

**FACULDADE DE CERES
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

LUANA DA SILVA LUZ

UMA VISÃO ANALÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CERES - GO

2012

LUANA DA SILVA LUZ

UMA VISÃO ANALÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Administração da Faculdade de Ceres.

Orientadora: Prof^o Esp. Elizabeth Vieira Porto Pereira.

CERES - GO

2012

Ficha catalográfica

Luz, Luana da Silva

Uma visão analítica do sistema único de saúde (SUS). / Luana da Silva Luz – Ceres – GO: Faculdade de Ceres – FACERES, Ceres, GO, 2012.

59 fls.

Orientadora: Elizabeth Vieira Porto Pereira (Especialista)
TCC (Graduação)-Administração de Empresas da Faculdade de Ceres – FACERES

Bibliografia.

1. Gestão de saúde 2. Sistema Único de Saúde - SUS 3. Políticas públicas da saúde. I. Faculdade de Ceres - FACERES. Curso de Administração. II. Título.

CDU614.253:658

LUANA DA SILVA LUZ

UMA VISÃO ANALÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Administração da Faculdade de Ceres. Este Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado em ___/___/___, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Prof^o Esp. Elizabeth Vieira Porto Pereira
Orientadora

2^o Examinador: Prof^o Luís Mauricio Aires
Mestre em Desenvolvimento Regional

3^o Examinador: Prof^a Tânia Maria F. Bastos
Graduada em Docência em pós-graduada em Filosofia.

Dedico primeiramente a Deus, que em vossa infinita bondade, me concedeu saúde e perseverança em busca de um ideal.

A minha família que sempre acreditou e confiou na minha capacidade e proporcionou oportunidades únicas.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente e me permitindo subir mais um degrau da minha vida vidas, que é com certeza, um degrau de vitória.

A minha família, que tanto colaborou em cada momento de fraqueza e cansaço, com palavras de ânimo e incentivo.

Ao meu noivo Bruno Bernardo por estar sempre ao meu lado e não me deixar desistir, pela paciência durante todo esse tempo de curso, pelo amor e dedicação.

A minha orientadora Prof^o Elizabeth Vieira Porto pela dedicação e compreensão.

Aos professores do curso que contribuíram para o meu aprendizado e conhecimento.

E a todos que de uma forma ou de outra colaboraram com a realização deste trabalho.

“Bem mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e viver com ousadia. Pois, o triunfo pertence a quem se atreve, e a vida é muita bela para ser insignificante”

Charles Chaplin

RESUMO

Esta pesquisa objetivou averiguar os processos desenvolvidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), na sua não implantação determinada pelo ministério da Saúde. O surgimento do SUS é um processo no qual a diretriz da descentralização das ações e dos serviços de saúde vem se desenhando desde o movimento pela Reforma Sanitária na década de 70. “A criação e a implantação gradativa do Sistema Único de Saúde (SUS) podem vir a ser analisadas como uma das reformas sociais mais respeitáveis alcançadas pelo Brasil na última década do século XX e nos primeiros anos do século atual”. Justifica-se a escolha deste tema mediante a observação dos problemas na sociedade causados pela falha dos procedimentos que são de responsabilidade do sistema do SUS, busca-se portanto ter uma visão analítica com detalhes deste sistema. O ponto em questão é levantado pela observação de problemas de cotidiano da sociedade no próprio atendimento, e a cota de responsabilidade entre o usuário e entidade representativa. O sistema atual de saúde brasileiro vive um período de grandes melhorias, contudo ainda há obstáculos a serem superados. Descreve-se como progresso o que é relacionado à oferta de vários programas, projetos e políticas que têm proporcionado resultados notórios para a população brasileira. E assim resta aguardar que o Governo defina claramente o financiamento do setor, o que permitiria aos gestores das unidades do SUS um melhor planejamento de gastos e custos. A metodologia adotada para a realização deste estudo foi a pesquisa bibliográfica embasada em artigos, revistas, livros; pesquisa em site confiáveis via internet e publicações do contexto.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, População Brasileira, Programas e Objetivos e princípios do SUS.

ABSTRACT

The main goal of this research is to get closely of some processes developed by SUS (Sistema Único de Saúde) in its non- implantation by Ministry of Health. The origin of SUS is a process in which the policy of decentralization of actions and health services are happening since the sanitary reform movement on 70s. "The creation and gradual implantation of 'SUS' can be analyzed as social reforms and the most respectable that Brazil had gotten in the last decade of XX century and at the beginning of this exact century". It justifies the choice of this theme according to observation in society and its problems, caused by faults of procedures that are SUS's responsibility, we seek this way, to have an analytical view with details of this system. The main point questioned in observation of everyday problems in society service and the responsible of both parts. The current Brazilian health system is experiencing a period of big improvements, even though there are obstacles to surpass. It's described as a progress related to offer of lots of programs, projects and actions that get notorious results to Brazilian people. And then now, what to do is wait that the government defines clearly the financing factor, what it would permit the managers of SUS units a better planning of expenses and costs. The methodology used in this study was bibliographic research related to articles, magazines, books, trusty sites on the Internet and publications.

Key words: Unique System Health(SUS), Brazilian People, Programs and SUS' purpose.

LISTA SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Instituição das Ações Integradas de Saúde
CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensão
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEME - Central de Medicamentos
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselhos Nacional de Secretários de Saúde
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-estar do Menor
IAPAS - Instituto de Administração da Previdência Social
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA - Instituto Nacional de Câncer
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência
MS - Ministério da Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TGC - Termo de Compromisso de Gestão
UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	13
1.1 Surgimento do Sus na História do Brasil.....	13
1.2 Sus: Datas Evolutivas.....	15
1.3 Momento de transição de INPS para o SUS.....	18
1.4 Sus - Estrutura Organizacional.....	20
1.5 Os Objetivos do Sus.....	21
1.6 Bases Legais do Sus.....	22
2.CONSCIENTIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL.....	25
2.1 Sus: Controle Social.....	25
2.2 Proteção dos Direitos E Garantias Fundamentais Do Cidadão.....	26
2.3 Sus: No Contexto da Seguridade Social.....	27
2.4 Sus: A Necessidade de Uma Mudança Na Saúde Pública.....	29
2.5 Dificuldades do Sus Em Atender Às Necessidades Da População.....	31
2.6 Programas do Sus.....	34
2.6.1 Samu 192.....	35
2.6.2 Doação de Órgãos.....	35
2.6.3 Farmácia Popular do Brasil.....	36
2.6.4 Programa Saúde da Família.....	37
2.6.5 Programa Nacional de Combate À Dengue.....	37
2.6.6 Upa 24H.....	37
2.6.7 Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer...38	
3 - VISIONAR ANALITICAMENTE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	39
3.1 Analítico.....	39
3.2 Visão Analítica da Saúde Do Brasil.....	40
3.3 Os Primórdios da Saúde Pública No Brasil.....	42
3.4 Surgimento das Cap's ao SUS.....	43
3.5. Prestação de Serviços Públicos de Saúde: SUS.....	46

3.6 Principais Propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde.....	48
3.7 Custo do SUS.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa consiste em dar uma visão analítica do Sistema Único de Saúde - SUS, o qual foi criado pela Constituição Federal em 1988 e regulamentado pela lei número 8.080 de 1988 e regulamentada (Lei orgânica de Saúde). Com a sua implantação no Brasil discute-se e criticam-se as políticas de saúde desta nação.

Vários são os motivos que aguçam uma análise aprofundado do tema no que se referem as suas políticas estratégicas e organizacional.

O presente estudo possui como cunho divulgar para a sociedade a importância do Sistema Único de Saúde, permitindo que seus usuários tenham informações sobre seus direitos dentro do sistema. Dessa forma, o mesmo poderá funcionar de forma mais efetiva, minimizando boa parte do caos que hoje se encontra.

Quando é mencionado o SUS logo se lembra das filas enormes, do péssimo atendimento e na falta de leitos e na má formação dos médicos que atendem.

A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de abrangência social já realizado na História do Brasil e representou, em marco constitucionais, uma afirmativa política de obrigação do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos. (SOUZA; COSTA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2009) tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência a saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer hipótese.

Dentre as várias assertivas do SUS Lima (2005, p. 21) relata que algumas se destacam como: "Crescimento da conscientização da saúde da Mulher e da criança, sem falar que estão controlando essas doenças transmitidas pela malária, tuberculose e etc".

O primeiro passo é conhecer e aprofundar a discussão sobre este tema. Segundo Amaral (2005) cidadãos e técnicos da saúde têm unidos o intenso conhecimento da matéria e a experiência clínica adicionada na convivência com seus pacientes em consultórios, ambulatórios, laboratórios e hospitais. Isso permite-

se ver com nitidez e determinar com acerto as prioridades. Tem-se também a oportunidade de informar com clareza e resolver com acertos as prioridades.

Justifica-se a escolha deste tema mediante a observação dos problemas na sociedade causados pela falha dos procedimentos que são de responsabilidade do sistema do SUS, busca-se portanto ter uma visão analítica com detalhes deste sistema. O ponto em questão é levantado pela observação de problemas de cotidiano da sociedade no próprio atendimento, e a cota de responsabilidade entre o usuário e entidade representativa.

O objetivo geral deste estudo foi averiguar os processos desenvolvidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), na sua não implantação determinado pelo ministério da Saúde.

Sendo os objetivos específicos identificar os principais fatos históricos, as bases legais, os conceitos, suas ações e seus pontos determinantes no que se refere ao Sistema Único de Saúde; Instituir o uso da conscientização do Sistema Único de Saúde no contexto social e visioná-lo analiticamente o sistema único de saúde.

Souza e Costa (2010) afirmam que o Sistema Único de Saúde, é responsável por ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, portanto, em um país como o Brasil com grandes extensões territoriais continentais, Sabe-se que enfrenta vários obstáculos das mais diversas formas. Assim sendo, entende-se que é difícil agir com eficácia, passa a ser muito difícil, pois, os problemas começam desde a situação econômica da população.

A metodologia adotada para a realização deste estudo foi a pesquisa bibliográfica embasada em artigos, revistas, livros; pesquisa em site confiáveis via internet e publicações do contexto.

A monografia foi dividida em três capítulos:

No primeiro capítulo foi feita uma contextualização sobre o Sistema Único de Saúde, desde seu surgimento, objetivos e bases legais.

No segundo capítulo foi abordado o tema Conscientização do Sistema Único de Saúde no contexto social.

E finalizando com terceiro e último capítulo foi realizada uma visão analítica do Sistema Único de Saúde – SUS.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Neste primeiro capítulo será feita uma contextualização sobre o Sistema Único de Saúde, desde seu surgimento, objetivos e bases legais. O SUS é prometido a todos os habitantes e é financiado com recursos angariados por meio de impostos e ajudas sociais pagas pela população e ajustam os recursos do governo federal, estaduais e municipais.

1.1 Surgimento do SUS na História do Brasil

O surgimento da saúde pública no Brasil deu-se na passagem do século XIX para o século XX, no período entre o fim da monarquia e o princípio da República Velha. Configurou-se em um método de preparação de normas e organizações sanitárias e de modificação nas práticas dominantes até então. “Ficou conhecido como sanitarismo campanhista, foi definido nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, e visou especialmente sanear os espaços de movimento das mercadorias exportáveis e prevaleceu até os anos 60”. (ANDRADE, 2007, p. 23).

O surgimento do SUS é um processo no qual a diretriz da descentralização das ações e dos serviços de saúde vem se desenhando desde o movimento pela Reforma Sanitária na década de 70.

Segundo Andrade (2007), a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, promovida pelo Ministério da Saúde, contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. É analisada como um marco histórico para as reformas que foram e estão sendo acionadas no setor nas duas últimas décadas.

Os fundamentais tópicos discutidos nesta conferência foram: saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor, conforme elucidado por Souza (2008). Esta conferência diferiu das demais pela participação de setores organizados da sociedade, com destaque para a valiosa participação de usuários, bem como pela quantidade de pré-conferências estaduais e municipais realizadas.

A conferência teve como resultado a conquista de um projeto de Reforma Sanitária onde defendia a criação de um sistema único de saúde que centralizasse

as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência social e, ao mesmo tempo, regionalizasse o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento. Nesse tempo havia um acordo, entre os participantes, de que para o setor saúde no Brasil não era satisfatória uma mera reparação administrativa e financeira, mas sim uma mutação em toda a estrutura jurídico institucional vigente, que olhassem o "acréscimo do nome de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária" (LIMA, 2005, p. 58).

O Relatório gerado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, (Brasil, 1986), foi referência para os constituintes destinados à preparação da Carta de 1988 bem como para os militantes do "movimento sanitário brasileiro" (BAHIA, 2010).

Entre a VIII Conferência de 1986 e a Constituição de 1988 dois acontecimentos merecem destaque: a criação, em dez de julho de 1987, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde — Conasems e a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde — Suds, com o decreto presidencial de 20 de julho de 1987. (ANDRADE, 2007).

De acordo com SUS (2008, p. 35), “a criação e a implantação gradativa do Sistema Único de Saúde (SUS) podem vir a ser analisadas como uma das reformas sociais mais respeitáveis alcançadas pelo Brasil na última década do século XX e nos primeiros anos do século atual”.

O Sus representou nesse período um rearranjo institucional objetivando prioritariamente a universalização do atendimento com redefinição dos princípios de consistência, integralidade, hierarquização regionalização do sistema de saúde, e domínio social. Sua implementação se abrolhou mediante contratos assinados entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde e foi importante na reforma administrativa do setor, inserido dados racionalizadores e tendo do mesmo modo consequências políticas, como o desmembrado da máquina previdenciária e a mutação da correlação de forças até então vigente (MÚLLER NETO, 2000, p. 55).

Com a criação do Conasems entrou em cena um novo ator social na luta pela criação do Sistema Único de Saúde e pela descentralização das obras e serviços de saúde. Segundo Goulart (1996, p. 116):

O Conasems associa, então, a recém-criada Plenária das Entidades de Saúde, acoplado a representações sindicais, de trabalhadora de saúde, de utentes, portadores de deficiências e outros grupos. Tal articulação passa a ser uma das características acentuada do movimento, qual seja sua influência mútua com outros segmentos sociais.

Estes movimentos culminaram por garantir na Constituição de 1988 a saúde como direito social universal a ser afeiçoado pelo Estado. É criado então o Sistema Único de Saúde, que apresentou admirável questão de inflexão na reengenharia institucional¹ do Brasil e decidiu praticamente uma total "reengenharia institucional, ao colocar novo esboço jurídico institucional no campo das políticas públicas em saúde". (ANDRADE, 2007, p. 35).

Um dos marcos desse processo é o fato de a constituição ter adotado segundo Sousa (2008, p. 77) "um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes retirados não da prática corrente e hegemônica", porém recomendando uma nova lógica organizacional, assinalada na proposta contra-hegemônica levantada longo de quase duas décadas pelo chamado movimento sanitário.

Antes da criação do SUS em 1988, o ingresso gratuito aos serviços de saúde não era universal. O atendimento era efetivado em determinados hospitais estatais e universitários, em instituições filantrópicas ou nos postos e hospitais de institutos de previdência para seus agregados. A atenção primária em centros e unidades básicas de saúde também não era generalizada, ampliando-se a partir dos anos 80. (SUS, 2008, p. 45)

Idealizado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representou um termo definitivo na segurança do direito à saúde do cidadão brasileiro, ao definir um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País. Nessas aproximadamente duas décadas, o método de concretização do SUS insinuou modificação na legislação, procurando garantir a implementação do sistema e seguir as transformações econômicas e sociais do País. (BRASIL. MS, 2006).

1.2 SUS: Datas evolutivas

Em 1975, a União cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A competência para a efetivação das obras e dos serviços de saúde é repartida entre os ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho. (ANDRADE, 2007).

¹ Reengenharia é a implementação de mudanças radicais que, ao redesenhar os processos de trabalho, visam melhorar, de forma drástica, a eficácia da empresa, em todos os seus aspectos tais como custos, qualidade, serviço e velocidade.. Disponível em: <http://lauromonteclaro.sites.uol.com.br/Textos_Selecionados/Reengenharia.htm>. Acesso em: 10 mai. 2012.

De acordo com Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), em 1977, inventa-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), com a seguinte composição:

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (Funabem); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev); Central de Medicamentos (Ceme).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) proporciona e debate a primeira sugestão de reorientação do sistema de saúde.

A crise econômica dos anos 80 provoca uma nova situação, determinando o prestígio do governo e a precisão de modificar o sistema, que asseverava saúde somente aos contribuintes da Previdência Social. A conveniente população principia a se estabelecer e afrontar pela democratização do país.

Em 1982, o governo modifica a maneira de pagamento do setor privado assentado e coloca o pagamento por diagnóstico. Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e passa a solenizar convênios com os Estados e os municípios e a desfiar recursos. Com a instituição das Ações Integradas de Saúde – AIS, os setores públicos de saúde se avaliam e começam um método de planejamento mais conectado e articulado. Criam-se as Comissões Interinstitucionais, baseamento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – Suds. (DODE, 2009, p. 13-4).

De acordo com Andrade (2007), em 1986 desempenha-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que, com vasta participação, debate a situação da saúde no país e consente um relatório com sugestões de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local. Essas recomendações passam a formar o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A proposta da reforma para reorientar o sistema de saúde é a implantação do SUS – Sistema Único de Saúde.

Em 1988, o texto constitucional dedica a saúde como produto social e forma as bases legais dos municípios como responsáveis pela preparação da política de saúde.

De acordo com o Art. 5º da Constituição Federal (1988):

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Observa-se que no artigo 5º da Constituição Federal, a todos os indivíduos todos são assegurados os direitos essenciais á todos os indivíduos, sem distinção de raça, cor, sexo, inclusive aos estrangeiros naturalizados.

Conforme Amaral (2005), a saúde é compreendida no capítulo da Seguridade Social que é o anexo das obras de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, com financiamento comum, e, para estabelecer o funcionamento do SUS, são formadas e aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde: 8.080/90 e Lei 8.142/90.

Em 1988, a nova Constituição universalizou o direito ao ingresso gratuito. Para garanti-lo, o Estado foi encarregada não somente da regulamentação, fiscalização e planejamento das obras e serviços de saúde, mas do mesmo modo da cota dos serviços que se desvendassem indispensáveis, por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta; por fundações sustentadas pelo Poder Público; por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados. (ANDRADE, 2007, p. 58).

De acordo com Righi *et al.*, (2010), a década de 80 foi à época na qual se principiaram as mais importantes transformações no sistema público de saúde brasileiro, trajado por um modelo médico-assistencial privatista e excludente. Procurava-se um modelo de saúde que matutasse um sistema universal, integral e descentralizado.

As obras e serviços de saúde financiados pelo Poder Público passaram, então, a associar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e aparelhado segundo determinadas diretrizes básicas: atendimento universal e absoluto, com precedência para as atividades preventivas, sem detrimento dos serviços assistenciais; descentralização, com direção singular em cada domínio de governo; informação e controle da sociedade, o que necessitaria acontecer por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços. (SUS, 2008, p. 143).

A implementação desse sistema de saúde adiantado e democrático tem determinado grandes esforços do governo federal, o principal responsável por sua solidificação e funcionamento. O primeiro desafio foi o financiamento das precisões

expandidas. Tem sido grande o comprometimento para diminuir custos e para aumentar e regular receitas. Uma marcha importante foi oferecida com a lei que acoplou certos percentuais das receitas federais, estaduais e municipais aos gastos com saúde.

A descentralização tem enfrentado oposições e muitas dificuldades para fixar os limites de modo mais claro as atribuições e as responsabilidades das diversas esferas de governo. Mesmo assim, o SUS, teve o seu avanço e foi extraordinário e passou a integrar em meio a hospitais, clínicas, laboratórios e centros de saúde. (NUNES, 2006).

1.3 Momento de transição de INPS para o SUS.

Conforme Oliveira e Teixeira (1999, p. 89) a invenção do INPS, em 1966, foi o tempo institucional de solidificação do modelo médico-assistencial privatista, cujas fundamentais características foram:

- A expansão da cobertura previdenciária de forma a abarcar a aproximadamente totalidade da população urbana e rural;
- O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- A invenção, através da intervenção estatal, de um intrincado médico-industrial;
- O desenvolvimento de um exemplo de preparo da técnica médica guiada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Em 1975, com embasamento nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, apareceu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista.

Segundo Souza (2008), a grande performance do poder público nessa extensão se abonava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que em 1978 passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O INPS foi o resultado da fusão, em 1966, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (os denominados IAP), das diversas categorias profissionais formadas (bancários - IAPB, comerciários - IAPC, industriários - IAPI, dentre

outros), que em 1978 através da Lei do SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social foi desenrolado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este derradeiro continha a responsabilidade de apresentar assistência à saúde de seus agregados, o que relevava a edificação de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nas regiões com maior desenvolvimento econômico e nos grandes centros urbanos, onde encontrava-se a maior parte dos seus favorecidos. (SOUZA, 2008).

De acordo com Levicovitz (2002, p. 22), a assistência à saúde ampliada pelo INAMPS defendia somente os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus submissos, ou seja, não havia o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta maneira, o INAMPS aproveitava nos estados, por meio de suas Superintendências Regionais, recursos para o auxílio à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos angariados e de beneficiários existente.

Em janeiro de 1989, nas expressões do Secretário-geral do MPAS o SUDS é proporcionado como “o prenunciador – porque não proferir viabilizador – do próprio texto constitucional: o Sistema Único de Saúde, indicado nos artigos 196 a 200 da Carta Magna”. (BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2000).

No período SUDS (1987/89), as mutações acontecidas na esfera federal apresentaram como carrascos os Estados da União. Essa questão é formidável para a alteração do método de separação de responsabilidades acontecidas durante a implantação do SUS.

Observa-se que as iniciativas apresentadas evidenciam que começa a se construir no Brasil um sistema de saúde descentralizado com disposição à cobertura universal, ainda antes da aprovação da Lei 8.080, que formou o SUS. Isto foi determinado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à ampla mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores formados da sociedade, que instituíram o então apelidado “Movimento da Reforma Sanitária”, que teve a sua culminância na VIII Conferência Nacional de Saúde, no contexto da redemocratização do país. (SOUZA, 2008).

E deste modo, entende-se que a Constituição Federal de 1988 originou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de modo descentralizado, hierarquizado e regionalizado, de acesso universal.

1.4 SUS - Estrutura organizacional

A estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) admite dois volumosos grupos de desempenhos gerenciais, apropriados aos segmentos do sistema onde se crescem diversos métodos gerenciais: as unidades de produção de serviços e as veemências de comando e constituição de âmbito institucional ou sistêmico em cada esfera de governo. (SANTOS *et al.*, 1997).

Roberson (2011) assegura que a estrutura organizacional do SUS são:

Princípios Doutrinários: universalidade, equidade, integralidade; Princípios Organizativos: hierarquização, participação popular, descentralização, regionalização, Municipalização; Instâncias de Gestão: conferências, conselhos, comissões intergestores, colegiados de gestão regional, fóruns, comissões, conselhos intersetoriais de governo e Estrutura Gerencial: gestão municipal, estadual e federal do SUS.

Acredita-se que o SUS necessitaria conter em sua estrutura organizacional mais transparência ao seu método de gestão, aprofundando maior segurança nas questões jurídicas. Ele ainda sugere que municípios, Estados e União operem de forma harmônica e agregada na organização das ações e serviços de saúde.

1.5 Os objetivos do SUS

Em 1990, foi editada a Lei n. 8.080/90 que, em seus arts. 5º e 6º [11], preocupou-se com os desígnios e das pertinências do SUS, tentando melhor especificar o art. 200 da CF (mesmo que, em determinados casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente). (ANDRADE, 2007).

Segundo Santana *et al.* (2005) os desígnios do SUS são:

a) a identificação e publicação dos fatores condicionantes e definitivos da saúde; b) a formulação de políticas de saúde designadas a solicitar, nos campos econômico e social, a diminuição de riscos de doenças e outras afrontas; e c) cumprimento de obras de promoção, amparo e recuperação

da saúde, unificando as ações assistenciais com as preventivas, de maneira a afiançar às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, constitui como competência do Sistema a efetivação de obras e serviços de saúde delineados em seus 11 incisos.

O SUS precisa agir em campo delimitado pela lei, em pretexto do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que saúde é direito de todos e obrigação do Estado, não tem o condão de abarcar as condicionantes econômico-sociais da saúde, também não envolver, de modo amplo e irrestrito, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque existirá sempre um limite orçamentário e um interminável progresso tecnológico a designar necessidades intermináveis e inclusive protestadas sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico. (NASCIMENTO, 2005, p. 5).

Será a lei que precisará impor as proporções, sem, contudo, é obvio, cercear o direito à ascensão, amparo e recuperação da saúde. E aqui o item delimitador da lei necessitará ser o da dignidade humana.

Conforme Santana *et al.* (2005), o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003 que se depara no Congresso Nacional para regulamentar os critérios de rateio de transferências dos recursos da União para Estados e Municípios – procura disciplinar, de formato mais claro e definitivo, o que são obras e serviços de saúde e constituir o que pode e o que não pode ser financiado com recursos dos fundos de saúde. Esses parâmetros também servirão para reduzir o que precisa ser colocado à disposição da população, no domínio do SUS, ainda que o art. 200 da CF e o art. 6º da LOS tenham deliberado o campo de ação do SUS, fazendo pressupor o que são ações e serviços públicos de saúde, conforme falamos acima. (O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde também disciplinaram o que são obras e serviços de saúde em alvará e portarias).

O Sistema Único de Saúde, formado pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, tem entre seus princípios básicos a universalidade do atendimento, isto é, harmonizar à população brasileira ingresso às ações e aos serviços de saúde, por meio de entidades acopladas ao sistema, ressaltando os princípios da equidade, da integralidade, da resolutividade e da gratuidade. (ANDRADE, 2007, p. 45).

De acordo com o SUS (2008, p. 52), “o documento ajeita um movimento de reforço e auxílio aos profissionais da medicina no sentido de: desempenharem a completa autonomia na procura de soluções para a melhora da qualidade de vida das populações”; Progredirem no método de articulação com os gestores de saúde; articularem meios e condições de repartir, com a sociedade, os dirigentes políticos e com o setor da saúde, a responsabilidade de melhor atendimento.

1.6 Bases legais do SUS

A base legal do SUS está baseada em 3 documentos: constituição de 88 (na parte que discorre de seguridade social), nas leis orgânicas de 90 (a 8080 e 8142).

O direito à saúde elevado ao patamar de direito essencial em desempenho de sua ligação intrínseca com o direito à vida e à decência da pessoa humana no domínio da positivação dos direitos sociais conferida pela Constituição de 1988, exprime-se no reconhecimento da saúde como direito público subjetivo de força plena e imediata. A tutela estatal e o agir positivo, ao ensejarem a criação e efetivação de políticas públicas, fazem com que esses direitos adquiram caráter coletivo. (BAHIA, 2010, p. 6).

De acordo com Gomes (2009), a CF 88 em seu Art 196:

A saúde é um direito de todos e obrigação do estado, afiançando mediante políticas sociais e econômicas que mirem à redução do risco de doenças e de outras afrontas e ao ingresso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A integralidade das obras de saúde; a descentralização, com comando único em cada esfera de poder e a participação da sociedade (artigo 198).

Conforme o Ministério da Saúde (2009), em termos operacionais, versa-se de um sistema unificado, regionalizado, com pertinência deliberada por esfera de governo, financiamento compartilhado e áreas de competências e abrangência firmadas. A saúde passa a ter o estatuto de bem de relevância pública tal como presumido no artigo 197, que determina a competência do poder público na regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

O artigo 199 dispensa à iniciativa privada a participação nas atividades de saúde. As áreas de ação e competência dos órgãos do sistema de saúde são deliberadas no artigo 200.

Sobre o jeito, as regras de composição, simetria de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a conferência de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos. Ao decorrer do tempo, a legislação ordinária foi complementada por decretos de autoria do poder executivo ou do legislativo e normas emanadas do Ministério da Saúde, entre as quais as normas operacionais básicas (NOBs) que decidem as regras para o penetrar dos recursos federais às esferas subnacionais. (PINHEIRO, 2006, p. 34).

Segundo Bahia (2010), o controle, fiscalização, cumprimento e ordenamento das políticas, obras e programas reminiscentes a itens diversos, tais como alimentos, medicamentos, equipamentos, hemoderivados, saneamento básico, formação de recursos humanos para a saúde, ambientes de trabalho, desenvolvimento científico e tecnológico e meio ambiente são atribuições do SUS.

O conteúdo constitucional do SUS é discriminado e detalhado em duas leis orgânicas, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/ 90. A Lei 8.080/90 apresenta dispositivos catalogados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, ressaltando a significação das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema. (BRASIL. MS, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2009), nos parágrafos 1º e 2º do Art. 36, são decididos à aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes são as seguintes:

Nos parágrafos 1º e 2º do Art. 36, são decididos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes. O primeiro parágrafo situa que “os planos de saúde serão o embasamento das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será conjeturado na respectiva sugestão orçamentária”. Já o segundo proíbe a “transferência de recursos para o financiamento de ações não presumidas nos planos de saúde”, salvo em circunstâncias emergenciais ou de calamidade pública de saúde. No Art. 37, a Lei confere ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a laboração dos planos de saúde, “em emprego das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Gomes (2009) afirma que a Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina, no seu Art. 4º, os pré-requisitos para o valimento dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde, afixando que:

Os municípios, estados e o Distrito Federal precisam contar com plano de saúde e relatório de gestão “que aceitem o controle de que versa o §4º do Art. 33 da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990” (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria).

O Pacto pela Saúde abafa três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos abarcam o planejamento, a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação compactuar e associada, a regulação, a participação social, a gestão do trabalho e a educação na saúde. (SUS, 2008).

Conforme com Bahia (2010) os cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

- (i) a adoção das precisões de saúde da população como critério para o método de planejamento no setor do SUS;
- (ii) a conexão dos instrumentos de planejamento, tanto no conjunto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- (iii) a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do método de plano, neste incluso o monitoramento e a avaliação, como utensílio estratégico de gestão do SUS;
- (iv) a revisão e a adoção de um elenco de utensílios de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem abraçadas pelas três esferas de gestão, com ajustamento dos instrumentos legais do SUS no emocionante a este método e instrumentos dele resultantes; e
- (v) a colaboração entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a igualdade do método de planejamento no SUS.

Ressalta-se que os esforços para ponderar o rumo e o prumo da trajetória do SUS, quer originários da esfera da sociedade civil, quer suscitados na esfera governamental, ainda que até hoje tenham ludibriado contra-restar plenamente obstáculos estruturais, promulgam a vitalidade e perenidade de seus princípios e diretrizes.

2. CONSCIENTIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL

2.1 SUS: Controle Social

A população brasileira tem uma concepção unilateral sobre o SUS, e não sabe o que é controle social, onde os usuários, representantes da cidadania tornam-se companheiros a fim de garantir o Modelo de Assistência à Saúde nos diversos níveis de atenção.

No Brasil, a saúde consiste num direito essencial, sendo uma segurança constitucional, compondo uma obrigação do Estado, para proporcionar à população um sistema com condições de desempenhar serviços com qualidade, disponibilizando o melhor atendimento admissível aos indivíduos. (SZYMCZAK; PIRES, 2006).

Essa proteção sobre a saúde do indivíduo, se torna essencial, já que o cidadão brasileiro passa a ter entrada à saúde desde a sua visão, estendendo-se pelo tempo de desenvolvimento na infância e adolescência até atingir à idade adulta e a velhice.

No transcorrer da laboração das diretrizes da saúde no âmbito constitucional, levou-se em conta a participação popular, o que propiciou uma percepção mais proeminente sobre o formato de sua realização como política pública prioritária. Em relação a tais aspectos, Costa (2005, p. 51) afirma:

A interferência da vontade popular sugeriu também uma nova compreensão da própria assistência à saúde. Defendeu-se a descentralização da gestão dos serviços; a integralização das obras, com a superação da dicotomia preventivo/curativo; a unidade da coordenação das políticas setoriais; a regionalização e hierarquização das unidades que prestam serviços; a participação popular, através de suas entidades representativas, na formulação da política e no plano, gestão, efetivação e avaliação das ações de saúde; o respeito à dignidade dos usuários pelos prestadores dos serviços, como obrigação de ser inseparável à função pública, etc. A Constituição anota efetivamente a eficácia desse movimento de ideias, por meio da incorporação da proposta, inédita à tradição brasileira, do Sistema Único de Saúde.

Percebe-se que a constituição passou a ser social, uma vez que teve a capacidade de traduzir, excelência, os objetivos de promover uma maior segurança à população, constituindo garantias em áreas de suma importância, como saúde, assistência social e a previdência, consistindo esta fundamental para garantir condições mínimas de estabilidade para o cidadão. (SZYMCZAK; PIRES, 2006)

Fleury (2000, p. 113) assegura que “a Constituição Federal de 1988 representa uma densa mudança no padrão de proteção social brasileiro, concretizando as pressões que já se faziam experimentar há mais de uma década”.

Em seu artigo 3º, encontram-se determinados os objetivos do Estado, que estão ligados à,

edificar uma coletividade livre, que seja justa e solidária; asseverar o desenvolvimento nacional; tirar a pobreza, violência e diminuir as diversidades sociais e regionais; agenciar o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 2006, p. 12).

Procura-se, deste modo, formar uma sociedade mais justa, onde a harmonia social é beneficiada pela performance do Estado, com o desígnio de efetivar-se o bem-estar da população numa dimensão ampla, que abrange, até mesmo, a seara² econômica e política, não mais centrada no interesse de grupos particularizados, mas sim na defesa dos interesses sociais.

A população brasileira passa a ter maior segurança legal em relação a aspectos que são essenciais para resguardar sua dignidade, como a universalidade do acesso a serviços públicos essenciais para a sustentação do bem-estar social, abrangendo outros fatores que delimitam uma sociedade verdadeiramente democrática. (SZYMCZAK; PIRES, 2006).

2.2 Proteção dos direitos e garantias fundamentais do cidadão

A Constituição federal estabelece e determina que toda a legislação do Estado brasileiro, em meio a seus dispositivos mais importantes, coloca em destaque

² Conjunto de pessoas que tendem a um fim útil ou benéfico. = AGREMIÇÃO, ASSOCIAÇÃO. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em <http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=seara>. Acesso em: 03/06/2012.

os que versam sobre os direitos e deveres individuais e coletivos e proteção dos direitos e garantias fundamentais do cidadão.

A Lei Maior, apontando, segundo Rueda Júnior (2006, p. 1), organiza os seguintes princípios:

Princípio da igualdade, em que todos os cidadãos ganham um tratamento equânime; princípio da legalidade, em que as benfeitorias ou direitos são auxiliados ou alterados através de leis; e o princípio do direito obtido, em que a publicação de uma nova lei só terá resultado a partir de sua data de vigência, não vindo a mudar direitos contraiados pelo cidadão em papel de legislação anterior vigente.

Através de determinados princípios, a população começou a ter uma segurança legal maior, obtendo condições de ordenar um tratamento, por parte do ente estatal, em conformidade com a legislação existente, especialmente em relação a aspectos proeminentes como a saúde. Tornaram-se, deste modo, direitos sociais devidamente reconhecidos pela Constituição, como a educação, a saúde, os afazeres, o lazer, a garantia, a previdência social, a assistência à maternidade e à infância e a ajuda aos desamparados, ou seja, contemplam-se aspectos que são essenciais para que o Estado de Bem-Estar Social concretize uma ação relevante na sociedade.

2.3 SUS: No contexto da Seguridade Social

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como conscientização as necessidades do cidadão, tais como necessidade que o cidadão possui como direito a proteção e recuperação da saúde, (CRUZ, 2005).

A seguridade social representa uma conquista social de grande relevância para a população, por aglutinar num mesmo projeto legal, segundo Bonavides (2004), elementos que são essenciais para acatar as precisões do cidadão, destacando-se a saúde, a assistência social e a previdência social.

A saúde, com a publicação da Constituição de 1988, ganhou novas feições legais, traduzindo-se num direito garantido a todo cidadão, tendo como embasamento principal um serviço de qualidade, capaz de acatar, de forma adequada, as precisões da população, aspecto enfatizado por Manrich, (2007, p. 62).

A determinação constitucional adverte que o ingresso aos serviços de saúde é universal, não tendo dependência em relação a determinado tipo de contribuição de quem usa. As ações de saúde precisam juntar tanto medidas preventivas como prevenção e controle de doenças em municípios, imunizações, vigilância à saúde e sanitária como os tratamentos indispensáveis para o câncer as DST's e outras de urgência, a fim de que o cidadão tenha uma qualidade de vida apropriada a sua condição de cidadania, aspecto relatado por Castro e Lazzari (2005, p. 56):

O direito à saúde, que precisa ser abrangido como direito à assistência e tratamento gratuitos no campo da medicina, é garantido à toda população, independentemente de contribuição social, para que se apresente o devido atendimento, tendo pertinência no âmbito da repressão e cautela de doenças, produção de medicamentos e outros insumos básicos, bem como comandar a formação dos recursos humanos na área de saúde.

O Estado passa a ter uma ação relevante na condução das políticas referente à saúde, precisando disponibilizar um serviço que receba inteiramente as necessidades da população. No âmbito legal, a instituição do direito à saúde acata aos requisitos básicos de total proteção ao cidadão brasileiro como as ações de tratamento da água para evitar a cólera e outras doenças, prevenção da cárie dental etc..divulgando assim o caráter de valorização do ser humano disposto na Constituição de 1988. (SZYMCZAK; PIRES, 2006).

Existem determinações constitucionais relativas á saúde que miram colocar um ambiente mais propício ao ser humano, sendo este um ambiente mais seguro destacando-se o investimento em saneamento básico e assistência ao meio ambiente, como forma de instituir uma rede protetiva³ ampla, admitindo ao cidadão brasileiro ter melhores condições de reservar a integridade do seu organismo.

Segundo Szymczak e Pires (2006), um dos principais aspectos definidos em norma constitucional foi a invenção do SUS que, em sua concepção legal,

³ É a garantia de inclusão a todos os cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade e/ou em situação de risco, inserindo-os na rede de Proteção Social do município. Disponível em http://www.mesquita.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1530&Itemid=376. Acesso em: 2 jun. 2012.

representou, segundo Navarro (2005, p. 01), a “mais ousada reengenharia⁴ na Saúde Pública que veio desse método de edificação de uma Constituição que procurava reorganizar o País em todas os seus campos. Antes da Constituição de 1988, o direito à saúde não era um princípio Universal,!”.

De acordo com essa realidade, Médici (2006, p. 1) enfatiza que a última evolução no atendimento público à população, na área de saúde foi a invenção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios foram determinados na Constituição de 1988, miram ajeitar a medicina praticada na rede pública de saúde às precisões da sociedade brasileira.

O SUS, como princípio complementar da Seguridade Social representa uma política estruturante de Estado, decretando e implementado por direção único nos âmbitos do governo federal, dos estados e municípios, objetivando desempenhar obras destinadas a todas as pessoas, classes e grupos sociais. Através dessa condição, aparece a noção de integralidade, que abrange a articulação operacional de atos de promoção e cuidados de saúde, envolvendo a participação e a responsabilização de instituições públicas e privadas guiadas por diretrizes de equidade e continuidade de ações reguladas pelo Estado, visando ao bem-estar da população. (SZYMCZAK; PIRES, 2006).

Percebe-se que as estratégias para atingir esses objetivos, devem ser a descentralização sendo o cumprimento dos serviços que sendo comandada e desempenhada pelos Municípios e pelos Estados a Unicidade de Comando que mesmo descentralizado, acabaria sendo comando único em cada esfera de governo e participação Social onde a sociedade participaria da gestão do sistema por meio de Conselhos de Saúde organizados em todas as esferas de governo.

2.4 SUS: A Necessidade de uma Mudança na Saúde Pública

Ainda que haja transformação em função do grande crescimento demográfico e dos crescentes problemas sociais. “O Brasil ressent-se de uma saúde pública e um sistema hospitalar apto de oferecer um atendimento honesto à grande parcela da população brasileira”. (NAVARRO, 2005, p. 22).

⁴ A Reengenharia consiste em repensar e redesenhar radicalmente as práticas e processos da organização. Disponível em <http://www.knoow.net/cienceconempr/gestao/reengenharia.htm>. Acesso em: 4 jun. 2012.

Não satisfaz apresentar um plano de ação legal se não existe a criação de condições, especialmente financeiras, para a implantação, aparecendo, nessa realidade, uma circunstância confusa, em que a lei garante o ingresso da população à saúde, determinação que não se solidifica na prática, aconselhando o claro desrespeito às formulações legais e, acima de tudo, a condição de cidadania de cada brasileiro.

Para Pinheiro (2006, p. 1) essa condição deriva na concretização da seguinte realidade:

O Brasil caminha, a passos largos, para um sistema tríplice de saúde. Para os mais pobres e possivelmente mais doentes, há um sistema único de saúde (SUS). Para a classe média vamos deparar com os planos de saúde e as seguradoras os dois com fins lucrativos. Para os ricos, o atendimento "privado". Nesse sistema de saúde despedaçado e injusto, o racionamento do atendimento se comete a partir do poder aquisitivo do cidadão. Será que é isso que a população brasileira deseja? Se a resposta for sim, então nós apresentaremos o sistema de saúde que merecemos. Mas, se for não, fica então uma interrogação incômoda: porque o país anda nessa direção? Enfim, somos ou não somos um democratismo? Os fatos não vão bem para o Sistema Único de Saúde. Ele conserva-se muito concentrado e súbito, recompensa mal os profissionais e oferece margem a muita corrupção. Criou-se um Imposto Sobre as Operações Financeiras para torná-lo mais duradouro, mas, infelizmente, esse dinheiro está sendo desviado para outras preferências do governo. O Brasil não tem, como acontece em outros países, um imposto regressado excepcionalmente para a saúde, o que poderia custear as despesas com saúde para toda população.

Sem a existência de um sistema básico de saúde em consenso com a política de seguridade social, que tenha categoria e seja seguro, a população brasileira, com saídas, irá procurar garantia nos planos e seguros saúde nacionais e multinacionais, que agora se multiplicam no país.

Não é difícil idealizar que quanto mais o SUS se distanciar de suas vantagens legais, no tocante ao atendimento à população, maior será o número dos usuários que entrarão com recurso às corporações da saúde, que passam a ter melhores condições de estabelecer suas exigências contratuais frente ao consumidor totalmente desamparado. (CRUZ, 2005, p. 38).

De acordo com Szymczak e Pires (2006), a população tende a pagar duplamente pela sua dívida na área de saúde:

Seus impostos e suas prestações, restando aos demais entrar com recurso a um sistema que, comprovadamente, é inábil de prover um programa de saúde apropriado as precisões existentes, mostrando claramente o prosseguimento de desvalorização histórica da saúde e da medicina no país, mesmo tendo uma legislação que busca viabilizar um sistema que verdadeiramente consente as precisões da população de forma ampla.

Esse atendimento precisa considerar a questão da qualidade, que é um fator decisivo para que o paciente possa apresentar um atendimento apropriado aos princípios de respeito à dignidade humana, bem como se formando numa determinação legal, que não pode ser desconhecido pelos gestores do SUS.

Em analogia a incompatibilidade entre a performance do SUS com as deliberações legais vigentes, especialmente no tocante à seguridade social, Navarro (2005, p. 1) apresenta-se:

No entanto, tendo sido implementado em condições adversas, da década de 90, até hoje o SUS encarou barreiras que marcaram sua configuração como Sistema Nacional de Saúde, entre os quais os mais graves seriam: a não prática do preceito constitucional do Sistema de Seguridade Social com seus referentes mecanismos de financiamento e gestão; o drástico subfinanciamento desde a sua invenção; a densa precarização das relações, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a insignificância de transformações estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; o desenvolvimento intenso do marketing de valores de mercado em dano das soluções que agridam os determinantes estruturais das necessidades de saúde.

Essa realidade acaba prejudicando o exercício eficaz do profissional de medicina que, perante de um quadro caótico, entende as obstáculos de efetivar-se determinados princípios incluídos no Código Profissional de Ética, segundo Sertek (2006), em virtude da ausência de recursos e equipamentos nos locais de atendimento à população, especialmente, a menos favorecida economicamente.

2.5 Dificuldades do SUS em atender às necessidades da população

A dificuldade do SUS em atender as necessidades da população acaba deixando os usuários insatisfeitos no que é referente ao tempo estabelecido para o acesso aos serviços proporcionado pelo SUS, o qual anuncia na demora para

conseguir os atendimentos. Entende-se que essa demora pode ser esclarecida a partir de uma lógica simples tendo como resultado do excesso de pessoas e de processos, que dificulta o atendimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por difíceis problemas, no que tange à prática de um atendimento público capaz de consentir as precisões da população, circunstância destacada por Ottoni (2005, p. 5):

Todo brasileiro tem direito a ser atendido pelas instituições que ajeitam o Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo reza a Constituição promulgada em 1988, eliminando as exigências que, na prática, marginalizavam quem não possuía carteira de trabalho ou outra prova de vínculo empregatício. Quando se fala em SUS, o que vem à mente são enormes filas e macas nos corredores dos hospitais, advertindo a existência de uma situação preocupante, onde o sistema de saúde público não consegue disponibilizar serviços apropriados às necessidades da população.

Os princípios que guiam a criação do SUS C/F Lei 8.090/1990 miravam à descentralização da saúde pública, com gerência única em cada grau de governo e com a participação direta da sociedade na formulação e no controle da política de saúde, através de Conselhos de Saúde. Procura-se, com isso, segundo Medici (2006), a universalização do sistema de saúde, admitindo a todo cidadão brasileiro desfrutar de um direito presumido na Constituição: o direito à saúde, em concordância com os princípios da seguridade social.

Entretanto, o mesmo autor ainda complementa que o sistema não consegue receber adequadamente à população, fazendo com que os indivíduos permaneçam em filas enormes, sem remédio e sem médicos suficientes para atendê-las, agindo sem nenhum apoio de infra-estrutura. “Hospitais também operam em condições precárias, sem higiene, aparelhos e vários outros problemas”. (OTTONI, 2005, p. 42).

Conforme Cruz (2005, p. 38), “o SUS, na realidade, suporta a cada dia ataques à sua percepção ideológica, exteriorizando-se pela asfixia econômica ou financeira, gerando danos tanto aos serviços proporcionados quanto aos profissionais que nele trabalham”.

Essa situação acentua a desigualdade entre os municípios e dentro deles, entre as diversas classes sociais. Diante desse quadro, Sertek (2006) adverte que na

Saúde Pública, quase 50% da população não tem ingresso aos cuidados de precaução, promoção e proteção à saúde.

Fortes (2006, p. 1) “assegura que a saúde pública não é um ponto prioritário dentro das políticas públicas, especialmente na alocação de recursos, mesmo contradizendo as disposições legais vigentes”.

Nesse contexto, a população fica a favor de um sistema de saúde inabilitado de atender suas necessidades, fazendo com que os índices de qualidade de vida se tornem cada vez mínimos, concebendo um método de exclusão social que contesta todos os princípios de ética que existem na sociedade. (SZYMCZAK; PIRES, 2006).

Para reverter essa circunstância de dificuldade que o SUS proporciona, sobretudo para que exista a aplicação plena dos referenciais dispostos na seara legal, no tocante ao funcionamento do SUS, especialmente no contexto da seguridade social, é importante que exista um maior controle da sociedade, através da esfera governamental, pois o desconhecimento das determinações legais faz com que o cidadão seja desrespeitado em seus direitos básicos. (SOUZA; COSTA, 2010).

Essas e outras limitações que o SUS encara merecem e necessitam ser do conhecimento de todos para que se procurem alternativas e sólidas resoluções. Como nos diz Campos (2007) por meio de um movimento em defesa de políticas sociais e de distribuição de renda, da apresentação do SUS para a sociedade como uma reforma social expressiva com impactos sobre o bem-estar e a proteção social e do seu papel concreto, capaz de aprimorar as condições sanitárias e de saúde dos indivíduos. Esse se configura no maior desafio com afinidade ao SUS. Segundo Souza e Costa (2010), as transformações pelas quais o SUS tem passado simulam potenciais desafios aos gestores em todas as esferas de governo.

A participação dos Conselhos de Saúde, no sentido de esclarecer à população sobre os ditames legais acerca do SUS, é de extrema relevância, pois a democracia só se consolida quando há a participação de todos, através de embasamento legal que propicia não apenas o controle, mas do mesmo modo a fiscalização das ações de uma instituição de cunho público, ligado ao princípio de Seguridade Social, necessitando proporcionar um serviço de qualidade para toda a população. (SERTEK, 2006)

Percebe-se que a posição da saúde no Brasil é inquietante, pois, demonstra a urgência precisão de reformas estruturais sérias e que encontrem-se comprometidas com o sentido legal de garantir o melhor atendimento possível à

população. A ausência de recursos não serve como contexto para explicar essa condição, uma vez que a saúde é um direito constitucional, advertindo que o poder público necessita desempenhar todos os esforços para exercer com essa prerrogativa constante da Carta Magna.

2.6 Programas do SUS

O sistema atual de saúde brasileiro vive um período de grandes melhorias, contudo ainda há obstáculos a serem superados. Descreve-se como progresso o que é relacionado à oferta de vários programas, projetos e políticas que têm proporcionado resultados notórios para a população brasileira, os quais se encontram incluídos à evolução das equipes do Programa Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes. O Brasil é considerado o segundo país que mais atende em número de transplantes, do Programa de Controle de HIV/AIDS, reconhecido internacionalmente pelo seu desenvolvimento no atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS, em meio a muitos outros (SOUZA; COSTA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2011) são oferecidos os seguintes programas ações à população:

SAMU 192; Farmácia Popular do Brasil; Saúde da Família; Programa Nacional de Combate à Dengue; Brasil Sorridente; Programa Viva Mulher; Bancos de leite humano; Cartão Nacional de Saúde; Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; Doações de Órgãos; Humaniza SUS; Medicamento Fracionado; Olhar Brasil; Programa do Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer ; Programa de Volta para Casa; Projeto Expande e QualiSUS.

Com o devido respeito aos outros programas, mas serão destacados aqueles considerados mais importantes. . De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2011) os principais programas e projetos realizados pelo Ministério são:

2.6.1 SAMU 192

O Ministério da Saúde (MS) criou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que visa à unificação e melhora da assistência, nos serviços de urgência/emergência.

Este serviço tem como desígnio proporcionar socorro à população em casos de urgência. É oferecido pelo governo federal brasileiro, em sociedade com governos estaduais e prefeituras, com o objetivo de fornecer o atendimento pré-hospitalar à população. O SAMU presta serviço em qualquer lugar: desde residências até vias públicas. Para requerer atendimento de socorro basta ligar para o número 192, sendo esta gratuita e pode ser realizada de qualquer lugar do Brasil. (BRASIL. MS, 2011).

O SAMU, visa o atendimento imediato (estabilização da pessoa dentro do suporte móvel de atendimento) com qualidade, em benefício como a diminuição de óbitos e internações hospitalares. Faz parte da equipe do SAMU uma equipe multiprofissional que tem como composição “médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas, atendendo as mais diversas situações urgências/emergências de origem tanto traumáticas como clínicas”. (BRASIL. MS, 2006, p. 52).

2.6.2 Doação de órgãos

O ministério da saúde está investindo na conscientização a respeito da doação de órgãos. Os órgãos, tecidos, medula óssea e sangue tem capacidade de salvar vidas. No Brasil, a doação de órgãos só ocorre com a aceitação dos familiares. Então precisamos respeitar a vontade de quem quer doar seus órgãos. (BRASIL. MS, 2011).

Doação de órgãos e tecidos é a retirada de órgãos e tecidos do corpo de um indivíduo que pouco tempo antes morreu (doador cadáver) ou de um doador voluntário (doador vivo), com o desígnio de transplantá-lo ou fazer um enxerto em outras pessoas vivas. Os órgãos e tecidos são retirados com métodos similares a uma cirurgia, e todas as incisões (cortes) são fechadas em seguida a conclusão da cirurgia. Estes métodos são desempenhados para que o indivíduo em seu funeral

não seja reconhecido como uma doadora por oferecer deformações e cortes visíveis. Indivíduos de todas as idades podem ser doadores de órgãos e tecidos. (BRASIL. MS, 2011).

A idade do doador é menos importante do que o estado do órgão a ser doado; porém é incomum serem utilizados órgãos de indivíduos com mais de 70 anos de idade.

No mundo inteiro existe uma grande ausência de doadores e isso faz com que apareçam grandes listas de espera. Muitos pacientes que ambicionam um coração, um fígado ou um pulmão falecem, pois não existe nenhum órgão à disposição.

2.6.3 Farmácia Popular do Brasil

A Farmácia Popular do Brasil é o programa do Ministério da Saúde criado para aumentar o ingresso da população aos remédios essenciais. Ele está estruturado em duas linhas de desempenho. A primeira funciona através de parceria do ministério com estados e municípios para a edificação física de uma rede própria de estabelecimentos, onde são comercializados todos os remédios que fazem parte do rol do programa. (BRASIL. MS, 2011)

A outra linha de desempenho, conhecida como Aqui Tem Farmácia Popular, é desempenhada por parcerias do ministério com a rede privada de farmácias e drogarias. Neste caso, o elenco de remédios é diminuído, focado em produtos contra diabetes, hipertensão e contraceptivo.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que é um órgão do Ministério da Saúde, sendo executora do programa Farmácia Popular obtém os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado, quanto é preciso, e o torna disponível nas Farmácias Populares a baixo custo. Uma das finalidade do programa é favorecer sobretudo as pessoas que possuem dificuldade para conseguir o tratamento por causa do custo do medicamento. (PIOLA *et al.*, 2009).

2.6.4 Programa Saúde da Família

A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, que presta serviços à população perante o implemento de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. (BRASIL. MS, 2011).

O objetivo da Saúde da Família é agir na ascensão e manutenção da saúde dos indivíduos, bem como na precaução de doenças, alterando, deste modo, o modelo de saúde centrado em hospitais. Lançado em 1993, o programa atende hoje 103 milhões de pessoas. Além de freqüentar as casas dos brasileiros, profissionais de saúde realizam trabalhos educativos em escolas, creches e atendem nas Unidades Básicas de Saúde. Cada equipe de profissionais é responsável pelo acompanhamento de um número determinado de famílias, encontradas em uma área geográfica específica. (PIOLA *et al.*, 2009).

2.6.5 Programa Nacional de Combate à Dengue

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, de maneira especial em países tropicais como o Brasil, onde populações ligadas ao meio urbano acabam beneficiando a propagação do mosquito transmissor. Todos os anos, o Ministério da Saúde faz campanha nacional de combate à doença. O sucesso desse ato depende de você: como, em 90% dos casos, o foco do mosquito está nas residências, alguns cuidados precisam ser tomados por todos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

2.6.6 UPA 24 H

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as entradas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas cria-se uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e precisam ser inseridas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em concordância com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A tática de

atendimento está inteiramente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU que forma o fluxo de atendimento e conduz o paciente ao serviço de saúde apropriado à situação. (BRASIL. MS, 2011).

2.6.7 Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) é o órgão do Ministério da Saúde responsável por distribuir e realizar o Programa de Controle do Tabagismo no Brasil. O objetivo é precaver doenças e diminuir a incidência do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabaco, através de atos que incitem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. No site do instituto, é plausível conseguir vários dados sobre o programa, além de também encontrarem-se disponíveis dados sobre tabagismo passivo, orientações sobre como parar de fumar e questionamentos frequentes sobre o uso do tabaco, entre outras. (BRASIL. MS, 2011).

3 – COMPREENDER ANALITICAMENTE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Neste terceiro e último capítulo será feita, de início, uma breve descrição do que é analítico de início e a seguir será visionado analiticamente o Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1 Analítico

A visão analítica é, em resumo, uma explicação de um fato, que tem como embasamento a análise, ou seja, analisar, estudar o contexto de modo minucioso

De acordo com o dicionário Silveira Bueno da Língua Portuguesa (2007, p. 15) descreve que “analítico em que entra a análise; que procede por análise”.

“Uma frase é analítica se, e somente se, a compreensão do seu significado é auto-suficiente para decidir o seu valor de verdade”. (MAUTNER, 2010, p. 26).

Segundo Capra (2000), o pensamento analítico é uma forma de pensamento com a finalidade de esclarecer as coisas por meio da análise em partes mais simples, que possuem mais facilidade em ser explicadas ou solucionadas, pois, se forem compreendidas é possível o entendimento do todo. O procedimento do todo é, portanto esclarecido pelo comportamento das partes. Essas partes, em geral, tem a capacidade serem descritas a outra pessoa por aquele que pensa.

Percebe-se que este pensamento é processado de modo relativo com total consciência da informação e das operações entendidas, o qual pode ter raciocínio cauteloso e dedutivo.

O pensamento analítico do mesmo modo é fundamental na solução de problemas. Para solucionar problemas é necessário subdividi-los em problemas menores, os quais ganham soluções características. (CAPRA, 2000). Acredita-se que uma vez resolvidos os problemas menos importantes com certeza os problemas maiores serão solucionados, pois, o pensamento analítico é uma maneira de se esclarecer às coisas por meio da análise em partes sendo elas mais simples, que

são mais simplesmente explicadas ou solucionadas, pois, sendo elas abrangidas tornam provável o entendimento do todo.

3.2 Visão Analítica da Saúde no Brasil

A crise do sistema de saúde no Brasil se encontra presente no nosso dia a dia e pode ser verificada por meio de fatos vastamente conhecidos e divulgados pela mídia, como:

Filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; ausência de leitos hospitalares para acolher a demanda da população; carência de recursos financeiros, materiais e humanos para sustentar os serviços de saúde atuando com eficácia e eficiência; a decadência no atraso ao repassar os pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; Valores baixos que são pagos pelo SUS aos vários procedimentos médicos hospitalares; acrescentamento de casos e o aparecimento das mais diferentes doenças transmissíveis; denúncias de abusos atentados pelos planos privados e pelos seguros de saúde doenças infectocontagiosas e o envelhecimento da população. (SILVA, 2009).

Entre todos esses desafios que foram colocados na citação acima para a saúde pública, ressaltam a necessidade de serem criados modos de gestão e políticas públicas que podem promover a saúde para todos os cidadãos, os quais possuem total direito.

Silva (2009) esclarece de modo histórico, que as estratégias para aperfeiçoar e melhorar a qualidade de saúde dos brasileiros eram direcionadas para curar e prevenir doenças, porém, hoje essa limitação dos perfis de risco de populações tem norteado estratégias preventivas com o intuito de diminuir os fatores de risco.

Conforme Polignano (2012) para ser analisada a história das políticas de saúde no país deve-se ser realizar a definição de determinados fatos que podem proporcionar um melhor entendimento sobre a realidade que é o Sistema Único de Saúde, e assim a saber:

1. a evolução histórica das políticas de saúde é referida diretamente ao desenvolvimento político-social e econômico da sociedade brasileira, o qual não tem como ser desagregado;

2. a lógica do procedimento evolutivo de modo contínuo sempre satisfaz à ótica do progresso do capitalismo na sociedade brasileira, padecendo a forte decisão do capitalismo a nível internacional;
3. a saúde jamais tomou lugar central em meio a política do estado brasileiro, consistindo em ser sempre abandonada na periferia do sistema, assim como uma moldura de um quadro, tanto no que refere-se a respeito a dissolução dos grandes problemas de saúde que preocupam os cidadãos brasileiros que precisam desse sistema de saúde para sobreviver, quanto ao destino de recursos que são encaminhados ao setor saúde.

Percebe-se que apenas as ocasiões em que algumas endemias ou epidemias se proporcionam de modo de extrema importância e de urgência em circunstância de consequência econômica ou social em meio ao modelo capitalista sugerido é que começam a ser vistas com maior atenção por parte do governo. Nessas ocasiões o problema é transformado em o discurso institucional, até passarem a ser outra vez destinadas a um plano secundário, assim que passam a não terem mais importância para os governantes da saúde pública.

Portanto, Polignano (2012) afirma que de modo geral os problemas de saúde são focalizados sua atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando os mesmos se convertem em endemias.

Arantes (2009) diz que as atuações de saúde nomeadas pelo governo de modo contínuo buscam agrupar os problemas de saúde que abrangem aglomerados sociais que são considerados importantes de grande importância e que fazem parte de regiões socioeconômicas dentro da composição social que vigora; os quais são direcionadas para os grupos constituídos e aglomerados urbanos em agravos de grupos sociais espalhados e sem uma organização que possui eficácia..

Observa-se que a aquisição dos direitos sociais referentes à saúde e previdência no Brasil, consiste em ser uma consequência do poder de ação, de organização e de exigência dos trabalhadores e, jamais uma presente do estado, como determinados governos querem fazer parecer.

Segundo Arantes (2009) por causa da deficiência de clareza e de uma significação referente à política de saúde do Brasil, a narrativa da saúde permeia e se mistura com a história da previdência social em alguns períodos.

Polignano (2012) relata que a constância da dualidade em meio a medicina preventiva e curativa sempre foi concretizada nas diversas políticas de saúde praticadas pelos diversos governos. E assim sendo, a seguir serão analisadas as políticas de saúde no Brasil conforme os períodos históricos, afim de que possamos

atendê-las assim poderemos entender melhor como foram realizadas a política de saúde pelos os mais variados governantes.

3.3 Os primórdios da Saúde Pública no Brasil

Como ter uma visão analítica e entender todos os complexos fatos do setor de saúde existentes em nosso país? Acredita-se que para analisar a realidade existente hoje é indispensável ter conhecimento os determinantes históricos os quais são envolvidos neste processo. Portanto, somos frutos do passado e da história do Brasil, o setor saúde do mesmo modo passou por várias controles influenciados pelo contexto político-social no decorrer de todo esse tempo.

De acordo com Polignano (2012), de 1.500 até o primeiro Reinado, o Brasil era um país colonizado, necessariamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a acomodação do império, não havia nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse nesse aspecto, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Assim sendo, a atenção à saúde era limitado aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, possuíam conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam a capacidade na arte de curar.

Com a chegada da família real no Brasil foi preciso ser instituída uma estrutura sanitária, mesmo que essa estrutura fosse mínima, apenas com a capacidade de oferecer apoio ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. (POLIGNANO, 2012).

De acordo com Silva (2009) até 1850 as atividades de saúde pública se encontravam limitadas da seguinte maneira: “Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais e o controle de navios e saúde dos portos”

Averigua-se que o interesse principal estava restrito ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, disposição que se estendeu aproximadamente por um século.

De acordo com Araújo (2009), a ausência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era espantosa, para se ter uma idéia, no Rio de Janeiro, em 1789, só haviam quatro médicos os quais exerciam a profissão, em outros estados brasileiros eram totalmente inexistentes.

E assim a saúde pública passa a existir no governo de Rodrigues Alves (1902-1906), então presidente do Brasil, o qual determinou que Oswaldo Cruz, fosse Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. A maioria das ruas no Rio de Janeiro não eram calçadas, os esgotos eram a céu aberto, a maior parte da população viviam em cortiços, quando chovia apareciam milhares de poças de água paradas cheias de insetos. Surtos de peste bubônica, varíola e febre amarela era rotina e assim as mortes passaram a ser freqüentes. (GOULART, 2005).

Assim sendo, Oswaldo Cruz decidiu que iria acabar com as epidemias na cidade do Rio de Janeiro e passou a comandar um grupo que examinava as casas lacrando caixas d água, levando os doentes para tratamentos e pulverizando com inseticidas. Em um ano conseguiu combater 90% dos casos de malária, e quase eliminou a peste bubônica no Rio ao acabar com quase 50.000 ratos por ano.

Segundo Silva (2009), ainda restava acabar com a epidemia de varíola, que matava uma média de 130 pessoas por semana. e a única maneira era através da vacina. Hoje parece banal, entretanto a ideia da vacinação ser obrigatória era inaceitável aos cidadãos daquela época. Até Rui Barbosa foi contra. O governo então decidiu tornar a vacinação obrigatória, e a pessoa que não apresenta-se o atestado de vacina não conseguia emitir nenhum documento.

E assim, os inimigos do presidente acabaram aproveitando a situação para dar início à revolta na população que já estava cansada dos desmandos e da inflação. Deste modo estourou a Revolta da Vacina, uma revolta que resultou em 30 mortes. Contudo a vacinação foi realizada e em dois anos o número de mortes ocasionadas pela varíola caiu de 3500 para apenas 9. (ARAÚJO, 2009).

3.4 Surgimento Das CAP's ao SUS

A Previdência Social surgiu no início do século XX, com o surgimento do processo de industrialização no país, que se deu especialmente no eixo Rio de Janeiro e São Paulo, onde os operários de movimentos grevistas deram início a aquisição de determinados direitos sociais, e, em 1923, foi anunciada a Lei Eloy Chaves no Brasil, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP's), as quais tinham a capacidade de prover, além da aposentadoria, serviços médicos exclusivamente para pessoas que vivam na área urbana e trabalhavam. Essas CAPs

também concediam descontos em medicamentos, aposentadorias e pensões. (SILVA, 2009).

De acordo com Goulart (2005), no início da década de 1930 Getúlio Vargas cria o Ministério da Educação e Saúde. As CAPs são substituídas em 1933 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Não havia muita diferença, exceto que quem passa a dirigir são os sindicatos das categorias financiados pelo imposto sindical. E, como no caso das CAPs, o Estado continuou fora do financiamento.

Para Polignano (2012), a assistência médica previdenciária não era importante até o fim dos anos 50, e foi a partir desta década, que com o progresso industrial e com a precedente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescentes da população, a assistência médica passou a acontecer por meio de Institutos.

O modelo dos IAPs era pulverizado, vinculado a cada categoria trabalhista. Muitos começaram a sonhar com um modelo unificado. Até que em 1960 isso aconteceu com a criação da Lei Orgânica da Previdência Social : todos os IAPs foram fundidos em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Pela primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, se definia uma contribuição do Estado. Estavam excluídos dela os trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. (SILVA, 2009).

Conforme Polignano (2012), por conta do cenário político da época isso ficou no papel. Sete anos depois, em 1967, a unificação dos IAPs se efetivou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mas a demanda foi muito maior que a oferta, obrigando o governo militar a terceirizar parte do serviço para a rede de saúde privada. Nem isso parecia dar conta do problema. Então, em 1974, criou-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que emprestava dinheiro a juros baixos para quem investisse na construção de hospitais, entre outros serviços. Isso proporcionou um crescimento de 500% entre 1969 e 1984.

Segundo Silva (2009), ainda na década de 1970 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. O INPS foi dividido em três:

1. Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), responsável pela arrecadação e administração dos recursos.
2. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pelo atendimento médico.
3. INPS, responsável pelo cálculo, concessão e pagamento dos benefícios.

Esse modelo não era universal: só poderia usar o INAMPS quem pagasse INPS. Os excluídos faziam uso de hospitais filantrópicos.

A Constituinte de 1988 determinou que todo brasileiro tivesse acesso ao sistema de saúde, independente de colaborar ou não. Com isso fundiu-se o IAPAS com o INPS, gerando o INSS. E o INAMPS foi extinto, dando lugar ao SUS, Sistema Único de Saúde. (PEREIRA, 2006).

De acordo com Arantes (2009), o conceito trazido pela Constituição Federal de que:

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

Observa-se que esse conceito nos mostra uma transformação do sistema de saúde, ao longo de todos esses anos. Assim, passamos de um sistema que somente considerava a saúde pública como uma obrigação do Estado no sentido de reduzir ou impedir a proliferação de doenças que colocavam em risco a saúde da sociedade, para um sistema onde o Estado deve conhecer o seu dever de garantir a saúde por meio da formulação e cumprimento de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação.

Entende-se que as falhas do sistema de saúde pública fizeram com que o sistema privado de saúde promovesse a criação dos convênios médicos, através de cinco modelos diferentes: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. O crescimento foi tão espantoso que o governo se viu obrigado a criar uma regulamentação específica em 1998 e em 2000 uma autarquia dedicada ao setor e vinculada ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Em dezembro de 2010 existiam 1061 operadoras de planos de saúde com quase 45 milhões de beneficiários movimentando uma receita de 69 bilhões de reais. (MOREL, 2006).

3.5. Prestação de Serviços Públicos de Saúde: SUS

Vê-se a dificuldade da limitação do termo Saúde quando adentra-se na área da prestação de serviços públicos de saúde os quais consistem em serem desempenhados pelos órgãos e entidades que compõem o Sistema Único de saúde (SUS); do financiamento da saúde; e das qualidades sociais e econômicas que venham a intervir com a saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2006), o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele alcança desde o mais simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, e garante o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sendo um sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal (1988) compete ao 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; e Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O modelo do SUS visa atender uma cláusula da Constituição: “a saúde é um direito de todos”. Por isso o modelo precisa ser universalista, isto é, atender qualquer brasileiro e prover o melhor serviço possível.

De acordo com Morel (2006), por conta da natureza da evolução da saúde pública e da própria cultura do brasileiro, o atendimento sempre foi voltada para doenças de condições agudas – ou seja, aquela de duração limitada, manifestação abrupta, que permite diagnósticos precisos e onde a intervenção médica geralmente possibilita a cura.

Ocorre que de algum tempo para cá vêm aumentando o número de doenças crônicas. Estas exigem um atendimento diferenciado, pois não se manifestam rapidamente, dificultando o diagnóstico e deixando incerta as intervenções médicas.

Como elas requerem um acompanhamento mais próximo o modelo de atendimento hospitalar não funciona corretamente, sendo preferível o realizado pelas Unidades Básicas de Saúde através do Programa de Saúde da Família (PSF). (SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2007).

Diante das tantas dificuldades, quem sabe o desafio na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) se centralize na adaptação e no monitoramento das responsabilidades de cada esfera do governo: Federal, Estadual e Municipal. (SILVA, 2009):

Esfera Federal – Gestor: Ministério da Saúde – estabelece a política nacional de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle em nível nacional. Financia as ações e serviços de saúde por meios de distribuição e aplicação dos recursos públicos.

Esfera Estadual – Gestor: Secretária Estaduais de Saúde - estabelece a política estadual de saúde coordena e planeja o SUS em nível estadual. Financia as ações e serviços de saúde por meios de distribuição e aplicação dos recursos públicos.

Esfera Municipal – Estabelecer a política municipal de saúde e a providência das ações dos serviços de saúde. Financia com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal ou estadual do SUS.

Vê-se que a gestão descentralizada tem a capacidade de agenciar, pronunciar e associar as atividades e ações de cooperação dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, têm a responsabilidade de promover e articular a interação dentro do Sistema Único de Saúde - SUS assegurando acesso igual a todos. (ARANTES, 2009).

De acordo com Silva (2009), a Constituição Federal determina os princípios, diretrizes e competências dos gestores, contudo não estabelece a função de cada esfera de governo. A Lei 8.80/90 proporciona uma maior explanação da competência e das imputações da direção do SUS em cada esfera, entretanto ainda forma muito precária.

3.6 Principais propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde

A Política de Promoção da Saúde juntou aos princípios norteadores do SUS, sugeridos que distinguem a precisão de transformar o perfil de intercessão e que aprofundam a análise da interdependência em meio aos problemas sociais e de saúde. Na cartilha da Política Nacional de Promoção à Saúde, observa-se que, nesse procedimento foi embora fortemente estimado o potencial individual e comunitário de participação das seleções e resoluções públicas sobre a política de saúde. (BRASIL, 2006)

Para Luchese e Magalhães (2007, p. 62), a Política Nacional de Promoção da Saúde confronta do mesmo modo com o desafio da pluralidade da qualidade de vida e saúde dos locais:

O perfil heterogêneo de promoção aos bens e serviços sociais, demonstrados na desigualdade das circunstâncias de saúde nas unidades federativas, atribui apurar o gerenciamento descentralizado das ações e dos procedimentos de transferências de recursos públicos. Peculiaridades e especificidades regionais precisam ser agrupadas à agenda da promoção da saúde procurando diretrizes do mesmo modo diretrizes mais amplas e universais e objetivos apropriados para acolher às necessidades locais.

Verifica-se que o Sistema Único de Saúde recomenda como política do estado brasileiro pelo melhoramento da qualidade de vida e pela afirmativa do direito à vida e à saúde, um diálogo com as reflexões e os movimentos na área da promoção da saúde, assim como uma estratégia de produção de saúde, ou seja, como uma maneira de refletir e de agir pronunciando às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, colaborando na construção de ações que permitem responder às necessidades sociais em saúde. (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

3.7 Custos do SUS

Pela natureza do tratamento das doenças crônicas, é certo que os gastos tendem a aumentar.

Segundo Pires (2010), o financiamento do SUS foi definido como sendo 30% do Orçamento da Seguridade Social. Esse valor está no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. Ocorre que esse ato só valia

durante a transição da velha para a nova constituição e os artigos nela inclusos deveriam ser votados pelo Congresso para terem força de lei.

Em 2000 foi apresentada uma emenda ao Congresso que definia essa participação, a Emenda 29. Ela estabelece que o município dedique 15% do orçamento para a saúde, 12% para o estado e o restante pelo governo federal – sendo que o reajuste seria de acordo com a variação do PIB mais 5%. (PINTO, 2009). No entanto, de acordo com autora essa emenda até hoje ainda não foi regulamentada.

Em 1996 foi criado um imposto exclusivo para a Saúde, a CPMF. Entretanto sua arrecadação nunca foi repassada integralmente para a saúde: em 2004 apenas 40% da arrecadação era encaminhada corretamente. Em 2007 o Congresso a extinguiu. (PIRES, 2010).

De acordo com Pinto (2009) em 2006 o Ministério da Saúde e representantes dos Conselhos Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) estabeleceram o Pacto pela Saúde. O Pacto definiu processos e instrumentos de gestão a fim de aumentar a eficiência e qualidade do sistema de saúde. As responsabilidades e o papel de cada esfera federativa (municipal, estadual e federal) foram definidos pelo Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

Segundo Ramos *et al.*, (2009), o TCG definiu metas e prioridades para o SUS tais como:

Redução das mortalidades infantil e materna; O controle de doenças emergentes e endêmicas; Redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama; Implantação de políticas de saúde do idoso; Promoção à saúde de caráter preventivo e Fortalecimento da atenção básica à saúde, cujo carro-chefe é o programa de saúde da família (PSF).

O Pacto pela Saúde também discute o financiamento do SUS. Ao invés das mais de cem categorias de repasse existentes passam a ser apenas cinco: “Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS”. (PORTAL DA SAÚDE, 2011).

Assim sendo, espera-se que estados e municípios adequem seus gastos de acordo com as necessidades locais.

Pires (2010) relata que um modelo de saúde universal em um país continental e com uma diversidade de realidades sanitárias como o Brasil é uma tarefa complexa, uma vez que:

A concentração de mão de obra em regiões desenvolvidas não permite que o atendimento tenha uma qualidade uniforme em toda sua cobertura. E pelo gigantismo da estrutura a fiscalização é difícil, tornando o setor da saúde um dos mais noticiados quando o assunto é corrupção e desvio de verbas. Os salários mais baixos que a média e a ausência de planos de carreira também causam problemas com a mão de obra afastamento de profissionais qualificados, pouca permanência no cargo e uso indevido da estrutura para ganhos não contabilizados.

Paralelo a isso campanhas de prevenção e vacinação funcionam de forma exemplar, além do sucesso de idéias como o Programa de Saúde da Família.

E assim resta aguardar que o Governo defina claramente o financiamento do setor, o que permitiria aos gestores das unidades do SUS um melhor planejamento de gastos e custos. (PINTO, 2009).

Contudo, é sempre bom lembrar que saúde pública é um setor dinâmico, onde as inovações surgem numa velocidade muito superior á da burocracia em especial na área de medicamentos.

Também existem mudanças a médio e longo prazo que exigem mudanças de atitude como o envelhecimento da população.

Ressalta-se que os desafios do SUS são grandes e certamente nunca haverá quem considere o serviço digno do usuário. Mas as vitórias também poderão ser grandes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após chegar ao término deste estudo percebe-se que o surgimento do SUS foi uma ação como experiência em assunto de política social no regime democrático. Sua procedência se com a emergência de um reforçado movimento no plano da saúde pública em situação de luta social, uma vez que o tema saúde concebeu em meio a outras reivindicações da sociedade civil bem como a diminuição das diferenças sociais e um dos aspectos mais consideráveis da resistência social.

No discorrer do estudo vê-se que o Sistema Único de Saúde representa progresso e conquistas na saúde de todos os brasileiros e, comemorando seus 22 anos de existência, o SUS enfrentou as mais diversas barreiras, o que teve como resultado, principalmente, no direito da população brasileira de contar com um serviço de atenção à saúde. Acredita-se que o SUS é um sistema de saúde que sempre está em construção, e assim acaba passando por várias mudanças para a concretização dos seus ideários, tendo como propósito a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS está estabilizado no Brasil, porém de modo constante esta sempre enfrentando novos desafios, em meio aos quais, se encontram a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica assim como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde, os obstáculos no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a coordenação de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, reconhecer da autonomia dos entes federados, dentre outros. Esses dilemas conjunturais têm o poder de desafiar os gestores e necessitam ser admitidos como responsabilidades para a consolidação do SUS que todos nós queremos.

A dificuldade dos gestores para gerar a relação dentre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de alcance nacional tem proporcionado vários problemas na entrada aos serviços e o compromisso da universalidade e integralidade. Deste modo, vários usuários não desfrutam do direito universal à saúde.

Acredita-se que pelo fato de haver mis gestores preocupados com suas campanhas políticas eleitorais do que com a saúde dos seus cidadãos faz com que sempre haja falhas bastantes graves no sistema, onde o maior prejudicado com tudo isso e com essa falta de responsabilidade é ninguém mais do que o próprio povo.

Assim sendo, o melhoramento na gestão acaba refletindo, com grande conseqüência, numa melhor contribuição financeira do setor, com um calmo repasse de recursos, melhor utilização e aproveitamento desse investimento, uma remuneração salarial maior para os profissionais da saúde, com o provável estabelecimento de vínculos, atualmente ainda muito precarizados, o que acaba gerando desmotivação e desinteresse entre os servidores.

Por fim, conclui-se que durante todo esse tempo, vê-se que não é fácil para o SUS fazer com que seus práticos princípios de universalidade, integralidade e equidade funcionam realmente com eficácia e eficiência. Ressalta-se assim que, para que sejam enfrentados os desafios, é necessário que haja união entre os atores que se encontram envolvidos no processo, gestores, servidores e usuários, com o anseio de fazer o melhor para a população brasileira, compete a todos os empenhados e comprometidos trabalharem em favor do êxito do SUS, públicas sejam bem aplicadas e possam estabelecer meios através dos quais se criem estratégias no sentido de promover a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, JOSÉ LUIZ G. do. **SUS, o que você precisa saber sobre sistema de saúde.** v. 1. São Paulo: Atheneu, 2005.

ANDRADE, L.O. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais.** 2. ed, rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

ARANTES, Paulo. **História política de saúde do Brasil.** 2009. Disponível em: <<http://www.pauloarantes.com.br/2009/11/historia-politica-de-saude-no-brasil.html>>. Acesso em: 1 jun. 2012.

ARAÚJO, C. L. M. E. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro: Graal, 2009.

BAHIA, L. **Sistema Único de Saúde.** 2010. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.213/1991. **Regulamento Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** 2006. Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/Leis/8213_91.html>. Acesso em: 12 abr. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **A Economia dos Sistemas Previdenciários.** 2000. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-111355-649.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos.** 2. ed. – Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional de promoção da saúde.** Brasília - DF: MS, 2006b. (Série B, textos Básicos de Saúde).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS.** 2. ed. Brasília – DF: MS, 2009.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programas do SUS.** 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1408>. Acesso em: 25 abr. 2012.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional.** 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1-33, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a33v14n1.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa.** 2. ed, São Paulo: FTD, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAPRA, F. **A teia da vida uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** 2000. Disponível em: <<http://livrosdamara.pbworks.com/f/Fritjof%2520Capra%25202520A%2520teia%2520da%2520vida.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.

CASTRO, C. A. P. de; LAZZARI, J. B. **Manual de direito previdenciário.** 5. ed. São Paulo: LTr, 2005.

COSTA, N. do R. Direitos à saúde na Constituição: um primeiro balanço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1.: jan./mar. 2005.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/4/constituicao-federal-%5B4-110810-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

CRUZ, P. M. Fundamentos históricos, políticos e jurídicos da seguridade social. In.: _____. **Curso de especialização em Direito Previdenciário.** v. 1. Curitiba: Juruá, 2005.

DODE, M.T.B. **A humanização nos processos de trabalho de um centro de atenção secundária.** 2009. Disponível em: <http://btdt.unisinos.br/tde_arquivos/3/TDE20100422T143917Z1011/Publico/MariaDodeSaudeColetiva.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FORTES, P. A. de C. **A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde**. 2006. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v5/contsocia.html>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

GOMES, A. M. F. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**. 2009. Disponível em: <<http://www.crn7.org.br/a-saude-e-direito-de-todos-e-dever-do-estado>>. Acesso em: 2 abr. 2012.

GOULART, A. C. **Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro**. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n1/06.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2012.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

LEVICOVITZ E. **Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS: Um Estudo Sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – 1974/1996**. 2002. Tese (Doutorado) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil..** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUCHESE, P. T .R.; MAGALHÃES, R. **Quais as principais propostas de política nacional de promoção a saúde?** Biblioteca Virtual em Saúde e BIREME/OPAS/OMS. 2007.

MANRICH, N. (Org). **Constituição Federal; Consolidação das Leis de Trabalho; Legislação Previdenciária**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

MAUTNER, T. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Edições 70, 2010.

MEDICI, A. C. **Sistema Único de Saúde - SUS**. 2006. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 9 abr. 2012.

MOREL, C. M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cad. Saúde Pública**. V. 22, n. 8, p. 1. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/01.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2012.

MÜLLER NETO, J. S. (Org.). Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 31, p. 54-66, mar. 2000.

NASCIMENTO, M. C. T. **A nova ordem social e a nova Constituição**. São Paulo: Aide, 2005.

NAVARRO, V. L. Saúde do trabalhador no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2005.

NUNES, L.A. **Receita para um bom sistema de saúde municipal**. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/55054950/1/Luiz-Antonio-Nunes>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência social**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1986.

OTTONI, J. SUS - modo de usar. Suplemento Hospitais do Paraná. **Gazeta do Povo**, Curitiba: RPC, 2005.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-9, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 4 abr. 2012.

PEREIRA, J. C. M. **Medicina, saúde e sociedade**; Ribeirão Preto, Complexo Gráfico Villimpress, 2006.

PINHEIRO, M. V. **A questão da saúde no Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://www.priory.com/psych/saude.htm>>. Acesso em: 9 abr. 2012.

PINTO, Graziane E. **SUS não tem recursos porque gasto federal é pouco**. 2009. Disponível em: <<http://www.ipebj.com.br/artigos/67/sus-nao-tem-recursos-porque-gasto-federal-e-pouco>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

PIOLA, S.F. *et al.* **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).** 2009. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

PIRES, M. **Privatizando o lucro e estatizando os custos: crime contra o SUS.** 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/8997-privatizando-o-lucro-e-estatizando-os-custos-crime-contra-o-sus>>. Acesso em: 31 maio 2012.

POLIGNANO, M.V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão.** 2012. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

PORTAL DA SAÚDE. **O que é o pacto pela saúde?** 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 3 jun. 2012.

RAMOS, F. S. *et al.*,. **Normas operacionais básicas do SUS.** 2009. Disponível em: <<http://dc172.4shared.com/doc/zQJxrfs/preview.html>>. Acesso em: 3 jun. 2012.

RIGHI, A. W. *et al.* **Qualidade em serviços públicos de Saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família.** 2010. Disponível em: <producaoonline.org.br/rpo/article/download/405/721>. Acesso em: 22 fev. 2012.

ROBERSON, C. **Sistema Único de Saúde – SUS.** 2011. Disponível em: <<http://enfermagem-curiosidades.blogspot.com.br/2011/02/sistema-unico-de-saude-sus-em-1986-8.html>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

RUEDA JÚNIOR, E. **Princípios da seguridade social.** 2006. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/x/10/32/1032>>. Acesso em: 7 abr. 2012.

SANTANA, J.P. de *et al.*,. **Desenvolvimento referencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub06int.pdf>>. Acesso em: 5 abr.2012.

SANTOS, P. *et al.* **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub06int.pdf>>. Acesso em: 3 abr.2012.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2012.

SERTEK, P. **Ética e seus fundamentos**. 2006. Disponível em: <<http://www.educarei.com.br/site/a6>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

SILVA, S. M. M. A. **Análise de indicadores sócio-econômicos, ambientais e de saúde de Araraquara-SP**. 2009. Disponível em: <http://www.uniara.com.br/mestrado_drma/arquivos/dissertacao/sonia_silva.pdf>. Acesso em: 27 maio 2012.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

SOUZA, R. R. de. **O sistema público de saúde brasileiro**. 2008. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SUS. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2008.

SZYMCZAK, V. L.; PIRES, A. J. **O Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da Seguridade Social: a diferença entre a realidade no cotidiano social e as determinações legais vigentes**. 2006. Disponível em: <http://web03.unicentro.br/especializacao/Revista_Pos/P%C3%A1ginas/2%20Edi%C3%A7%C3%A3o/Saude/PDF/5-Ed2_S-Sistema.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2012.

Monografia revisada de acordo às Normas da ABNT vigente de 2011.

Célia Romano do Amaral Mariano
Biblioteconomista CRB1/1528

DECLARAÇÃO

Eu, CÉLIA ROMANO DO AMARAL MARIANO, RG nº 5.714.022-4, formada em Biblioteconomia pela Faculdade de Sociologia e Política de USP com diploma registrado no MEC, inscrita no CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA – CRB1/1528, DECLARO para os devidos fins acadêmicos que fiz a revisão das citações e referências bibliográficas de acordo às Normas da ABNT vigente de 2011 do Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: **UMA VISÃO ANALÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, da acadêmica Luana da Silva Luz, do Curso de Administração de Empresas da FACERES - Faculdade de Ceres.

Por ser verdade, firmo a presente

Ceres, 2 de agosto de 2012

Célia Romano do Amaral Mariano
Biblioteconomista CRB1/1528

DECLARAÇÃO

Eu, Rosana Alves Simão dos Santos, brasileira, portadora da Carteira de Identidade número 2135002 SSP/GO e CPF número 576.710.601-00, residente e domiciliado à Avenida Presidente, número 81, Ceres-GO, graduada em LETRAS MODERNAS, pela Faculdade de Filosofia do Vale de São Patrício, DECLARO, para os fins de direito que se fizerem necessários, que realizei a correção ortográfica e gramatical do trabalho monográfico intitulado “UMA VISÃO ANALÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – (SUS)”, da graduanda no Curso de Administração, LUANA DA SILVA LUZ, pela Faculdade de Ceres - FACERES.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Ceres, 06 agosto de 2012.



ROSANA ALVES SIMÃO DOS SANTOS