

CURSO DE CAPACITAÇÃO A DISTÂNCIA EM GESTÃO E DIREITO DA SAÚDE



SATeducacional

*Instituição especializada em Cursos
de Capacitação Profissional a Distância*

SUMÁRIO

1. Sistema Único de Saúde (SUS).....	05
1.1. Antecedentes e a Constituição de 1988.....	05
1.2. Rede descentralizada de atendimento à saúde.....	13
1.3. Gestão pública da saúde.....	17
1.3.1. Hospitais e as unidades de pronto-atendimento (UPA).....	17
1.3.2. Tratamento ambulatorial.....	20
1.3.3. Fornecimento de medicamentos da cesta básica.....	24
1.3.4. Programas de dispensação especial de medicamentos.....	27
1.4. Atuação administrativa da saúde.....	29
1.4.1. Ministério da Saúde.....	29
1.4.2. Secretarias Estaduais de Saúde.....	31
1.4.3. Secretarias Municipais de Saúde.....	32
1.4.4. Gestão compartilhada de recursos para a saúde pelos entes da Federação.....	34
1.4.5. Consórcios públicos de saúde.....	35
1.5. O médico no sistema único de saúde.....	37
1.5.1. Ingresso e políticas de remuneração do médico no SUS.....	38
1.5.2. Programas assistenciais de atendimento médico.....	41
1.5.3. Fomento e capacitação do médico na rede pública.....	45
1.5.4. Incentivos públicos para atração dos médicos para o SUS.....	47
1.6. A judicialização das políticas públicas de saúde.....	50
1.6.1. Estudo de casos da Justiça Estadual.....	52
1.6.2. Estudo de casos da Justiça Federal.....	54
1.6.3. O posicionamento dos Tribunais Superiores (STJ e STF).....	56
2. Gestão de hospitais, clínicas e laboratórios privados.....	62
2.1. Gerenciamento de atendimento ao público.....	70
2.1.1. Capacitação para excelência no atendimento.....	73
2.1.2. Estrutura e logística de acessibilidade ao centro de saúde.....	76
2.1.3. Mídias informativas sobre os serviços disponíveis.....	78
2.1.4. Identidade visual e fidelização da marca para o público.....	79
2.2. Gestão de convênios médicos.....	81
2.2.1. Políticas de preços e contrapartidas.....	82
2.2.2. Rede credenciada de médicos nos hospitais e clínicas.....	84
2.2.3. Rede credenciada para laboratórios de análises clínicas.....	88
2.2.4. Administração compartilhada entre hospitais e prestadores de serviços dos planos de saúde.....	91
2.3. Gestão de consultas e internações ambulatoriais.....	93
2.3.1. Gerenciamento de pessoal e estrutura para atendimentos médicos.....	95
2.3.2. Coordenação da marcação de consultas X tempo médio de espera por atendimento.....	99
2.3.3. Procedimentos médico-cirúrgicos em hospitais e clínicas.....	101
2.3.4. Otimização das equipes de enfermeiros e médicos auxiliares nos procedimentos cirúrgicos.....	104
2.4. Administração hospitalar.....	106
2.4.1. Atuação compartilhada e tomada de decisões.....	108
2.4.2. Gestão de pessoal administrativo e corpo médico.....	109
2.4.3. Gerenciamento de recursos de fundações hospitalares.....	111
2.4.4. Fomento e manutenção dos serviços fornecidos.....	112

3. Direito Médico.....	114
3.1. Introdução.....	114
3.2. Medicina e Direito.....	117
3.3. Natureza da relação médico-paciente.....	120
3.4. Legislação e normas aplicadas ao Direito Médico (Conselho Federal de Medicina).....	129
3.5. O contrato médico-paciente.....	155
3.6. Responsabilidade Civil do Médico.....	164
3.7. Responsabilidade Penal do Médico.....	170
4. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e o controle da saúde suplementar no Brasil.....	182
4.1. Planos e seguros de saúde: médicos.....	187
4.1.1. Gestão de investimentos – cooperativas médicas e sociedades empresárias de saúde.....	187
4.1.2. Administração das empresas prestadoras de serviço de saúde suplementar.....	190
4.1.3. Captação de profissionais para rede credenciada.....	192
4.1.4. Especialidades médicas e políticas de preços.....	196
4.1.5. Fiscalização das atividades e dos contratos de prestação de serviços médicos.....	198
4.2. Planos e seguros de saúde: especialidades em odontologia.....	201
4.2.1. Políticas de gerenciamento para credenciados.....	203
4.2.2. [Des]credenciamento de especialistas e áreas de atuação no mercado... ..	205
4.2.3. Formatos dos planos/seguros X necessidades dos usuários.....	208
4.2.4. Gestão da rede credenciada de clínicas especializadas e consultório.....	210
4.3. O direito do consumidor e a saúde suplementar.....	212
4.3.1. Código de Defesa do Consumidor e a prestação de serviços de saúde... ..	214
4.3.2. Defeitos de consumo e o não atendimento adequado ao usuário.....	215
4.3.3. Responsabilidade Civil da empresa médica e das operadoras de planos de saúde.....	218
4.3.4. Contratos de saúde e a jurisprudência dos Tribunais brasileiros.....	222
4.3.5. Estudo de casos: PROCON e Juizados Especiais Estaduais.....	227
4.3.6. Publicidade e expectativas sobre saúde e consumo.....	230
4.4. Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	235
4.4.1. Estrutura, organização e atribuições.....	236
4.4.2. Autorização para funcionamento das operadoras de planos de saúde..	248
4.4.3. Fiscalização e cancelamento de registros na ANS.....	250
4.4.4. Ouvidoria para reclamações de usuários.....	253
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a fiscalização sanitária no Brasil.....	255
5.1. A indústria de medicamentos no Brasil.....	259
5.1.1. Registro e autorização para comercialização.....	261
5.1.2. Indústria farmacêutica alopática e a política de preços brasileira.....	264
5.1.3. O medicamento genérico: “quebra” e expiração dos prazos de patentes industriais.....	266
5.1.4. Tratamento na ANVISA às demandas dos grandes laboratórios.....	269
5.2. Sociedades empresárias e registros na ANVISA.....	270
5.2.1. Empresas que necessitam de autorização para fabricação de produtos.....	274

5.2.2. Farmácias de manipulação e a fiscalização dos procedimentos e das fórmulas.....	278
5.2.3. Drogarias e a fiscalização sanitária de exposição/venda de medicamentos.....	280
5.2.4. O programa “Farmácia Popular” e a atuação da ANVISA.....	291
5.3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.....	292
5.3.1. Estrutura, organização e atribuições.....	292
5.3.2. As fases dos processos administrativos no âmbito da ANVISA.....	298
5.3.3. Fiscalização e cancelamento de registros/autorizações de funcionamento.....	303
5.3.4. Ouvidoria para reclamação de consumidores.....	307
Bibliografia e Referências Bibliográficas.....	309

(Direitos Autorais): A reprodução parcial ou total desta apostila, em forma impressa ou digitalizada, está expressamente proibida para qualquer interessado, tendo em vista a proteção legal dos direitos autorais da mesma pelo autor (Lei 9.610/98).

1. Sistema Único de Saúde (SUS)

1.1. Antecedentes e a Constituição de 1988

Tem-se que antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, juntamente com Estados e Municípios, já desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente no que tange às campanhas de vacinação e controle de endemias. É certo esclarecer que todas essas ações eram desenvolvidas em caráter universal sem qualquer forma de elitização da saúde, tendo todos acesso a esse tipo serviço público de saúde.

Quanto à assistência à saúde, o Ministério da Saúde possuía atuação tímida através de alguns poucos hospitais especializados, notadamente em áreas como a psiquiatria e tratamento da tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, nesse tocante para atendimento ao interior do Norte e Nordeste. Tal ação pública de saúde, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por meio de alguns Municípios e Estados, além de algumas instituições privadas de caráter filantrópico. É mister ressaltar que a população carente não tinha direito assegurado à saúde e a assistência que recebia era em condições de favor, caridade apenas.

No tocante à ação do Poder Público na assistência médico-hospitalar, a atuação era levada a cabo pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois renomeado para Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS.

O INPS, de maneira breve, surgiu como resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs – Institutos de Administração de Previdência), de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), tendo sido em momento posterior desdobrado nos chamados Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Quanto a este último (INAMPS), possuía a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a

construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal (“carteira assinada”), e seus dependentes, ou seja, sem possuir o compromisso da assistência universal, o que depois passou a ser um dos pilares do atual SUS. Dessa forma, o INAMPS aplicava nos Estados, por meio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente.

Nessa linha de raciocínio, conclui-se que quanto mais desenvolvida fosse a economia de determinado Estado, com mais trabalhadores formais contribuindo para sua assistência médico-hospitalar, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Com isso, como cediço já na história do Brasil, o INAMPS acabava por aplicar mais recursos nos Estados das Regiões Sul e Sudeste, priorizando o aporte mais intenso em cidades com grande contingente populacional. Esses recursos eram utilizados para o custeio das unidades próprias do INAMPS (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada. Assim, nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias básicas: 1) Os que podiam pagar pelos serviços (particulares); 2) Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS (trabalhadores formais); e 3) Os que não tinham direito a qualquer assistência pública de saúde.

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, do século XX, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” (situação estranha para um fundo de previdência social) serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), utilizando-se, inicialmente, de convênios. Com isso, a assistência à saúde pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, passou a preservar o seu caráter de universalidade da clientela, destinando-se a todos os brasileiros.

Considerando, ainda, a metade da década de 1970, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), mantendo estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável, mas que se tratava, em síntese de “uma perversa conjugação entre estatismo e privatismo”. Esse modelo excludente provocou, então, uma capitalização crescente do setor privado, no entanto, a precariedade do sistema, não só da área da saúde, mas em toda a área social, provocava insatisfação cada vez maior, comprometendo a legitimidade do regime.

Os conflitos da população e de vários setores da sociedade acabaram por acarretarem lutas por políticas mais universalistas e abertura política, culminando no movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva por mudanças. Com o crescimento da insatisfação popular, personificada, politicamente, na vitória da oposição em eleições parlamentares, esse movimento, que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, se amplia mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa.

Um dos marcos deste movimento ocorreu em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Já nesse momento foi discutida uma proposta de reorganização do sistema de saúde colocada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o representante legítimo do movimento sanitário. Nessa proposta, já há menção a um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado.

Também, nessa época, o INAMPS passa a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar.

No final da década de 80, o INAMPS, por meio de medidas administrativas e operacionais, adotou mecanismos para cobertura universal de assistência à saúde, abolindo a exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos

hospitais próprios e conveniados da rede pública. Em 1981 o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) incorpora algumas propostas da Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), certamente uma das primeiras experiências com um sistema mais integrado e articulado.

Esse processo acabou por implicar na instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), lei essa que instituiu o SUS.

Na verdade, tudo isso foi motivado, de um lado, pelo aumento da crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social até então existente e, de outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, responsáveis pela constituição do denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, dentro do processo de redemocratização do país. Com a incorporação de propostas oriundas de diversos eventos sobre a reforma sanitária, a Assembléia Constituinte, de 1987, acabou por adotar preceitos ali discutidos na elaboração da nova Constituição de 1988. Pelo texto constitucional, verifica-se a inclusão, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. Diz a Constituição, no Título VIII (*Da Ordem Social*), Capítulo II (*Da Seguridade Social*), Seção II (*Da Saúde*), artigo 196:

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

Além disso, sobre a organização dos serviços, o artigo 198 assim esclarece:

***As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;***

II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Muitos artigos da Constituição, não apenas na parte relativa à saúde, previam regulamentação a se realizar no prazo de 180 dias a contar da promulgação do texto constitucional. A conjuntura política pós-constituente, de linha ideológica nitidamente neoliberal, provocou um atraso considerável na regulamentação do capítulo da saúde. Já em agosto de 1990, o Congresso Nacional aprova a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90, depois modificada pela Lei nº 8.142/90), prejudicada na sua versão original pelas emendas parlamentares e posteriores vetos do então presidente Fernando Collor de Melo, principalmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social (o que até hoje é um problema social no Brasil).

Alguns princípios norteadores do SUS são importantes para nossa análise no contexto da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Senão vejamos:

a) A universalidade da atenção

A ideia de universalidade como propósito de cidadania evidenciou o anseio da sociedade brasileira para superar o modelo excludente anterior que somente os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência à saúde (INAMPS, INPS).

De todo modo, considerando que o direito à saúde envolve todo um conjunto de políticas sociais, o eixo da assistência, tendo como base o SUS, foi o que mais avançou. A inclusão do direito à saúde na Constituição de 1988 se tornou marco, uma vez que foi a primeira constituição brasileira a consagrá-lo dentre os direitos fundamentais do cidadão.

Com isso, o princípio da universalidade da atenção incorpora o direito à assistência como pressuposto da cidadania, tornando-se basilar no propósito da seguridade social

dentro dos moldes assumidos pelos países que adotaram o modelo do Bem-Estar Social como paradigma constitucional.

b) A equidade

Como desdobramento da idéia de universalidade, o princípio da equidade assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Em linhas gerais, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, alocando recursos onde as necessidades são maiores.

Na conceituação prevista pelo Poder Público, equidade significa 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. Acaba por funcionar como um “filtro” da universalidade, com conceituação mais abrangente.

Equidade é um princípio de justiça social, considerando que as injustiças sociais são o reflexo da estratificação da sociedade, cuja característica é o fato dos indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais. Além disso, temos que tal estratificação tem como base relações sociais que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.

De uma maneira geral, portanto, considerando a política assistencial proposta pelo SUS, garantir acesso universal e equitativo é apenas uma das estratégias redistributivas contempladas em uma política de proteção social.

De todo modo, um conceito único e consensual de equidade não existe sem considerar uma dada sociedade e um dado momento histórico, pois o conceito de equidade guarda dependência com o momento de desenvolvimento em que vive a política de saúde de um determinado país. No caso brasileiro, equidade foi definida como igualdade no acesso, como nos deixou claro a leitura do artigo 196 que fala em “acesso universal e igualitário”.

c) A integralidade da atenção

O terceiro princípio informador do SUS é o da integralidade. Esse princípio deve ser entendido como relativo à prática de saúde, interpretada como o ato médico individual, e também com relação ao modelo assistencial.

O princípio da integralidade pode ser considerado dentro de prática de serviços adequados que levem em consideração que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma determinada comunidade, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentadas, bem como que as unidades prestadoras de serviço, em seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

d) A regionalização e a hierarquização

Uma consequência imediata do princípio da integralidade na organização da assistência é a estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada.

Nesse sentido, têm-se os denominados princípios da regionalização e hierarquização que são definidos, segundo o Ministério da Saúde, seguindo a lógica de que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica, nesse sentido, 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).

A hierarquização baseia-se na concepção da Unidade Básica de Saúde (UBS) como meio de ingresso no sistema de saúde pública. Considera-se que a rede básica é responsável pela solução de 80% dos problemas a ela demandados (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia, Obstetrícia e Emergências referentes a essas especialidades), sendo o restante deslocado tanto para o sistema de atenção secundária (rede de unidades especializadas – ambulatórios e hospitais), quanto para o de terciária (serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade).

Já o princípio da regionalização estabelece sua operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários. A concepção de distrito sanitário surgiu no Brasil por inspiração das recomendações da Organização Pan-americana de Saúde, em 1988, de organização dos sistemas de assistência à saúde a partir dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Segundo consta do texto da Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 10, § 2º, “*no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.*”

Os distritos não devem ser entendidos como meras divisões territoriais das áreas de atuação dos serviços de saúde, mas como uma perspectiva concreta de mudança nas práticas de saúde sendo, portanto, revestida de caráter político, ideológico e técnico. Na dimensão política, o distrito sanitário se comporta como um pequeno espaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos e, principalmente, funciona como ferramenta de transformação do sistema de saúde. Do ponto de vista ideológico, o distrito incorpora novos paradigmas de atenção e de visão do processo saúde-doença, implicando em uma perspectiva de mudança cultural.

Finalmente, o distrito sanitário incorpora uma dimensão técnica que exige a utilização de conhecimentos e tecnologias para sua implantação, as quais devem estar em consonância com as posturas políticas e ideológicas nas quais se apóia.

e) O controle social

O controle social, dentro das bases do SUS, tornou-se o primordial intuito da saúde pública brasileira no processo de redemocratização do país.

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

Quanto aos chamados Conselhos de Saúde, estabelecidos em nível federal, estadual e municipal, com participação paritária de usuários, tem-se que se tornaram instâncias de participação popular de caráter deliberativo sobre os rumos das políticas de saúde nas

três esferas de governo. Não são eles a única forma de controle das ações do SUS, existindo ainda as Comissões Intergestores, os Tribunais de Contas e o próprio Ministério Público como órgãos fiscalizadores do sistema.

Já as Conferências de Saúde elas tiveram seu início há mais de 70 anos, considerando a previsão legal do art. 90 da Lei n.º 378/1937. O tempo passou, mas a obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi mantida, tanto que, em 1990, com o advento da Lei n.º 8.142, as mesmas foram tratadas como verdadeiras instâncias colegiadas de representantes de vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional.

Além disso, a Lei n.º 8.142 estabeleceu periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde, devendo contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde.

Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Nesse sentido, é forçoso concluir que as deliberações das Conferências acabam por servir de orientação para os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional, contando, cada vez mais, com a participação popular em suas decisões.

1.2. Rede descentralizada de atendimento à saúde

Outro princípio preponderante do SUS é o da descentralização, que é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A descentralização parte do princípio de que a realidade local (notadamente a do Município, que está no final da cadeia de prestação do serviço de saúde pública) é a determinante para o estabelecimento de políticas de saúde. Dessa forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde.