

# Gestão Pública: Um Enfoque na Administração do Sistema Único de Saúde - SUS

AMBRÓSIO, Ricardo Abraham Bello [\[1\]](#)

TEIXEIRA, Elton [\[2\]](#)

AMBRÓSIO, Ricardo Abraham Bello; TEIXEIRA, Elton. **Gestão Pública: Um Enfoque na Administração do Sistema Único de Saúde - SUS**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 05. Ano 02, Vol. 01. pp 229-242, Julho de 2017. ISSN:2448-0959

## Resumo

A aplicação do artigo com a temática relacionada na gestão pública, correspondente na administração do Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema revolucionário na saúde pública que integrou a acessibilidade gratuita a população brasileira integrando como princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade em benefício de oferecer condições melhores de saúde pública, visando a melhoria contínua de sua sistematização. A metodologia aplicada foi em teor de fundamentos teóricos e sites relativamente interligados ao SUS, a objetividade geral do artigo de conhecer a história do SUS na Saúde Pública originando os seguintes objetivos específicos: 1. Desenvolver estudos relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS; 2. Identificar as ferramentas que compõe o SUS .

Palavras – Chaves: Política Pública, SUS, Pacto pela Saúde Pública.

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS, passou por muitas fases até a sua constituição que foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o artigo acadêmico tem como objetivo de conhecer a história do SUS na Saúde Pública originando os seguintes objetivos específicos: 1. Desenvolver estudos relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS; 2. Identificar as ferramentas que compõe o SUS e 3. Propor melhorias no âmbito do SUS. Até a sua constituição as pessoas para ter acesso as saúdes tinham que recorrer a Instituições Filantrópicas ou pagar por um atendimento de consulta particular, ainda que os trabalhadores formais que contribuía com a previdência social tinham a assistência médica, mas era no sentido hospitalocêntrico, que tinha a finalidade de remediar as doenças instaladas e não a forma de prevenir doenças e na era do governo militante surgiu a Reforma Sanitária que era liderado por profissionais da saúde e intelectuais que tinham a proposta de melhorar as condições sanitárias para a população brasileira com gratuidade a todos, sem distinção de perfil socioeconômico, etnia ou demais características. Segundo Figueiredo (2005, p.62):

Os princípios definidos nesse grande encontro entre governo, produtores de serviços de saúde públicos, privados e filantrópicos e usuários foram definitivamente garantidos, em forma de lei, pela Constituição Federal, publicada em 1988, segunda a qual saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

A proporção do SUS unificou toda a sistematização de instituições e serviços de saúde num único

sistema, com o objetivo de prevenir e tratar as patologias clínicas, o seu financiamento foi estabelecido nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal), dessa forma, regionalizaram as gestões de formas hierarquizadas com o intuito de dimensionar a eficácia territorial do sistema público de saúde. Ainda que no Artigo 196 da Constituição Federal define que saúde:

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

Ainda que a Lei Orgânica estabeleceu princípios e diretrizes no SUS, que em seus princípios se destacam a universalidade, que todos têm o direito das ações e serviços que necessitem, independentemente da complexidade de serviços, que podem ser desde uma simples consulta médica até cirurgias de transplantes de órgão com a garantia de todo apoio técnico e medicamentos; a integralidade remete-se a articulações sobre processos de saúde para garantir condições satisfatórias a equidade em corresponder a atendimentos prioritários àqueles que priorizam em um atendimento mais de emergência, em exemplo, numa fila de espera no consultório, a pessoa de ficha 03 apresenta um quadro grave de febre alta, logo tem a prioridade de ser encaminhada para atendimento mais rápido.

E para fortalecimento da gestão do SUS, foi inserida a Política Pelo Pacto da Saúde, constituída pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, como “ compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do SUS, em razão de seus princípios e diretrizes” (BRASIL, 2006). O Pacto pela Saúde insere três componentes: o pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.

Portanto, o SUS teve grandes avanços na história da saúde pública brasileira, mesmo tendo as suas dificuldades, tem sua devida importância no país, em que a população espera uma saúde mais qualificada e um atendimento com mais profissionais mais dedicados com humanização e capacitados.

No entanto, a busca de melhorias é um esforço contínuo da gestão, pois a dimensão territorial é uma dimensão nacional. É preciso fortalecer a gestão para que o sistema não decaia, portanto, as políticas precisam ser mais intensificadas para que promovam mais condições de melhoria na saúde da população brasileira, pois uma população doente resulta em produtividade deficiente nas organizações privadas. O fortalecimento institucional das três esferas do governo depende de inovações com mais amplitude nos recursos financeiros.

## **2. A política de Saúde Pública e o SUS**

A saúde pública evoluiu com um tempo, mas ao longo da constituição do SUS (Sistema Único de Saúde), um dos complexos mais revolucionários do mundo passou por muitas fases até sua constituição, para ter acesso a saúde gratuita tinha que se recorrer a instituições filantrópicas e quem tinha recursos ia a médicos particulares para realizar tratamento da saúde. Portanto, o sistema de saúde teve muitos avanços em prol da população brasileira, foi a partir do ano de 1960 que o Governo brasileiro criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), logo, depois foi transformado no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado pelo regime militar no ano de 1974, pois nessa época foi marcada pelo envolvimento militar e a luta da Reforma Sanitária.

Segundo Xavier, Moura, Bosco Filho (2010, p. 21), em correspondência ao governo militante:

As principais características desses governos era: autoritarismo, abuso de poder, repressão e cassação de direitos civis e políticos. Economicamente, o Brasil viveu tempos de aperto salarial, [...].

No campo das conquistas sociais, um acontecimento importante foi a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) para substituir a Lei de Estabilidade no Emprego. Na saúde, houve a unificação dos IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para favorecer a centralização administrativa e a unificação de benefícios para todos os trabalhadores segurados. Essa unificação- ação caracterizada pelo aumento de papel regulador do Estado e exclusão dos trabalhadores e empregados da gestão da Previdência – ocorreu em 1966. Aliado a isso, houve uma crescente influência nas indústrias como a farmacêutica de equipamentos médicos – hospitalares e proprietários de hospitais na direção e gerência da Previdência.

Nessa época, o INAMPS privilegiava apenas os direitos para à saúde dos trabalhadores de carteira assinada que contribuíam para a previdência e os demais que faziam trabalhos informais e a sociedade sem condições socioeconômicas dependiam das ações filantrópicas das Instituições ou tinham que pagar pelo médico particular, sendo que somente aqueles que tinham recursos financeiros podiam arcar com as despesas médicas. Mas a proposta da Reforma Sanitária que era composta por um grupo de intelectuais, políticos, críticos sociais e membros de Departamento de Medicina Preventiva das universidades brasileiras, tinham como proposta a inserção da saúde para a melhoria das condições sanitárias da população.

De acordo com Giovanella et al (2012, p. 365) “ A implantação do SUS começa no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990) ”. E a partir daí o Governo instalou políticas públicas da saúde, pois começou a se preocupar com a saúde da população brasileira, correspondente as condições sanitárias.

Os principais problemas de saúde estavam relacionados aos agravos infecciosos e as condições precárias nas áreas de:

Habitação;

Higiene;

Trabalho (longas jornadas, sem descanso ou férias);

Alimentação;

Saneamento Básico. (FIGUEIREDO, 2005, p. 48)

Epidemias de varíola, febre amarela e malária eram perpetuadas por essa situação, quando o governo federal, na cidade do Rio de Janeiro, e os governos estaduais de São Paulo, da Bahia e de outros estados resolveram intervir e formular políticas de saúde pública.

O papel do SUS teve uma vertente muito importante relacionada a essas endemias que estavam se alastrando na população, o projeto das ações da Reforma Sanitária englobava em construir condições melhores de saúde para a população e com essas endemias em altos contágios o médico sanitário Oswaldo Cruz, grande estudioso de moléstias tropicais e da medicina experimental, para combater essas endemias liderou a campanha Revolta da Vacina, que segundo Xavier, Moura, Bosco Filho (2010) a campanha sanitária foi um modelo inspirado na militância, que obrigava a todos se vacinarem e quem intervisse seria preso por não cumprir a ordem estabelecida, as campanhas de vacinação eram para combater essas endemias que estavam se alastrando pelo motivo de muitas pessoas estarem migrando para outras cidades em busca de um emprego e uma qualidade de vida melhor, geralmente, eram pessoas do campo que iam para a cidade.

“ O SUS é concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público” (ROUQUAYROL e GURGEL, 2013, p. 7). Todo sistema implantando tem que ter regras para garantir seu funcionamento, portanto, o SUS possui princípios éticos e diretrizes para que a sua condução seja administrada de forma adequada, e assim que seus princípios sejam praticados. De acordo com Solha (2014, p. 41):

Vamos aos princípios do SUS:

Universalidade: se saúde é direito de todos e dever do Estado, então, cada cidadão, independentemente da etnia, da religião e da condição socioeconômica, tem direito a utilizar os serviços do SUS.

Equidade: esse valor é baseado na justiça social – dar mais a quem pode menos. Todos possuem direito, mas nem todos têm as mesmas condições para acessar esse direito; então; o estado deve prover as condições para que as pessoas sejam tratadas de forma justa, ou seja, que cada um seja tratado conforme sua necessidade.

Integridade: a assistência deve ser fornecida visando atender todas as necessidades da população, atuando na prevenção, na cura e na reabilitação dos problemas de saúde e também sobre os determinantes de saúde.

Com esses princípios, o SUS assegura um sistema de saúde universal a bens e serviços que garantam o bem-estar e a saúde na integridade e equidade. Dessa forma, quebrou os princípios do INAMPS que privilegiava somente os trabalhadores formais com seus dependentes tinham direito à saúde e os demais ficavam a mercê das Instituições Filantrópicas.

Em um resumo desses princípios pode-se contextualizar nas seguintes características: na universalidade representa uma igualdade para todos no atendimento, sem distinção de raça, etnia, poder aquisitivo, de acordo com as suas necessidades gratuitamente; na equidade refere-se a um atendimento diferenciado, por exemplo, uma pessoa que apresenta um quadro de febre alta, tem que ter atendimento prioritário e a integridade inclui que todas as suas necessidades sejam atendidas, desde um atendimento básico até as diversas especialidades, até o final de seu tratamento.

Em acréscimo, Xavier, Moura, Bosco Filho (2010, p. 33)

A Lei 8.080/90 trata, também, da participação de empresas privadas na prestação de serviços de saúde. Sempre que o SUS não conseguir ofertar todos os serviços que o cidadão necessitar, poderá comprar serviços da rede privada. Esses serviços deverão ser ofertados de forma complementar e através de convênios, os quais deverão ser fiscalizados e controlados pelo SUS.

Ainda que em síntese, na Constituição Federal Brasileira de 1988 “ O artigo 198 explicita a organização do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação popular” (FIGUEIREDO, 2005, p. 63). As ações do SUS antes eram centralizadas apenas pelo nível federal, mas o perfil epidemiológico, “ Ciência que estuda o processo saúde-enfermidade na sociedade, analisando a distribuição populacional e fatores determinantes do risco de doenças, agravos e eventos associados à saúde, propondo medidas específicas [...]” (ALMEIDA FILHO E ROUQUAYROL, 2006, p. 4).

No entanto, a relação de doenças e óbitos do país, dividido pelos estados e municípios. Mas como, ficaria difícil essa centralização, se fez necessário descentralizar nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal, conforme Solha (2013, p. 43) conceituam essas categorias na seguinte forma:

Nível federal: Ministério da Saúde: desenvolvimento, coordenação e avaliação de programas de saúde.

Nível estadual: Secretária de Estado da Saúde: coordenação, desenvolvimento e avaliação dos programas de saúde.

Nível municipal: Secretária Municipal de Saúde: programação, execução e avaliação do atendimento à saúde.

A descentralização permite a cada esfera a liberdade de estabelecer seus próprios programas, conforme as características de cada região, cada esfera tem suas responsabilidades repartidas para que cada gestor local atue de acordo com as necessidades da caracterização de endemias que possam estar ocorrendo para que se crie medidas de controle ou de erradicação, dependendo dos fatores patológicos. Portanto, para que os princípios de universalização, equidade e integridade sejam colocados em prática são necessárias a descentralização e a participação popular. Segundo Xavier, Moura, Bosco Filho (2010, p. 39)

Controle Social: determina que os cidadãos devem participar ativamente Da organização e gerenciamento do SUS e estabelece duas formas para isso: os Conselhos e as Conferências de Saúde. O SUS é democrático, porque tem mecanismos de assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema – governos, prestadores de serviço, trabalhadores, usuários.

Pois esse controle social é exigido pela Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, a fim de que os planos de saúde de cada município sejam aprovados por esses dois órgãos para que assim possam receber os recursos financeiros.

## **2.1 Rede Regionalizada e Hierarquizada de Serviços de Saúde**

A Regionalização e a Hierarquização do SUS, são processos que se envolvem na distribuição de poder por cada região demográfica do país. Segundo Giovanella et al (2012, p. 824) afirma que: “ A utilização da regionalização como instrumento do planejamento está relacionada, em geral, à necessidade de

organizar e articular no território os esforços políticos, econômicos e sociais em torno de um desenvolvimento (setorial, regional, nacional) ”. A regionalização tem a finalidade de estimular a melhoria da saúde, buscando soluções adequadas a cada região para que resultem em sistematizações de orientações para qualificar a saúde brasileira, mas os desafios têm um longo percurso.

Um fator importante a ser destacado nas competências de um gestor local é “ Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional” (BRASIL, 2006, p. 19).

O funcionamento de cada regionalização é fundamental para desempenhar a saúde da população, é preciso melhorar o atendimento na saúde com profissionais qualificados, ter mais rigor nas diretrizes, ainda que a falta de manutenção e medicação está precária na saúde pública, os gestores enfrentam vários desafios, pois com recessão econômica os recursos foram diminuídos pelo governo. No modelo proposto pelo SUS, os serviços ou atendimentos ofertados seguem uma hierarquia de atendimento em níveis primários, secundários e terciários. No nível primário priorizam o atendimento básico que são oferecidos nas unidades básicas de saúde, bem como: consulta médica, aplicação de vacinas, exames laboratoriais simples, acompanhamento pré natal , e dentre outros; no nível secundário são os serviços mais complexos em hospitais, clínicas com especialistas , exames mais específicos e até cirurgias simples e no nível terciário são oferecidos nos grandes hospitais cirurgias de alto risco (cardiológica, cardíacas, transplantes e até cirurgias ortopédicas).

O financiamento do SUS é realizado pelas três esferas do governo: federal, estadual e municipal. De acordo com Associação Paulista de Medicina (2006, p. 47) dispõe na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 da Competência e das Atribuições da Seção I das Atribuições Comuns:

Art. 15 A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I- definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II – administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV – organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V – elaboração de normas técnicas e estabelecimentos de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde [...].

O apoio técnico para o SUS dos municípios provem das esferas estaduais e federais, estabelecendo critérios de repasses financeiros e programas e ações de saúde, foram regulamentados pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) “editadas nos anos de 1991, 1993 e 1996. Mais recentemente, em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) ” (MELLO et al, 2007, p. 32).

Sendo que cada região tem suas particularidades, referentes aos habitantes, na capacidade de estrutura do SUS de recursos financeiros, organização social, pois as estratégias para cada região devem se adequar a cada necessidade, pois não existe um padrão único de gestão, por exemplo, tem regiões que tem grandes endemias de dengue tipo 1, enquanto na outra região prolifera a microcefalia nos fetos neonatais.

Mesmo com a região descentralizada as informações são essenciais para auxiliar em tomadas de decisões, pois quanto mais se gera informação mais fácil fica de compreender toda a situação. Segundo Ohara (2008, p. 67) “ A informação deve ser entendida como instrumento para o entendimento da realidade, para a melhoria de visão do contexto e no auxílio da identificação das prioridades”. Contudo a sistematização de informações para o SUS originadas das esferas governamentais possibilita gerar um plano de intervenção de medidas que possam erradicar ou melhorar determinada situação. O SUS tem seu próprio sistema de informação, conhecido como SIS- Sistema de Informação em Saúde, esse sistema facilita o acompanhamento da avaliação de políticas, programas de saúde, planos para que auxiliem no processo de planejamento, organização, avaliação da situação da saúde populacional e o DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que sistematiza a situação do país, auxilia no processo de tomada de decisões baseado nos dados apresentados (XAVIER, MOURA e BOSCO FILHO, 2010).

Dados do Ministério da Saúde informam que o número de consultas médicas por habitantes, realizadas pelo SUS no ano de 2000, foi de 2,33 indicando boa cobertura quando comparada ao parâmetro de 2 a 3 cons./hab./ano. Bons resultados também são encontrados para o número de leitos públicos, sendo que para o mesmo ano, temos 2,87 leitos: 1.000 habitantes (BRASIL, 2003).

Mas a realidade é bem diferente no ano de 2016, os hospitais estão superlotados, com falta de medicamentos, aparelhos cirúrgicos, leitos de internação, falta até de profissionais na área da saúde, conforme o site da G1.Globo em 08/01/2016 relata que:

O governo chama mil concursados; se apresentam 720. Desses, muitos ficam apenas dois, três meses, depois vão embora. E 28% por cento nem se apresentaram. Não é apenas o salário baixo. É principalmente falta de meios para trabalhar com segurança.

Falta o antibiótico certo; falta o fio cirúrgico adequado; falta o reagente para um exame; falta o equipamento para fazer um diagnóstico. Então, falta médico no serviço público.

Uma triste realidade que tem um contraste degradante, por ter um revolucionário sistema de saúde que avançou muito e no final está decaindo, Alexandre Garcia em seu comentário no site do G1. Globo relatou que esse caos já está instalado há cinco e que a falta de competência do gestor de gerir a saúde pública é principal motivo.

### **2.3 Os pactos pela saúde**

O SUS, um dos sistemas de saúde mais revolucionários do mundo, tem evoluído desde a Reforma Sanitária em propor condições de qualidade na saúde pública para todos e com estabelecimento da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 integrou a universalidade, integridade e a equidade, ainda que regeu o poder descentralizado da regionalização e hierarquia e o controle social, sendo financiado pelas três esferas do governo: municipal, estadual e

federal, mas em 2006 foi criado o Pacto pela Saúde, onde o gestor de cada região assume a plenitude das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território, um novo pacto que respeitasse a autonomia das esferas de governo, exigisse o cumprimento de suas competências no SUS e substituísse a excessiva normatização e a lógica de habitação por outra de adesão e de compromisso com resultados (CONASEMS, 2004).

A finalidade do pacto pela Saúde visa estabelecer uma definição de responsabilidades com metas sanitárias e compromissos entre os gestores, pois o pacto da saúde tende a estabelecer controle de doenças, sendo que para alcance de resultados se siga as metas estabelecidas. Visto que Solha (2014, p. 48) enfatiza que:

Os municípios devem gerir o serviço de saúde de forma a cumprir as metas pactuadas. Por exemplo, para se alcançar a meta de controle do câncer do útero, o município deve aumentar a quantidade de mulheres com coleta de Papanicolau atualizadas (segundo as normas do Ministério da Saúde), oferecer exames mais complexos para aquelas que apresentarem resultados alterados, a fim de propiciar uma investigação adequada do diagnóstico, e tratamento precoce para as que tiverem resultados positivos para câncer e outras doenças.

No entanto, o pacto pela saúde fortalece o sistema de saúde para o bem-estar da população que engloba em três componentes: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O pacto pela vida são prioridades relacionadas à saúde da população, onde as definições se caracterizam em cuidado com idosos, redução da mortalidade infantil e materna, redução das mortalidades de câncer e todas doenças e endemias que estejam relacionadas para o tratamento e a cura da população. Enquanto o pacto de defesa do SUS dimensiona na mobilização da sociedade em torno da consolidação política pública e a luta pela regulamentação da EC29 e por mais recursos de saúde e a proposta de instrumentos em favor dos usuários e o pacto da gestão estabelece nas diretrizes para a gestão de sistema: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho; e educação na saúde. (CARVALHO et al,2011).

O fortalecimento do pacto do SUS tem a finalidade de avigorar o sistema de saúde pública, fortificando a participação popular e passando transparência de informações de funcionamento e da metodologia da gestão em divulgação de cartas dos direitos dos usuários do SUS. Contudo, é um sistema revolucionário de saúde pública, é reconhecido mundialmente pelas várias etapas que passou desde a Reforma Sanitária, uma luta em prol de melhores condições de saúde pública. O SUS têm vários programas de saúde reconhecidos que tiveram resultados significantes, pois o Brasil é um dos países que oferece gratuidade no tratamento de saúde pública, que vai desde uma consulta médica, aplicação de vacinas, exames laboratoriais sim até exames mais específicos, cirurgias de alto risco (neurológicas, cardíacas e de câncer), transplantes até internação hospitalar, seja na enfermaria ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva). E uma das grandes conquistas foi o acompanhamento das pessoas portadores do vírus HIV/AIDS, uma doença sexualmente transmissível que não tem cura, apenas tratamento.

#### **2.4 Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto da Saúde**

Para obter um aperfeiçoamento das redes à saúde do SUS é necessário que supere muitas dificuldades, a representatividade dos sistemas locais de saúde que são regionalizados e hierarquizados não tem



conseguido atender as demandas de saúde da população brasileira, mas muitas ações são implementadas para atingir resultados. A organização das redes integradas nos sistemas estaduais e municipais tem que garantir a universalidade, a equidade e a integralidade. Atualmente, o sistema de saúde está sofrendo pela calamidade das epidemias de dengue, chikungunya e zica vírus, patologias causadas pelo mosquito de nome científico *Aedes aegypti*, tem causado um fator impactante em todos o Brasil, pois esse mesmo mosquito tem essas três patologias e ainda que o vírus do zica esteja causando microcefalia no período fetal. Segundo Carvalho et al (2011, p. 117) cita que os desafios implicam em muitas questões:

para ser mais bem analisadas, podem ser classificadas em níveis macro, meso ou intermediário e micro. Classificações desse tipo podem se aplicar a análises complexas, como é o caso, quando existem múltiplos fatores envolvidos. Um exemplo de sua utilização é a análise da integração da atenção primária ao restante do sistema de saúde, que correlaciona o nível macrossocial com as políticas, o meso com a gestão e o micro com os cuidados.

Em paráfrase se pressupõe que a atuação de do nível macro se corresponde as diretrizes das políticas de saúde. No meso gestão corresponde a organização da sistematização de atendimento da demanda de serviços e necessidades de saúde, no entanto, as dificuldades de consolidar um sistema regional e no nível micro corresponde em estabelecimento de programas de saúde. No entanto, esses níveis iniciam desde as políticas, a organização de sistemas de saúde e projeções de práticas de saúde, sendo que envolvem um processo que necessita de recursos das políticas de saúde, financeiros, administrativos, envolvendo as três esferas do governo, já que o SUS é financiado pelos mesmos.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), são processos que projetam uma diversidade de serviços a todos os níveis para atender as necessidades da saúde, de acordo com Brasil (2010) a Portaria GM nº 4.279/2010 que instituiu no SUS, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Ainda que essa portaria no âmbito do SUS tem as seguintes caracterizações: formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; atenção primária à saúde; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional e compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos. No entanto, a RAS tem a finalidade de inserir integrações de ações e serviços de saúde para a melhoria contínua das condições sanitárias da população, no entanto, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS.

Mas, de acordo com Mendes(2009) a base de um aperfeiçoamento implica em questões para a sua efetividade para proporcionar eficiência e qualidade, nesse sentido as RAS são estruturadas nas seguintes características: economia de escala, em que abrange em racionalizar custos para otimizar resultados, mas os serviços de menor escala se beneficiam menos dos recursos; suficiência e qualidade, correspondente a qualidade da saúde na prestação de serviços, tendo a finalidade de proporcionar um adequado atendimento de uma demanda específica, sendo que devem atingir os parâmetros dos níveis do Ministério da Saúde; acesso, relacionado a quebra de burocracias para os usuários, que englobam a acessibilidade geográfica, a disponibilidade de serviços e profissionais, como médicos, enfermeiras e auxiliares, logo, os serviços de acesso tem que ser igual para todos, independentemente da localização geográfica; disponibilidade de recursos (financeiros, físicos, humanos e tecnológicos) e a sua administração que determinará sua situação de como atender a demanda, tem por exemplo, a utilização de aparelhos médicos que não podem ser distribuídos para todos, a solução é concentrar em algum lugar para

que fique disponível para todos; integração vertical, corresponde as ações que as instituições públicas tem que tomar referente a necessidade do usuário, por exemplo, o paciente já veio de outro hospital público, mas a sua condição de saúde não está alcançando tratamento, logo ele pode ser encaminhado para um hospital privado para que o mesmo tenha um atendimento com mais recursos; integração horizontal, consiste em unir unidades e serviços de saúde com o intuito de aumentar a produtividade entre si para ficarem na mesma sintonia; o processo de substituição, engloba em substituir processos e profissionais, em exemplo, pode –se citar que um paciente pode estar em um estado grave, mas assim que recebe alta ele pode ser acompanhado por outros profissionais em seu domicílio, não sendo necessariamente os funcionários do mesmo hospital e sim por outros de unidades mais próximas e na região de saúde e de abrangência, os espaços são delimitados geograficamente para a cobertura do RAS , integrando as características e epidemiológicos do local.

## 2.5 Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção

Processo que abrange todas as características epidemiológicas de dada região, que envolve um perfil de atendimento focado a endemias ou doenças que estejam se agravando, utilizando modelos de tratamento local da dada população, que identifica o risco e como foco promove a saúde a todos.

Visto que Rocha e Cesar (2008, p. 161) abordam que “ sendo o objetivo da promoção de Saúde a melhoria de qualidade de vida, em todos os projetos e movimentos é fundamental uma fase de sensibilização conjunta dos técnicos e da população, onde se discuta o que representa a qualidade de vida para o grupo”. Em paráfrase, é um processo que poderia resultar nas opiniões públicas em questões de como queiram que a cidade de onde habitam fosse de fato realmente e que condições básicas os habitantes necessitam no momento, pois dessa forma pode-se criar novas medidas de práticas no sistema de saúde pública.

De acordo com Fortes e Zoboli (2003, p. 21) “ As ações de saúde pública, ao ensejarem modificar estilos e comportamentos de vida, podem se imiscuir nos assuntos dos indivíduos e das famílias, desrespeitando posições minoritárias ou divergentes”.

Portanto, em uma saúde pública de uma região que queira identificar a epidemiologia de uma população são necessários dados para verificar novos casos de doenças ou se um estágio de alguma endemia tenha diminuído na região.

No entanto, a saúde é a base para que o bem-estar do ser humano tenha a sustentação de um crescimento contínuo, pois se não tiver a atenção devida numa população em geral resulta em pessoas doentes e logo pessoas doentes são incapacitadas de se desenvolverem fortemente e de trabalhar para garantir seu sustento e sua satisfação.

De acordo com Jenkins (2007, p. 17) “ A promoção de estilos de vida saudáveis envolve uma ação em duas frentes: a prevenção de doenças e a promoção da saúde”.

Sendo que não é uma tarefa fácil de conseguir, um exemplo que está acontecendo no Brasil é o alastramento de um mosquito, *Aedes aegypti*, que transmite três vírus: dengue, chikungunya e zica vírus que em consequência está causando microcefalia no período de gestação, onde o desenvolvimento do cérebro de um feto fica comprometido.

O modelo de saúde surge da necessidade que a demanda esteja precisando, segundo Paim (2003), trata-se de um modo tecnológico de intervenção em saúde que contempla problemas (riscos e danos), necessidades (carências, projetos e ideais) e determinantes da saúde. Ainda que esse modelo venha intervir nas condições de saúde que se apresentam e dessa forma exige atenção e acompanhamento contínuo pelo SUS com ações preventivas, promocionais de saúde para que nesse sentido erradique a causa raiz da questão de saúde que esteja deficiente.

### **3. Metodologia**

A metodologia aplicada foi em embasamento teórico que teve a finalidade de abordar em síntese os conceitos relativos ao Sistema Único de Saúde – SUS, o contexto acadêmico explanou estudos já realizados para possíveis análises e interpretações nos conceitos apresentados.

Conforme Fachin (2006, p. 119) “ A pesquisa bibliográfica é, por excelência, uma fonte inesgotável de informações, pois auxilia na atividade intelectual e contribui para o conhecimento cultural em todas as formas de saber”.

A pesquisa se consolidou em livros e sites do Ministério do Trabalho para compor todo o teor acadêmico contextualizado no artigo proposto, pois pressupostos foram resultados da pesquisa acadêmica realizada a fim de agregar conhecimentos.

### **4. Resultados e discussões**

O artigo teve a finalidade de demonstrar estudos relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS, um dos grandes sistemas de saúde criado em prol da população brasileira, constituído pela Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o objetivo de conhecer a história do SUS na Saúde Pública originando os seguintes objetivos específicos: 1. Desenvolver estudos relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS; 2. Identificar as ferramentas que compõe o SUS e 3. Propor melhorias no âmbito do SUS.

A seguir o desenvolvimento dos três objetivos específicos conciliados numa revisão literária para dá teor nos resultados apresentados.

#### **Desenvolver estudos relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS**

Até no início do século XX, a população para ter gratuidade no sistema de saúde recorria a instituições filantrópicas para poder realizar seu tratamento, conforme sua necessidade e os trabalhadores formais que contribuíam com a previdência tinham o direito de usufruir da saúde. Nas décadas de 70 e 80 imperava o sistema INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) que integrava em seu sistema apenas trabalhadores formais, que pagava a previdência, sendo que era centralizada no estilo hospitalocêntrica, que tinha o sentido de apenas curar, ou seja, no sentido de remediar a doença já instalada e ainda centralizado apenas pela esfera federal, ou seja, pelo Ministério da Saúde. Em 1986, houve uma mobilização social, um grande marco na história, foi um movimento de Reforma Sanitária, que teve como a 8º Conferência Nacional da Saúde a proporção de idéias que tinham como proporção de melhorar as condições de saúde com mais qualidade contra o governo militante, que era um regime autoritário com extremo abuso de poder e:

Os problemas são os que estão lá na raiz da Constituição do Sistema de Saúde Brasileiro, isto é, desde de 1923. A saúde do Brasil nunca foi pensada como um direito. Ao contrário, a formulação do Sistema de Saúde que nós temos foi pensada como um seguro, vinculado ao mundo do trabalho. Por isso a saúde foi pensada como assistência médica e nasceu vinculada a previdência. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006, p. 13).

Nessa época, a saúde era vinculada nas empresas para que só os trabalhadores formais pudessem utilizar o acesso à saúde.

No entanto, a constituição do SUS se realizou pela Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, originou-se de muitas lutas que desde de 1970 os movimentos não cessavam em buscar a conquista de seus direitos. O SUS é financiado pelas três esferas do governo: a municipal, estadual e federal, “ o SUS tem como objetivos: dar assistência à população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde para que assim sejam procurados”. (ROCHA E CESAR, 2008, P.109).

A sua doutrina compete em universalidade, equidade e integralidade. A universalidade integra em que todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros tenham atendimento igualitário, independentemente de sua cor, raça, sexo, perfil socioeconômico e dentre outros; a equidade consta em dá prioridade aquele que mais necessita de atendimento prioritário por condições mais urgentes de saúde pode ter um atendimento prioritário e na integralidade concebe programa de saúde em prol da população, é garantir atenção na saúde, ampliando as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a todos os níveis de complexidade do sistema. Ainda que seria muito difícil ser uma gestão centralizada, com a dimensão do SUS, é regido por uma gestão descentralizada, conforme Figueiredo (2005, p. 62):

O objetivo era tentar resolver a dicotomia entre a saúde pública (mais preventiva) e a assistência médica (mais curativa), oferecendo uma atenção integral à saúde. Esse sistema de saúde, além disso, propõe:

Descentralização de recursos, decisões e responsabilidades para os estados e municípios;

Criação de mecanismos para o chamado controle social, no qual a população participa dos conselhos gestores que administram a SUS através de representantes, manifestando seus interesses quanto a planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde.

A finalidade de uma regionalidade hierarquizada garante o direito da saúde na população, sendo que seja essencial a articulação entre os gestores para que a demanda de cada região seja atendida, conforme as necessidades com bases nas densidades culturais e econômicas, pois cada região tem necessidades diferentes de medidas de ações preventivas. Um exemplo de grande proporção é a microcefalia no Nordeste, e dessa forma, o Ministério da Saúde declarou estado de emergência de saúde pública, mas não depende só do governo, pois essas endemias provem de um mosquito *Aedes aegypti*, que além de transmitir a dengue e a chikungunya, transmite o zica vírus que em mulheres grávidas tem a proporção de desenvolver a microcefalia, segundo G1 de São Paulo relata que:

A microcefalia é um quadro em que bebês nascem com o cérebro menor do que o esperado (perímetro menor ou igual a 32 cm) e eu compromete o desenvolvimento da criança em 90% dos casos. As causas exatas do surto no Brasil ainda estão sendo investigadas, mas há forte evidências de que o zica vírus tenha

relação como surto.

Nesse impasse, o âmbito do SUS fica impotente, pois é um vírus que não tem medidas de erradicação por meio de aplicação de vacinas, a única ação desenvolvida pelo Ministério da Saúde é que os brasileiros façam a prevenção de combater esse mosquito. Contudo, o país inteiro está envolvido no combate contra esse mosquito, o Ministério da Saúde juntamente com o âmbito do SUS juntaram forças de promover a prevenção nas mídias em massa, controle do SUS por cada região administrando os tipos de prevenção que se tem que realizar.

### **Identificar as ferramentas que compõe o SUS**

Para um fortalecimento na gestão do SUS as políticas de pacto pela saúde, a problematização de saúde é um questionamento de alta dimensão no país. A saúde Pública deixou de ser um problema que competia somente aos médicos em pesquisar as causas, no entanto, a intensidade é tão ampla que os programas num sistema de saúde pública passou a ser integrada por administradores, economistas, engenheiros e dentre outros com a finalidade de alinhar processos em uma visão holística de funcionamento em benefício da saúde brasileira, pois envolve desde pesquisas, desenvolvimentos, alocação de recursos de materiais, capacitação contínua de profissionais de saúde e administrativos para que dessa forma se crie uma conjunção de melhorias contínuas no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. As políticas de pacto pela saúde foram criadas a fim de fortalecer a gestão do SUS conforme Brasil (2006, p. 7) o pacto pela saúde priorizou “ consolidar e qualificar a estratégia saúde da família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) ”.

A regulamentação desse Pacto pela Saúde se originou em comprometimentos públicos assinados pelos gestores que visam a melhoria contínua da qualidade de saúde pública, conforme Brasil (2006) a definição do Pacto pela Saúde é caracterizada pela Portaria n° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, como “ compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do SUS, em razão de seus princípios e diretrizes.

Contudo, as diretrizes para a gestão dos SUS integram a regionalização, atendimento a prioridades, modelo de atenção com ênfase na qualificação da atenção básica e financiamentos, compromissos e responsabilidades divididas nas três esferas que compõem o SUS. Ainda que Rouquayrol e Gurgel (2013, p. 488) aborda que:

Além disso, um tema de alta relevância para o SUS, que é a regionalização – a região de saúde -, não foi tratado de maneira adequada pelo pacto, e sem a regionalização os entes federativos não alcançarão a equidade regional, a garantia da integralidade da assistência à saúde e a solidariedade sistêmica. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde começou a não lograr o efeito pretendido ante suas falhas operativas e algumas conceituais, destacando-se os compromissos e a segurança pública.

Nesse sentido, as dificuldades são muitas que se integram nos desafios da universalização, financiamentos, o modelo de atenção na saúde, a gestão de trabalho regionalizada e a participação popular, mas a implementação teve muitos avanços no sistema público e para vencer esses desafios é necessário que a implementação de estratégias sejam mais adequadas para promover mudanças ,pois o gerenciamento das três esferas em um mesmo sentido, mesmo que seja descentralizado por cada região apresentar características diferenciadas , mas que garanta a universalização do sistema público,

integrando uma visão mais holística em que o complemento de profissionais capacitados seja além de suprir as necessidades da falta dos mesmos, mas que promova projetos interdisciplinares para promover a integralidade que o SUS tem em seus princípios.

### **Propor melhorias no âmbito do SUS.**

Relacionado em propor melhorias no âmbito de SUS, é necessário que as Auditorias de Saúde tenham mais intensificação na avaliação que lhe compete em realizar em seus relatórios para que a sistematização do SUS seja mais fortalecida, evitando que as falhas humanas corrompam o âmbito de saúde pública. Ainda que a problemática atualmente do SUS está correlacionada a falta de recursos que são financiados pelas três esferas do governo, em virtude da pouca disponibilidade de médicos e demais profissionais da saúde está em grande calamidade no país, recursos de materiais e equipamentos, medicamentos, poucos recursos financeiros. No entanto, é necessário criar ações de planejamento de curto, médio e longo prazo, conforme Carvalho et al (2011, p. 157) seria necessário:

Tais como a consolidação das mudanças nas políticas de formação e especialização do profissional médico no Brasil, medidas que, na melhor das hipóteses, darão resultados bem mais adiante. Outras tais como proposta de especialização em massa dos profissionais de saúde da família, que está sendo apresentada pela SEGETES do Ministério da Saúde, poderão amenizar mais rapidamente o déficit na formação de médico. É necessário, além disso, criar condições mais favoráveis para a adesão à atividade de generalista e sua fixação em postos de trabalho, reduzindo a rotatividade existente. Para isso, é preciso consolidar a carreira de médico generalista, atraindo mais profissionais para essa área de atuação.

Em resposta a essas dificuldades é necessário reformular as diretrizes para que se integrem em benefícios da saúde pública que é uma grande incógnita de resolver, mas não é difícil é apenas dificultoso por dimensionar todo o território nacional, é necessário criar novas alternativas de capacitação para todas as regiões, por esses motivos é que os gestores regionalizados tem que prescrever medidas que possam acentuar as soluções, pois esses gestores tem todo o conhecimento territorial em seu sistema de gestão, pois esse déficit não pode continuar, ainda mais com essa alastrarão de endemias que esse mosquito tem causado na população brasileira. No entanto, as regiões precisam se adequar as situações presentes, mesmo que os médicos e os demais profissionais, os recursos de materiais e equipamentos de saúde é conveniente priorizar aonde a necessidade é maior, definindo a epidemiologia de cada região, mas as mudanças no financiamento seriam relevantes para implementar novas medidas em prol de melhorar as condições de saúde pública.

### **Conclusão**

O grande projeto nacional construído na área da saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde), mudou profundamente a realidade socioeconômica do Brasil. A sua organização é financiada pelas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 vai completar 26 (vinte e seis anos) anos agora no ano de 2016. Uma das maiores conquistas do povo brasileiro, pois se pode ter a gratuidade desde uma simples consulta médica até realizações de transplantes de órgãos, aliou-se à política de pacto pela saúde pela Portaria n° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, com a finalidade de fortalecer o âmbito do SUS, de forma que ainda falta alguns ajustes de mudanças para intensificar essas políticas, mas se teve grandes avanços no âmbito do SUS, a promoção de prevenções de doenças

ministradas nas ações de promover a redução da mortalidade em diversas patologias clínicas, ainda que o SUS é reconhecido mundialmente pelos vários avanços que obteve, sendo que é necessário reformular a gestão regionalizada hierarquizada para que a integração dos princípios do SUS que compete em oferecer universalidade, equidade e integralidade seja articulada pelos diferentes gestores para que se alinhem no mesmo foco: melhora a qualidade da saúde pública numa visão sistêmica que seja eficiente e eficaz no seus procedimentos.

## Referências

**ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia.** Introdução à Epidemiologia. 4.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

**ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA.** SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde. Volume 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

**BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.** Portaria nº 4.729 Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_, **Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado.

**CARVALHO, Gilson; Organizador: SILVA, Silvio Fernandes da Silva.** Redes de atenção à saúde no SUS : o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2.ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

**FACHIN, Odília.** Fundamentos de Metodologia. 5.ed.(rev.). São Paulo: Saraiva, 2006.

**FIGUEIREDO, Nêbia Maria de Almeida (org.).** Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano, SP: Yendis Editora, 2005.

**FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. (org.)** Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

**G1.GLOBO.** Alexandre Garcia avalia a saúde em Brasília: “ Não há crise; há o caos”. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/01/alexandre-garcia-avalia-saude-em-brasilia-nao-ha-crise-ha-o-caos.html>> Acesso em: 04 de abril de 2016.

\_\_\_\_\_. Casos notificados de suspeita de microcefalia chegam a 5.280 no país. Disponível em:<<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/02/casos-notificados-de-suspeita-de-microcefalia-chegam-5280-no-pais.html>> Acesso: 10 de abril de 2016.

**GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah, LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de. (org.).** Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed.

rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

**JENKINS, C. David.** Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento. Tradução: Ananyr Porto Alegre: Artmed, 2007.

**MENDES, E. V.** As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

**MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andreia de Abreu de; KOHN, Robert. (Org.)** Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**OHARA, R.** Sistema de Informação. IN: Ohara, E. C. C., R. X. S. (Org.). Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2008.

**PAIM, J. S.** Modelos de atenção e vigilância da saúde. 6. Ed. Rio de Janeiro, 2003.

**ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão.** Saúde Pública. São Paulo: Atheneu, 2008.

**ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. (org.)**. Epidemiologia & saúde. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

**SILVA, Silvio Fernandes da Silva. (org.)**. Redes de atenção à saúde no SUS : o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde

**SOLHA, Raphaela Karla de Toledo.** Saúde coletiva para iniciantes: políticas e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Érica, 2014.

**XAVIER, Francilene Amorim; MOURA, Lígia Moreno de; BOSCO FILHO, João.** Políticas Públicas em saúde no Brasil e na América Latina. Natal: Endup, 2010.

[1] PÓS – GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA– UNINORTE- Manaus, AM, Brasil, Abril/2016

[2] PÓS – GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA– UNINORTE- Manaus, AM, Brasil, Abril/2016