envolveu metodologia descritiva – bibliográfica, e objetivou expor a importância deste serviço prestado aos usuários.

Palavras - chave: Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Após a aprovação do Sistema Único de Saúde, através da Constituição Federal de 1988, e com o reconhecimento que a saúde é um direito de todos, assegurado pelo governo, centrado nas três esferas, municipal, estadual e federal, firmado em determinados princípios, a população brasileira vem gradativamente utilizando este serviço, tendo conhecimento de sua amplitude e de sua assistência nos mais diversos segmentos relacionados à saúde pública.

Além da identificação dos condicionantes e determinantes da saúde, esse sistema, implantado e aprimorado de acordo com sua execução, procura, através de planejamentos, diminuir os riscos de agravos e doenças, como também executar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os usuários do Sistema Único de Saúde, além de ter a disponibilidade desses serviços, também têm o direito e a obrigação de participar das diretrizes, das tomadas de decisões e do orçamento; participação esta feita através de suas entidades representativas, entre elas os Conselhos de Saúde, que participam ativamente através de suas reuniões, da programação, execução e fiscalização da assistência prestada.

¹ Graduando do curso de Administração Pública da UEPB; Email: joas.pinheiro@bol.com.br

² Possui graduação em Licenciatura em Letras pela UFPB (2001) e Mestrado em Linguagem, Interação e Ensino pela UFCG (2006). Tem experiência na área de Letras, Administração, Ciências Contábeis, Design de Moda e Enfermagem, com ênfase em Língua Portuguesa, Literatura, Filosofia, Metodologia e Arte.

As gestões administrativas possuem o dever de garantir assistência à saúde dos cidadãos, entretanto, a esses também são atribuídos seus deveres participativos, ratificados nas leis constitucionais que regem este Sistema: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.” (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 1990, p.1)

Inserido na conjuntura assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra – se o Programa Saúde da Família, que de acordo com Rosa e Labate (2005, p. 1028), “o Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde”. Gomes *et al* (2009, p. 882) diz que “o PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, e que surge como um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade”.

Nesse programa, como próprio nome já enfatiza, há uma cobertura não somente do cidadão paciente e sim de toda sua família. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde - doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, procurando assim abranger por completo as condições limitantes no segmento saúde do paciente, pautado desta forma na diretriz integralidade do Sistema Único de Saúde, que diz: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.(BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 1990, p.3).

O Programa Saúde da Família, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, procura contemplar a mais eficaz possível resolução dos problemas de saúde da família, tentando abranger a maior diversidade desses, disponibilizando aos usuários os mais diversos tipos de assistência, seja na área social, como também na área clínica. Entretanto, os usuários precisam conhecer o funcionamento da união destes dois serviços, para que possam participar e cobrar a assistência desta parceria.

Assim, o presente estudo tem como objetivos descrever a importância da assistência à saúde dada pelos programas supracitados, elucidando assim a importância do Sistema Único de Saúde, que é praticado através de vários Programas, dentre eles o Programa Saúde da Família, trabalhado neste estudo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo bibliográfica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um estudo teórico sobre o Sistema Único de Saúde, levando – se em consideração suas características em termo de assistência aos usuários que dele precisam especificamente aos que utilizam o Programa Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir um trabalho, evidenciando a importância da concepção do Sistema Único de Saúde;
- Descrever a assistência prestada no Programa Saúde da Família seguindo os princípios deste Sistema;
- Expor a relevância da estratégia preventiva aplicada no Programa Saúde da Família,
- Demonstrar a reorganização da atenção básica em ações de promoção à saúde, aplicada no Programa Saúde da Família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SURGIMENTO DO SUS, O BRASIL NA DECADA DE 80

De acordo com Retka (1993, p. 1)“O início dos anos 80, no Brasil, marca uma série de mudanças no panorama político e social acompanhado de uma crise econômica. A população apresentava padrão de vida precária sob grande desatenção do estado sobre investimentos em políticas sociais”

O período de 1980 - 1983 é conhecido, no âmbito das políticas sociais, como o período da crise da previdência social. Na tentativa de elaborar um programa nacional de serviços básicos de saúde criou-se o Prev - Saúde, inspirado na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, o qual não chegou a ser colocado em prática. Nessa conferência promovida pela Organização Mundial da Saúde/ UNICEF, se declara que a saúde não é

apenas ausência de doença e sim um completo bem-estar físico, mental e social. A criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, propõe reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar. O CONASP propõe, em 1982, o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. As políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas. A proposta operacional foi concretizada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, em 1985, passou a Ações Integradas de Saúde (AIS).

O plano do CONASP representa uma proposta de planejamento estratégico, contribuindo para criar um intenso debate em torno da democratização da saúde e as AIS representam um movimento fundamental para iniciar o processo de mudança. A área do planejamento de saúde representava o início da incorporação dos setores público e privado nas atividades de planejamento que romperiam com a concepção dominante da dicotomia entre serviços/ações preventivas e curativas, ainda que o enfoque do planejamento se vinculasse estritamente à capacidade instalada de assistência individual.

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Verifica-se, que: como resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor de saúde, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e firmado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada é permitida participar deste Sistema de maneira complementar. É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. O Sistema único de Saúde (SUS) foi uma conquista nascida das lutas pela democracia no país e que em 1988 ganhou estatuto constitucional. Este programa de saúde foi intitulado de único, porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A primeira e maior novidade apresentada pelo SUS foi seu conceito de saúde. Este conceito ampliado de saúde, resultado de um processo de embates teóricos e políticos como visto anteriormente, trouxe consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritivos da noção vigente. Encarar saúde apenas como ausência de doenças criou um quadro repleto não só das próprias doenças como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar esta situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos.

Este conceito ampliado, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora: meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.); meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos etc.); garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para se ter saúde, foi preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. A saúde se expressa como um retrato das condições de vida. Entretanto, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa

qualidade dos serviços de saúde, mas com todo este conjunto de determinantes.

3.3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

O Sistema Único de Saúde é organizado através de determinados princípios, sendo eles:

❖ UNIVERSALIDADE

Historicamente, quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS, isto mudou: a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tomar realidade este princípio.

“A Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. O indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.” (BRASIL. 1990, p. 4)

❖ EQUIDADE

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.

“É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer à todos.”(BRASIL. 1990, p.5)

❖ INTEGRALIDADE

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também são indivisíveis e não podem ser compartimentalizadas.

❖ REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização, além de proceder à divisão de níveis de atenção, deve garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis em dada região.

“Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas)”.(BRASIL. 1990, p. 5)

Ainda de acordo com Brasil (1990, p. 5) “O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância sanitária e epidemiológica”.

“A respeito da integralidade e hierarquização a unidade saúde da família se encontra incluída no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, o qual se trata de atenção primária. É imperioso ressaltar a necessidade da rede de serviços estar vinculada, afim de que seja garantida a integral atenção aos componentes da família” (COSTA e

CARBONE, 2004).

❖ RESOLUBILIDADE

De acordo com Brasil (1990, p. 5) “É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência”

❖ DESCENTRALIZAÇÃO E COMANDO ÚNICO

“A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde é o que se chama municipalização da saúde.” (BRASIL, 1990, p.5)

Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

A decisão deve ser de quem executa, que deve ser o que está mais perto do problema. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

De acordo com Cunha e Cunha (2014, p. 14) “Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.”

3.4 PARTICIPAÇÃO POPULAR

“Esta participação é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o municipal”. (BRASIL. 1990, p.5)

O SUS foi fruto de um amplo debate democrático, mas a participação da sociedade não se esgotou nas discussões que deram origem ao SUS. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema. Para isto, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde, que devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários, e a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo, em que serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento.

3.5 COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO

A Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se dar de forma complementar, a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS, prevalecendo os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste. Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição.(BRASIL. 1990, p. 6)

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e se necessário na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização.

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O SUS é organizado para se antecipar aos problemas de saúde ou tentar solucioná-los o quanto antes e o mais perto possível da população. Desta forma, o antigo modelo no qual o paciente com problemas de saúde deveria se dirigir ao hospital está, aos poucos, sendo substituído por um modelo no qual os agentes de saúde entram em contato com a população e encaminham as pessoas para consultas na Unidade Básica de Saúde mais próxima, podendo esta ser característica do Programa Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil, na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Segundo Sousa (2009, p. 1326), “Como um componente constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS), o PSF configura as dimensões das práticas de saúde características da sociedade brasileira em termos territoriais, populacionais e das ações desenvolvidas nesses territórios”. Adicionado à essa linha de pensamento, Oliveira (2010, p. 3562) diz que este Programa “suruiu com o propósito de superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas, predominantemente, curativas, objetivando a reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica.”

De acordo com Costa *et al* (2008, p. 114) “trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades”. Esta proposta luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o locus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. O desafio que se coloca é a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário” e na família.

“O Programa Saúde da Família (PSF), desde sua origem, foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde” (SOUSA. 2009, p.1327). Ele é a base na qual o SUS opera, nele as regiões da cidade são divididas em áreas que abarquem determinado número de pessoas, de acordo com o protocolo do SUS. Todos os moradores são cadastrados e seus históricos de saúde levantados. Para cada área é designada uma equipe responsável, ela será formada por: um

médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, uma equipe formada por quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

Nesta estrutura uma figura chave para organizar e intermediar o acesso da população aos serviços de saúde é o Agente Comunitário de Saúde. Ele faz o contato com as famílias, realizando o cadastramento delas, identificando possíveis problemas de saúde, levantando informações sobre quem são e onde estão os possíveis pacientes da região onde atua, sempre ficando atento para casos que demandam maior atenção como gestantes, idosos, doentes crônicos, como também pacientes com dificuldade de locomoção. Nestes casos a equipe de saúde do Programa de Saúde pode se deslocar até a casa do paciente, prestando assistência ao mesmo.

Depois de feito o cadastramento, e prestado a primeira atenção, o agente continua visitando aquelas famílias periodicamente, e quando identifica alguma doença avisa aos demais profissionais da equipe e agenda consultas, que são realizadas na Unidade Básica de Saúde, onde é feito o primeiro atendimento e casos que não podem ser resolvidos pela equipe são encaminhados para unidades mais avançadas, ou ambulatórios de especialidades, que são preparados para fornecer tratamento especializado em determinadas áreas como: cardiologia, neurologia, dermatologia, ortopedia, etc. Havendo a necessidade, os pacientes podem ser encaminhados a uma unidade hospitalar, unidade de saúde para onde são encaminhados os casos mais graves que necessitam de especialistas e equipamentos mais avançados.

Nas Unidades Básicas de Saúde é feito o atendimento da maior parte dos problemas identificados pelos agentes, e a equipe busca solucionar os casos mais simples ali mesmo ou encaminha - los para os ambulatórios de especialidades. Casos de doenças graves que necessitam de equipamentos e especialistas são encaminhados para os Hospitais, uma vez que segundo o Art. 8º da Lei 8.080 “As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

A organização do SUS a partir do Programa Saúde da Família apresenta uma série de vantagens, dentre elas: possibilita que as famílias recebam orientações com base em sua própria realidade, já que os agentes de saúde conhecem os problemas do bairro, as famílias, suas moradias e podem identificar os principais problemas; possibilita o diagnóstico precoce e com maiores chances de cura de casos graves porque o acompanhamento é periódico;

possibilita a identificação de situações de risco, com atenção para situações que colocam em risco a saúde coletiva; desafoga os hospitais e os grandes centros de saúde que costumavam ter enormes filas de pessoas que apresentavam problemas que poderiam ser resolvidos nas próprias Unidades Básicas de Saúde.

A implantação do SUS no Programa Saúde da Família significa também a municipalização dos serviços de saúde, já que neste processo a gestão municipal passa gradualmente a se responsabilizar por todos os serviços públicos de saúde locais, inclusive o atendimento hospitalar. De acordo com o projeto do SUS as prefeituras terão “gestão plena” do sistema, e para isso os recursos são recolhidos (dos municípios, estado e união) e repassados pelo governo federal para os municípios, de acordo com o número de habitantes e de equipes de saúde de cada um.

4.1 MEDICAMENTOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ACORDO COM O SUS

“O acesso a medicamentos nas unidades básicas de saúde é um indicante da qualidade e resolubidade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito”. (PANIZ *et al.* . 2008, p. 267)

A parte assistencial relacionada aos medicamentos ofertados, também está inserida no processo preventivo. Como diz Oliveira (2010, p. 3562)“A distribuição de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde é parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças. Os medicamentos distribuídos neste nível de atenção são os chamados medicamentos essenciais, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, considerando sua eficácia, segurança, e estudos comparativos de custo e efetividade”.

Ainda de acordo com Oliveira (2010, p. 3562)

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde pública, principalmente através das unidades básicas de saúde, como o programa saúde da família, exigiu ao longo dos últimos anos, mudanças na assistência farmacêutica dentro do Sistema Único de Saúde, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição de forma gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo reduzir custos, de forma a garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais.

5 METODOLOGIA

Segundo Gil(2008), a pesquisa realizada pode ser classificada, quanto aos seus objetivos como descritiva e exploratória.

Pesquisa Descritiva: descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Ex.: pesquisa referente à idade, sexo, procedência, eleição etc.. Este estudo possui características descritivas, visto que procura descrever a disponibilidade de um programa de saúde ofertado à população.

Pesquisa Exploratória: proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso. Neste contexto, esta pesquisa também enquadra – se no termo exploratória, uma vez que através de estudos bibliográficos explica o funcionamento de um serviço em saúde, prestado à determinados usuários.

Quanto ao procedimento técnico, este trabalho enquadra – se no tópico documental, uma vez que foram utilizadas como as fontes de pesquisa: estudos, trabalhos, artigos, livros, cartilhas, documentos, que em suas particularidades contribuíram para construção deste.

6 DISCUSSÃO

Desde sua criação na década de 80, em meio a um cenário político social em instabilidade, e em seguida sua aprovação pela Constituição Federal de 1988, o atual Sistema de Saúde do Governo: o Sistema Único de Saúde, promove assistência à população, através de uma amplitude de segmentos, sejam eles estruturais, necessários ao seu desenvolvimento; sejam os sociais, que podem desencadear fatores condicionantes da saúde; sejam clínicos, diretamente relacionados ao bem estar da população assistida. Desta forma, estas características mostram que além da preocupação nas bases práticas, este Sistema também estrutura – se em fundamentos teóricos, um deles a integralidade, considerando que o indivíduo necessita de diversos fatores para uma estabilidade da saúde: clínicos e sociais, diretamente dependentes entre si. Este Sistema, após sua criação, procurou firmar o seu funcionamento através de diretrizes que carregavam a responsabilidade de reger o exercício dos direitos dos usuários no quesito saúde. Uma destas diretrizes foi a chamada

descentralização, onde as obrigações governamentais passaram a ser divididas nas três esferas governamentais: Federal, Estadual e Federal. Como diz Georigia (2010, p.512)

Uma das diretrizes do SUS, a descentralização tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços por conta dos municípios. Esse processo de descentralização no Brasil envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal.

Além da descentralização e integralidade, como já mencionadas, o Sistema Único de Saúde está firmado em outras fundamentações teóricas, como a Universalidade, que garante atenção à saúde por parte do Sistema a qualquer cidadão; tendo este o direito de intervir nas decisões dos serviços através de seus órgãos representativos; a equidade, que direciona mais estrutura aos que dela mais precisam; a resolubilidade que garante ao usuário a resolução do seu problema de saúde, quando o mesmo necessitar e procurar um serviço ofertado pelo SUS, independente do nível de competência, além das fundamentações que naturalmente surgem, de acordo com a necessidade de aprimoramento do serviço.

O Sistema Único de Saúde desenvolve diversos Programas de atenção à saúde, entre eles, o Programa Saúde da Família, implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994, que para este Ministério, o Programa Saúde da Família, é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, objetivando desta forma reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. Assim, o PSF pode ser definido como: um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados.

O Programa Saúde da Família tem como objetivo geral, contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população.

Mesmo com toda assistência prestada à população que necessita e utiliza este Sistema, associado a diversos Programas de Saúde como o PSF, o Sistema Único de Saúde necessita de constantes atualizações, sejam estruturais, teóricas, sociais, como também de conscientização popular em estimular sua participação nas decisões. Desta forma, este serviço será cada vez mais amplo e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, elaborado através de uma análise da literatura, explicitada pelos diferentes autores citados, evidenciou a extrema importância da concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, a partir de sua criação, inúmeras mudanças na assistência à saúde ocorreram favorecendo ao cidadão brasileiro um sistema de saúde mais adequado, implantado utilizando diversos níveis de atenção, entre eles, o Programa Saúde da Família.

Após o seu surgimento na década de 80, em meio a um cenário político e social fragilizado, e sendo promulgado pela Constituição em 1988, o Sistema Único de Saúde, funciona em constante processo de aperfeiçoamento. Por um lado, a promoção à saúde para população exige constantes transformações, pois a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser incorporadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Da mesma forma, é frequente o surgimento de novos agravos à saúde, que carecem de novas profilaxias e de novos cuidados. Em virtude de trabalhar não somente o aspecto clínico da saúde, como também os aspectos sociais importantes ao alicerce da saúde, o Sistema Único de Saúde precisa trabalhar arduamente pela consolidação de seus princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, bem como dos princípios que dizem respeito a sua operacionalização: descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social.

Como um componente constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Saúde da Família configura as dimensões das práticas de saúde oferecidas à população. Desde sua criação, em 1994, este programa, firmado nos princípios do Sistema Único de Saúde trabalha de forma sólida, assistindo aos pacientes usuários toda estrutura necessária às boas condições de saúde, centradas neste Programa, na atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Este Programa de saúde atribui sua eficiência à amplitude de sua assistência, desde o agente comunitário de saúde, um dos responsáveis pelo contato inicial com o usuário, à equipe multiprofissional padronizada pelo SUS e disponível em cada unidade; além de serviços privados que trabalham de forma complementar, também seguindo os princípios deste Sistema.

O Sistema Único de Saúde em parceria com o Programa Saúde da Família, mesmo com as dimensões oferecidas, através de uma ampla assistência, precisa estar em constante atualização, de forma a oferecer saúde gratuita e de qualidade aos cidadãos, procurando estruturar – se de acordo com o perfil exigido pelos princípios da saúde e procurar superar os

desafios que naturalmente aparecem a construção de uma saúde eficaz e que promova segurança e confiabilidade aos usuários.

**THE UNIFIED HEALTH SYSTEM AND ITS APPLICATION
THE FAMILY HEALTH PROGRAM**

ABSTRACT

The Single Health System since its implantation promotes assistance to the people by several programs and services focused in health. One of these Programs that uses SUS guidelines is the Family Health Program, which emerges as a new strategy of health care and redirection of the care model. This article has as objective describe the Single Health System (SUS) importance, associated to the Family Health Program, through a multiprofessional team active in the health facilities, in the community, by facilitating access to the health System offered. The study involved descriptive - bibliographic methodology, and aimed shows the importance of this service provided to users.

Keywords: System Health, Family Health Program.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde (BR). Assessoria de comunicação social, **ABC do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS, princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000

_____. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de assistência à saúde. **Abc do SUS doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde; 1990

CORDEIRO, Hesio. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2014/02/revista-ciencia-saude-coletiva-fevereiro-atencao-basica-a-saude-no-sus-uma-heranca-com-testamento>. Acesso em 22 de Nov. 2014.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, Glaucete Dias, *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 1, p. 113 – 118, 2008.

CUNHA, João Paulo Pinto; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http:// w3.ufsm.br/ivap/SUS.doc](http://w3.ufsm.br/ivap/SUS.doc). Acesso em 23 de Nov. 2014.

GEORGIA, Costa Araújo; CLARA, Iris do Céu. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**. n. 1, p.509-517, 2010

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo. 4ªed. Atlas S.A. 2002

GOMES, Karine de Oliveira, *et al.* Atenção Primária à Saúde, a menina dos olhos do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, p. 881 – 892, 2011.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, p. 3561 - 3567, 2010.

PANIZ, Vera Maria Vieira, *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 24, p. 267 – 280, 2008.

RETKA, *et al.* **A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual**. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/42NilvoRetka.pdf>. Acesso em: 22 de Nov. 2014

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, n. 13, p. 1027 – 1034, 2005.

SOUSA, Maria Fátima; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta ?. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, p. 1325 - 1335, 2009.