

**O Sistema Único de Saúde:
Seus encantos e
DESAFIOS**

Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino



O Sistema Único de Saúde:
Seus encantos e
DESAFIOS

Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



O sistema único de saúde: seus encantos e desafios

Diagramação: Gabriel Motomu Teshima
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Autores: Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino
Alexia Allis Rocha Lima
Susana Gfoni da Silveira
Marcela Lara Albuquerque Ranulfo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S623 O sistema único de saúde: seus encantos e desafios / Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino, Alexia Allis Rocha Lima, Susana Gfoni da Silveira, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Outra autora
Marcela Lara Albuquerque Ranulfo

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0127-8
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.278220205>

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública - Brasil.
3. Hospitais. I. Flauzino, Jhonas Geraldo Peixoto. II. Lima, Alexia Allis Rocha. III. Silveira, Susana Gfoni da. IV. Título.
CDD 362.10981

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a Deus por, ao longo deste processo complicado e desgastante, me ter feito ver o caminho, nos momentos em que pensei em desistir.

Agradeço a Deus, que foi minha maior força nos momentos de angústia e desespero. Sem ele, nada disso seria possível. Obrigada, senhor, por colocar esperança, amor e fé no meu coração.

Obrigado, meu Deus, por abençoar o meu caminho durante esse trabalho. A fé que tenho em ti alimentou meu foco, minha força e minha disciplina. Sou grato pelas bênçãos que recaíram não só sobre mim, mas também sobre todos os amigos e familiares. Não posso deixar de agradecer as universidades por onde passei, por ser um espaço que privilegia o conhecimento e onde todas as ideias são bem recebidas. Do fundo do coração, agradeço à todos àqueles envolvidos de alguma forma neste trabalho, meus professores, colegas de universidade e familiares.

Um agradecimento especial à minha família. As palavras não podem expressar o quão grato sou a todos vocês. Suas orações me deram forças para continuar e finalizar esta pesquisa.

Aos meus pais, eu devo a vida e todas as oportunidades que nela tive e que espero um dia poder lhes retribuir.

*Fracassei em tudo o que tentei na vida.
Tentei alfabetizar as crianças brasileiras, não consegui.
Tentei salvar os índios, não consegui.
Tentei fazer uma universidade séria e fracassei.
Tentei fazer o Brasil desenvolver-se autonomamente e fracassei.
Mas os fracassos são minhas vitórias.
Eu detestaria estar no lugar de quem me venceu.*

Darcy Ribeiro

A minha avó, Maria Nazaré Peixoto Castanhas, o amor da minha vida. Tudo que sou e tudo que serei devo a ela

PREFÁCIO

Honra-me sobremaneira prefaciador o livro O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SEUS ENCANTOS E DESAFIOS. Faça-o na atitude de aprendiz, pouco comum a prefaciador. Quem prefacia tem geralmente a posição de quem apresenta ou até introduz, apoiado em sua suposta capacidade e competência, em seu conhecimento e renome. É sempre a postura de quem pode julgar a obra que está prefaciando e avalizá-la para o público a quem se destina. Um prefácio é um costume antigo que se torna a legitimação ou a validação da autoridade. Desta vez, porém, este prefaciador se põe na situação de quem tem o privilégio da prioridade da leitura para anunciar a alegria do aprendido, do encontrado, do descoberto. Achei! Descobri! Encontrei! O que me proponho, a seguir, é um passeio pelas observações da mente, impressões dos sentidos e sensações da emoção que acumulei no mergulho que fiz nestas páginas a que deverei voltar para muitas abluções e imersões, como quem volta a uma cachoeira para desfrutar de todas as suas quedas. A primeira sensação é de que a não temos a compreensão do Sistema Único de Saúde, que ficamos presos a notícias específicas que tentem a ser negativas. A propósito, os jornais populares tendem a buscar aquilo que desperta atenção, e geralmente não são as boas notícias. É certo que a Saúde precisa de melhoria, sobretudo no que concerne à gestão, no entanto, houve um salto de qualidade nos últimos anos que merece o nosso respeito, admiração e orgulho. Certos pré conceitos, antes aprisionados nas cadeias de definições fechadas, passam a ser repensados como categorias abertas e dinâmicas de um pensamento novo e complexo, projetando-se para o futuro e não se prendendo às polêmicas do passado. A propósito, hoje se emprega muito o termo revisitar. Não tive a impressão que este livro promova uma “nova visita”. Na visita existem um visitante e alguém ou algo que se visita. Não dá para sentir nos trabalhos aqui publicados esta dualidade clássica que vai buscar raízes na concepção de um sujeito e um objeto. Não é uma volta a algo já visitado, a um “déjà vu”. Há alguma coisa de novo que promete mais do que remete, na visão de uma realidade em mudança, onde o velho só permanece enquanto deixa de ser velho e se supera no estágio dialético atual e também provisório de sua construção. A segunda sensação vem do fato de perceber esta produção não se restringe ao aspecto médico, pois é feita uma análise conceitual e jurídica do Sistema Único. E não poderia ser diferente, o médico precisa ter a compreensão mínima de como o sistema funciona, o porquê de as coisas serem como são. A reflexão sobre a teoria geral do Estado, a explicação do pacto federativo, são substratos para o profissional da saúde, mas também para todo cidadão, que deveria ao menos saber a razão do seu país ter nome e sobrenome: “República federativa do Brasil”. Cada capítulo tem sua vinculação a algum aspecto médico e jurídico. É como se os autores procurassem destacar o cotidiano, o vivido e vivenciado no chão da suas práticas como operadores da do sistema único, mas tudo isto refletido e elaborado crítica e criteriosamente. A legislação do SUS é ampla,

notório e louvável o esforço dos autores, que exitosamente escreveram de modo palatável e objetivo. A terceira é a sensação da abertura do horizonte, quando é demonstrado que o SUS não é um mecanismo fechado, mas algo em constante construção. E que há inúmeros desafios que vale destaque como a má gestão e o subfinanciamento do sistema. Porém quando os escritores apontam os desafios, eles fizeram questão de demonstrar o quanto evoluímos, que as dificuldades do hoje e do amanhã, não são motivos para desânimos e que as barreiras são transponíveis. A linguagem médica e jurídica não é simples, mas aproveitei para mergulhar nos quadros de resumo e desenhos nos capítulos do livro. Minha quarta sensação se prende à questão da interdisciplinaridade que me remete aos velhos tempos de curso de filosofia, quando nossa turma se sentia impactada diante das insuficiências epistemológicas da gnosologia clássica e da criteriologia do neo-positivismo. Ali estavam as bases de uma atomização do conhecimento pela qual se autorizava uma classificação das ciências que resultava na divisão das disciplinas que constituíam as grades das prisões dos currículos da época. Eram os tempos em que a UNESCO encomendava a um grupo de especialistas sob a coordenação de Piaget uma nova classificação das ciências. Nesta obra, a interdisciplinaridade se desenvolve. Supera-se a multidisciplinaridade pela transdisciplinaridade e pela metadisciplinaridade já anunciada. No fundo está em jogo a reconstrução do homem, de um novo homem. A atomização do conhecimento não é apenas uma questão epistemológica, mas um drama antropológico. Ela decorre da fragmentação do homem. Mais do que um “cibernantropo” de que tanto se falava nos anos sessenta e setenta, o homem moderno aparece como um homem partido, dividido, fraturado. E neste sentido, este livro é uma ajuda na tarefa de integrar o conhecimento médico com o jurídico, que na verdade são ramos comuns. O estudo da literatura médica e do direito, desde o início dos tempos, nasceu do socorro às necessidades do homem. No Livro Sagrado de Gênesis, está descrito que Javeh, depois de ter criado o mundo, fez aparecer o homem e a mulher, oferecendo-lhes o paraíso para viver. No Éden, viveriam felizes e teriam liberdade para agir desde que obedecessem às leis.

Dessa maneira, surgia, junto ao homem e à mulher, o regulamento da conduta social como pré-condição para se viver em paz. Portanto, nasceu o Direito como a regulação da conduta livre e o dever de submissão à regra para se viver em paz.

No entanto, o casal transgrediu as normas e, conseqüentemente, teve como punição a expulsão do Paraíso, passando, a partir desse momento, a experimentar o sofrimento e a morte.

Então, o homem desenvolveu remédios para mitigar suas dores, fazendo surgir a Medicina. Destarte, à maneira bíblica, foram criados o Direito e a Medicina como ramos de um tronco comum.

Desde então, médico e advogado exercem um poder sobre os homens para o fim de garantir a vida e a saúde ou preservar a liberdade, respectivamente.

O médico incorporou o compromisso profissional do respeito à vida e à pessoa, que se transformou em dever fundamental, de acordo com as normas morais que a própria profissão impôs; no entanto, sua intervenção sobre o paciente nem sempre resulta em benefícios e, com frequência, pode produzir consequências danosas ao paciente.

Já na antiguidade, os humanos tinham preocupação em elaborar regras para a conduta profissional, especialmente, daqueles que exerciam a medicina.

Porém, não existia a medicina da forma como conhecemos atualmente, pois não havia estudo de moléstias nem meios de especialização para sua prática.

Chego, então, a minha quinta sensação. Este livro traz para o leitor a visão panorâmica das teorias, sem descuidar da apresentação das abordagens metodológicas e do uso e emprego de instrumentos técnicos. Isto se faz na comunicação da experiência dos autores, sem pretensões de maiores sistematizações e com uma posição quase fenomenológica de quem abre a janela para novos descortinos. Salta aos olhos a importância do pensamento da complexidade na elaboração desta obra. Talvez seja este o fio condutor que une as partes, levando a todas e de todas a energia, a força e a luz.

É o conjunto da obra que me deixa a alegria de constatar que alguma coisa de importante e de novo está se passando na nossa visão sobre a Saúde no Brasil.

Uma satisfação de minha terceira idade vem sendo verificar a expansão do universo das idéias. Ninguém segura ou controla mais as galáxias do pensamento, antes julgadas nas dimensões do que se podia perceber no momento, tal como Pico Della Mirandola, com o seu “de omni re scibili et inscibili”. Neste sentido se recupera a dúvida fundamental que abre sempre a mente ao questionamento e à investigação. Liberta-se o pensamento, inclusive, das amarras dos comprometimentos partidários. Na visita à biblioteca ou à livraria, mede-se a diferença de nossa vivência intelectual, entre os anos cinqüenta e os anos 2000. Naqueles tempos, voltava-se muitas vezes às mesmas prateleiras e encontravam-se quase os mesmos títulos. Hoje, porém, a cada vez que se torna, o fluxo dos dados, das informações e dos conhecimentos já passou. Isto deixa no homem uma profunda sensação de limite, numa consciência de humildade pela incapacidade de controlar ou dominar o universo do conhecimento que só se constrói pela ação solidária da humanidade, através das sucessivas gerações.

Palmital , 01 de Dezembro de 2021. Geraldo D’Oliveira Castanhas

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é fruto de 12 anos de trabalho. Ele começou com a minha caminhada no curso de Direito e ganhou contornos mais robustos no decorrer do curso de Medicina. O interesse pela Saúde começou na minha tenra infância. Usuário do Sistema Único de Saúde através dos postos de saúde e hospitais, aprendi a respeitar e admirar o SUS.

O meu entusiasmo pelo SUS não reflete tão somente a gratidão pelo privilégio que tive de ser bem atendido sempre que precisei, mas a verdadeira admiração pela potência histórica que o sistema representa. A contradição de um país desigual e injusto que, contrariando todas as expectativas, desenvolveu o maior sistema de saúde do mundo. Apesar dos dizeres de Ariano Suassuna, que vê como muito difícil vencer a injustiça secular que dilacera o Brasil em dois países distintos - o país dos privilegiados e o país dos despossuídos -, a saúde é uma gota de esperança.

No pensar de Roberto DaMatta, o país não é um bloco monolítico, mas uma sociedade profundamente dividida. A bem da verdade, somos dois países muito distintos em mentalidade, num verdadeiro apartheid cultural. Não há lado certo ou outro errado. Há, sim, um lado dominante em lenta erosão - o das classes baixas -, e outro ainda um pouco presente, mas que tende a se fortalecer à medida que a escolaridade média da população aumentar. (Referência: A Cabeça do Brasileiro - 09Ed/19 - ALMEIDA, ALBERTO CARLOS.).

No início do curso de Medicina, revisei essas reflexões com a ajuda da Professora Carina Fernanda Robles Angelini que gentilmente orientou-me na minha Iniciação Científica: “O Direito À Saúde E A Legislação Brasileira: Uma Análise A Partir Da Constituição Federal De 1988 E Lei Orgânica Do Sus”, que serviu de apoio para o presente livro. Essa obra é a ampliação/continuação daquele artigo. Na ocasião da concepção do referido artigo, havia passado quatro anos da minha formação em Direito, e naturalmente fui perdendo o jeito para as leis, daí a indispensável ajuda do brilhante advogado Dr. Rafael Santana Frizon, que contribuiu na análise e seleção de leis.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
Como chegamos até aqui.	
CAPÍTULO 2	6
SUS e o Direito – O sistema único sob o viés jurídico	
A PERSPECTIVA DO DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 – arts. 6 e 196.	9
UMA ANÁLISE GERAL DA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE.....	11
Financiamento do SUS – seus avanços e desafios.....	20
CAPÍTULO 3	23
O Sistema único de Saúde sob o viés do estudante de medicina	
CAPÍTULO 4	28
PING PONG – Como eu posso utilizar o SUS?	
Como se dá o financiamento do SUS?.....	28
Quem pode usar o SUS?	29
Se eu pago consulta médica particular ou tenho plano de saúde, uso o SUS?	29
Quando utilizo os serviços de um hospital filantrópico também estou utilizando o SUS?	29
Qual é a porta de entrada do usuário no SUS?.....	30
Como acontece o acolhimento do usuário do SUS na UBS?	30
O que é o Cartão do SUS?	30
Quais são os serviços de saúde que irei encontrar em uma UBS?	30
O que é uma UPA?.....	31
Quando devo procurar uma UPA?.....	31
Então, qual é o papel dos hospitais na rede do SUS?	31
Se na minha cidade não tem unidade de saúde de referência, como serei atendido?	31
Atendimento de Referência.....	32
O que é Vigilância Sanitária?	32
Gestão do SUS.....	32
Participação Social	33
OUVIDORIA.....	33

UPA X UBS X HOSPITAL	33
O que é atenção primária?.....	34
O que é SES?.....	35
Imunização	36
Medicamentos de Alto Custo.....	37
Medicamentos Básicos.....	37
Medicamentos Estratégicos	37
Desvendando o SUS.....	37
REFERÊNCIAS	40
SOBRE OS AUTORES	45

CAPÍTULO 1

COMO CHEGAMOS ATÉ AQUI.

Quando o perspicaz Cristóvão Colombo, achando que chegara ao Oriente, encontrou um povo, e decidira chamá-los de “índios”. Naturalmente os nativos já padeciam de algumas enfermidades, mas os problemas foram ficando mais graves com a chegada dos colonizadores, com a introdução de novas doenças em *terras brasílicas*. Desde então, há mais de 500 anos da chegada de Pedro Álvares Cabral, nós buscamos soluções para a saúde dos brasileiros.

Durante os 389 anos do império e da colônia, pouco foi feito pela saúde. Nessa época, o acesso ao tratamento variava de acordo com a classe social. Os menos afortunados, os escravos, eram os primeiros a sucumbir, enquanto os nobres e colonos brancos tinham acesso aos médicos e remédios da época.

O período colonial (1550-1822) “é marcado por Organização sanitária incipiente. Cada indivíduo é responsável por si”. Nesse contexto, as “autoridades locais cuidavam da higiene das cidades, fiscalizando portos e comércio de alimentos”; “Os serviços de saúde das tropas militares eram subordinados ao cirurgião-mor dos exércitos de Portugal”; “Primeira Santa Casa instituída em 1543; Assistência aos pobres por conta da caridade; Modelo de atenção: exclusão dos doentes para preservar os sãos, e execução de procedimentos como a sangria”; “Militares eram cuidados pelas famílias ricas e por cirurgiões-militares sob pagamento de uma taxa anual por parte da colônia”; Com a chegada da família real no início do século XIX: “inicia-se a criação de estrutura sanitária mínima para dar suporte ao Reino”. Nesse período, “ocorrem os primeiros ínfimos sinais de intervenção, somente para receber a família real portuguesa, a partir de 1808” (PAIM; J. S. et. al. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde).

No período Imperial (1822 - 1889), houve a “ampliação das estruturas de saúde”; destacando a “ampliação do número de médicos”; “Medidas de higiene escolar e proteção de crianças e adolescentes no trabalho fabril”; “Primeiras instituições de controle sanitário de portos e epidemias - polícia sanitária; Modelo incapaz de responder às epidemias e de assegurar assistência à saúde a todos os doentes”; Os que possuíam dinheiro eram atendidos por médicos particulares; Restava aos afortunados eram as Santas Casas (PAIM; J. S. et. al. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde).

No Século XX, ocorre “maior grau de institucionalização da saúde pública pelo

estado”, quando “epidemias de febre amarela, de peste bubônica e de varíola comprometem a economia agroexportadora do país”. Os governos recorreram, então, “a medidas de polícia sanitária, pois a saúde era tratada mais como um caso de polícia, que visava à proteção da economia, do que como uma questão social” (PAIM; J. S. et. al. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde).

O órgão que cuidava da saúde pública era o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, não havia ministro da saúde. Assim, “por meio do combate a vetores e da obrigatoriedade da vacinação o estado começa a intervir mais na saúde pública, sendo estas medidas conhecidas como campanhas sanitárias” (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019.). Entretanto, o acesso a médicos e a hospitais não era uma prioridade e dependia da capacidade de pagamento (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019.).

A partir da constituição e organização da classe operária que a luta por direitos e as tensões sociais se ampliam e culminam na criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)”, por meio da Lei Eloy Chaves, no ano de 1923 (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019).

A criação das CAPs “marca o início da previdência social no Brasil e corresponde a um embrião do sistema de saúde no país”. Nesse momento, “as categorias profissionais passam a ter acesso a benefícios, como alguma assistência à saúde e aposentadoria, por meio da sua inserção formal no mercado de trabalho”. Ao restante da população, o acesso a serviços médicos e hospitalares somente poderia ser obtido “mediante pagamento ou atendimento em instituições filantrópicas, ou em alguns postos e hospitais de estados e municípios” (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019).

Durante o século XX, “foram formados três subsistemas de saúde no Brasil que eram relativamente independentes: **saúde pública** (estatal, voltada para a coletividade, profilaxia e educação sanitária), **medicina previdenciária** (previdenciária, liberal ou filantrópica; caráter individual e curativo) e **medicina do trabalho** (empresas médicas prestadoras de serviços a grandes empresas; medicina de grupo - evitava que os trabalhadores buscassem a assistência médica da previdência social, obtendo dispensa de impostos)” (5). Esses três subsistemas foram institucionalizados pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) na Era Vargas (1930 - 1945) (BRASIL. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília – DF. 2002.).

Após a 2ª Guerra Mundial, entre os anos de 1950 e 1960, com a aceleração da industrialização, são difundidos consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais privados, muitos deles contratados pela previdência social. Nesse contexto, “as empresas criavam serviços médicos ou contratavam empresas de medicina de grupo para selecionar e manter

a força de trabalho”. Por meio desse mecanismo, e com apoio político e econômico do próprio estado, “os interesses econômicos privados foram se consolidando no sistema de saúde brasileiro que começava a se formar” (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019)

Em 1964 a iniciativa privada na atenção à saúde era uma realidade, e passou a crescer, “tinha como financiamento os recursos públicos da previdência, continuando a ganhar espaço após o golpe civil militar de 1964” (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019).

Consolida-se, no período ditatorial, uma “lógica de atenção à saúde excludente e ineficiente”. Chegou a ser criado, em 1975, o “Sistema Nacional de Saúde”, e abriu-se espaço para algumas políticas sociais compensatórias. Contudo, “a crise do setor de saúde era inequívoca”, dada a existência de um sistema descoordenado, mal distribuído e inadequado (3). Próximo da metade dos anos de 1970, “o regime militar já dava sinais de declínio”, constituindo uma “conjuntura favorável ao avanço da organização da sociedade civil em torno do debate da saúde como direito” (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019.).

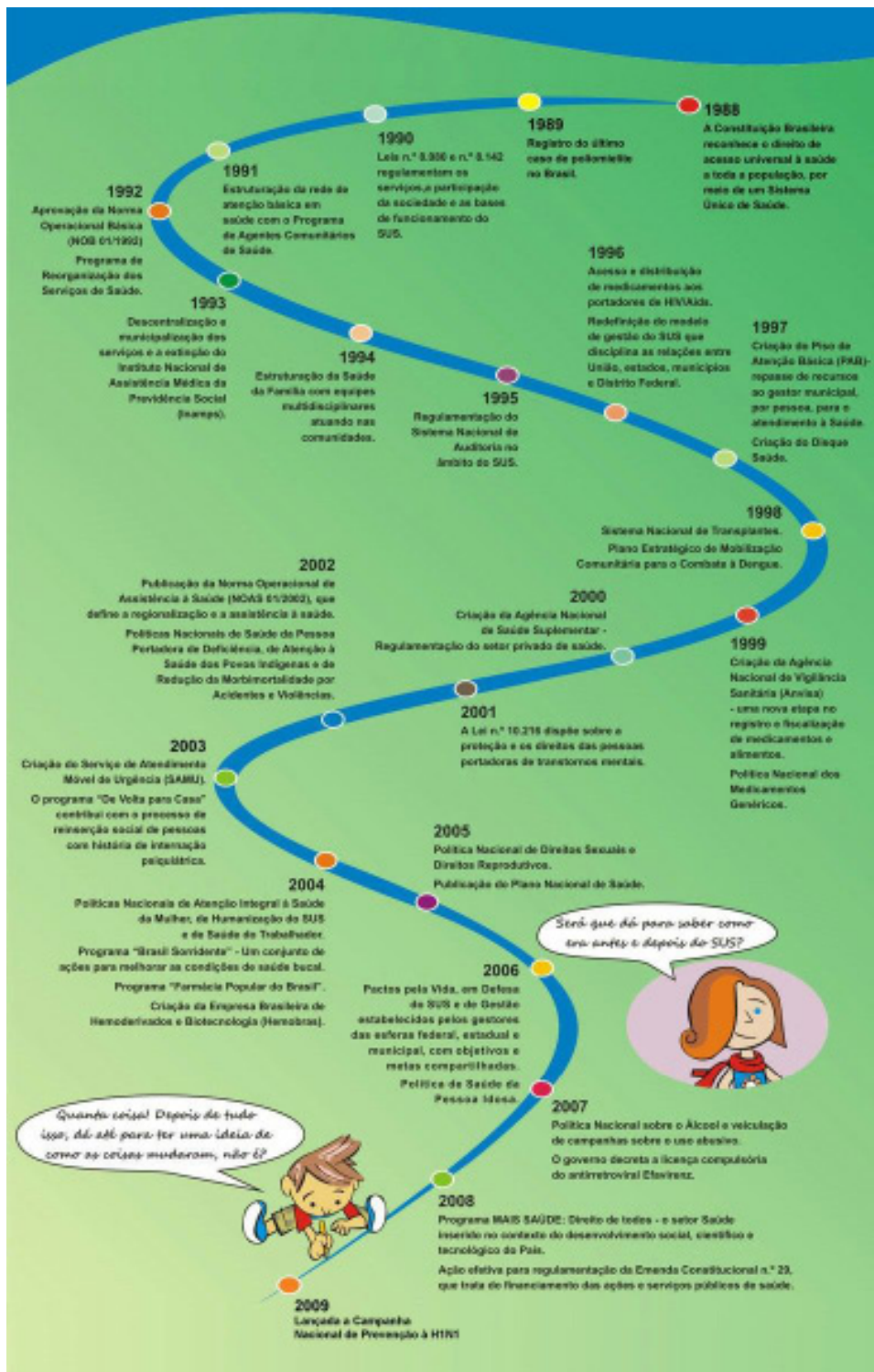
A proposição do SUS advém de um “movimento da sociedade civil”. Assim, tanto o “Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) quanto o SUS estão vinculados aos anseios e necessidades da sociedade, devendo ser reconhecidos como iniciativas de governos ou partidos” (PAIM; J. S. SUS: Sistema Único de Saúde - tudo o que você precisa saber. Editora Atheneu, 2019.).

No ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco político da Reforma Sanitária Brasileira. Esse episódio contou com mais de cinco mil membros da sociedade, incluindo autoridades públicas. Sendo um momento marcante que inspirou o capítulo “Saúde”, da Constituição Federal de 1988, que finalmente sobrelevou a saúde como direito de todos e dever do estado. (BRASIL. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília – DF. 2002.).

A elaboração da Constituição de 1988 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 (Flauzino J, 2022).

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.



Fonte: (4) Pinterest

SUS E O DIREITO – O SISTEMA ÚNICO SOB O VIÉS JURÍDICO

Apesar de ter concluído o curso de Direito e ter enveredado pelo campo da medicina, as manias, os trejeitos jurídicos não deixaram de compor a minha história e parte de minha personalidade. Na medicina, faço correlações com o Direito. Decerto, o estudo da literatura médica e do direito nasceram como uma resposta às necessidades do homem.

No Livro Sagrado (Gênesis) está escrito que Javeh, depois de ter criado o mundo, fez aparecer o homem e a mulher, oferecendo-lhes o paraíso para viver. No Éden viveriam felizes e teriam liberdade para agir desde que obedecessem às leis. Surgia, assim, junto com o homem e a mulher, o regulamento da conduta social como pré-condição para se viver em paz. Nasceu daí o Direito como a regulação da conduta livre e o dever de submissão à regra para se viver em paz.

No entanto, o casal transgrediu as normas e, por consequência, teve como castigo a expulsão do Paraíso, passando a experimentar o sofrimento e a morte. Então, o homem desenvolveu remédios para mitigar suas dores fazendo surgir a Medicina. Destarte, à maneira bíblica, foram criados o Direito e a Medicina, como ramos de um tronco comum.

Desde então, médico e advogado exercem um poder sobre os homens para garantir a vida e a saúde ou para preservar a liberdade, respectivamente. O médico incorporou o compromisso profissional do respeito à vida e à pessoa, que se transformou em dever fundamental, de acordo com as normas morais que a própria profissão impôs; no entanto, sua intervenção sobre o paciente nem sempre resulta em benefícios e, com frequência, pode produzir consequências danosas ao paciente.

Já na antiguidade, os humanos têm preocupação em elaborar regras para a conduta profissional, especialmente daqueles que exerciam a medicina. Porém, não existia a medicina da forma como conhecemos atualmente, pois não havia estudo de moléstias nem meios de especialização para sua prática.

Cabe observar que, durante todo o curso de Medicina, eu nunca li tanta lei como quando estudei o SUS. Quando analisava as políticas de saúde pública, naturalmente fazia relações com outros conteúdos, especialmente com a disciplina “Teoria Geral do Estado”, e antes de ler a completude do projeto, eu já precedia o seu fim.

Caro leitor, não estou falando de presunção. A propósito, fui reprovado 25 vezes até de ser aprovado no vestibular de Medicina. A bem da verdade, o sistema, embora complexo,

segue necessariamente o modelo de Estado Brasileiro. É praticamente inconcebível pensar em política de saúde negligenciando as complexidades do território nacional.

Feito esse destaque, farei apontamentos sobre teoria do Estado – garanto-lhes será útil para compreensão do sus. Depois, passaremos pelos marcos legislatórios do sistema. Aqui vale mais um destaque: em que pese o prazer em discutir leis, não é a pretensão desse trabalho esgotar a legislação do SUS. Mas condensar, se é que é possível, artigos primordiais do sistema. Em mais um exercício de humildade, deixo claro ao leitor, que fiz o máximo possível para condensar aquilo que mais salta mais os olhos, em relação a lei. De tal sorte, que selecionamos de forma criteriosa um número considerável de artigos, mas fique calmo. Junto com os meus colegas aspirantes a médicos, buscamos escrever as leis de modo que um leigo as compreenda. Então, se você esperava pareceres como aqueles de Ministros do STF, que normalmente leva horas e horas para falar sobre uma questão, esse livro não é o adequado, mas se você, caro leitor, quer uma visão simples e condensada, venha comigo.

Voltando ao que interessa, a disciplina de teoria Geral do Estado nos ajuda a compreender que o Brasil é uma República. Para a consecução dos seus objetivos, é imprescindível a sua estruturação em diversas camadas hierarquizadas: União, Estados, Distrito Federal e municípios, permitindo a flexibilidade na distribuição de recursos para todo o Sistema, levando em conta a extensão territorial do Brasil e contornando as dificuldades logísticas de um Sistema centralizado (FACHIN, 2017).

A Constituição elencou como entes políticos a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Sobre qualquer um deles recai a obrigação da prestação do serviço público de saúde, pois a própria Constituição o qualifica como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, o efeito prático de o país estar organizado como uma federação é que Estados, Distrito Federal, municípios e União podem responder solidariamente para prestar o direito à saúde a quem dele precisar (BRASIL, 2018).

Os responsáveis por conceber as leis que regem estas camadas compõem o Poder Legislativo; o Executivo atua na execução de programas ou prestação de serviço público; e o Judiciário resolve conflitos causados por indivíduos, entidades e o Estado. Todos estes agentes participam ativamente da saúde como bem de fornecimento obrigatório Estatal e direito do cidadão (TEMER, 2017).

Feito os apontamentos sobre a formação do Estado Brasileiro, passemos a abordar o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde. Começando pela Constituição Federal de 1988 que mudou a perspectiva do Direito à Saúde.

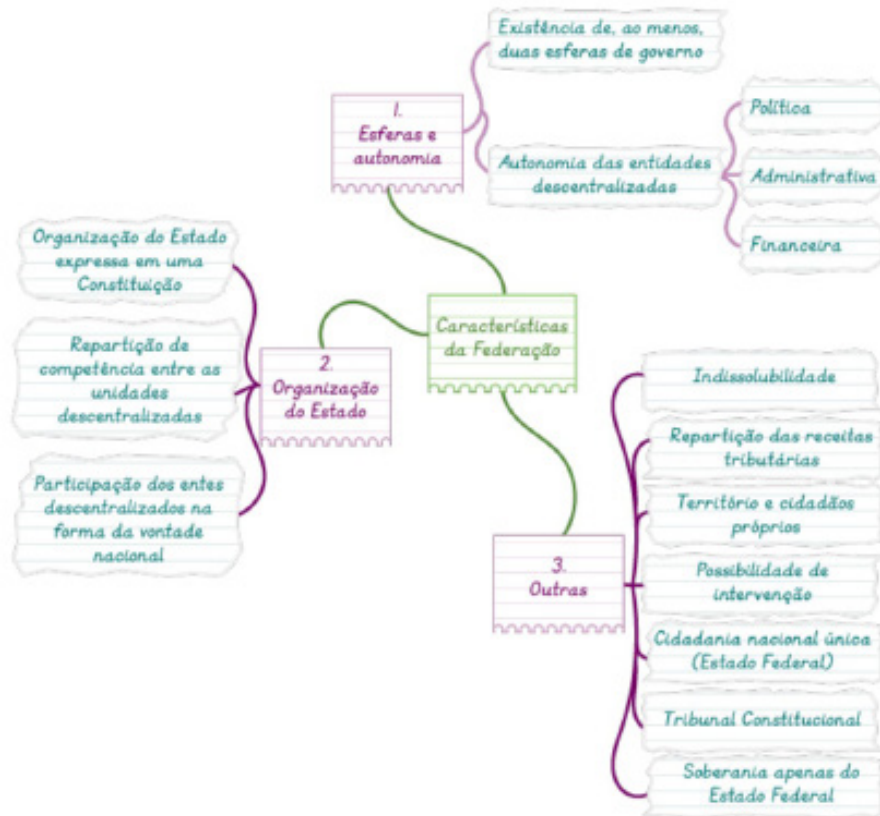


Figura 1 - Mapa mental - características da federação.

Fonte: Módulo 1 - Conceitos introdutórios sobre federalismo e federalismo fiscal.pdf (enap.gov.br).



Fonte: Federalismo – Entendeu Direito? (wordpress.com)

A PERSPECTIVA DO DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 – ARTS. 6 E 196.

Promulgada em outubro de 1988, a Carta Magna - em vigor - defendeu a saúde como “direito social” (Art. 6 da CRFB), qualificando-a como “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196 CRFB). Recentemente, em uma adição ao texto original, assegurou que “todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa de transferência de renda” (BRASIL, 2021).

Atendendo ao espírito do constituinte de 1988, em especial os arts. 6 e 196 da CRFB, o art. 2 da Lei nº 8.080/90, dispõe-se que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1988).

Para frisar as suas pretensões, o poder público editou a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2018). Essa declaração traz os princípios básicos que asseguram ao povo o acesso ao atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Essa carta foi aprovada pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009 (BRASIL, 2021). Ela foi redigida sob o amparo de

princípios fundamentais, que, juntos, garantem a todo cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O documento assegura os seguintes Direitos:

1. Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.
2. Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.
3. Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, acolhedor e acessível a todas as pessoas.
4. Toda pessoa deve ter seus valores, sua cultura, crença e seus direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.
5. Toda pessoa é responsável para que seu tratamento e sua recuperação sejam adequados e sem interrupção.
6. Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação da comunidade.
7. Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e das conferências de saúde e de exigir que os gestores federal, estaduais e municipais cumpram os princípios desta carta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 20012, p. 6).

É certo que a Constituição assegurou um dos maiores Sistemas Públicos de Saúde do mundo. Antes de sua promulgação, o atendimento à saúde de cerca de 30 milhões de pessoas era garantido pela Previdência Social e pelas entidades filantrópicas (BRASIL, 2018).

Com o tratamento diferenciado dispendido pela Constituição em favor da saúde possibilitou ao cidadão, conseqüentemente, requerer em juízo a condenação do Estado, em obrigação de fazer a prestação da saúde (BRASIL, 2019). O legislador, quando tornou o direito a saúde uma cláusula pétrea, outorgou ao cidadão a possibilidade de buscar perante o poder judiciário o direito de ter acesso a diversos procedimentos de saúde, como cirurgias, tratamento de câncer, solicitação de medicamentos específicos e outros (MELLO, 2021).

Vale ressaltar que, com a constitucionalização, o direito à saúde passou a ter proteção jurídica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Seus efeitos vão desde o direito de o cidadão obter uma prestação pública eficiente, com atendimento especializado, até à inserção da agenda das políticas públicas um programa pautado na questão da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

O Brasil foi um dos primeiros países a prever, na legislação, o acesso universal a saúde, mas nenhum governo garantiu o financiamento necessário para que o art 196 da CRFB fosse cumprida. Os resultados são conhecidos pela população: as longas filas de espera, mau atendimento (CONNASS, 2019).

Apesar da sua relevância, o tema financeiro foi revisto tardiamente, na lei Complementar n.141/2012, que, dentre outras coisas, dispõe sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente a saúde. Essa norma prevê critérios específicos de distribuição

dos recursos de transferências (BRASIL, 2012).

Em que pese a aparente organização e distribuição de recursos, a realidade não acompanha os privilégios sociais defendidos pela Constituição Federal de 1988, principalmente devido a entraves como a limitação de recursos financeiros. Segundo Fachin (2017), o problema reside no binômio “dever da prestação da saúde pelo Estado” *versus* “limitação dos recursos financeiros”. O problema da escassez de recursos é colocado em plano secundário. De tal modo que, os interesses financeiros de um município, por exemplo, não podem se sobrepor aos bens maiores da saúde e a vida (MELLO, 2021).

UMA ANÁLISE GERAL DA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), demarca as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde do Brasil (BRASIL, 1990). Essa lei dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2018).

Os temas abordados na Lei nº 8.080, conforme arts. 5º e 6º são: a) Determinantes sociais em saúde; (b) Vigilância em saúde; (c) Princípios e diretrizes do SUS; (d) Políticas para populações específicas; (e) Responsabilidades das 3 esferas de governo; (f) Estrutura de governança do SUS; (g) Política de recursos humanos; e (h) Participação complementar do privado (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que as condições de vivência e trabalho de um indivíduo estão intimamente ligadas a determinantes sociais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ressalta-se que, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais também devem ser levados em consideração, já que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como renda e emprego, escolaridade, moradia e alimentação (BRASIL, 2017).

Considerando o Art.4 da Portaria nº 1.378 de 2013, a vigilância em saúde envolve processos e práticas de trabalho voltadas para: a) vigilância da situação de saúde dos indivíduos, produzindo análises que auxiliem o planejamento, estabelecimento de estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; b) levantamento de medidas corretas para resposta a problemas de saúde urgentes; c) vigilância, prevenção e controle de doenças caracterizadas pela transmissibilidade; d) vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, violências e acidentes; e) vigiar a população que está exposta a condições ambientais que podem prejudicar sua saúde; f) vigilância da saúde do trabalhador; g) vigilância sanitária dos riscos que podem ser causados pela produção e uso de produtos, tecnologias e serviços relacionados a saúde (BRASIL, 2017).

Portanto, é primordial que a Saúde – como um Direito - seja fruto da articulação e reflexão de diversos atores, sujeitos e setores sociais, que visam enfrentar os problemas

complexos das estruturas que possuem reflexo direto na saúde da população. Essa articulação é conceituada como intersectorialidade. Quaisquer políticas sociais que buscam diminuir as desigualdades sociais proporcionando uma melhora na mobilidade, lazer e trabalho são fundamentais nesse processo, assim como a própria consciência do cidadão sobre sua importância na participação da produção de saúde e melhora da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Sistema Único de Saúde age por meio de princípios, que se desmembram em duas vertentes: doutrinários e organizativos (FIOCRUZ, 2018). Os primeiros são uma base conceitual que demonstra os valores que um sistema que garante o direito à saúde deve defender (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986). O segundo possui os embasamentos que organizam, de fato, o sistema (BRASIL, 2018).

As diretrizes e princípios tecnoassistenciais da Constituição Federal e Lei 8.080 são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersectorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (BRASIL, 1990). A vertente doutrinária defende dois princípios: a universalidade e equidade (FIOCRUZ, 2019).

Entende-se, por universalidade, que a saúde é um direito cidadão e deve estar à disposição de todos os indivíduos. Para tal, o Estado promoverá gratuitamente acesso às ações e serviços, sem restrição ou distinção, independente de sexo, raça, ocupação. Tal princípio não se restringe aos brasileiros, mas também aos estrangeiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O princípio da equidade tem como fulcro diminuir as desigualdades. Apegoa que as pessoas devem ser atendidas proporcionalmente às suas necessidades, sem preconceitos e privilégios. Isto significa, em uma máxima social importante, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Em síntese, significa reconhecer que todos merecem atenção, mas não necessariamente do mesmo atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A Integralidade visa entregar ao indivíduo um atendimento completo, o que envolve a promoção, tratamento, prevenção e reabilitação, garantindo abertura a todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Esse princípio enfatiza a preocupação no indivíduo como um todo, comunidade (sua inserção social) e família, e fica restrito a um plano geral de doenças e ações programáticas governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

De outro lado, há princípios relacionados à organização do sistema, que são balizados pela regionalização, que tem como objetivo garantir o direito à saúde, através do reconhecimento das regiões de saúde. Esse processo é benéfico pois permite observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressem no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Já a descentralização, como princípio organizativo, reza que o poder e a

responsabilidade do sistema devem ser compartilhados entre os níveis do governo (União, estados e Municípios). O foco é a prestação de serviços de modo eficiente, contando com a fiscalização do povo (FIOCRUZ, 2019). Na seara da fiscalização, a participação popular tem fundamental valor, pois possui o condão de estabelecer o exercício participativo, que é capaz de desenvolver o espírito de pertencimento do cidadão à sua sociedade, contribuindo, desse modo, para a efetiva legitimação das instituições públicas (FIOCRUZ, 2018).

A intersetorialidade é uma questão primordial para a organização e funcionamento do SUS, suas dimensões e cuidados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Desta maneira, o sistema demanda a obrigação de criar e colocar em funcionamento comissões permanentes que debatam sobre as atuações de certas políticas públicas. Nessa direção, a instituição de Comissões possui como meta primordial a arquitetura de estratégias que fomentem uma melhora da interação benéfica mútua entre serviços de saúde e instituições formadoras de profissionais de saúde de nível superior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Tais comissões diversas vezes estão atreladas à Comissão Intergestores Bipartite, que é uma instância deliberativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os órgãos e instituições que compõem o SUS estão divididas entre públicas e privadas. As públicas são administradas diretamente pelos órgãos competentes de Saúde (Secretarias de Saúde e Ministração da Saúde). As demais são de administração indireta, divididas em diversas modalidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Também existe uma categoria composta por instituições privadas sem fins lucrativos, que possuem capacidade de participar das atividades do SUS (SAÚDE, 2019). Tais instituições formam a chamada terceira categoria, tendo como principais exemplos as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A bem verdade, o sistema de Saúde, foi cuidadosamente desenhado considerando a complexidade do país, bem como os princípios sociais que serviram como baliza no desenvolvimento da nossa carta magna. Um dos reflexos disso, são os planos, programas e órgãos, que foram determinados para seguir especificamente as diretrizes do sistema. Assim, sob pena de ser repetitivo falaremos com maior atenção sobre esses mecanismos (Flauzino J, 2022).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937 com objetivo de, através da fiscalização das políticas de saúde, melhorar o controle social da saúde. E para isso conta com a participação da população e sua demanda. Pode ser definido como um órgão colegiado, permanente e de caráter deliberativo do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei número 8.142/1990. (SAÚDE, 2018.).

Além do Conselho Nacional de Saúde (responsável pela federação), existe o conselho responsável pelo estado e o conselho responsável pelo município, denominados Conselho Estaduais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, respectivamente. Assim

os conselhos, de maneira geral, fiscalizam e controlam a atuação de políticas de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016.)

O CNS atualmente é formado por quarenta e oito conselheiros (as), sendo sua composição formada por:

Segmento do Governo Federal,
Entidades Nacionais de Profissionais da Saúde,
Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde
Entidades e Movimentos Sociais de Usuários do SUS.

Do total, 25% são formados pelos trabalhadores de saúde, 25% de prestadores de serviços e gestores e o restante (50%) por usuários do SUS. (CONSELHO NACIONAL, 2018).

Dos trabalhadores da área da saúde, incluem-se (BRASIL, 2006):

6 representantes do Governo Federal
1 membro do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
1 membro do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
2 representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde
2 representantes de empresas com recursos em área da saúde.

O CONSELHO

Embora o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tenha sido criado em 1937, o mesmo só veio a ganhar força após a implementação do SUS e elaboração da Lei nº 8.142, em dezembro de 1990. Sua importância se dá principalmente pelo espaço concedido a participação da sociedade no controle e administração de políticas públicas de saúde. (MOREIRA, 2009).

Desta maneira as competências dos CNS são definidas conforme o Decreto 5.839 (BRASIL, 2006):

Desempenhar papel em: criação de maneiras de controle da execução das políticas de saúde, que incluam aspectos econômicos também; criação de diretrizes dos planos de saúde conforme a epidemiologia e sistema organizacional de serviços; formulação de cronograma a respeito de recursos financeiros;

Acompanhar: a área da saúde em termos de desenvolvimento e incremento tecnológico e científico de acordo com o desenvolvimento sócio-econômico e cultural do País; e em termos de atuação referente ao setor privado

Vincular ao Ministério da Educação, com fins à implementação de cursos na área da saúde, em âmbito que ensino superior, mediante as necessidades da sociedade.

O SUS é planejado de acordo com a integração de toda a federação, de forma a incluir os estados, municípios e o Distrito Federal. As ações desenvolvidas, por mais que em sua esfera individual, devem levar em consideração as atividades e ações das demais, sempre com o objetivo de complementação. Os responsáveis pelo controle das diretrizes relacionadas ao planejamento de todas as esferas de gestão, são definidas pelo CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde, em conjunto ao Conselho Nacional de Saúde. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

Como dito anteriormente, o sistema opera através de Princípios do planejamento governamental do SUS (SAÚDE, 2016). Vale dar destaque a esses que norteiam a política de saúde no país.

Princípio 1: o planejamento é uma atividade contínua e de forma obrigatória. O planejamento em saúde deve ser realizado de forma constante e em conjunto com todas as três esferas da gestão, porém com estabelecimento específico para cada gestão.

Princípio 2: integração entre o planejamento e Seguridade Social. As políticas referentes a previdência, assistência e políticas de saúde são articuladas e integradas ao Orçamento Fiscal, através da Seguridade Social. Ademais segundo o artigo 165 da Constituição Federal, o Plano de Saúde e Relatório de Gestão precisam criar um planejamento governamental:

Plano Plurianual (PPA): realiza o planejamento do governo a médio prazo (4 anos).

Lei Orçamentária Anual (LOA): planejamento anual, com gastos relacionados as etapas do planejamento.

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): estabelece os parâmetros para criação da LOA

Princípio 3: criação do planejamento respeitando os pactos nas comissões intergestores. As comissões intergestores (regionais, bipartite e tripartite) são capazes de construir e exercer políticas em saúde, de maneira contributiva ao planejamento de gestão do SUS.

Princípio 4: o planejamento necessita ser vinculado a todo processo de gestão do SUS. Para que haja efetividade da gestão do SUS, é de suma importância monitorizar e avaliar os efeitos dos resultados do planejamento, programas, ações e serviços de saúde implementados, no que se diz a eficácia e efetividade das ações em saúde.

Princípio 5: planejamento precisa ser feito de forma integrada e ascendente. A integralidade além de ser um dos princípios do SUS, é necessária para que as três esferas de gestão (municipais, estaduais e federal) planejem e executem políticas em saúde para melhores resultados.

Princípio 6: planejamento deve ser transparente em relação a gestão em saúde. As ações devem de ser transparentes, de maneira que as metas, as políticas e a própria

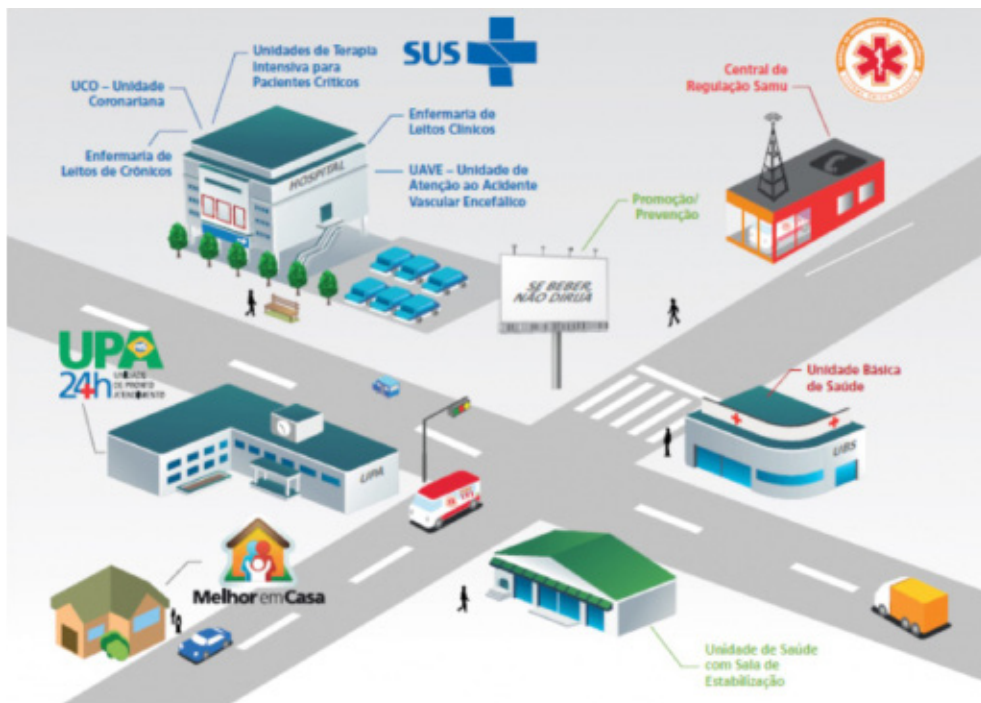
gestão, consigam ser acompanhadas pela população. Esta visibilidade de ações, está descrita na Lei nº 12.527, também chamada de Lei de Acesso à Informação.

Princípio 7: as necessidades referentes a saúde da população em geral, devem orientar o planejamento. As condições em saúde devem ser conhecidas e analisadas em cada região, para que o planejamento vise atender as necessidades, melhorando a qualidade de vida, em aspectos físicos, sociais e econômicos.

Evidente que o poder público busca atender as demandas sociais por meio da articulação de sistemas assistenciais, mas, para isso, é imprescindível que os prestadores destes serviços tenham uma característica multidisciplinar, além de aderirem práticas profissionais de integração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Neste turno, o Estado possui a incumbência de afiançar as ações e os serviços de saúde, com a finalidade de oportunizar assistência integral, universal e igualitária a todos os cidadãos. Os recursos financeiros são fundamentais para promoção desses objetivos, por conta disso, o Constituinte elencou fontes de renda para o Sistema único de Saúde, como o montante financeiro proveniente da seguridade social, da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, além de outras fontes (MINAS GERAIS, 2019).

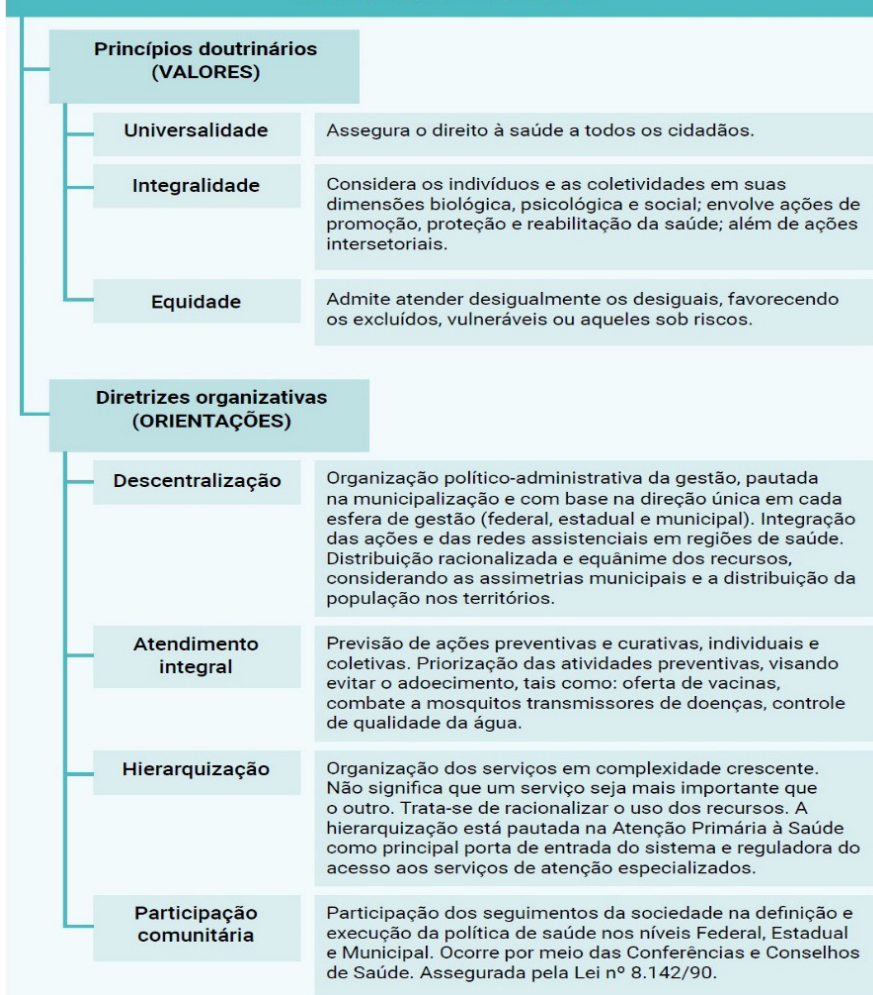
Para contornar esse problema, foi buscada uma complementação do sistema através da iniciativa privada, a chamada saúde suplementar. O setor privado, então, concorre no mercado ofertando serviços direto aos compradores ou por meio de operadoras (planos de saúde ou seguradoras). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem como função fiscalizar as operadoras de serviço. Esse órgão foi pensado no final dos anos 90, e posto em prática através da Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000 (BRASIL, 2000).

A Agência Nacional de Saúde é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que goza de autonomia nas suas decisões técnicas, e tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar, atuando como um órgão de regulação. Dentre as suas diversas competências, cabe à ANS propor políticas e diretrizes gerais para o Conselho Nacional de Saúde Suplementar e fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras (BRASIL, 2000).



Fonte: Rede Humaniza SUS - O SUS QUE DÁ CERTO

SUS: AS REGRAS DO "JOGO"



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.

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:

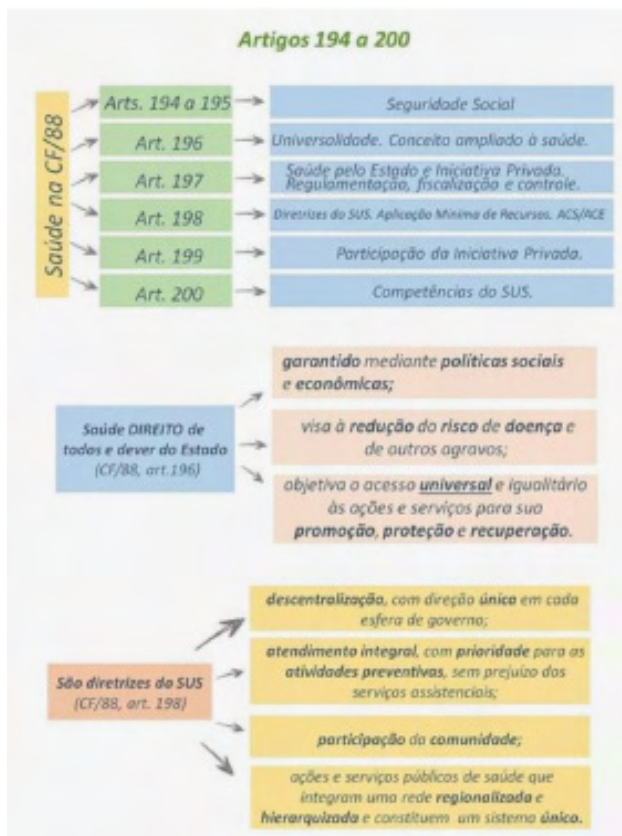
Programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis de relevância nacional, como a Aids, dengue, malária, hepatites virais, doenças imunopreveníveis, leishmaniose, hanseníase e tuberculose, a exemplo do Programa Nacional de Imunizações (PNI); investigação de surtos de doenças; coordenação da 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.

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.



Fonte: romulopassos.com.br

FINANCIAMENTO DO SUS – SEUS AVANÇOS E DESAFIOS.

Não temos a pretensão aprofundar nos aspectos legais pertinentes ao financiamento do sistema, tal tema é mais bem tratado na disciplina de Direito Tributário e Financeiro, no curso de Direito, sendo certo que, para fins da Medicina, faz-se despiendo um maior aprofundamento acerca do tema. No entanto, vale a pena refletir um pouco.

Conforme escrito alhures, todos os cidadãos, independentemente da nacionalidade, têm assegurado pela Constituição vigente o direito à saúde. Neste diapasão, o Estado tem o dever de assegurar as ações e os serviços de saúde, com o fim de oportunizar assistência integral, universal e igualitária a todos os cidadãos.

Em um país acordado pela desigualdade, o sistema único de Saúde consegue realizar impressionantes marcos. Como campanhas de vacinação, procedimentos ambulatoriais, internações e entre tantos outros feitos. Porém o SUS tem como sua principal dificuldade os subfinanciamentos e a má gestão dos recursos disponíveis (LIMA 2013).

Mas, para a consecução de tais objetivos, faz-se necessário dinheiro, daí porque o

Constituinte elencou como fontes de recursos para o SUS os recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, além de outras fontes (Flauzino J, 2022).

O ministro do STF, Alexandre de Mores (2018, p. 729), ao tratar sobre o financiamento do SUS, explica que, conforme dispõe o art. 198, § 1º, da Constituição Federal, o financiamento do Sistema único de Saúde será realizado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Em complemento, a Emenda Constitucional nº 20/98 determinou que a “lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos (CF, art. 195, § 10)”.

É evidente que o Brasil avançou em termos sociais nas últimas três décadas, com a criação do SUS ocorreu a expansão da cobertura e o acesso a serviços de saúde. A expectativa de vida ao nascer aumentou 5,7 anos, de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019. A taxa de mortalidade infantil diminuiu em 60%. A taxa de mortalidade materna teve uma diminuição de 13 pontos percentuais no mesmo período (OCDE, 2021).

Notório são os avanços, mas não se pode desprezar outros aspectos da realidade nacional. Em recente pesquisa, o Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fiocruz, em estudo que avalia os sistemas de saúde de 71 nações, consigna que 74,2% dos brasileiros contam com os serviços do SUS. Não é um dado positivo, pois, isto indica que mais de 20% da população estão às margens da prestação estatal.

Em pesquisa divulgada pela BBC Brasil, foi demonstrado que a área da Saúde tem pior nota em novo índice da ONU para o país. O novo índice de valores humanos, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), revela um desempenho mais baixo do Brasil em termos de saúde do que em trabalho e educação, que foram os três setores avaliados. Em uma escala de 0 a 1, sendo 1 o melhor resultado, o Brasil tem um IVH54 de 0,59. Quanto ao tema trabalho, o resultado foi de 0,79, na educação, o índice ficou em 0,54, porém, na saúde, o índice foi de 0,45.

Nessa perspectiva, convém ressaltar que a proposta de financiamento da saúde prevista constitucionalmente e na Lei Orgânica da Saúde nem sempre é cumprida na sua íntegra pelos entes estatais responsáveis, conseqüentemente, o setor sofre graves problemas financeiros, que acentuam os problemas estruturais com a saúde.

Ainda, apesar dos avanços e retrocessos, existe, por parte do Estado, a enorme dificuldade de mobilizar recursos suficientes para garantir a cobertura universal. Segundo relatório divulgado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, com sede em Paris, França, em 2019 foi disponibilizado 10,5% de recursos

dos cofres público brasileiro para a saúde - 30% menos do que os demais países dessa organização (OCDE, 2021).

Mas isto não quer dizer que o Brasil gaste pouco em saúde, essa questão é controversa. Em se considerando o Produto Interno Bruto (PIB), que é a soma das riquezas produzidas pelo país, o Brasil, em 2019, dedicou 9,6% desses recursos na saúde, ou seja, mais do que os 8,8% que os demais países da OCDE dedicam. Essa questão não é tão simples, porque ao mesmo tempo que investe mais, o sistema é subfinanciado. Uma vez que 60% do que é gasto em saúde, provém do setor privado, daí a insuficiência de recursos.

Dito isto, evidencia-se o enorme desafio que temos pela frente. Porque não basta aumentar o investimento em saúde por 1,2 ou 5 anos. É necessário que, além de suprir essa lacuna, ocorra uma reforma estrutural no país. Desse modo, o Brasil poderá ter condições de acompanhar os avanços tecnológicos, ter mão de obra qualificada, aumentando a renda e produtividade.

Setores do mercado e organizações como a OCDE, defendem a racionalidade com os gastos públicos, bem como a efetividade das políticas públicas, mas com sustentabilidade. De modo a permitir que o sistema possa, mediante gestão eficiente, estabelecer o equilíbrio e, então, pavimentar o futuro, dentro de um conceito de longo prazo e responsabilidade.

A bem verdade, o Brasil é um país demasiadamente diagnosticado, mas insuficientemente tratado.

(...) E agora, José?

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB O VIÉS DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Depois de ter realizado uma análise jurídica sobre o tema Saúde, o foco do presente capítulo é trazer o modo como o estudante de medicina enxerga o SUS, de modo a possibilitar uma reflexão sobre o tema.

Conforme alhures, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da elaboração da Constituição Brasileira, em 1988 (RODRIGUES, 2014). Isso trouxe diversas modificações na área da saúde, e no modelo de ensino médico (MENICUCCI, 2014). Desta forma, em 2001, foram criadas diretrizes que instituíam o modelo esperado do profissional médico, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação de Medicina (DCN). Estas diziam que o profissional deveria saber atuar em diversos níveis de atenção, sempre com ética e respeito, visando a promoção e a prevenção em saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001)

Somente em 2014, as DCN se tornaram obrigatórias nas instituições de ensino médico, além de terem sofrido diversas alterações e complementações (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014). Mesmo com as mudanças, as práticas de ensino nos cursos de Medicina parecem ainda seguir, de maneira geral, os mesmos padrões anteriores, com resultado em desinteresse na formação de médico generalista do SUS. (CUTOLO; DELIZOICOV, 2003).

Desta maneira, um grupo de estudantes desenvolveu um estudo para avaliar as opiniões de estudantes de medicina acerca do SUS, com o tema: “O olhar do estudante de medicina sobre o SUS: a influência de sua formação”. O estudo foi realizado com 30 acadêmicos (as) de medicina, desde o segundo ano até o sexto (3º ao 12º período), separados no total em quatro grupos (PEREIRA, STANDLER; UCHIMIRA, 2018).

Segundo o estudo, um roteiro norteador foi utilizado para a pesquisa, mas com perguntas flexíveis. As questões norteadoras versavam sobre o processo de formação dos estudantes, com ênfase nos conhecimentos adquiridos sobre o SUS ao longo do curso. Diversas perguntas, subjetivas e materiais, buscaram identificar qual olhar os estudantes possuíam sobre o SUS e como tal enviesamento poderia influenciar a prática do estudante com usuários do sistema de saúde. Dado o roteiro flexível, as perguntas se desdobraram em outros questionamentos pertinentes, mediante as respostas dos entrevistados (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018).

Assim, ao final da análise das entrevistas, o estudo foi dividido em três eixos:

estrutura, processo e resultado, com base em uma metodologia reforçada por outro autor. Estrutura se refere às características mais estáveis, como os recursos humanos, financeiros e físicos. O processo, por outro lado, resulta da vivência dos próprios estudantes, com base na relação estabelecida entre os profissionais e os pacientes. Por fim, os resultados decorrem de uma avaliação acerca da influência da formação em medicina na percepção dos egressos que trabalham com o SUS, assim como os estudantes de Medicina das IES no geral (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018).

Na maioria das vezes, as escolas acadêmicas de medicina contam com o Sistema Único de Saúde para toda a formação do acadêmico. Os hospitais escolas são, em sua maioria, do SUS, e os estudantes têm suas aulas práticas e estágios nesses hospitais, assim como nas Unidades Básicas de Saúde, desde o início da faculdade, mais especificamente do quinto período até o decimo segundo. (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018).

Como mencionado, os alunos usam o SUS para aprendizado em suas diversas áreas de complexidade. Abaixo está representado em uma tabela dessas diversas áreas, que compõem o currículo em Saúde Coletiva:

Período	Disciplina	Estratégias e cenários de aprendizagem
1º	Processo Saúde-Doença e Seus Determinantes	Visitação à UBS
2º	Políticas Públicas de Educação e Saúde	Visitação à UBS
3º	Saúde da Família I	Visitação à UBS
4º	Saúde da Família II	Visitação à UBS
5º	Saúde e Trabalho	-
5º	Saúde da Mulher	Hospital Universitário
6º	Saúde do Adulto e do Idoso	-
7º	Saúde da Criança e do Adolescente	Visitação em UBS, Maternidade
8º	Saúde Mental	UBS, CAPS, NASF
9º-12º	Saúde Coletiva (internato médico)	Atendimento em UBS, UPA e Samu

Figura 1 - Cenários de aprendizagem do currículo de Saúde Coletiva

Fonte: Pereira, Stadler & Uchimura (2018)

Os principais temas abordados pelos estudantes entrevistados foram: currículo, corpo docente, adequação teórica e prática e saúde coletiva.

Em relação ao currículo, foi mencionado por um dos entrevistados que na faculdade ele “só aprende doença”, um clássico paradigma que compreende a Medicina como uma ciência de laboratório, fora de sua dimensão humanitária, social. Nesse sentido, os autores enfatizam, em continuidade, que o entrevistado diz que “a gente não aprende o paciente”.

Nesse sentido, as aulas expositivas e pouco combinadas com questões da experiência prática e subjetiva dos médicos é uma problemática a ser encarada (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018). O curioso é que, mesmo após anos de ensino médico, ainda existam instituições que prezam muito mais pelo conteúdo teórico e avaliações teóricas, do que a vivência e experiência prática.

Muito já se sabe o quanto que metodologias ativas ajudam os alunos a ganharem experiências e aprendem muito mais, conseguindo interligar e aplicar as informações teóricas. (FACULDADE PARANÁ, 2014). Apesar disso, estudantes dizem: “[...] nossa passividade dentro de sala de aula [...]. A gente, zerado de conteúdo, zerado de conhecimento, tendo que ficar sentado numa sala, ali, três horas, ouvindo a mesma coisa que, no fim das contas, acaba filtrando e aprendendo mesmo 5%.” (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018).

Outro componente mencionado foi em relação as maneiras de avaliação.” [...] tem várias matérias que tem extensa quantidade de informação e a prova tem cinco questões [...] e depois não tem a discussão dessas cinco questões (E04/P7)” (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018, p. 62). Isto é algo desmotivador ao estudo e ao aprendizado, visto que, de uma maneira ou de outra, não há a cobrança do conteúdo dado (nem prática em hospitais, nem em questões ou discussões).

Com isso concluiu-se que o corpo docente é insuficiente, incluindo em questões de inclusão ao SUS, como relata: “A gente trabalha mais com profissionais que têm carreira no sistema privado do que no sistema público. Então, falta a gente ter aula, por exemplo, com um médico de família e comunidade que trabalhe 40 horas [semanais] (E04/P7)” (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018, p. 62).

Dito isso, é notória a carência entre o corpo docente e as medidas que possam ser cabíveis de mudança, na maneira como se dá o aprendizado, as práticas e os métodos de avaliação. A questão de adequação teórica e prática foi questionada por um estudante:

“A gente tem aulas práticas, que muitas vezes viram teórico-práticas que praticamente são só teóricas. [...] [a prática] poderia ser usada para sentar e ver como é o atendimento de um médico. Como um médico conversa com um paciente? [...] Como você trata ele? Como você espera ele na porta? A gente não tem isso na faculdade. Deveria ter.” (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018)

Outra questão é a inserção do tema Saúde Coletiva. O Estudo em Saúde Coletiva se apresenta de forma fragmentada, segundo os entrevistados do estudo, com pequenas notas durante os primeiros semestres. Posteriormente, apenas durante o internato, o estudante começa a encaixar as peças do conhecimento repartido que lhe foi oferecido, de forma pouco construtiva para a sua prática profissional. Nesse sentido, há a necessidade de que a construção em Saúde Coletiva seja oferecida aos estudantes de medicina desde

os primeiros semestres, de forma coordenada e interdisciplinar. (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018).

Isto mostra como é de suma importância a inserção, além de teórica, da prática em Saúde Coletiva, que mostrará questões sociais, atendimento primário à saúde etc. Outro estudante entrevistado relata que possuía preconceitos em relação à área de Saúde Coletiva, mas que essas ideias foram desconstruídas com o tempo, mediante a vivência com os médicos da família, com a compreensão do esforço feito por esses médicos para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Ressalta-se, desse ponto, que a experiência empírica, associada com a teoria em Saúde Coletiva, é o caminho para a derrubada de preconceitos dos estudantes, mas especialmente para a formação de médicos mais envolvidos com questões sociais, com olhar humanizado. (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018).

PING PONG – COMO EU POSSO UTILIZAR O SUS?

Para ilustrar tudo que foi dito nos capítulos anteriores, passaremos a fazer uma espécie de PING PONG, unindo as dúvidas recorrentes sobre o sistema. Para tal, foi utilizado artigos do Declara SUS, ESPMG, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Fundação Hemooainas, Conselho Estadual de saúde de Minas Gerais

Conforme alhures, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei n.º. 8.080/1990. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde.

O SUS é financiado com os impostos do cidadão — ou seja, com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social.

O SUS nasceu por meio da pressão dos movimentos sociais que entenderam que a saúde é um direito de todos, uma vez que, anteriormente à Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava ligada a previdência social e a filantropia. [Clique aqui e confira infográfico da história da saúde pública brasileira até a consolidação do SUS como conhecemos hoje.](#)

Para que o acesso à assistência de saúde de qualidade não ficasse restrita ao modelo privado ou a saúde complementar (Planos de Saúde) foi criado o SUS, cujo sistema está em constante processo de construção e fortalecimento. Por isso, toda vez que o cidadão tiver uma denúncia, crítica ou reclamação, é importante procurar a Ouvidoria do SUS.

#SUSParaTodos

Como se dá o financiamento do SUS?

De acordo com a Constituição Federal, os municípios são obrigados a destinar 15% do que arrecadam em ações de saúde. Para os governos estaduais, esse percentual é de

12%. Já o Governo Federal tem um cálculo um pouco mais complexo: tem que contabilizar o que foi gasto no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Então essa variação é somada ao que se gastou no ano anterior para se definir qual o valor da aplicação mínima naquele ano.

Quem pode usar o SUS?

Todos os brasileiros podem usar o SUS, porque todos nós contribuimos com os nossos impostos para que ele funcione. O SUS é integral, igualitário e universal, ou seja, não faz, e nem deve fazer qualquer distinção entre os usuários. Inclusive, estrangeiros que estiverem no Brasil e por algum motivo precisarem de alguma assistência de saúde, podem utilizar de toda rede do SUS gratuitamente.

Se eu pago consulta médica particular ou tenho plano de saúde, uso o SUS?

Sim, usa. Todos os brasileiros utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) de alguma forma, pois o Sistema não se resume a atendimento clínico e hospitalar. No entanto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fiscaliza, regulamenta, qualifica e habilita os Quais outras ações de saúde pública são de responsabilidade do SUS?

As ações do Sistema Único de Saúde (SUS) são diversas e englobam, por exemplo, o controle de qualidade da água potável que chega à sua casa, na fiscalização de alimentos pela da Vigilância Sanitária nos supermercados, lanchonetes e restaurantes que você utiliza diariamente, na assiduidade dos aeroportos e rodoviárias, e inclusive, nas regras de vendas de medicamentos genéricos ou nas campanhas de vacinação, de doação de sangue ou leite materno que acontecem durante todo o ano. Muitos procedimentos médicos de média e alta complexidade, por exemplo, são feitos pelo SUS, como doação de sangue, doação de leite humano (por meio de Bancos de Leite Humano), quimioterapia e transplante de órgãos, entre outros.

Quando utilizo os serviços de um hospital filantrópico também estou utilizando o SUS?

Sim, está. No que se refere às Santas Casas e hospitais filantrópicos, o Ministério da Saúde transfere os recursos para o gestor responsável (Estado ou município) por meio de contrato, para que efetue os repasses aos estabelecimentos de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O recurso federal transferido é composto pela produção de serviços, que tem a tabela do SUS como referência, e por incentivos diversos que aumentam substancialmente o volume de transferências. Atualmente, 50% dos valores transferidos para Estados e municípios já não é mais pela tabela SUS, mas por incentivos e outras modalidades que priorizam a qualidade.

Qual é a porta de entrada do usuário no SUS?

A porta de entrada do usuário no SUS é na Unidade Básica de Saúde (UBS), popularmente conhecida como Posto de Saúde. A UBS é de responsabilidade de gerenciamento do município, ou seja, de cada Prefeitura brasileira. Para facilitar o acesso do usuário, o município mapeia a área de atuação de cada UBS por bairro ou região. Por isso, o cidadão deve procurar a unidade mais próxima da sua casa, munido de documentos e de comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone).

Como acontece o acolhimento do usuário do SUS na UBS?

Ao ir a uma UBS pela primeira vez, o usuário fará um Cartão do SUS receberá um número e uma cor que irá identificar de qual equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) ele fará parte. Regularmente, a ESF acompanha a saúde do usuário, sendo o elo de informação da população com os profissionais de saúde da Unidade. É por meio da coleta de informações das equipes de ESF que é possível pensar em ações de saúde pública de forma regional e personalizada.

O que é o Cartão do SUS?

O Cartão do SUS ou Cartão Nacional de Saúde é um documento gratuito que reúne dados sobre quando e onde o usuário foi atendido em toda rede de saúde pública. Se você ainda não tem um cartão, faça já o seu em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS, também conhecida como Posto de Saúde). Por meio do cartão, os profissionais da equipe de saúde podem ter acesso ao histórico de atendimento do usuário no SUS. Ainda, o usuário pode acessar o Portal de Saúde do Cidadão para ter acesso ao seu histórico de registros das ações e serviços de saúde no SUS. Além disso, o Cartão do SUS é feito de forma gratuita em hospitais ou locais definidos pela secretaria municipal de saúde, mediante a apresentação de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento. O uso do cartão facilita a marcação de consultas e exames e garante o acesso a medicamentos gratuitos.

Quais são os serviços de saúde que irei encontrar em uma UBS?

Na UBS, o usuário do SUS irá receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, de segunda a sexta-feira, de 08h às 17h. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalções, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, estruturando e organizando a rede de urgência e emergência no país, para integrar a atenção às urgências.

O que é uma UPA?

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Com isso ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade.

Quando devo procurar uma UPA?

consultórios de clínica médica, pediatria e odontologia, serviços de laboratório e raio-x. Também conta com leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação, nebulização, ortopedia e uma “sala de emergência” para estabilizar os pacientes mais graves que, após o atendimento necessário para a estabilização do quadro clínico, este paciente possa ser removido para um hospital.

Então, qual é o papel dos hospitais na rede do SUS?

O papel dos hospitais é oferecer ao usuário do SUS atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade, como cirurgias eletivas (realizada em uma data adequada de acordo com a saúde do paciente) tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade.

Para chegar ao hospital, geralmente o usuário é encaminhado depois de ser atendido por uma UBS ou UPA, dependendo de cada caso. Tudo isso acontece devido ao processo de troca de informações entre as redes de atenção à saúde no SUS.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ¹¹ Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde (...)¹¹.

Se na minha cidade não tem unidade de saúde de referência, como serei atendido?

Você será atendido na Unidade de Saúde de Referência da sua região, graças aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. São ações entre municípios próximos para a organização regional de ações e serviços de saúde, previstos na lei orgânica do SUS (Lei 8.080/1990) e que garantam atendimento integral à população dos municípios associados. Desse modo, para atender melhor a população, os municípios cooperam entre si para que o atendimento possa ser universalizado e igualitário a todos os usuários.

Atendimento de Referência

O Sistema Único de Saúde (SUS) é usado como modelo de referência internacional por conta do seu alcance e multiplicidade de serviços de saúde. É de responsabilidade da saúde pública brasileira todas as ações da Vigilância Sanitária e da Vigilância Sanitária de Zoonoses (imunização de animais; castração; controle de pragas; prevenção e controle de doenças de animais urbanos e rurais, etc), além de campanhas de vacinação, prevenção, controle e tratamento de doenças crônicas por meio das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), além do tratamento oncológico nos seus mais diversos níveis.

O SUS realiza ainda coleta para a doação de sangue, organização da rede de banco de leite materno, além de transplante de órgãos e bancos de pele para o tratamento de queimados, definição de regras para venda de medicamentos genéricos e de distribuição gratuita de remédios. Outra curiosidade é que internacionalmente, o SUS é exemplo de excelência na assistência e tratamento de pessoas com Aids/HIV.

O que é Vigilância Sanitária?

A Vigilância Sanitária é um conjunto de medidas que têm como objetivo elaborar, controlar e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário. Estas medidas se aplicam a medicamentos e correspondentes, cosméticos, alimentos, saneantes e equipamentos e serviços de assistência à saúde. As normas da Vigilância Sanitária também se referem a outras substâncias, materiais, serviços ou situações que possam, mesmo potencialmente, representar risco à saúde coletiva da população.

Trata-se de uma atividade multidisciplinar que regulamenta e controla a fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de interesse da Saúde Pública. Instrumentos legais, como notificações e multas, são usados para punir e reprimir práticas que coloquem em risco a saúde dos cidadãos.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é responsável por criar normas e regulamentos e dar suporte para todas as atividades da área no País. A Anvisa também é quem executa as atividades de controle sanitário e fiscalização em portos, aeroportos e fronteiras.

Gestão do SUS

O modelo de gestão do Sistema único de Saúde (SUS) é descentralizado. Ou seja, Governo Federal (União), Estados e Municípios dividem a responsabilidade de forma integrada, garantindo o atendimento de saúde gratuito a qualquer cidadão através da parceria entre os três poderes. Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS realiza a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, estes locais também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes.

É importante frisar que Município, Estado e Governo Federal têm suas respectivas responsabilidades para a gestão da saúde pública brasileira. Os percentuais de investimento financeiro dos de cada um são definidos, atualmente, pela Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29.

Por esta lei, Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual.

Participação Social

O Controle Social é a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações do Poder Público. Trata-se de um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania para a consolidação das políticas públicas que envol o Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988, por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei N° 8142/90), criou uma nova institucionalidade marcada por duas importantes inovações: a descentralização que propunha a transferência de decisões para

Estados, Municípios e União, além da valorização da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde por meio dos Conselhos.

OUVIDORIA

A Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais é o canal que o cidadão formaliza qualquer tipo de manifestação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da Ouvidoria, o cidadão pode fazer a solicitação de um serviço; pode denunciar a qualidade do atendimento recebido; pode denunciar, por exemplo, cobranças indevidas por serviços de saúde prestados no SUS; e até mesmo fazer uma sugestão. A Ouvidoria é uma das seis ouvidorias especializadas que integram a Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais (OGE), responsável por realizar vistoria em órgãos ou entidades públicas, quando houver indício de ilegalidade ou irregularidade na prestação de serviço.

UPA X UBS X HOSPITAL

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é responsável pelos atendimentos de rotina, como consultas com o clínico geral, tratamentos, vacinação, pré-natal, atendimento odontológico e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. É a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). A UBS é dividida da seguinte maneira:

- UBS I abriga, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família.
- UBS II abriga, no mínimo, duas equipes de Saúde da Família.
- UBS III abriga, no mínimo, três equipes de Atenção Básica.
- UBS IV abriga, no mínimo, quatro equipes de Atenção Básica.
- UPA Porte I: tem de 5 a 8 leitos de observação. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.
- UPA Porte II: 9 a 12 leitos de observação. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.
- UPA Porte III: 13 a 20 leitos de observação. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Os hospitais são locais onde o usuário do SUS encontra atendimento em clínicas médicas especializadas, além de qualquer tratamento ou assistência de média ou alta complexidade. Com isso, os hospitais podem ser classificados sob vários aspectos:

1. Porte do hospital:
 - Pequeno porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.
 - Médio porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos. ■ Grande porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos. ■ Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra.
2. Perfil assistencial dos estabelecimentos: Hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa.
3. Nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: Hospital de nível básico ou primário, secundário, terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade).

O que é atenção primária?

A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto

o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais.

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

Envolve ainda a assistência em cirurgia reparadora (de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos) e fibrose cística (doença genética que acomete vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas).

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais, tais como próteses ósseas, marca-passos, stent cardíaco, etc.

O que é SES?

No modelo adotado de descentralização do SUS, o governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Por isso, cabe ao Ministério da Saúde definir estratégias nacionais para o fortalecimento da saúde pública em todo o Brasil. Diante desse quadro, o município é tem um papel muito importante dentro das políticas públicas de saúde da população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território. Abaixo, confira o link dos principais órgãos responsáveis pelo SUS em Minas Gerais:

- Sistema Estadual de Saúde
 - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)
 - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)
 - Fundação Hemominas
 - Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

- Regionais de Saúde
 - Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS)
- Gestão do SUS
 - Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
 - Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA)
- Entidades parceiras
 - Ouvidoria Estadual de Saúde
 - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) Fiocruz Minas Gerais
- Controle Social
 - Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES)
 - Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG)
 - No Governo Federal (União), os órgãos de representatividade do SUS são:
 - Ministério da Saúde
 - Ouvidoria do SUS
 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
 - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
 - Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
 - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
 - Conselho Nacional de Saúde (CNS)
 - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass)
 - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Imunização

O Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas em sua rede pública. São mais de 300 milhões de doses disponibilizadas todos os anos. Ao todo estão disponíveis 42 tipos de imunobiológicos e 25 vacinas que atendem a população nas diferentes faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Acesse o Calendário Nacional de Vacinação e confira as vacinas que devem ser tomadas em cada fase. O SUS oferece ainda um calendário especial para os povos indígenas. .

Medicamentos de Alto Custo

Através do Sistema Único de Saúde (SUS), pacientes podem ter acesso a medicamentos de alto custo, utilizados para o tratamento de doenças específicas. Para isso, é preciso acessar o site da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e verificar quais documentos são necessários para abrir o processo de aquisição do medicamento. Depois de todos os documentos reunidos, o paciente os encaminha à farmácia da Regional de Saúde de referência do seu município.

Medicamentos Básicos

Os medicamentos básicos são aqueles destinados à Atenção Primária. Entre eles estão os indicados para o tratamento de pressão alta, diabetes e analgésicos. Esses medicamentos são adquiridos pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) através de recursos estaduais, federais e municipais, e distribuídos para todos os municípios do estado. Para ter acesso a esses medicamentos, basta se dirigir a Unidade Básica de Saúde (UBS) portando o documento de identidade e a receita do medicamento fornecida pelo médico.

Medicamentos Estratégicos

Os medicamentos estratégicos são utilizados para o tratamento de doenças de notificação compulsória, ou seja, aquelas cujo controle e tratamento possuem protocolos e normas estabelecidas. Entre as doenças de notificação compulsória estão a dengue, a malária e a leishmaniose. Para ter acesso a medicamentos estratégicos, o paciente deve comparecer a Unidade Básica de Saúde (UBS) portando o documento de identidade e a receita do medicamento fornecida pelo médico.

Desvendando o SUS

Hemoterapia: Diferente de outros serviços do SUS, cujas definições de competências nas esferas de Governo (federal, estadual e municipal) são ditadas quase exclusivamente pela complexidade dos procedimentos e pela atenção básica, a hemoterapia somente é possível com a participação direta das três esferas de Governo em cada uma de suas unidades públicas. A composição da equipe nas unidades hemoterápicas, por ser atividade complexa, porém de saúde pública básica e com ações diretas junto aos municípios, precisa da participação dos agentes de saúde municipais. Este modelo de composição de equipe, com cessão de funcionários pela esfera municipal de governo para executar as atividades locais, é, por excelência, o preconizado pelo SUS.

SUS Fácil: Pacientes que precisam de um leito em caráter de urgência e emergência são cadastrados no SUS Fácil, sistema estadual para busca de leitos. Através do SUS Fácil,

o hospital envia o laudo do paciente com informações sobre o diagnóstico e evoluções clínicas. A partir desses dados, médicos reguladores avaliam o caso e fazem a busca pelo leito hospitalar mais adequado para o paciente, visando sempre a unidade com melhor capacidade técnica e a proximidade com a origem do pedido. Já os pacientes que precisam de um procedimento eletivo (que não tem caráter emergencial), são cadastrados no sistema de busca de leitos do município de origem do paciente.

Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: tem por missão a promoção da saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, a iniciativa privada e a sociedade para a doação, triagem e armazenamento correto de todo leite humano materno doado no Brasil.

Transplante de órgãos: instituído pelo Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é a instância responsável pelo controle e pelo monitoramento dos transplantes de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano, realizados no Brasil.

Judicialização da Saúde: Quando o usuário não consegue acesso a remédios ou tratamentos de saúde que ainda não estão disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ele acaba entrando na Justiça para que o Poder Público possa oferecer esta assistência. de saúde de dois níveis: um para aqueles que podem recorrer e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente dos custos, e outro para o resto da população, que não tem acesso a cuidados restritos. O debate deste tema é complexo, uma vez que todo brasileiro tem direito a um tratamento de saúde pelo SUS, garantido pela Constituição Federal.

Mais Médicos: Com o intuito de diminuir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do país, áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Mais Médicos foi lançado em Julho de 2013, pelo Governo Federal.

Rede Cegonha: Trata-se de uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. O programa tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, Em 2015, Minas Gerais começa a implementar o Rede Cegonha.

Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS): é uma ação criada pelo Governo de Minas Gerais para garantir a eficiência das redes de atenção a saúde e tem como objetivo garantir o deslocamento do paciente, usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização de seus exames ou consultas especializadas fora de seu domicílio.

Saúde Indígena: Para melhorar o acesso às políticas públicas na área da saúde e de educação em saúde para a população indígena, o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Saúde do Homem: O Sistema Único de Saúde (SUS) conta também com uma Coordenação Nacional de Saúde dos Homens (CNSH), vinculada ao Ministério da Saúde, que é responsável pela implementação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem que aborda cinco eixos temáticos: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violências e Acidentes.

Saúde LGBT: Por meio da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o Sistema Único de Saúde (SUS) universaliza o acesso à saúde pública aos homossexuais sem que haja qualquer tipo de discriminação ou preconceito nas Unidades de Saúde, baseado no Programa Brasil sem Homofobia, coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR).

REFERÊNCIAS

- BBC. Saúde tem pior nota em novo índice da ONU para o Brasil. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2010/08/100810_onu_brasil_ac_rc>. Acesso em: 10 abr, 2018, às 02:00
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2003. 248 p-
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jan. 2022.
- BRASIL. Constituição Federal reconhece saúde como direito fundamental. 5 out. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>. Acesso em: 2 mar. 2022.
- BRASIL. Constituição da república federativa do brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jan. 2022.
- BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 103, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.
- BRASIL. Governo do. Constituição Federal reconhece saúde como direito fundamental. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>. Acesso em: 06 fev. 2022.
- BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 141. 2012. Casa Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.
- BRASIL. LEI No 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 25 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 617. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2021/res0617_03_08_2021.html. Acesso em: 21 fev. 2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_preparacao_respostas_emergencia_saude_publica_inundacao.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 21 fev. 2022.
- BRASIL. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. FIOCRUZ. Descentralização. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n° 1, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 12 abr. 2018, às 23:30. <http://dx.doi.org/10.1590/S010373312007000100006>.

CONASS. CD 32 – Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde[...]. 29 out. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-32/>. Acesso em: 06 fev. 2022

CASTRO, José Nilo de; LINO, Graziela de Castro; VIEIRA, Karina Magalhães Castro. Fornecimento gratuito de medicamentos pelo Município – Obrigatoriedade – Município em solidariedade com o Estado – Observância da Lei Orgânica da Saúde – Lei n° 8.080/90. *Revista Brasileira de Direito Municipal: RBDM*, Belo Horizonte. v. 9. n° 29. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. 22 mai. 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8->. Acesso em: 06 fev. 2022.

CUTOLO, L.R.A.; DELIZOICOV, D. *Arquivos Catarinenses de Medicina* V. 32. no. 4 de 2003, p. 24-34.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Teoria Geral do Estado*. 33 ed. São Paulo, 2016

FACHIN, Z. *Curso de Direito Constitucional*. 7rd ed. rev. Método, 2017.

FIOCRUZ. 74,2% dos brasileiros conta com os serviços do SUS. Disponível em: <74,2% dos brasileiros conta com os serviços do SUS1.>. Acesso em: 13 abr 2018, às 14:30.

Flauzino J. G. P.; Angelini C. F. R. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 3, p. e9957, 10 mar. 2022.

HEINEN, Juliano: O custo do direito à saúde e a necessidade de uma decisão realista: uma opção trágica. Disponível em: <www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/>. Acessado em 30 abr 2018

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html

<https://www.crmpr.org.br/Saude-tem-pior-nota-em-novo-indice-da-ONU-para-o-Brasil-11-4362.shtml>

<https://dhg1h5j42swfq.cloudfront.net/2016/05/11170708/LEI-8080-ESQUEMATIZADA1.pdf>

<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>

<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/170/edicao-1/direito-a-saude>

<https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>

<https://www.infoescola.com/saude/sus/>

<https://kaabjihad.wordpress.com/>

<https://saocamillo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/91/a08.pdf>

<https://www.scielo.br/fj/sausoc/a/x4ZbGnWxhSg5NnkGwbFYTPP/?lang=pt>

<https://www.webartigos.com/artigos/direito-social-a-saude-uma-analise-sob-a-perspectiva-do-direito-fundamental/158370>

JUSTEN FILHO, Marçal. Curso de Direito Administrativo. São Paulo: Saraiva, 2016.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de direito administrativo. 35rd ed. rev. Malheiros, 2021.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de direito administrativo. 35rd ed. rev. São Paulo: Malheiros, 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 77-92, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702014000100004>. Acesso em: 2 mar. 2022.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Ministério da Saude. SUS para todos. <https://saude.mg.gov.br/sus>. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução CNE/ CES no 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília: 23 jun. 2014; Seção 1, p.8.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução CNE/ CES no 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos dos Usuários do SUS. 2009. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/171_direitos_usuarios.html. Acesso em: 21 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MORAIS, Alexandre de. *Direito Constitucional*. 37rd ed. Editora Atlas, 2021

OECD. Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021.

OECD. Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021. 2021. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/f2b7ee85-pt/index.html?itemId=/content/publication/f2b7ee85-pt>. Acesso em 02 mar. 2022.

ORDACGY, André da Silva. A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão. Disponível em <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf>. Acesso em 13 abr.2018, às 11:13 hrs.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/1/>.

PAIM, J.S. **SUS: Sistema Único de Saúde – tudo que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

Passos Nogueira, Roberto (Organizador), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200p.

PEREIRA, Guilherme Antoniacomi; STADLER, Amanda Mayumi Umezawa; UCHIMURA, Kátia Yumi. O Olhar do Estudante de Medicina sobre o Sistema Único de Saúde: a Influência de Sua Formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3, p. 57-66, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170110.r1>. Acesso em: 2 mar. 2022.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de mar. 2014.

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.

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.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 37-60, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702014000100003>. Acesso em: 2 mar. 2022.

SAÚDE, Ministério da. CD 32 – Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde[...]. 2019. CONASS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-32/>. Acesso em: 06 fev. 2022

SAÚDE, Ministério da. Direitos dos Usuários do SUS. 2009. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/171_direitos_usuarios.html. Acesso em: 21 fev. 2022.

SAÚDE, Ministério da. O SUS no seu município Garantindo saúde para todos. 2012. BVSMS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 06 fev. 2022.

SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: Efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. Comentário contextual à constituição. 41. ed. São Paulo: Malheiros, 2018.

TEMER. Elementos de direito constitucional. 24th ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

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.

SOBRE OS AUTORES

JHONAS GERALDO PEIXOTO FLAUZINO- Graduado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e mestre em Direito e Negócios Internacionais pela Universidad Internacional Iberoamericana (UNINI). Graduação (em andamento) em Medicina. Possui especialização em Direito Imobiliário pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e em Neurociências e Comportamento pela PUC-RS. Concluiu o MBA em Gestão e Controladoria pela PUC-RS. Possui interesse em Neurologia e Psiquiatria, tendo realizado formação complementar (atividades de extensão) em Psicologia e Psicanálise pela PUCPR, Hipnose e Programação Neurolinguística pela Sociedade Brasileira de Programação Neurolinguística (SBPNL) e Terapia Cognitiva Comportamental no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-HC). Membro da International Behaviour Neuroscience Society (IBNS). Membro da Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento (SBNEC - matrícula nº 15696304). Membro da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP - Registro N° 16033). Membro da Academia Brasileira de Neurologia (ABN). Membro da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, matrícula nº 459574). Membro de Corpo Editorial da Revista Atena. Membro da liga de Neurologia na FAMINAS-BH. Membro da Empresa Junior de Medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC). Realizou cursos e atividades no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP-HC e Hospital Baleia em Belo Horizonte MG

ALEXIA ALLIS ROCHA LIMA- Estudante de Medicina na São Leopoldo Mandic – SLMANDIC, Campinas, SP.

SUSANA GFONI DA SILVEIRA- Estudante de Medicina na São Leopoldo Mandic – SLMANDIC, Campinas, SP.

MARCELA LARA ALBUQUERQUE RANULFO- Estudante de Medicina na Universidade da Cidade de São Paulo – UNICID, São Paulo

O Sistema Único de Saúde:
Seus encantos e
DESAFIOS

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br




O Sistema Único de Saúde:
Seus encantos e
DESAFIOS

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

