

Estrutura e configuração do SUS



Créditos

Coordenação do Projeto

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenação Geral da DTED/UNA-SUS/UFMA

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Gestão de projetos da UNA-SUS/UFMA

Katherine Marjorie Mendonça de Assis

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Paola Trindade Garcia

Coordenação de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA

Elza Bernardes Monier

Coordenação de Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA

Mário Antonio Meireles Teixeira

Coordenação de Comunicação da UNA-SUS/UFMA

José Henrique Coutinho Pinheiro

Professora-autora

Regimarina Soares Reis

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES

Bethânia Ramos Meireles

Departamento de Promoção à Saúde – DEPROS/SAPS

Natali Pimentel Minóia

Mariana Vilela Vieira

Hannah Carolina Tavares Domingo

Iracema Ferreira de Moura

Departamento de Saúde da Família – DESF/SAPS

Dirceu Ditmar Klitzke

Ana Claudia Cardozo Chaves

Jacirene Gonçalves Lima Franco

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES/SAPS

Rizoneide Gomes de Oliveira

Validadoras pedagógicas

Paola Trindade Garcia

Deysianne da Costa Chagas

Revisora textual

Camila Cantanhede Vieira

Designer instrucional

Lívia Anniele Sousa Lisboa

Designer Gráfico

Priscila Penha Coelho

COMO CITAR ESTE MATERIAL

REIS, R. S. Estrutura e configuração do SUS. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Programa Gestão em Saúde. **Organização do SUS**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2020.

Sumário

Apresentação	3
1 INTRODUÇÃO	4
2 CONSTRUÇÃO DO SUS	4
2.1 A criação do SUS	4
2.2 Características do SUS	8
3 PAPEL DOS ENTES FEDERADOS NO SUS	14
4 DEFINIÇÕES FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO DO SUS	16
5 CONQUISTAS DO SUS	18
Considerações Finais	23
Referências	24
Lista de Imagens	26

Apresentação

O SUS é uma grande conquista da população brasileira. Com a sua criação, finalmente foi rompida a lógica excludente que perdurou por séculos na atenção à saúde no Brasil. Assim, a saúde passa a ser entendida como condição para o exercício de uma vida plena e, portanto, direito de todo cidadão brasileiro, independentemente da sua inserção no mercado formal de trabalho e da sua capacidade de pagamento pelo serviço de saúde.

É importante que usuários, profissionais e gestores conheçam as definições e características que constituem o SUS, para que compreendam o processo de democratização da saúde e fortaleçam cada vez mais um sistema público, universal e de qualidade.

Neste recurso educacional, você conhecerá os princípios, as diretrizes e as atribuições do SUS. Além disso, serão identificadas as atribuições dos entes federados e algumas definições fundamentais para a gestão do SUS.

Bons estudos!



OBJETIVO

Após a leitura deste recurso, você deve ser capaz de identificar as características técnicas, políticas e legais que configuram a estrutura e o funcionamento SUS.

1 INTRODUÇÃO

Embora tenha sido oficialmente criado em 1988, quando foi inscrito na Constituição Federal (CF) de 1988, os princípios e as proposições que conformam o Sistema Único de Saúde (SUS) foram propostos desde o ano de 1979, no documento “A questão democrática na área da saúde”. Assim, foram quase dez anos desde sua concepção para a efetiva criação do SUS.

Nesse íterim, entre a proposição do SUS e a sua efetiva criação, foram implementadas políticas para enfrentamento do complexo cenário epidemiológico que havia se estabelecido, tais como: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) e as Ações Integradas de Saúde (AIS)¹.

O contexto era de transição democrática (1985 – 1988) e, com o avanço da “Nova República”, foram realizadas, também, algumas iniciativas, como os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), criados em 1987, os quais funcionaram como uma estratégia-ponte para o SUS ao refrear políticas privatizantes e estabelecer canais de participação social nas políticas de saúde¹.



Afinal, com toda essa transição de modelo de governo e de modelo de sistema de saúde, qual foi o marco histórico para a concretização do SUS?

2 A CONSTRUÇÃO DO SUS

O SUS foi uma conquista política e social, tendo sido criado para que toda a população brasileira tenha acesso ao sistema de saúde de forma universal, assegurando, assim, a condição de cidadania. A seguir, você verá como tem sido o desenvolvimento desse complexo sistema ao longo do tempo.

2.1 A criação do SUS

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é considerada o grande fato político que viabilizou a construção da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Foram mais de cinco mil participantes, entre autoridades e técnicos do governo, sociedade civil e representantes de empresas de saúde. Foi o relatório final da conferência que inspirou o capítulo “Saúde”, da CF/88, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do estado.



VOCÊ CONHECE?

Como forma de mobilizar a luta pela Reforma Sanitária brasileira, foram criadas instituições, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que se engajaram no movimento sanitário juntamente com estudantes, segmentos populares, sindicatos e acadêmicos.

Destaca-se que, no contexto internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o ano de 1948, já havia reconhecido a saúde como direito e a obrigação do Estado na sua promoção e proteção. Esse conceito derivou do cenário de pós-guerra e girou em torno da construção de políticas de estado de bem-estar social como resposta às demandas da sociedade, sendo um mecanismo de sustentação das bases do capitalismo industrial ^{2,3}.



**World Health
Organization**

A. Fonte: Autor Desconhecido em
Microsoft. Licença: CC BY-SA.

Nesse contexto, já nos anos de 1940, países de capitalismo central iniciaram as reformas nos seus sistemas de saúde, assim como organizaram políticas de trabalho, educação e previdência. No Brasil, país de capitalismo periférico, a trajetória das políticas sociais foi diferente e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania ocorreu somente 40 anos depois da declaração da OMS ^{2,3}.



IMPORTANTE

O processo de elaboração da Constituição foi marcado por diversas tensões políticas entre o presidente da República e as lideranças progressistas, os quais defendiam a proposta de criação do SUS. O capítulo "Saúde", na CF/88, é descrito nos artigos 196 a 200. O texto aprovado nesses artigos contemplou muitas proposições do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), mas, ao mesmo tempo, foi abrangente. Embora a saúde tivesse sido definida como direito de cidadania e dever do Estado, o texto constitucional também previu a participação privada no sistema nacional de saúde ^{2,3}.

Com a criação do SUS, finalmente é rompida a lógica excludente que perdurou por séculos na atenção à saúde no Brasil. Assim, a saúde passa a ser entendida como condição para o exercício de uma vida plena e, portanto, direito de todo cidadão brasileiro, independentemente da sua inserção no mercado formal de trabalho e da sua capacidade de pagamento pelo serviço de saúde.

Cabe destacar que a CF/88 também reconheceu que a resposta assistencial não é suficiente para abranger a complexidade das necessidades de saúde da sociedade. Ou seja, para garantir o direito à saúde, é necessário mais do que disponibilizar consultas, internações, medicamentos e exames³.

Observe, a seguir, o que diz o artigo 196 da Constituição Federal, que inicia o Capítulo “Saúde”, no texto da Carta Magna.

“ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de **doença e de outros agravos** e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua **promoção, proteção e recuperação** ⁴. ”

Veja em detalhes o que significa esse artigo: ^{3, 5}

Políticas sociais e econômicas: são reconhecidas como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Elementos, como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário e moradia, ainda que façam parte da política econômica, interferem diretamente na situação de saúde de uma população. Assim como o acesso à educação, cultura, esportes, lazer, segurança pública, assistência social e previdência como políticas sociais pode reduzir o risco de adoecimento.

Doenças e agravos: doença: enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos; agravo: qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocado por circunstâncias nocivas e que não representa, de modo obrigatório, uma doença classicamente definida, tais como acidentes, envenenamento e abuso de drogas; evento: manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença; violência: é o evento decorrente de ações de indivíduos, grupos, classes e nações que causem danos físicos, morais e espirituais a si próprios ou a terceiros; acidente: é o evento não intencional e evitável, que pode causar lesões físicas e emocionais no âmbito doméstico, no trânsito, na escola, trabalho ou em outros ambientes sociais.

Acesso universal: as ações e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos os brasileiros, sem distinção de qualquer natureza e independente de condições financeiras, raça, etnia, cor da pele, gênero e orientação sexual.

Acesso igualitário: significa o acesso igual para todos, sem discriminação. Admite a noção de equidade, ou seja, de priorizar os que mais necessitam para que se atinja a igualdade.

Promoção da saúde: fomentar, cultivar, estimular a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Depende de acesso à educação, de boas condições de vida, da prática de atividade física, alimentação, arte, cultura, ambiente saudável etc.

Proteção da saúde: tomada de medidas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, estímulo ao uso de cinto de segurança, distribuição de preservativos e controle de qualidade da água e dos alimentos, a fim de reduzir ou eliminar riscos.

Recuperação da saúde: realização de diagnóstico precoce e de tratamento em tempo oportuno, de modo a limitar o dano e evitar complicações ou sequelas. Deve ser oferecida atenção à saúde na comunidade e também assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar.



Você notou que a partir do artigo 196 da CF/88 é possível identificar que o SUS propõe a superação da dicotomia entre saúde individual e coletiva que foi historicamente vigente na saúde pública brasileira?

Com o SUS, o foco passa a ser a atenção integral à saúde, por considerar que esta é produto do modo como a sociedade se organiza, sendo, portanto, fundamental a articulação das intervenções a partir de¹:

1. Ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde;
2. Abrangência das dimensões biológica, psicológica e social; e
3. Articulação a um conjunto de políticas públicas, mediante ação intersetorial.

O artigo 196 da CF/88 deixa explícita uma nova concepção de saúde, mais ampliada, includente, que ultrapassa os limites do corpo biológico e que está a serviço das necessidades dos indivíduos e das coletividades, e não dos interesses econômicos.



PARA SABER MAIS

Para além de assinalar o SUS nos artigos da Constituição Federal, foi necessário detalhar as características do complexo sistema de saúde que estava sendo proposto e as regras sob as quais ele deveria funcionar. Essa definição ocorreu, pela primeira vez, por meio das Leis Orgânicas da Saúde, que são a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90. Clique em cada uma delas e conheça mais:

[Lei nº 8.080/90: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.](#)

[Lei nº 8.142/90: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde \(SUS\), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.](#)

2.2 Características do SUS

Partindo dessa perspectiva, foram definidos os princípios e as diretrizes que norteiam o SUS, as regras pétreas do sistema, aquelas que, reunidas, definem a identidade do sistema criado e o diferenciam da lógica de atenção à saúde que o antecedeu⁶.

Os princípios doutrinários são os valores basilares do SUS, suas características fundamentais, que derivam da ética, da moral, da filosofia, da política e do direito. As diretrizes organizativas são orientações gerais para o funcionamento e organização do sistema³. Observe, a seguir, a representação dos princípios doutrinários e as principais diretrizes organizativas do SUS⁶:

SUS: AS REGRAS DO "JOGO"

Princípios doutrinários (VALORES)

Universalidade

Assegura o direito à saúde a todos os cidadãos.

Integralidade

Considera os indivíduos e as coletividades em suas dimensões biológica, psicológica e social; envolve ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde; além de ações intersetoriais.

Equidade

Admite atender desigualmente os desiguais, favorecendo os excluídos, vulneráveis ou aqueles sob riscos.

Diretrizes organizativas (ORIENTAÇÕES)

Descentralização

Organização político-administrativa da gestão, pautada na municipalização e com base na direção única em cada esfera de gestão (federal, estadual e municipal). Integração das ações e das redes assistenciais em regiões de saúde. Distribuição racionalizada e equânime dos recursos, considerando as assimetrias municipais e a distribuição da população nos territórios.

Atendimento integral

Previsão de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas. Priorização das atividades preventivas, visando evitar o adoecimento, tais como: oferta de vacinas, combate a mosquitos transmissores de doenças, controle de qualidade da água.

Hierarquização

Organização dos serviços em complexidade crescente. Não significa que um serviço seja mais importante que o outro. Trata-se de racionalizar o uso dos recursos. A hierarquização está pautada na Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do sistema e reguladora do acesso aos serviços de atenção especializados.

Participação comunitária

Participação dos segmentos da sociedade na definição e execução da política de saúde nos níveis Federal, Estadual e Municipal. Ocorre por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. Assegurada pela Lei nº 8.142/90.



PARA SABER MAIS

Conheça mais sobre os princípios do SUS no vídeo didático da Série SUS, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ue1Asox8ztk>.

O entendimento dos princípios e diretrizes do SUS é fundamental para olhar de forma crítica o sistema e realizar sua gestão de modo efetivo.



AGORA É COM VOCÊ

Diante do que foi abordado até aqui sobre os princípios e diretrizes que orientam o funcionamento do SUS, como você interpretaria as notícias a seguir?

www.camara.leg.br > radio > programas > 545006-men... ▾

Menos de 10% dos municípios brasileiros têm leito de UTI ...

O brasileiro não tem acesso a leitos em unidades de **terapia intensiva**, tanto no SUS quanto na rede hospitalar particular. A constatação é do Conselho Federal ...

brasil.elpais.com > Sociedade ▾

Coronavírus: Sem leitos de UTI, municípios pequenos temem ...

15 de abr. de 2020 - Sem leitos de **UTI**, municípios pequenos temem por estrutura limitada para ... Num país continental e desigual como o **Brasil**, o combate à ...

noticias.uol.com.br > saude > redacao > 2020/03/19 > n... ▾

Nove em cada 10 cidades do país não têm leito de UTI e ...

19 de mar. de 2020 - O **Brasil** possui leitos de **UTI** (Unidade de **Terapia Intensiva**) em apenas 545 dos 5.570 municípios — ou 9,8% deles —, segundo ... Sem leitos em suas cidades, pacientes com problemas mais graves são transferidos para ...

www.cremeb.org.br > index.php > noticias > 86-das-cid... ▾

5065 municípios brasileiros não possuem leitos de UTI ...

16 de mai. de 2016 - Ao todo, o **Brasil** possui quase 41 mil leitos de **UTI**, segundo informações do ... Pacientes procuram Justiça – Sem conseguir acesso aos leitos, ...

valor.globo.com > brasil > noticia > 2020/05/08 > men... ▾

Menos de 10% dos municípios do país têm leito de UTI ...

Fonte: Captura de tela realizada em: 05.06.20

É fato que o SUS está comprometido em atender **universalmente** os cidadãos igualmente, de forma **equânime** e **integral**, da vacina ao transplante. Uma vez que as pessoas moram nos municípios, é no âmbito local, ou seja, nas cidades em que as pessoas residem, que essas ações de saúde são oferecidas. Assim é justificado um sistema **municipalizado**. Porém, não é desejável que todos os municípios ofereçam todos os serviços.

O fato de municípios de menor porte não terem Unidades de Terapia Intensiva (UTI), ou estruturas hospitalares, não significa, necessariamente, uma falha do sistema. Ao identificar que somente 10% dos municípios têm UTI no país, não se pode inferir que 90% dos municípios brasileiros tenham problemas nesse aspecto e que deveriam providenciar essas unidades.

O Brasil tem 5.570 municípios, dos quais 37,3% têm população de menos de 20 mil habitantes, e 21,9% da população está concentrada em 17 municípios, todos com mais de um milhão de habitantes. O menor município do país tem 776 habitantes, o mais populoso tem 12,3 milhões⁷. Note que essas diferenças, distribuídas em um território de dimensões continentais, colocam a necessidade de pensar a distribuição dos recursos de forma equânime, buscando garantir o acesso oportuno aos serviços, a continuidade do cuidado e a economia de escala. Assim, não é esperado que todos os municípios ofereçam todos os serviços de saúde em seu próprio território geográfico⁶.

Embora haja uma má distribuição dos leitos de UTI no país, para a alocação e uso racional dos recursos de saúde, é necessário:

Considerar as assimetrias econômicas, sociais e sanitárias entre os municípios, e as diferentes concentrações populacionais. Por isso, é recomendada a construção de um sistema **descentralizado e regionalizado**. Assim, as ações do sistema são realizadas no âmbito de territórios, a partir da organização de redes de atenção em Regiões de Saúde, tendo os municípios como executores diretos, mas sem se restringir aos limites geográficos das cidades.



Desse modo, a partir da lógica de **hierarquização** dos serviços, todos os municípios devem oferecer portas de entrada ao sistema, representadas, principalmente, pelas Unidades Básicas de Saúde, que encaminharão os indivíduos para a atenção especializada, hospitalar, de suporte à vida em UTI, ou para qualquer outro serviço a partir do momento em que a necessidade de atenção ultrapasse sua capacidade de atenção. A distribuição dos serviços entre municípios de uma mesma Região deve ser pactuada pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR). A CIR configura-se em um espaço de pactuação, cooperação e fortalecimento da região de saúde enquanto locus de governança regional, sendo composta por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de uma determinada região de saúde⁸.



Todo esse processo de previsão, provisão e fiscalização até a distribuição dos recursos de saúde deve ser permeado pela **participação da população**, viabilizada por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo. Esses são órgãos permanentes, colegiados e deliberativos, com representação de usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviço.

Portanto, a identidade do SUS é definida pelos seus princípios e diretrizes. Essa identidade diz respeito ao modo como o sistema deve ser operacionalizado e quais são os resultados que podemos esperar dele.



REFLETINDO

Quando se fala em hierarquização, é frequente que se confunda complexidade e densidade tecnológica.

Densidade tecnológica: está relacionada à utilização de equipamentos sofisticados, caros e complexos.

Complexidade tecnológica: diz respeito a todas as estratégias e instrumentos utilizados para levar cuidado às pessoas.

Exemplo: realizar, na Unidade Básica de Saúde, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de uma criança em situação de vulnerabilidade socioeconômica, cuja família tenha histórico de violência doméstica, pode ser mais complexo do que um procedimento cirúrgico em um hospital.

Tecnologias leves, relacionais, comunicativas e interativas predominam na Atenção Básica e isso não deve ser interpretado como baixa complexidade. Tecnologias duras, ou seja, um aparato de equipamentos, materiais e instrumentos sofisticados são mais frequentes e em quantidades maiores no atendimento especializado, hospitalar, que nem por isso será necessariamente mais complexo⁹.



B. Fonte: Autor Desconhecido em Microsoft Word/Bing. Licença: CC BY-SA.

A Lei nº 8.080/90 define que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. O objetivo fundamental do sistema é formular e implementar a política nacional de saúde, visando à melhoria das condições de vida, por meio do acesso equitativo às ações de saúde.

Dentre as atribuições do SUS, veja, a seguir, as que se destacam^{3,10}:

ATRIBUIÇÕES DO SUS

Assistência às pessoas

Tudo que envolve o cuidado com a saúde de indivíduos e coletividades. Realizada por meio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Exemplos:

Oferta de consultas, medicamentos, exames, cirurgias, vacinas, transplantes, transfusão de sangue etc.

Vigilância em Saúde

Ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise da situação de saúde da população brasileira.

Exemplos:

Programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis de relevância nacional, como a Aids, dengue, malária, hepatites virais, doenças imunopreveníveis, leishmaniose, hanseníase e tuberculose, a exemplo do Programa Nacional de Imunizações (PNI); investigação de surtos de doenças; coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública; gestão de sistemas de informação de mortalidade, agravos de notificação obrigatória e nascidos vivos, realização de inquéritos de fatores de risco, coordenação de doenças e agravos não transmissíveis e análise de situação de saúde, incluindo investigações e inquéritos sobre fatores de risco de doenças não transmissíveis, entre outras ações.

Assistência Farmacêutica

Envolve o abastecimento de medicamentos em todas as suas etapas: conservação, controle de qualidade, segurança, eficácia terapêutica, acompanhamento, avaliação do uso, bem como a obtenção e a difusão de informações sobre eles. Inclui ainda a educação permanente de profissionais de saúde, pacientes e comunidade sobre o uso racional dos medicamentos.

Para que esse conceito de sistema se concretize e cumpra seus objetivos, é relevante considerar o arranjo federativo do Brasil em três entes: União, Estados e Municípios. Para que haja sucesso na descentralização e na execução das ações, esses três entes, ao passo que exercem sua autonomia (política, administrativa, tributária e financeira), precisam também construir uma unidade em torno de políticas compartilhadas¹¹.

E qual o papel da união, dos estados e dos municípios na implementação do SUS?

3 PAPEL DOS ENTES FEDERADOS NO SUS

A Lei nº 8.080/90 define o que cabe aos entes federados, a partir de elementos comuns e específicos que orientarão como esses atores devem se articular para formular, implementar e avaliar a política de saúde. Veja, a seguir, algumas atribuições da União, Estados e Municípios⁶.

ATRIBUIÇÕES DOS ENTES FEDERADOS

Atribuições comuns a União, Estados e Municípios

- Planejamento das ações, por meio do plano de saúde;
- Articulação de planos e políticas;
- Financiamento, orçamentação, administração e controle;
- Avaliação e fiscalização das ações e serviços;
- Elaboração de normas;
- Coordenação dos sistemas de informação;
- Realização de estudos e pesquisas;
- Implementação de políticas específicas, como a do sangue e hemoderivados;
- Participação na formulação e execução da política de formação de recursos humanos para a saúde;
- Participação na formulação e execução das políticas de saneamento e meio ambiente.

Atribuições específicas: União

- Formulação e implementação da política e do plano nacional de saúde;
- Financiamento;
- Normatização das ações e dos serviços públicos e privados;
- Coordenação das redes nacionais de atenção à saúde e dos subsistemas de informação e vigilância à saúde;
- Cooperação técnica e financeira aos estados e municípios;
- Avaliação e controle das ações e serviços de saúde;
- Desenvolvimento de políticas científicas e tecnológicas para o setor da saúde;
- Ordenação da formação de recursos humanos;
- Participação nas ações e políticas intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

**Atribuições específicas:
Estados**

- Coordenação do sistema estadual de saúde;
- Ações de promoção da descentralização das ações e serviços;
- Oferta de apoio técnico e financeiro aos municípios;
- Coordenação das redes assistenciais;
- Coordenação da vigilância em saúde;
- Execução supletiva das ações e serviços que os municípios não tenham condições de fazer.

**Atribuições específicas:
Municípios**

- Prestação de serviços de assistência à saúde;
- Gerência e execução dos serviços públicos de saúde;
- Execução de ações de vigilância em saúde;
- Participação na rede regionalizada de atenção à saúde em articulação com a gestão estadual do SUS;
- Implementação das políticas definidas no âmbito nacional;
- Colaboração na efetivação das competências estaduais e municipais.



IMPORTANTE

Considerado o caráter universal e integral das políticas de saúde a partir da CF/88, foi instituído o Subsistema de Saúde Indígena como componente do SUS. A Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, foi sancionada com o objetivo de contemplar as especificidades históricas da saúde dos povos indígenas. Essa Lei surge como um capítulo de acréscimo à Lei nº 8.080/90. Cabe aos gestores das três esferas de gestão providenciar as condições para a atenção integral a essa população, devendo o Subsistema funcionar de modo descentralizado, regionalizado e hierarquizado, como o SUS.

4 DEFINIÇÕES FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO DO SUS

Dentre as legislações e normativas do SUS, é importante destacar, ainda, que a Lei nº 8.080/90 foi regulamentada no ano de 2011, pelo Decreto de Lei nº 7.508, o que permitiu avanços importantes na regionalização, como a proposição da Relação de Serviços de Saúde (RENASES); a continuidade da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME); a previsão do Contrato Organizativo da Ação Pública; e a definição da Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e serviços especiais de acesso aberto como portas de entrada ao sistema, sendo a Atenção Primária à Saúde a preferencial¹².

As seguintes definições são apresentadas no referido Decreto e são fundamentais para a compreensão e gestão do SUS:

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.



C. Fonte: Ericélia Bernardo da Silva; Rosiléia Evangelista da Silva; Kátia Paula Felipin em Scientific Figure on ResearchGate. Licença: Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International.

Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS, como as Unidades de Saúde da Família e os serviços de Pronto-Atendimento.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Comissões Intergestoras - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade.



D. Fonte: Alessandra Nogueira em ARES/UNA-SUS.
Licença: Termo de Cessão Padrão UNA-SUS.

Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial, como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Mais recentemente, algumas medidas legais que influenciam o processo de implementação do SUS foram instituídas:

- A abertura da saúde ao capital estrangeiro, pela Lei nº 13.097/2015, o que, até então, era proibido;
- Reconhecimento da atuação das Organizações Sociais no SUS pelo Supremo Tribunal Federal, as quais têm expandido sua ação, principalmente na gestão de serviços do SUS;
- Emenda Constitucional nº 95 que, como parte do novo Regime Fiscal do país, fixou um teto para os gastos públicos nos próximos 20 anos.

5 CONQUISTAS DO SUS

Você já sabe o que é o SUS e o que ele representa em termos de conquista social para além da visão do senso comum, que insiste em retratar apenas os seus problemas.

A carência de equipamentos, de materiais, filas e os baixos salários dos profissionais da saúde são anteriores ao SUS. Costuma-se atribuir ao SUS a responsabilidade sobre uma gama de problemas, sendo que ele existe há apenas 32 anos e as dificuldades geralmente citadas para depreciar o sistema não nasceram com ele, mas foram herdadas de períodos anteriores³.

Adiante, você terá acesso a uma lista de evidências científicas de que o SUS contribuiu significativamente para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a partir de políticas e programas mundialmente referenciados, da equidade do acesso e da inclusão de pessoas ¹³:

AVANÇOS DO SUS

Recursos e produção

Em 1980, a proporção de médicos para cada mil habitantes era de 0,84. Passou a 2,15, em 2017;

75% dos médicos e 88% dos enfermeiros do país atuam no SUS;

Anualmente, o SUS realiza:

- 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais;
- 2 milhões de partos;
- 300 milhões de exames laboratoriais;
- 150 milhões de vacinações;
- 19 milhões de procedimentos oncológicos;
- 3,1 milhões de procedimentos quimioterápicos.

Acesso aos serviços

O acesso à consulta médica avançou de 54,7%, em 1981, para 71,2%, em 2013;

O acesso a serviços odontológicos aumentou de 17,3%, em 1981, para 44,4%, em 2013;

Em 2013, do total de atendimentos de saúde no Brasil, 61,7% foram realizados pelo SUS e 29,6% pelo sistema de saúde suplementar;

75% da população depende exclusivamente do SUS.

Políticas de saúde

Política de saúde materna e infantil comparando-se os anos 1990/1995 e 2015:

- Taxa de mortalidade infantil reduziu de 47,1 para cada mil nascidos vivos para 13,5;
- Percentual de gestantes sem atenção pré-natal reduziu de 10,9% para 2,2%;

Controle de doenças transmissíveis:

- O Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência mundial;
- A incidência de doenças, como coqueluche, difteria, poliomielite, sarampo e tétano neonatal reduziu de 68,2 para cada 100 mil habitante nos anos 1980, para 0,6, no ano de 2010.

Vigilância, prevenção e controle do HIV/AIDS:

- O Brasil tem um dos melhores programas do mundo, pois revolucionou o tratamento e reduziu a velocidade de disseminação ao adotar, em 1996, uma política de distribuição gratuita de medicamentos. Sem essa medida, o Brasil teria, atualmente, 18 milhões de infectados, em vez de 860 mil.

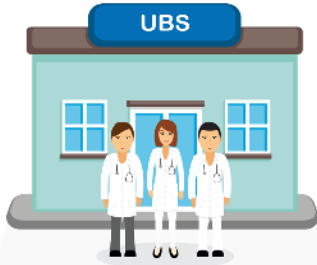
Transplante de órgãos e tecidos:

- O SUS tem o maior programa público de transplantes de órgãos do mundo;
- 96% de todos os transplantes realizados no país são financiados pelo SUS;
- Em números absolutos, o Brasil é o segundo maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos.

Assistência farmacêutica:

- Em 2013, do total de pessoas que tiveram acesso a todos os medicamentos prescritos para tratamento de doenças crônicas, 47,5% conseguiram todos eles gratuitamente; e 20,2% teve acesso a algum medicamento gratuito.

Cabe destaque específico para os avanços do SUS na Atenção Primária à Saúde (APS), pois este é, certamente, seu mais significativo progresso. Entre eles, pode-se mencionar¹²:



E. Fonte: UNA-SUS/UFMA.

O modelo brasileiro de Atenção Primária é concretizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a porta de entrada para o SUS e que está distribuída em todo o país por meio de serviços chamados de Unidades Básicas de Saúde (UBS).



F. Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Equipes multiprofissionais de saúde da família com vistas à ação interdisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde) atuam nas UBS, articulados com outros profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tais como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.



G. Fonte: UNA-SUS/UFMA.

De 1998 a 2017, o número de equipes de saúde da família subiu de 2.054 para 41.619. A cobertura nesse período passou de 7% (sete milhões de brasileiros) para 70% da população (143 milhões de pessoas).



H. Fonte: Ana Rosa de Bastiani em Pixabay.

A ampliação da APS no SUS, em especial da ESF, tem sido responsável pela melhoria dos resultados sanitários, tais como: redução da mortalidade infantil; acesso a medicamentos; e redução de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Um aumento de 10% na cobertura pela ESF foi responsável por reduzir a mortalidade infantil em 4,5%.



REFLETINDO

Por que a Atenção Primária é tão importante? Qual o sentido de uma porta de entrada no SUS?

A APS corresponde ao primeiro cuidado, voltado principalmente para promoção e proteção da saúde. Ela atua próximo de onde as famílias vivem e trabalham, tendo grande capilaridade em todo o país. Não deve ser confundida como “elementar” ou “simples”.

Na APS, é possível resolver 80% das necessidades da população. Aquilo que não pode ser resolvido lá é encaminhado para outros serviços, com os quais deve atuar de modo integrado – atendimentos especializados, ambulatoriais, hospitalares, laboratoriais.

Ao fazer o encaminhamento, não se desvincula do indivíduo, pois a APS tem como atributo o acompanhamento das pessoas ao longo da vida. Além de ser um modelo efetivo de cuidado, que assiste às pessoas independentemente de estarem doentes e, de modo integral, permite que os recursos sejam racionalizados. O acesso aos serviços de maior densidade tecnológica e de maior custo é regulado pela APS, quando se tem o primeiro contato com os usuários ¹⁴.

O SUS está presente em todos os municípios do país, e atende a toda a população, independente de sexo, cor, religião, renda, naturalidade ou ocupação. As muitas ações do SUS devem ocorrer com base na igualdade, na equidade e no atendimento integral, em diversos contextos do território brasileiro.

É esse desenho de sistema que nos permite ter capacidade de resposta articulada tanto em conjuntura sanitárias habituais quanto em emergências sanitárias.

Por exemplo, uma pandemia de doença transmissível por vias respiratórias, como a Covid-19, requer muito mais que serviços de saúde disponíveis para atender aos doentes. Requer a interrupção da transmissão por meio de medidas de distanciamento social e higiene; identificação precoce dos casos; isolamento de assintomáticos; cuidados domiciliares pós-alta; realização de pesquisas científicas; mecanismos de abastecimento de insumos; parcerias intersetoriais; monitoramento de casos e de óbitos; acompanhamento da capacidade instalada de leitos e de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); força de trabalho; logística; comunicação etc. **O modelo de sistema universal, territorializado, e integral é o que mais se aproxima da melhor capacidade de resposta a esse tipo de situação, mediante a garantia das condições materiais e da tomada de decisão em tempo e qualidade oportunos para que ele se concretize.**

Diante dos avanços apresentados, fica evidente afirmar que o SUS é uma política muito mais eficiente do que a anterior e que, embora tenha logrado importantes resultados sanitários, precisa de contínuo fortalecimento para que seja implementada integralmente, conforme prevê a CF/88. É importante frisar que as pesquisas de opinião demonstram que aqueles que utilizam diretamente os serviços do SUS têm uma percepção melhor sobre o sistema de saúde do que aqueles que não o utilizam¹³.



LEITURA COMPLEMENTAR

Para maior aprofundamento no conteúdo abordado:

Acesse o livro: [Desafios do SUS.](#)

Leia o artigo: [Não existe segurança sem acesso universal à saúde.](#)

Considerações finais

O SUS tem problemas históricos que precisam ser superados, como é tão retratado pela grande mídia e vivenciado por muitos cidadãos brasileiros. Porém, ele é muito mais do que grandes filas e serviços lotados, problemas esses ligados a realidades anteriores à sua criação. O SUS representa um grande avanço na política de saúde do Brasil e é uma das maiores conquistas populares de todos os tempos.

Todos nós utilizamos o SUS. Ele está presente na vida de todos para além da oferta de ações assistenciais em postos de saúde e hospitais. Ele está presente na vigilância da qualidade do ar que respiramos, da água que bebemos, dos alimentos que consumimos, das vacinas que as pessoas e os animais utilizam; na prevenção de violências e acidentes; no monitoramento das doenças; no cuidado a pessoas em situação de rua; no enfrentamento de pandemias; na realização de pesquisas científicas; na produção de medicamentos e na orientação da formação de todos os profissionais da saúde do país.

O SUS faz parte da história do Brasil, o que você pôde observar neste recurso quando foram descritas as características técnicas, políticas e legais que configuram a estrutura e o funcionamento desse sistema. Com base nesses conhecimentos, você poderá ser agente de defesa e melhoria das ações e serviços ofertados no SUS, colocando em prática seus princípios e diretrizes para contribuir com a saúde da população.

Até a próxima!

Referências

1. PAIM, J.S. **SUS: Sistema Único de Saúde – tudo que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2019.
2. PIRES, M.R; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=en&nrm=iso.
3. PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/1/>.
4. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 18, Seção 1, p. 37-38, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
6. VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. **O sistema único de saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al (Orgs). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
7. IBGE. **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2020**. Agencia IBGE Notícias. Editoria Estatísticas Sociais, 22 Ago. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/28676-ibge-estima-populacao-do-pais-em-211-8-milhoes-de-habitantes#:~:text=O%20pa%C3%ADs%20chegou%20a%20211,IBGE%20para%20os%205.570%20munic%C3%ADpios>.

8. SILVEIRA FILHO, R. M. S; SANTOS, A. M.; CARVALHO, J. A.; ALMEIDA, P. F. de. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, 2016.

9. MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucit ec, 2002.

10. BRASIL. **Vigilância em Saúde**. Sobre Vigilância em saúde, 18 maio 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/sobre-vigilanciaem-saude#:~:text=A%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9,de%20sa%C3%BAde%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira>.

11. FLEURY, S. **Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 19 maio 2020. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1179>.

12. BRASIL. **DECRETO N.º 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 jun 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.html.

13. MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. CONASS. Brasília, 2019. Disponível e: <http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>.

14. FAUSTO, M.C.R; ALMEIDA, P.F; BOUSQUAT, A. **Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração das Redes de Atenção**. In: *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

Lista de imagens

A. Autor Desconhecido. Microsoft Word/Bing. Licença: CC BY-SA. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.pt>.

B. Autor Desconhecido. Microsoft Word/Bing. Licença: CC BY-SA. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.pt>.

C. Ericélia Bernardo da Silva; Rosiléia Evangelista da Silva; Kátia Paula Felipin. Scientific Figure on ResearchGate. Licença: Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.

D. Alessandra Nogueira. ARES/UNA-SUS. Licença: Termo de Cessão Padrão UNA-SUS. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/static/files/Termos_de_uso.pdf.

E. UNA-SUS/UFMA. Licença: Termo de Cessão Padrão UNA-SUS. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/static/files/Termos_de_uso.pdf.

F. UNA-SUS/UFMA. Licença: Termo de Cessão Padrão UNA-SUS. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/static/files/Termos_de_uso.pdf.

G. UNA-SUS/UFMA. Licença: Termo de Cessão Padrão UNA-SUS. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/static/files/Termos_de_uso.pdf.

H. Ana Rosa de Bastiani. Pixabay. Licença: Pixabay. Disponível em: <https://pixabay.com/pt/service/license/>. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

**DISQUE
SAÚDE
136**



dted
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS
NA EDUCAÇÃO

