

**FELIPE MAXIMIANO**

**EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:**

Um estudo da funcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS)

**Monografia de Bacharelado em Ciências Econômicas**

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária

PUC – São Paulo

**Mai/2023**

**FELIPE MAXIMIANO**

EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:

Um estudo da funcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS)

**Monografia de Bacharelado em Ciências Econômicas**

Projeto de monografia entregue para Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência para obtenção de aprovação na disciplina Técnicas de Pesquisa em Economia.

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária

PUC – São Paulo

**Mai/2023**

Esta monografia foi examinada pelos professores abaixo relacionados e aprovada com nota final \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

Nomes legíveis dos examinadores (orientador e demais membros da banca)

---

---

---

Autorizo a disponibilização desta monografia para consulta pública e utilização como referência bibliográfica, mas sua reprodução total ou parcial somente pode ser feita mediante autorização expressa do autor, nos termos da legislação vigente sobre direitos autorais.

São Paulo, 26 de maio de 2023, Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que desde cedo, me ensinaram o valor da educação, com paciência e amor, e que devemos buscar sempre o caminho para nosso sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Francisco e minha mãe Andrea, meus sinceros sentimentos de gratidão e amor pela dedicação e sacrifício empreendidos em minha educação.

A minha esposa Beatriz Cunha Maximiano pelo grande exemplo de persistência, amor e companheirismo.

Agradeço aos meus irmãos João Vitor, Gabriela e Maria Clara, pelo grande apoio e companheirismo de todos.

Agradeço o corpo de professores pelo acompanhamento e instrução durante todo o processo de elaboração e estudo para desenvolvimento desta Monografia.

## **RESUMO**

Foi realizada uma pesquisa exploratória, fundamentada em dados bibliográficos, com o objetivo de entender os conceitos relacionados ao Sistema Único de Saúde, bem como a análise e fundamentação em publicações já realizadas, principalmente pelo Ministério da Saúde, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), e o próprio SUS. Esse embasamento permitiu entender os motivos pelo qual o SUS foi criado da maneira como se encontra e quais fatores históricos foram determinantes para seu desenvolvimento, e a determinação de suas diretrizes.

## **ABSTRACT**

Exploratory research was carried out, based on bibliographic data, to understand the concepts related to the Unified Health System, as well as the analysis and reasoning in publications already carried out, mainly by the Ministry of Health, the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics), and the SUS itself. This foundation allowed us to understand the reasons why the SUS was created as it stands and which historical factors were decisive for its development, and the determination of its guidelines.

## SUMÁRIO

### LISTA DE TABELAS

TABELA 1 .....	14
TABELA 2 .....	26
TABELA 3 .....	29

### LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 .....	6
FIGURA 2 .....	10
FIGURA 3 .....	29

APRESENTAÇÃO .....	1
--------------------	---

INTRODUÇÃO .....	2
------------------	---

CAPÍTULO I – EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	6
--	---

1.1. POLÍTICAS PÚBLICAS .....	6
-------------------------------	---

1.1.1. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL .....	7
--	---

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	9
--	---

1.2.1. OS PERÍODOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL - DA REPÚBLICA VELHA AO AUTORITARISMO .....	10
--	----

1.3. O PERÍODO DA NOVA REPÚBLICA AOS DIAS ATUAIS .....	12
--	----

1.3.1. ABORDANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	13
---	----

CAPÍTULO II – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	14
--	----

2.1. O NASCIMENTO DO SUS .....	14
--------------------------------	----

2.1.1. PACTOS PELA SAÚDE .....	16
--------------------------------	----

2.2. PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS .....	17
2.2.1. PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS .....	19
2.3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SUS .....	20
2.3.1. COMPETÊNCIAS DO SUS .....	21
CAPÍTULO III – OS IMPASSES DO SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA .....	22
3.1. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA .....	22
3.1.1. SAÚDE PÚBLICA .....	23
3.1.2. SAÚDE COLETIVA .....	24
3.2. AS DIFICULDADES DO SUS .....	24
3.2.1. TRÊS GRANDES PROBLEMAS ESTRUTURANTES .....	25
3.2.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS (RAS) .....	28
CONCLUSÃO .....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33

## **APRESENTAÇÃO**

Esta pesquisa demonstra-se muito relevante, pois o Sistema Único de Saúde abrange a administração e governança de diversos âmbitos relacionados as Políticas Públicas do Brasil. Além disso, o SUS têm uma representatividade expressiva, quando são mensurados seus serviços e a utilização por parte da população Brasileira.

De acordo com o Ministério da Saúde o SUS beneficia mais de 190 milhões de brasileiros, onde desses por volta de 140 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso a serviços de Saúde. Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entrevistou milhares de pessoas, em diversos estados e regiões e entendeu que 71,5% dos brasileiros, o que corresponde a mais de 150 milhões de pessoas, não possuem qualquer serviço de saúde suplementar, como planos médico-hospitalares ou odontológicos. Portanto, dado esse contexto é de extrema importância o estudo do SUS para aprofundar os conhecimentos que permeiam as Ciências Sociais, Políticas e Econômicas no Brasil.

Desta forma, esse trabalho iniciou-se do desejo do pesquisador, em entender razões e motivos pelos quais o Sistema Único de Saúde foi desenhado e a forma de como este é atualmente, procurando averiguar a funcionalidade e o quanto de fato o SUS é capaz de contemplar as diferentes necessidades, apresentadas pelas camadas sociais.

Neste contemplará por meio de pesquisas e trabalhos acadêmicos já desenvolvidos, como o SUS foi estruturado e as razões e motivos pelo qual se instituiu dessa maneira, compreendendo conceitos que se conectam a esfera das Políticas Públicas no Brasil, como todo esse contexto e carga histórica política e econômica no país influenciaram nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O tema desse projeto é entender os conceitos básicos, que permeiam a compreensão do que são Políticas Públicas no Brasil no que tange a funcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando averiguar como se deu sua origem e evolução ao longo da história. Sendo assim, como tema do projeto de pesquisa foi escolhido: “Evolução da Saúde Pública no Brasil: Um estudo da funcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).”

A história relata que no início do século XX, o Brasil passou por mudanças gradativas nos âmbitos, demográficos e urbanos, deixando de ser uma economia baseada na agricultura, com população residente na área rural, para então se tornar uma economia voltada para área industrial e de serviços, o que gerou a migração para os centros urbanos, fenômeno que ficou chamado de êxodo rural.

Com isso, os últimos governos brasileiros, concentraram seus investimentos com o intuito de acompanhar o crescimento econômico, cujo foco estava no processo de industrialização, porém ao atentar-se apenas as questões econômicas, as mudanças sociais, demográficas e culturais, foram deixadas de escanteio. Esse cenário favoreceu a criação e idealização do conceito de Políticas Públicas, neste primeiro momento um conceito centralizado, que buscava atender específicos interesses de setores sociais não prioritários.

Diante da história, e seus acontecimentos, as Políticas Públicas Brasileiras se fundamentaram, baseada em um perfil conservador e centralizador, e por isso, não tem sanado de forma apropriada e completa as diferentes demandas que são expressas pelos diferentes perfis sociais da população brasileira.

Na década de 1930 foi iniciado um movimento onde os direitos sociais passaram a ser enxergados pelo Estado Brasileiro, esse pressionado pelo aumento da massa de trabalhadores, foi “forçado” a implementar programas e leis que atendessem as necessidades e se encarregassem de determinar os direitos desta classe de trabalhadores. Assim, foi criado o Ministério do Trabalho e, em seguida, promulgou-se Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) com alguns programas para aposentadoria e pensões de algumas profissões.

Já no período militar, os direitos políticos, civis e sociais foram exauridos da população, devido a gestão centralizadora e autoritária, por isso foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que realizava a junção das caixas de aposentadoria, pensão e assistência, nesse único órgão. Desta forma na década de 1970, criou-se o Ministério da Previdência, que atuava tanto na área de saúde como na área social e trabalhista. Essas implantações tiveram grandes impactos para os trabalhadores, além de facilitar ações de corrupção e ineficiência dos serviços prestados.

Dado o contexto histórico, observa-se que a maioria dos recursos em Políticas Sociais e Públicas sempre foram desviados ou realocados em outras áreas, obrigando a população a buscar educação e saúde na área privada.

Na Constituição Federal de 1988 do Brasil, as Políticas Públicas foram deixadas ainda mais de lado, esse problema foi gerado pelo aumento da dependência internacional em relação aos investimentos, gerando crescimento acentuado de desigualdade social, pobreza e exclusão. Apesar de terem sido criadas Políticas Públicas brasileiras posteriores, tais ações não foram capazes de reverter o cenário de desigualdade, por não contemplarem diferentes necessidades a diferentes camadas e contextos sociais. Mesmo sendo implantada, com o objetivo de garantir direitos sociais aos brasileiros, a constituição de 1988 não foi capaz de assegurar o bem-estar da população em todos os âmbitos, com ela o acesso a diversos serviços essenciais foi facilitado, mas não houve medidas e ações visando melhorias futuras e sustentabilidade desse sistema.

Por volta de 1990, o Governo Federal não era mais o principal provedor, desta forma este passou a realizar fiscalização de entidades que prestavam serviços para a população. Nessa fase, foram idealizados e criados diversos programas sociais como o de gestão municipal, estadual e federal, mas esses não se interligavam, deixando as ações heterogêneas e descompassadas entre si.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro, sendo considerado um modelo de saúde pública para o mundo. Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS se baseia nos princípios da

universalidade, integralidade e equidade, buscando garantir acesso à saúde de qualidade para todos os cidadãos, sem discriminação.

Houve diversas Normas Operacionais do SUS, NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB -1/96, estas tiveram como objetivo a regulamentação do processo de descentralização, que somente por meio destas, foi possível a implementação de diversos mecanismos para que houvesse transferências de recursos para estados e municípios. Para maior aplicabilidade das Normas Operacionais, foi instituído os Pactos pela Saúde, este é dividido em três grandes dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Os princípios doutrinários do SUS são destacados como a base filosófica do sistema, incluindo universalidade, equidade, integralidade e participação popular. Já os princípios organizacionais deste mesmo Sistema, apresentado como descentralização, regionalização e hierarquização, são mencionados como forma de estabelecer como o sistema irá funcionar.

Há diversos Gestores responsáveis por esse Sistema em diferentes áreas, como Nacional, Estadual e Municipal, e em cada uma dessas diferentes competências e funções. De toda forma essas esferas devem atuar em conjunto para assegurar condições de saúde à população.

Diversas instituições adotam expressões como Saúde Pública e Saúde Coletiva de forma distintas e com características determinantes, uma possibilitando aguardar demandas do Estado e outra que causam mudanças radicais e embates entre Sociedade e Estado.

No entanto, apesar de ser um sistema referência e ter alcançado avanços ao longo das últimas décadas, o SUS enfrenta inúmeros desafios para que cumpra plenamente suas funções. Problemas como a falta de financiamento adequado, a precariedade da infraestrutura, a desvalorização dos profissionais de saúde e a dificuldade de gestão são alguns dos entraves enfrentados pelo sistema, o que acaba por prejudicar a sua funcionalidade.

Deve-se haver mudanças no modelo de atenção a saúde e de seu gerenciamento, principalmente frente aos problemas estruturantes encontrados no SUS como: Organização Macroeconômica, Organização Microeconômica e Plano Econômico. Diversas Redes de Atenção à Saúde (RAS) são mencionadas e colocadas em prática para que toda população tenha acesso a saúde de maneira contínua e integral.

Nesse contexto, o presente estudo busca avaliar a funcionalidade do SUS, analisando seus pontos positivos e negativos, a fim de identificar estes e buscar possíveis soluções que possam garantir maior efetivação do direito à saúde a toda população brasileira.

## CAPÍTULO I – EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

### 1.1. POLÍTICAS PÚBLICAS

A palavra “Política” vem do antigo grego “Politéia”, que tem como significado tudo o que está relacionado a polis e vida coletiva. Desta forma a Política está diretamente relacionada a vida em sociedade, onde esta surge para garantir estabilidade social, ou seja, é a forma de como o Governo vai atuar em relação aos diversos temas de interesse existente na sociedade, descrevendo conjuntos de regras e procedimentos que regem a instituição a orientar as mais variadas decisões, como exemplo temos Política Educacional, Política de Saúde, entre outros.

Quando abordamos o tema de Políticas Públicas, este está diretamente relacionado ao ato de governar o Estado, essa gestão parte de gerenciar arrecadações de impostos para viabilização de construções de escolas, hospitais, investimentos em segurança públicas, entre outros bens comuns. Este tema está ligado a conjuntos de programas e atividades desenvolvidas pelo Estado, que visem assegurar determinado direito de cidadania e/ou seguimento social, ético e/ou econômico.

Partindo de propostas impostas e levantadas por nossa sociedade as Políticas são formuladas e implementadas por meio de Leis, Decretos e Resoluções que os Poderes Executivo e/ou Legislativo criam. As Políticas Públicas podem ser classificadas como:



Figura 1

Temos então: Políticas Distributivas, aquelas que apresentam características de oferecimento de serviços do Estado e equipamentos públicos; Políticas Redistributivas, que redistribui os recursos por meio de financiamento em serviços e equipamentos; Políticas Regulatórias, aquelas para avaliar setores da sociedade, no intuito de criar normas e regras.

Sabendo que a sociedade contemporânea é composta por diversos grupos sociais, onde nesses estão contemplados interesses distintos, destaco que estabelecer Políticas Públicas capazes de representar qualquer que seja o bem-comum é uma tarefa árdua e trabalhosa. No Brasil ainda se trata de um país com dimensões continentais e ainda com profundas desigualdades sociais, desta forma é difícil contemplar os interesses de todos os grupos.

### **1.1.1. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

Antes do Descobrimento do Brasil, os pajés eram responsáveis pela saúde de seus nativos. Com a chegada dos colonizadores portugueses, a assistência à saúde passou a ser de responsabilidade de outros indivíduos, são eles: Boticários, aqueles que produziam os medicamentos; Físicos, aqueles que se utilizavam da medicina clínica; e Cirurgiões, aqueles que tinham como responsabilidade as cirurgias com base na ciência médica.

Os Padres Jesuítas responsáveis pelas organizações dos primeiros hospitais, que eram entidades de serviços de saúde a população, ocupando naquele período o papel de Estado. Já com a vinda da Família Real, em 1808, foi criada uma estrutura sanitária, justamente para serviços a corte portuguesa. A administração portuguesa, no Brasil, visava exclusivamente o combate às causas de doenças.

A partir do século XX, o Brasil vem se tornando uma economia voltada a área industrial e de serviços, o que tem por consequência a migração da população aos grandes centros urbanos. Este fenômeno ocasiona uma mudança na economia que antes era baseada na agricultura e que passa a se tornar uma economia industrial, isso também pelo grande investimento feito pelos Governos brasileiros naquela época. Podemos então ver neste período a criação de Políticas Públicas centralizadoras, ou seja, que exerciam interesses específicos.

Em 1930 houve grande aumento da classe trabalhadora, e que com as pressões que exerceram ao Estado brasileiro conseguiram impor direitos sociais voltada a esta classe. Resultado deste movimento foi a criação do Ministério do Trabalho, que formulou a Consolidação das Leis Trabalhistas.

Já no período de ditadura militar, direitos conquistados pelos brasileiros, sejam civis, sociais e políticos foram retirados. Como resultado a população começa a investir no sistema privado de educação e saúde, uma vez que na classe trabalhadora que se teve maior impacto dessas mudanças de direitos.

Na Constituição Federal de 1988 o Brasil com o aumento da dependência internacional, diminui seus investimentos em Políticas Públicas, o que torna o bem-estar comum da população muito abaixo do já vivido, aumentando de forma bruta a desigualdade social. Já no início da década de 1990, o Governo Federal deixa de ser o principal provedor, pois se cria programas sociais de gestão municipal e estadual.

Um dos textos essenciais para a compreensão do surgimento e evolução do estudo das Políticas Públicas está contido em “Ideias, Conhecimento E Políticas Públicas: Um Inventário Sucinto Das Principais Vertentes Analíticas Recentes” de Carlos Aurélio Pimenta de Faria. Faria diz:

“Em seus primórdios, a ciência política considerava as políticas públicas quase exclusivamente como outputs do sistema político, o que justificava o fato de a atenção dos investigadores ter se concentrado inicialmente nos inputs, isto é, nas demandas e articulações de interesse. Dito de outra forma, antes que a análise de políticas públicas fosse reconhecida como uma subárea na disciplina, a ênfase dos estudos recaía, como em larga medida ainda hoje, diga-se de passagem, nos processos de formação das políticas públicas, o que parece refletir o status privilegiado que os processos decisórios sempre desfrutaram junto aos profissionais da área”. (Faria, 2003:22)

## 1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Além do entendimento do que são Políticas Públicas, outra questão extremamente importante foi a mudança e responsabilidade imposta ao Estado diante da saúde coletiva.

No início do século XIX, é o período em que as Políticas de Proteção Social são criadas, isso pelo enorme processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas. A medicina na Inglaterra por exemplo começa a ser vista e utilizada como força de trabalho, onde por conta da Revolução Industrial se aumenta a produtividade de seus trabalhadores. Neste período na Europa se vê as primeiras propostas de Políticas Públicas vinculadas ao Estado, já na Alemanha, temos o primeiro Governo que coloca seus profissionais médicos para classificar a saúde de toda população e então propor medidas sanitárias diante desses estudos.

Mediante a evolução vista na Europa, é estabelecido princípios básicos para a Saúde Pública, dentre elas temos: A saúde se torna interesse social, uma vez que a sociedade tem obrigação de assegurar saúde a todos; Condições sociais e econômicas impactam na saúde e devem ser estudadas por pesquisadores.

Toda Política Pública deve ser constituída tendo como referência uma sociedade civil, tendo como objetivo assegurar determinado serviço ou ação. No Brasil, temos o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela constituição de 1988, é um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, que pode ser complementado pelos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.

O programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde, famoso PMA, busca ajudar nas pesquisas que abordem perspectivas múltiplas, onde o processo Saúde-Doença venha da troca de saberes de profissionais de saúde, organizações e até mesmo pesquisadores. Este buscando então maior desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), e melhores condições de vida a toda população.

Conforme Reforma Sanitária, um modelo de saúde deve considerar sempre os seguintes pontos:

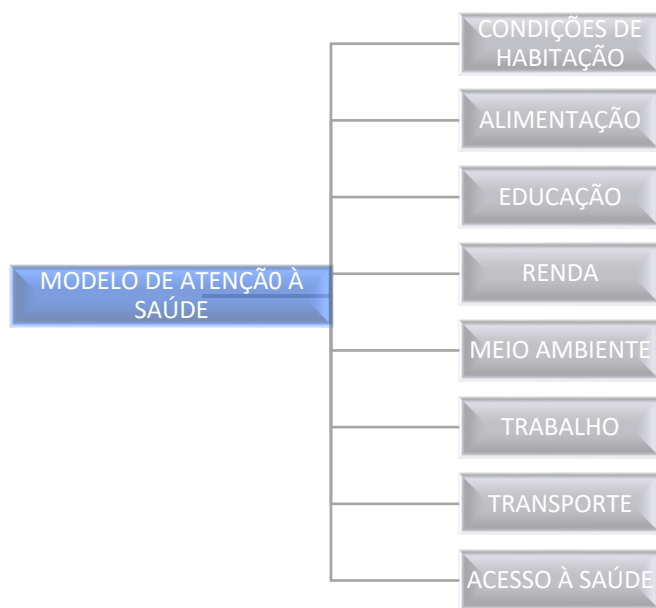


Figura 2

### 1.2.1. OS PERÍODOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL – DA REPÚBLICA VELHA AO AUTORITARISMO

Em 1888 houve a Abolição da Escravatura, esse acontecimento intensificou as correntes imigratórias dos Países da Europa. Com a vinda de imigrantes ao Brasil, e tendo em vista a não criação de Políticas de Saúde e Sociais que em outros países asseguravam condições básicas sanitárias, resultou em crescentes epidemias no país, como febre amarela e peste negra. No início do Século XX, com o grande comércio exterior e o grande porto do Rio de Janeiro, houve também grandes movimentos de estrangeiros que causaram epidemias de graves doenças, como malária e varíola, o que afetou de maneira drástica a Saúde Coletiva.

No Governo de Rodrigues Alves, houve sob a coordenação do grande médico e estudioso Oswaldo Cruz, ações voltadas as questões de Saúde Política foram colocadas em questões. Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava à extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, começam a difundir a necessidade da educação sanitária, essa uma das grandes estratégias de promoção á saúde.

Em 1920, com a Reforma Carlos Chagas, houve o a implementação de um novo regulamento ao Departamento Nacional de Saúde Pública, inovando o modelo criado por Oswaldo Cruz e introduzindo a separação e organização da saúde em duas frentes: Saúde Pública e Previdência Social. Já na Revolução de 1930 foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho.

O ano de 1933, é marcado pelo surgimento da Previdência Social, que deu início a medicina previdenciária, essa se destinava a cuidar dos trabalhadores que continham doenças e não podiam exercer seus trabalhos. Ocorre então um desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, o que não significava uma efetiva preocupação em atender importantes problemas da Saúde Pública, mas com a criação do Ministério da Saúde houve separações do que conhecíamos como Saúde Pública e Assistência Médica Previdenciária. (MACHADO, 2012)

No ano em que é promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, essa apresentou uma proposta de estabelecer a unificação do regime geral da previdência social a todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), excluindo então os trabalhadores considerados rurais, empregados domésticos e os servidores públicos.

Já no ano de 1962, no XV Congresso de Higiene foi reconhecida a alta existência de pobreza e doenças vividas pelo Governo a anos, o que possibilitou um projeto de desenvolvimento que contemplaram reformas sociais. (POSSAS, 1981)

Em 1961, com Jânio Quadros como presidente, o Governo é marcado por diversas contradições que o tornam impopular e fazem com que renuncie depois de oito meses. Com a vinda de seu vice, João Goulart, este não agradou a elite e tampouco os militares da época. Aliás, estes últimos é quem realmente detinham o poder e essa sucessão presidencial conturbada culminou com o Golpe Militar em 31 de março de 1964 (SCOREL; TEIXEIRA, 2007).

O Golpe Militar de 1964 contou com um enorme apoio da burguesia que defendiam a internacionalização da economia pelo Governo norte-americano. Neste período o modelo de saúde se chamava hospitalocêntrico, ou seja, centrado no hospital, destaca-se que os gastos com assistência à saúde elevaram por conta de

várias transformações tecnológicas vivenciadas pelo ato médico e ações de saúde nesse período. (VIANA; LIMA, 2011).

No ano de 1967 ocorre a promulgação do decreto Lei 200 (1967), onde estabelece competências ao Ministério da Saúde, como: a formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, a responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais, ações preventivas em geral, o controle de drogas, medicamentos e alimentos.

O Sistema Nacional de Saúde é instituído em 1975, onde apresentava propostas para estabelecer campo de ação área de saúde, dos setores públicos e privados, visando o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

As Ações Integradas de Saúde – AIS é criada em 1983, projeto que visava um modelo assistencial que incorporasse o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas. Desta forma a Previdência passaria a comprar e pagar serviços prestados por estados e municípios. Este período coincidiu com o movimento de transição democrática e com eleição direta para governadores, apresentando uma vitória esmagadora de oposição em quase todos os estados (1982).

### **1.3. O PERÍODO DA NOVA REPÚBLICA AOS DIAS ATUAIS**

No período da Nova República o setor liberal percebe que deve se direcionar a um modelo de atenção médica para uma parte da população, como a classe média e as categorias de assalariados, desta maneira se criando um subsistema de Atenção Médico-Supletiva. Está se compõem de algumas modalidades assistenciais, que se baseiam em poupanças aos seus beneficiários, sendo elas: medicina de grupo, autogestão, seguro-saúde, entre outros. Esse subsistema cresceu, por beneficiar uma parcela da população, essa com condições financeiras para arcar e investir em saúde preventiva.

Com a implementação da Constituição Federal de 1988 o assunto saúde passa a ser incluído no capítulo de seguridade social, sendo neste período a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O texto constitucional descreve que a concepção do

SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltada para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social e consolidando a saúde como um direito de cidadania. A regulamentação do SUS ocorreria no período seguinte. Foi na década de 1990 a implantação do SUS, tendo sido este regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde.

Posterior a esse período ocorre uma acumulação produtiva e financeira, o que intensifica as desigualdades sociais e de distribuição de renda já vividas, isso próximo dos anos 2000, onde os Governos contribuíram para uma descentralização e estímulo do controle social para regiões mais humildes.

Junto a um conjunto de reformas institucionais do SUS, se dá o Pacto pela Saúde, esse tem o objetivo de promover inovações nos processos de gestão, onde visem alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Neste é introduzido um sentido de Gestão Pública por resultados e de responsabilização sanitária, aprofundando a descentralização para Estados e Municípios. Esse Pacto modifica as formas de transferência dos recursos Federais para Estados e Municípios, passando a ser integradas em blocos de financiamentos.

Em 2011, o Decreto 7.508 regulamenta a Lei no 8.080 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde e a assistência à saúde. Com esta, o Ministério da Saúde pretendia instituir mecanismos de controle mais eficazes para monitorar as ações realizadas na Rede Pública.

### **1.3.1. ABORDANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Quando olhamos o Sistema Único de Saúde vemos que apesar de relativamente jovem, este ainda vive baseado em antigas Políticas de Estado. Temos como exemplo o modelo previdenciário, onde este readéqua o financiamento para não o deixar chegar a um modelo de convênio que foi o vivido no Regime Militar, também descentralizam as decisões para os Estados e Municípios, para desta forma priorizar necessidades de saúde locais. Este Sistema trabalha para que tenhamos integração entre os hospitais, uma vez que passa a ter como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde, esses priorizando e levando em consideração aspectos de bem-estar social, físico e mental.

As principais características dos dois sistemas de saúde, previdenciário e assistencial são:

<b>Antes do SUS</b>	<b>Depois do SUS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Centralização dos recursos e do poder na esfera federal;</li><li>• Ações voltadas para a atenção curativa e medicamentosa;</li><li>• Serviços exclusivos;</li><li>• Não participação da comunidade.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema único de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade;</li><li>• Ações voltadas para prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde;</li><li>• Gestão participativa.</li></ul>

**Tabela 1**

## **CAPÍTULO II - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

### **2.1. O NASCIMENTO DO SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), de 19 de setembro de 1990, essa “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Nessa Lei está contemplada os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes; organização e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal). Já na Lei número 8.142, de 28 de dezembro de 1990 ressalta a participação da comunidade na gestão do SUS, onde institui os Conselhos de Saúde e a legitimidade dos órgãos que representam os governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). (PAIM et al, 2011).

O SUS tem como “definição”, arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da Política de Saúde no Brasil, por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados pelas instituições públicas federais, estaduais e municipais. A iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar (VASCONCELOS, 2006).

A Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), representado pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. E a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), que atua no acompanhamento da implantação e operacionalização na implantação do SUS, são as duas comissões que ainda atuam, e que apresentam papéis extremamente importantes para o fortalecimento da gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os demais níveis de governo.

As Normas Operacionais do SUS são consideradas como importantes fatores para a regulamentação do processo de descentralização existente no período de 1990, onde essas possibilitam implementar mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. Temos quatro grandes importantes normas, NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB -1/96 (SOUZA,2001).

A NOB-SUS 93, foi uma das importantes Normas Operacionais do SUS, onde essa tem o compromisso da implantação do SUS, estabelece o princípio da municipalização; estabelece conjuntos de estratégias que possibilitem a descentralização político-administrativa da saúde e define níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo Sistema. (BRASIL, 1993).

A NOB 96 foi a proposta que acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, criando incentivos às mudanças e lógica assistencial e implantando incentivos aos programas dirigidos a população carente. Temos como principais inovações: concepção ampliada de saúde; fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada; e transferência fundo a fundo. (BRASIL, 1996).

Com a grande extensão de programas de saúde pública e serviços assistenciais, possibilitaram a descentralização política e administrativa, fornecendo a população benefícios que anteriormente eram restritos a contribuintes da previdência. (LEVCOVITZ et al., 2001).

Em 2002 é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, está se dá do fato, de a gestão do sistema de saúde nos municípios não apresentarem mecanismos de organização de prestação de serviços, isto por estudos feitos neste

ano, ocorre então a implementação por meio deste de uma regionalização do SUS. (BRASIL, 2002).

### **2.1.1. PACTOS PELA SAÚDE**

A gestão do SUS se dá nos três níveis de governo, este só se altera quando se institui os Pactos pela Saúde, esse faz com que haja maior aplicabilidade de todas as informações presentes nas Normas Operacionais. Esse Pacto tem como objetivo principal responder as necessidades de saúde da população brasileira, e desta forma poder tornar a saúde uma Política de Estado. (CONASS, 2006).

Este introduziu mudanças nas relações entre os entes federados, desta forma aprimorando o SUS. Para a adesão dos gestores ao Pacto, é assinado um termo de compromisso, onde se estabelecem compromissos entre os gestores em três dimensões, são esses: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Abaixo as principais características dessas dimensões: (CONASS, 2006).

- a) Pacto em Defesa do SUS: Discutir nos conselhos municipais e estaduais as estratégias para implantação desta dimensão no estado; Elaboração e ampla divulgação da carta dos Direitos dos Usuários do SUS;
- b) Pacto Pela Vida: Prioridades estabelecidas através de metas nacionais, estaduais e/ou municipais; como prioridades temos: Saúde do Idoso; Controle do Câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.
- c) Pacto de Gestão: Avança na regionalização e descentralização do SUS; Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios. Acompanhado da Desburocratização dos processos normativos; Diretrizes para Sistema de Financiamento Público tripartite.

Desta forma deve-se haver atuação concreta dos gestores municipais, do controle social e do aperfeiçoamento do trabalho entre todas essas equipes, para que o SUS seja um sistema transformador aos brasileiros. Com esses conjuntos de ações

concretas é capaz de transformar a vida das pessoas, e esse é o grande desafio ao se pensar o SUS como política.

Para provar a qualidade dos programas implementados pelo SUS é necessário analisar suas estruturas de processos e de produção de serviços, que apresentam resultados sanitários obtidos. Abaixo apresento alguns resultados do SUS: (CONASS, 2006).

- Programa de Saúde da Família;
- Exames por Imagem;
- Procedimentos de Hemodiálise;
- Saúde Mental;
- Programa Nacional de Imunizações (PNI);
- Sistema Nacional de Transplantes;
- Programa de Controle do HIV/Aids;
- Mortalidade Infantil

## **2.2. PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS**

Os princípios doutrinários representam o arcabouço filosófico do SUS, esses trazem legitimidade ao sistema, enquanto Política de Saúde. São eles: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular. (MS, 1990)

O princípio da Universalidade é definido como:

“Garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, 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 dos governos: municipal, estadual e federal”. (MS, 1990).

O princípio de Universalidade é considerado uns dos mais fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), esse determina que o acesso às ações e serviços sejam garantidos a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda,

ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Isso por anteriormente somente os cidadãos com vínculo formal de trabalho e presentes na previdência social usufruíam destes serviços. Hoje um grande exemplo de iniciativas dessa perspectiva ou então direito universal, é a distribuição gratuita de medicamentos para várias doenças crônicas e a reconhecida Política Nacional de DST/AIDS.

Paim (2009) refere que, dentre os princípios do SUS, passos importantes foram dados para a universalidade nas últimas décadas:

“Já não existem barreiras formais para assegurar serviços de saúde para todos e a universalidade se expande para além da retórica”.

O princípio da equidade é um princípio de justiça social que garante a “igualdade” da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Para promover a equidade na atenção à saúde, devemos considerar as diferenças individuais e entre os grupos populacionais. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. O atendimento deve ser igualitário e sem privilégios a todos os brasileiros.

Não devemos confundir igualdade com equidade, os indivíduos devem ser vistos de forma igualitária, sem privilégios quanto à sua necessidade, já a equidade proporciona um atendimento desigual para necessidades desiguais com base na aplicação do princípio de justiça social, que prioriza aqueles que necessitam mais. Assim a diferença desta se dá no fato da equidade minimizar as diferenças de ordem social existentes entre os cidadãos. A Constituição garante a todos os mesmos direitos, reconhecendo assim a igualdade de direitos: todos têm direito de acesso aos serviços, independentemente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio. Mas as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas que requerem uma abordagem equitativa (PONTES et al, 2009).

Assim, as Políticas Públicas de Saúde devem almejar o combate das iniquidades sociais de duas formas: atuando sobre os fatores que determinam os diferenciais injustos e evitáveis em saúde; e provendo toda a população de atenção e serviços que atendam às necessidades de saúde, respeitando as particularidades de

cada grupo social, com o mesmo nível de qualidade. Só assim o SUS se tornará verdadeiramente um sistema de saúde equânime (DUARTE, 2000).

Hoje, a questão da integralidade talvez represente o maior desafio dado à consolidação do SUS. Este princípio significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. (POLIGNANO, 2001, p.23).

A intersetorialidade pode ser vista como a articulação de saberes e experiências locais no planejamento, na execução e na avaliação de ações voltadas a alcançar um resultado positivo em situações complexas, visando ao desenvolvimento social. Assim, gestores, administradores, profissionais e a população passam a ser considerados sujeitos capazes de identificar seus problemas de maneira integrada, buscando soluções adequadas à realidade social. A população assume papel de sujeito e não de objeto de intervenção.

A participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado (MS, 2009).

Dessa forma, a participação social não se resume apenas à consulta, envolve também a garantia de que a sociedade influencie nos processos de tomada de decisão e que exerça o direito de participação efetiva. Os principais mecanismos de participação social no SUS são os conselhos e as conferências de saúde.

### **2.2.1. PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS**

Diante da problemática existente, em que mais de 200 milhões de usuários ainda se encontram com dificuldade nas assistências oferecidas pelo SUS, faz-se necessário a existência de princípios organizacionais para viabilizar todos os princípios doutrinários implícitos nessa Política de Saúde. Assim para estabelecer a forma como o sistema irá funcionar, são preconizados também os princípios

organizativos, que são: a descentralização, a regionalização e a hierarquização (MS, 1990).

Dentre esses princípios temos a regionalização e hierarquização, assim os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente (hierarquização), dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida (regionalização). Desta forma, implica-se na capacidade de oferecer serviços e garantir acesso a tecnologia de saúde a toda população. (MS, 1990).

O princípio de resolubilidade é a exigência de quando um indivíduo busca atendimento no sistema, e esse serviço deve ser capaz de resolvê-lo ou até o nível que o compete.

A descentralização do poder decisório, como prevê a Constituição Federal de 1988, tem como característica a redistribuição das responsabilidades dos serviços de saúde entre os níveis de Governo. 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.

### **2.3. GESTORES DO SUS**

Quando abordamos os gestores do SUS, nos referimos aos representantes de cada esfera de governo que são designados para o desenvolvimento das funções do Poder Executivo na saúde. No âmbito nacional temos o Ministro da Saúde como responsável, já no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e no âmbito municipal o Secretário Municipal da Saúde. Devemos também lembrar que é garantida a participação da população nas discussões e controle dos investimentos e gastos desse setor.

Desta forma, o gestor do SUS deve sempre visar o interesse comum e com isso estar embasado sempre nos princípios de legalidade, moralidade, finalidade, igualdade entre outros, conforme artigo 37 da Constituição Federal para a gestão pública. Vale ainda destacar necessidades de conhecimentos e competências que esse gestor público deve apresentar, resumimos esse na tríade dos saberes: saber

(conhecimento), saber-fazer (habilidade) e saber agir (atitude) (SILVA, ROQUETE, 2013).

Destaco funções que esses devem apresentar:

- 1- Formulação de políticas;
- 2- Planejamento orçamentário;
- 3- Prestação de contas;
- 4- Coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados conveniados/contratados);
- 5- Prestação direta de serviços de saúde.

### **2.3.1. COMPETÊNCIAS DO SUS**

São muitas as competências que o SUS deve apresentar, para que haja maior efetividade em todas elas, os gestores podem e devem dividir funções entre as esferas de governo, e assim atuarem em conjunto, assegurando desta forma as boas condições de saúde à população. De acordo com o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, são competências do SUS:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Segundo Noronha, Lima e Machado (2009), as principais responsabilidades de cada esfera de governo podem ser divididas da seguinte forma:

- a) Ministro da Saúde (Gestor Federal): normalização e coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira.
- b) Secretário Estadual da Saúde (Gestor Estadual): planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios.
- c) Secretário Municipal da Saúde (Gestor municipal): gestão do sistema de saúde no âmbito de seu território, contemplando o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema. Nesses aspectos, os Estados e o Ministério da Saúde se limitam a executar serviços públicos de saúde, em caráter temporário, e/ou circunstancial devidamente justificado. É dever do município garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços, em sua localidade, com a parceria dos Governos Estadual e Federal.

## **CAPÍTULO III – OS IMPASSES DO SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA**

### **3.1. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA**

Em diversas instituições de pesquisa reconhecem-se e adotam a expressão Saúde Pública ou Saúde Coletiva. (SOUZA, 2014).

Entre esses dois termos há diferenças determinantes. A Saúde Pública diz respeito aos diagnósticos e tratamentos de doenças e a tentativa de assegurar manutenção da saúde dos indivíduo, este dentro da sociedade, para que assim tenham um padrão e qualidade de vida melhor. Esta é institucionalizada nas atividades dos serviços do Sistema Único de Saúde. (SOUZA, 2014).

Saúde Coletiva por sua vez, surge para designar novos conteúdos e projeções da disciplina. Apesar de inspirar a Reforma Sanitária, que originou o SUS, a Saúde Coletiva é uma alternativa contra hegemônica, tendo assim problemas de acesso e

de qualidade do cuidado à saúde no âmbito do SUS, pela persistência do modelo de atenção médico hegemônico. A prática da saúde coletiva requer do profissional uma atitude que vai além da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente, este como indivíduo isolado. (SOUZA, 2014).

Há uma dinâmica a serem promovidas por esses profissionais de saúde, e que divergem quando observado esses dois conceitos. Na Saúde Pública, as mudanças acontecem de maneira gradual, possibilitando desta forma aguardar as demandas do Estado. Já na Saúde Coletiva as mudanças acontecem de maneira radical, e isso causa embates entre a Sociedade e Estado.

### **3.1.1. SAÚDE PÚBLICA**

A Saúde Pública tem início na Revolução Industrial da Inglaterra, com a Medicina Social, tendo como influências o Sanitarismo norte-americano e a Medicina Preventiva. Nesse contexto, emerge então a ideia de Saúde Pública, promovendo que é dever do Estado assegurar serviços e políticas voltadas para a promoção da saúde e bem-estar da população.

Segundo Winslow-Terris a Saúde Pública pode ser definida como:

“Arte e ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade”. (PAIM 1998)

Essa é então compreendida como a forma de controlar, a priori, as endemias que ameaçavam a ordem econômica vigente, vista, posteriormente, como controle social destinado a buscar a erradicação da miséria, desnutrição e analfabetismo, no entanto, os vários modelos de Saúde Pública, até então postos em prática, não conseguiram estabelecer uma Política de Saúde democrática, efetiva e que fosse capaz de ultrapassar os limites interdisciplinares, o que fez permanecer por longa data a concentração na figura do médico.

Muitos programas de Saúde Pública endossados pela Organização Mundial de Saúde ficaram reduzidos à assistência médica simplificada, isto é, aos serviços

básicos de saúde voltados unicamente para uma população pobre que recebia um serviço público também pobre.

### **3.1.2. SAÚDE COLETIVA**

Diante do esgotamento do modelo científico presente na Saúde Pública, desde sua origem, a Saúde Coletiva surge na década de 1970 caracterizando-se como movimento de contestação dos paradigmas de saúde vigentes na América Latina e que buscava superar a crise no campo da saúde existente na época. Desta forma, o conceito de Saúde Coletiva emergiu como movimento de Reforma Sanitária, de caráter social, caracterizando-se como integração das Ciências Sociais com as Políticas de Saúde Pública.

Essa é então compreendida como uma área do saber que objetiva as necessidades sociais de saúde, não apenas as doenças, os agravos ou os riscos, mas entendendo a situação de saúde como um processo social relacionado à estrutura da sociedade e desta forma, concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais. (SOUZA, 2014).

Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber definem Saúde Coletiva como:

“campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para a sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos, mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto, a coletividade”.

### **3.2. AS DIFICULDADES DO SUS**

Grandes pesquisadores e especialistas estudam os principais gargalos do SUS, e se esse sistema acaba sendo mal gerenciado ou se o financiamento é insuficiente, abordaremos alguns desses pontos a diante.

### **3.2.1. TRÊS GRANDES PROBLEMAS ESTRUTURANTES**

O Sistema Único de Saúde apresenta três grandes problemas estruturantes, sendo eles: Organização Macroeconômica; Organização Microeconômica; Plano Econômico. Para que haja solução diante desses deve-se haver mudanças no modelo de atenção a saúde, no modelo de gerenciamento deste e no modelo de financiamento do SUS. (FIOCRUZ/SAUDESUS)

A Organização Macroeconômica se trata da segmentação e universalização e a Organização Microeconômica se trata de uma fragmentação do SUS e de seu modelo de gestão. Este último implica no trânsito do modelo de gestão da oferta atual para um modelo de saúde da população, buscando melhor equilíbrio entre toda gestão de recursos e gestão clínica. (FIOCRUZ/SAUDESUS)

Esses dois problemas andam juntos, isso por entender que são causa e consequência. O SUS é de autonomia dos entes federados, o que causa uma descentralização de sua gestão. Na prática os estados e municípios possuem grandes responsabilidades em relação aos atendimentos em seu território, porém não recebem recursos suficientes para isso. Como o município é responsável pela atenção básica, 85% dos problemas de saúde são acionados nestes, entende-se que as deficiências nesse nível podem comprometer em grande medida a qualidade da saúde da população.

O Plano Econômico aborda o subfinanciamento do SUS, este ocorre pelo fato de não receber recursos suficientes para atender toda população como propõe a Constituição.

Conforme Santos (2009) o financiamento do SUS reflete instabilidade e insuficiência de recursos alocados, uma vez que o subfinanciamento crônico dificulta ainda mais a ampliação e acesso dos brasileiros as qualidades dos serviços e a essas políticas. (TEMPORÃO, 2008)

O maior gasto ainda hoje é movimentado pela iniciativa privada, seja este pagamento pelo serviço do bolso do cidadão ou não, uma vez que o SUS responde por 44% do gasto total em saúde. Nos anos de 2007 a 2009, vimos uma contribuição

de apenas 3,5% dos 8,5% do Produto Interno Bruto (PIB), serem consumidos pela área de saúde. (MS, 2013)

Em 1998 a Constituição Federal estabeleceu o princípio da solidariedade entre a Seguridade Social e a responsabilidade da União, Estados e Municípios na prestação dos serviços de saúde. Neste mesmo ano experimentou diversos mecanismos de financiamento, mas infelizmente ainda existem dificuldades para atingir o volume de recursos necessários à melhoria dos serviços ofertados à população. (MS, 2013)

Quando olhamos para o cenário mundial, percebemos que rever os modelos de proteção social, não é apenas uma preocupação brasileira, e sim um tema que preocupa boa parte dos países, isso também considerando o custo elevado do financiamento desses sistemas. Embora o Brasil tenha ampliado a rede de proteção, o setor público continua investindo apenas 3,6% do PIB, em média.

Tabela 2 - Percentual do Gasto Público em Relação ao Gasto Total em Saúde em Países Selecionados, 2011

<b>PAÍS</b>	<b>%</b>
<b>Cuba</b>	94,2
<b>Reino Unido</b>	84,0
<b>Suécia</b>	81,3
<b>França</b>	77,4
<b>Itália</b>	77,3
<b>Alemanha</b>	76,7
<b>Costa Rica</b>	74,7
<b>Espanha</b>	71,7
<b>Canadá</b>	70,1
<b>Argentina</b>	69,3
<b>Portugal</b>	64,0
<b>México</b>	51,8
<b>Chile</b>	47,7
<b>Brasil</b>	47,5
<b>Estados Unidos</b>	47,0

Fonte: World Health Statistics/ WHO (2015).

Em 2015 o Brasil gastava cerca de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde pública, já em outros países há investimentos de cerca de 5 vezes mais do que no Brasil. O país se encontrava na 64 posição em gastos com saúde, considerando o ranking com 183 países, sendo superior à média da América Latina, que gasta cerca de 3,6% do PIB, e abaixo dos países mais desenvolvidos, que gastam cerca de 6,5% do PIB em saúde.

O maior agravante para este é o fato do envelhecimento da população brasileira. Uma pesquisa realizada pelo IBGE mostrou que em 2017, 30,3 milhões de habitantes tinham mais de 60 anos, ou seja 14,6% da população brasileira. Como nessa faixa etária os problemas de saúde se tornam mais recorrentes, isso representa um alto custo para a saúde pública. Outro agravante é a PEC 241 ou PEC 55 aprovada em 2016, com o objetivo de frear o crescimento dos gastos públicos e que acabou limitando os gastos públicos em saúde e educação ao valor do ano anterior, corrigido pela inflação.

A Organização Mundial da Saúde em 2015 fez alguns comparativos do Brasil, com outros países da América Latina, com relação aos subfinanciamentos na área da Saúde nesses países. O Brasil tem um gasto em saúde comparado a países desenvolvidos, dados mostram que esse número chega a 9,5% do PIB, porém nosso gasto público é de 4,5% do PIB, ou seja, 47,5% do gasto total em saúde. Esse número comparado a países que desenvolveram sistemas públicos universais é baixo, uma vez que, normalmente chegam a 70% o gasto público como percentual do gasto total em saúde. A razão para isso é a baixa participação da saúde nos orçamentos públicos totais, somente 7,9% em relação a 22,5% na Argentina, 14,9% no Chile e 19,3% no Uruguai. (FIOCRUZ/SAUDESUS)

Os dados mostrados atestam a necessidade imperiosa de aumentar os gastos públicos em saúde no Brasil, especialmente os gastos federais. Ou então a necessidade de atenção a gestão administrativa, onde está possibilitará aumento da produtividade deste Sistema. O Brasil deve se atentar a prevenção de doenças para que com a técnica preventiva haja redução de doenças graves e de gastos desnecessários com tratamentos de altos custos.

Atualmente passamos por um momento de crise econômica, neste período não devemos paralisar todas as ações relacionadas a gestão do SUS, que buscam maior eficiência e qualidade dos serviços. Sem dispender valores financeiros é difícil superar muitos dos pontos mencionados, mas há sim como atuar sem que haja aporte de recursos substantivos, em geral, no mundo moderno principalmente a tecnologia possibilita desenvolvimentos e avanços de eficiência do Sistema.

### **3.2.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS (RAS)**

A nova proposta de modelo de saúde, organizada em Redes de Atenção à Saúde (RAS), por sua vez, opera de forma cooperativa e interdependente e se organiza de forma poliárquica, onde todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS). Na literatura internacional, há evidências contundentes de que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

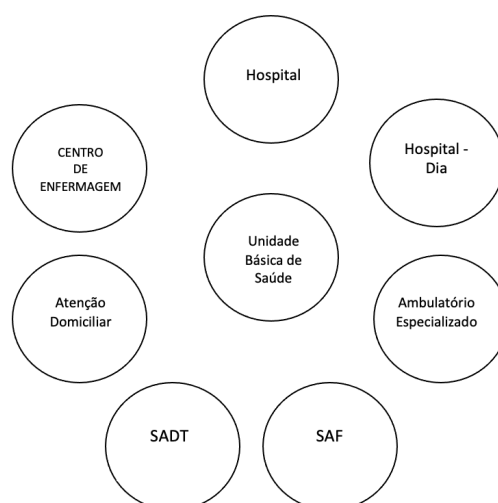
Segundo a Organização Mundial da Saúde, a RAS é definida como:

“a gestão e a oferta de serviços de saúde, de forma que as pessoas recebam contínuos serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”.

A definição que mais utilizamos atualmente é aquela apresentada por Mendes (2011), que conceitua as RAS como:

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

Na Figura 3, temos uma representação esquemática da RAS:



De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), a operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

A Tabela 3 resume as principais diferenças entre o modelo tradicional fragmentado e a Rede de Atenção à Saúde.

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adstricta e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia da Informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por captação de toda a rede

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adstrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Relativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase nas intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Forma de Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados, etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de Atenção à Saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede

**Baseado em: Mendes, 2011**

## CONCLUSÃO

Considerando toda história abordada, foi possível analisar que as ações de saúde propostas pelo Governo sempre procuraram incorporar os problemas de saúde que os grupos sociais importantes, ou a alta sociedade. De modo geral os problemas de saúde no Brasil tornam-se foco de atenção do poder público quando se apresentam como epidemias e doenças graves.

Atualmente existem diversos mecanismos de participação social, onde possibilitam que os cidadãos exponham suas necessidades e participem da formulação de Políticas Públicas, assim discutindo assuntos que são de bem comum. No entanto, concordamos com Rocha (2009) quando este afirma que o simples fato desses mecanismos estarem previstos em lei não garante a democratização da gestão pública. É necessário que esses mecanismos constitucionais sejam acompanhados de uma mudança na cultura Política brasileira, capaz de redefinir e alterar as relações entre Estado e sociedade.

Ao recordarmos a evolução histórica da Saúde Pública no Brasil, notamos que as mudanças que o SUS propõe são muitas e complexas. Assim, a complexidade do SUS, somada às dificuldades locais regionais, à fragmentação das políticas e programas de saúde, à qualificação da gestão e do controle social e à organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes para a consolidação SUS.

Considerando assim o estudo feito sobre a funcionalidade do Sistema Único de Saúde, é possível perceber que existe uma série de desafios a serem enfrentados para garantir que este venha a cumprir seu papel de oferecer atendimento de qualidade a toda população brasileira. O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta três grandes problemas estruturantes: a Organização Macroeconômica, está se tratando da segmentação e universalização, a Organização Microeconômica, se tratando de uma fragmentação do SUS e de seu modelo de gestão, e o Plano Econômico, que implica no trânsito do modelo de gestão da oferta atual para um modelo de saúde da população, onde esses três afetam diretamente o modelo de atenção à saúde, a gestão do SUS e o financiamento do sistema.

O Brasil tem investido pouco em saúde pública, gastando cerca de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2015, enquanto outros países apresentam investimentos aproximadamente cinco vezes maior. Os modelos de proteção social é uma preocupação ao Brasil e a outros países, uma vez que à necessidade de melhor gestão dos altos custos de financiamento desses sistemas. Outro importante aspecto é o envelhecimento da população que vem crescendo, e paralelo a isto há o aumento dos custos à saúde pública, tornando assim necessário um maior investimento em saúde.

Diante destes problemas, algumas das soluções impostas e que ainda se apresentam sendo aprimoradas são: investir na modernização da gestão e na melhoria da estrutura do sistema, essa buscando promover mudanças no modelo de atenção à saúde, no modelo de gerenciamento e no modelo de financiamento do SUS, assim tendo em vista então um modelo mais eficiente e integrado de atenção à saúde. Assim é importante buscar um melhor equilíbrio entre a gestão de recursos e a gestão clínica, além de rever a instabilidade e a insuficiência de recursos alocados neste sistema.

No atual cenário, devemos ter em mente que não basta apenas criar esse Sistema de Saúde, mas devemos retomar os princípios vistos da reforma Sanitária, assim discutindo a saúde não como Política do ministério da Saúde, mas como dever do Estado e direito do cidadão. E este Sistema auxilia no acesso e utilização de serviços de saúde, que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país.

Assim ressaltamos que é preciso um esforço conjunto do governo, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral para enfrentar os desafios e garantir o pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde, de modo a garantir que todos os brasileiros tenham acesso a um atendimento de qualidade e integral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLOG SAÚDE GOV. - SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/35647-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil>. Acesso em: 10 novembro 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000. Acesso em: 20 agosto 2022.

BRASIL. Constituição Federal, 1988, artigo 200. Acesso em: 20 agosto 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS., Brasília. DF 1990. Acesso em: 20 agosto 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Brasília. DF, 3a edição, 2009, pág. 142. (Disponível em [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf) Acesso em 20 Março 2022.

CCS SAÚDE. Painel SUS - Antes e Depois. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus20anos/mostra/pdf/painel5.pdf>. Acesso em: 2 dezembro 2020.

CONASS. SUS: avanços e desafios. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. Acesso em: 20 agosto 2022.

DUARTE, CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? Rev Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):443-463, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n2/7107.pdf> Acesso em: 20 agosto 2022.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. Cap 10 - Historia das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963. IN: In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384. Acesso em: 10 maio 2023.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Acesso em: 20 agosto 2022.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 agosto 2022.

MACHADO, R.R. Políticas de Saúde no Brasil: um pouco de história. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104. Acesso em: 10 maio 2023.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Acesso em: 28 novembro 2022.

MENICUCCI, - Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 10 novembro 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 20 agosto 2022.

MS, Ministério da Saúde; OPAS, Organização pan-americana da saúde. Financiamento público de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1). Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento\\_publico\\_saude\\_eixo\\_1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf). >. Acesso em: 28 novembro 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq\\_doc/noas\\_sus2002.pdf](http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf)>. Acesso em: 20 agosto 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf). Acesso em: 20 agosto 2022.

PAIM, Jairnilson; TRVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, :Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história. avanços e desafios - Series IN THE LANCET: Saúde no Brasil - maio 2011. Acesso em: 20 agosto 2022.

PORTAL FIOCRUZ. Políticas públicas e modelos de atenção saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>. Acesso em: 29 novembro 2021.

POSSAS, Cristina A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p. 10 maio 2023.

PROCÓPIO, F. Assistencialismo e assistência social. Disponível em: <https://fabioprocopio.wordpress.com/2009/08/27/assistencialismo-e-assitencia-social/>. Acesso em: 10 novembro 2020.

ROCHA, R. A gestão descentralizada e participativa das Políticas Públicas no Brasil. Revista Pós Ciências Sociais. v. 1 n. 11 São Luis/MA, 2009. Disponível em: [http://www.ppgcsoc.ufma.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=318&Itemid=114](http://www.ppgcsoc.ufma.br/index.php?option=com_content&view=article&id=318&Itemid=114). Acesso em 09 novembro 2020.

SAUDE ZELAS – Artigos. Disponível em: <https://saude.zelas.com.br/artigos/politicas-publicas> Acesso em: 30 novembro 2021.

SCIELOSP – Article. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2013.v18n1/273-280/pt/>. Acesso em: 30 novembro 2021.

SILVA, Y.C.; RONQUETE, F.F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. RAS, v. 15, n. 58, Jan/Mar, 2013. VASCONCELOS, C.M. e Pasche, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: Tratado de saúde coletiva. Org.: Campos & al. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2006, p.531 – 62. Acesso em: 20 agosto 2022.

SOUZA, EM; ALMEIDA, GS. AVANÇOS E PERSPECTIVAS DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO, Painel 18/069 Organizações sociais e OSCIPs: balanço e perspectivas, III Congresso Consad de Gestão Pública SOUZA, E.L.P.F. Saúde pública ou saúde coletiva? Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v. 15, n. 4, p.7-21, Acesso em: 10 outubro 2022.

SUMMIT SAUDE BRASIL - ESTADÃO. Acesso à saúde: 150 milhões de brasileiros dependem do SUS. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/acesso-a-saude-150-milhoes-de-brasileiros-dependem-do-sus/>. Acesso em: 2 dezembro 2020.

TEMPORÃO, José Gomes. SUS completa 20 anos com novos desafios. Ver. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008 Acesso em: 2 novembro 2022.

VIANA, A. L. D. As diferentes institucionalidades da Política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: Viana, Ana Luiza D'Avila; Lima, Luciana Dias de (Org.). Regionalização e relações federativas na Política de Saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. Acesso em: 10 maio 2023.