

MARIA DA CONCEIÇÃO LIMEIRA CARLOS
FIRMINA MARTA CALDAS ARAÚJO

**GESTÃO E SAÚDE: O percurso histórico da política de saúde até a
criação do SUS**

OLHO D'ÁGUA/PB

2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO,
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

Carlos, Maria da Conceição Limeira.
GESTÃO E SAÚDE: O percurso histórico da política de saúde até a
criação do SUS / Maria da Conceição Limeira Carlos, Firmina Marta Caldas
Araújo, Olho D'Água-PB, 2023.
19 f.

Orientador(a): Prof. Dr^a Silvia Teixeira de Pinho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em Gestão
Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de
Rondônia - IFRO, Olho D'Água-PB, 2023.

1. Gestão. 2. Saúde. 3. Política pública. 4. Percurso histórico. 5. SUS. I.
Araújo, Firmina Marta Caldas. II. Pinho, Silvia Teixeira de (orient.). III.
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. IV.
Título.

Bibliotecário(a) Responsável: Marlene Fouz da Silva, CRB-11/946 (Campus Porto Velho Zona Norte)

**MARIA DA CONCEIÇÃO LIMEIRA CARLOS
FIRMINA MARTA CALDAS ARAÚJO**

**GESTÃO E SAÚDE: O percurso histórico da política de saúde até a
criação do SUS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública na modalidade EAD, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia, como requisito para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Teixeira de Pinho

OLHO D'ÁGUA/PB

2023

GESTÃO E SAÚDE: O percurso histórico da política de saúde até a criação do SUS

Maria da Conceição Limeira Carlos¹

Firmina Marta Caldas Araújo²

Silvia Teixeira de Pinho³

RESUMO

A Saúde é um dos mais importantes direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 e de maior busca pelos usuários, diante disso, é importante trazer para discussão esse tema, de forma que seja analisado todo seu contexto histórico, entraves e avanços ao longo da construção dessa política pública. O objetivo deste estudo é analisar como a política pública de saúde vem sendo construída ao longo do tempo. A metodologia utilizada foi a revisão narrativa de 5 artigos científicos produzidos no período de 10 anos, sobre os principais temas dentro do contexto que vem sendo estudado. Como resultado foi notando-se que a política pública de saúde foi construída em meio a esforços e constante lutas contra o sistema financeiro, restritivo e burocrático que se instaurou ao longo dos anos, entretanto, trazendo resultados que mesmo lentamente e com o auxílio de mecanismos jurídicos foi possível universalizar o acesso a esse direito. Portanto, conclui-se que o SUS é e continuará sendo o único sistema de saúde que garante o atendimento universal e gratuito aos usuários, mesmo que em sua minoria, precarizado.

Palavras-chave: Saúde. Gestão. Sus. Acessibilidade. Qualidade.

ABSTRACT

Health is one of the most important rights guaranteed by the Federal Constitution of 1988 and most sought after by users, in view of this, it is important to bring this topic to discussion, so that its entire historical context, obstacles and advances throughout the construction of this public policy. The objective of this study is to analyze how public health policy has been constructed over time. The methodology used was the narrative review of 10 scientific articles produced over a period of 10 years, on the main themes within the context that has been studied, taking into account the opinion and studies of experienced authors within the proposed topic. As a result, it was noted that public health policy was built through efforts and constant struggles against the financial, restrictive and bureaucratic system that was established over the years, however, bringing results that even slowly and with the help of mechanisms It was possible to universalize access to this right. Therefore, it is concluded that the SUS is and will continue to be the only health system that guarantees universal and free care to users, even if the minority is precarious.

¹ Discente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Rondônia *Campus* Porto Velho Zona Norte. Polo: Olho D'água – PB. E-mail: marysocial@outlook.com

² Discente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Rondônia *Campus* Porto Velho Zona Norte. Polo: Olho D'água – PB. E-mail: firmina2016@outlook.com

³ Docente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Rondônia *Camus* Porto Velho Zona Norte. Doutora em Ciências pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (EEFE - USP). E-mail:silvia@unir.br

Keywords: Health. Management. Sus. Accessibility. Quality

1. INTRODUÇÃO

Com a finalidade de responder as necessidades que surgem no cotidiano do ensino acerca da temática sobre as Políticas de Saúde no Brasil, é necessário fazer um resgate histórico acerca do desenvolvimento dessa política, que vai desde o início no período colonial, perpassando pela Nova República, até os tempos atuais.

No período colonial o sistema de saúde era inexistente, o que existia era a proteção à saúde da população baseado em modelos europeus, que contribuíram para a hegemonia da prática médica do Brasil e também a pontualidade em forma de campanha as quais eram abandonadas, quando se conseguia controlar os surtos presentes na época.

No período da Primeira República até a Revolução de 1930 foi marcado pelos incontáveis números de pessoas que vieram para o Brasil, e as condições sanitárias que se tornaram cada vez mais difíceis, que aliado a falta de políticas sociais e de saúde acabou resultando no surgimento de epidemias a exemplo da febre amarela e peste bubônica dentre outras.

No governo de Rodrigues Alves iniciaram-se as ações que tiveram como vertente a chamada higienização, que representado pela figura de Oswaldo Cruz a questão sanitária passou a ser tomada como questão política, verificando-se que a vacinação se tornou lei e de forma obrigatória, incluindo a vacinação contra a varíola, que no ano de 1904 ocasionou uma série de revoltas na população civil.

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública visando a extensão dos serviços de saneamento Urbano e rural e a higienização industrial materno infantil, a saúde pública passou a ser tomada como questão social, data-se dessa época os primeiros encontros de sanitaristas que buscavam soluções mais eficazes no que tocava as questões de saúde, que junto a esse movimento sanitário difundiu a necessidade de uma educação sanitária, como estratégia para a promoção da saúde e conteúdos discursivos permeados por uma intensa fermentação de ordem liberal.

Entretanto no que tange aos programas de saúde pública, eles voltaram para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infraestrutura necessária apenas para suportar o contingente migratório e permaneciam via de regras limitadas pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitaria adotado, o campanhista.

No período de 1945 a 1960, nessa época foi criado o ministério da Saúde como estratégia de caráter extremamente frágil, cabendo-os a menor fração do orçamento do antigo ministério da educação e saúde, ou seja, 1/3 dos impostos sobre a educação e saúde.

Dos anos 60 até o final da Ditadura Militar, os serviços de saúde se davam através da compra pela previdência como forma de acesso à unidade de serviços, nos quais as palavras de ordem eram: produtividade, crescimento, desburocratização e a descentralização da execução de atividades. Ainda no período da Ditadura Militar, no ano de 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista, que justificou essa medida pela importância da política financeira que atinge o antigo INPS no cenário da época.

Em decorrência desse acirramento de crise política, um grupo de técnicos representantes do Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social, criou um programa PREV-SAÚDE, que tinha como objetivo geral a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação, partindo do pressuposto da hierarquização das formas de atendimento, de tal forma que a atenção primária se constituísse na porta de entrada dos clientes no sistema de saúde, colocando também a integração dos serviços existentes públicos e privados e a regionalização definida por área e população.

No período da Nova República até os dias atuais, trouxe no início do governo de transição atitudes que desencadearam no setor de saúde diferentes medidas, que traziam um objetivo de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento do setor público, com os debates que se travaram no decorrer das Conferências de Políticas da Saúde e questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando a história de saúde no Brasil, uma vez que foi definido um Programa para Reforma Sanitária, um grande marketing que se destacou nesse período, na VIII Conferência, um avanço técnico e um impacto político que foi a proposição da criação do Sistema Único De Saúde (SUS).

Trazendo em sua composição os princípios da universalidade, integralidade das ações, participações sociais, além da ampliação do conceito de saúde, colocando como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. Entretanto vale salientar que o Estado se antecipou implementando com a implementação do SUDS criando um decreto que trazia na sua composição a descentralização dos serviços e responsabilidades para estados e municípios e o estabelecimento de uma gestão única da saúde em cada esfera de governo tornando o SUS um compromisso dos governantes.

Com a Carta Magna de 1988, o direito universal à saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão, a construção do SUS integrando todos os serviços públicos em uma única rede, além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência de Saúde, a participação do setor privado no SUS de forma complementar e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

É possível dizer que estava em cena um evidente processo de impedimento do avanço da Política da Saúde, entretanto, ao longo dos anos e com a luta na busca pelos direitos, foi possível a criação de um Sistema Único De Saúde e a Lei Orgânica, dentre outros aparatos legais capazes de nortear a política existente referente à saúde pública.

Entretanto é possível destacar que atualmente o Sistema da Saúde é baseado no princípio da universalização excludente, o setor abarca um 1/3 da população brasileira que de fato não tem acesso ao sistema único, uma vez que é coexistente o setor privado e o setor público, sendo a qualidade da assistência diferente nos sistemas citados, além do sucateamento no setor público, é evidente como uma desastrosa e acelerada desativação hospitalares, expulsando a clientela desse setor para o privado em busca de uma qualidade melhor no oferecimento dos serviços.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi analisar como a política pública de saúde vem sendo construída ao longo do tempo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 OS PRIMEIROS PASSOS NA CRIAÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE

A saúde enquanto Política Pública perpassou por alguns avanços e retrocessos, dentro do mesmo processo de construção, e nesse caso se faz de extrema importância citar algumas datas que marcaram o caminho da constituição do SUS como a principal política pública de saúde no Brasil.

Para Bertolozzi e Greco (1996, pág. 382), "Dado que inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, as ações eram de caráter focai, sendo que grande parte da população se utilizava da medicina de "folk", enquanto que os senhores do café tinham acesso aos profissionais legais da medicina, que eram trazidos de Portugal.".

As primeiras ideias de prestação de serviço voltadas para a saúde se dão adentrando ao período da Primeira República, com a Criação das Caixas de Aposentaria e Pensões (CAP) no ano de 1923, com a Lei Eloy Chaves vem apenas conferir estatuto legal que visa garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Surgem as primeiras discussões sobre atender a demanda dos trabalhadores. Nasce as complexas relações entre setores públicos e privado. Em 1932 ocorreu a Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), institutos essas que podem ser vistos como resposta às lutas e reivindicações dos trabalhadores na consolidação dos processos de industrialização e urbanização.

“Nesse momento, a Saúde Pública no Brasil passou a ser calcada em intervenções engendradas na corrente de pensamento do Sanitarismo, que se operacionalizava no âmbito urbano das cidades, com a comercialização e transporte de alimentos e cobertura dos portos marítimos (ROSEN, 1994). Essas medidas eram promovidas pontualmente sob a forma de campanhas, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época.” Bertolozzi e Greco (1996 pag 382)

Já no ano de 1965 aconteceu o processo de Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando o componente assistencial, como opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado. No ano de 1977 surge a criação do SINPAS- Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social e dentro dele, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador de assistência médica- basicamente à custa do setor de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. É possível dizer que a lógica do INAMPS ainda se reproduz no interior do SUS.

Em 1982, vem dando início a Implantação do PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde que visava a integração das instituições públicas de saúde em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contrarreferência e atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde complementada pela rede privada. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretárias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos.

Em 1986, aconteceu a VIII- Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação social, consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado.

Caminhando a passos pequenos para o início da Constituição Federal de 1988, no ano de 1987 Criação dos SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde que tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. O Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços.

No ano de 1988 promulgou-se a Constituição Federal Cidadã que em seus artigos principais, estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”. Estabelecem ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços.

2.2 APARATO JURIDICO

Finalmente, no ano de 1990, esse sistema calcado durante longos anos, inicia-se com a Criação do SUS, que através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuição de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Em seguida a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde.

Com destaque para a Lei 8.080/1990, em seu artigo 7º, destaca os princípios de:

“I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;”

II – Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;”

Criação da Comissão de Inter gestores Tripartite (CIT) no ano de 1991, com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Inter gestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do SUS. No ano de 1993 buscando restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde e consagra ou ratifica os organismos colegiados: as Comissões Inter gestores. A população foi a grande beneficiada com a incorporação de itens de complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência.

“As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.” (NOB SUS 1996)

As principais inovações da NOB 96, que surge em 1996, foram: a concepção ampliada de saúde; o fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada; as transferências do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, cm base na população e com base em valores per capita previamente fixados; novos mecanismos de classificação, no qual os municípios são classificados em gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema municipal.

Na gestão básica da atenção plena, os recursos são transferidos de acordo com os procedimentos correspondentes ao PAB- Piso da Atenção Básica. Já os municípios em gestão plena do sistema, os recursos são transferidos automaticamente.

“Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001.

Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram.” (NOAS-SUS 2002)

No ano de 2002- NOAS-SUS Editada a Norma Operacional de Assistência à saúde, cuja ênfase é no processo de regionalização do SUS.

3. METODOLOGIA

Nas últimas décadas, o grande volume das informações científicas geradas na área da Saúde aponta para a necessidade de sínteses que facilitam o acesso às mesmas, possibilitando conclusões baseadas na combinação dos resultados oriundos de múltiplas fontes. E como forma de facilitar o acesso à informação, o método de estudo utilizado na produção do artigo foi à pesquisa de revisão narrativa. Este tipo de pesquisa se caracteriza como uma revisão sistemática que resume e sintetiza os resultados de pesquisas anteriores em uma determinada área de interesse.

Como citado por (ROTHER, 2007) “Ao contrário da revisão sistemática tradicional, a revisão narrativa não segue um protocolo pré-estabelecido ou rigoroso em relação à seleção dos estudos incluídos, nem realiza uma análise quantitativa dos resultados, mas têm um papel importante na síntese e atualização do conhecimento em uma área, permitindo aos leitores adquirir e atualizar seu conhecimento em um curto espaço de tempo”.

A presente revisão narrativa teve como questão norteadora: GESTÃO E SAÚDE: O percurso histórico da política de saúde até a criação do SUS. Para a seleção de produções foi realizada pesquisas na base de artigos da SCIELO, UNIFESP, utilizando as palavras-chaves: “gestão”, “saúde”, “SUS”, “políticas públicas”. Após esta etapa, foi realizada a leitura dos artigos pelos resumos para fazer a inclusão dos artigos que tinham relação ou respondiam ao tema, foram adicionados artigos publicados no período de 10 anos. Na etapa final, foram selecionados cinco artigos para análise que responderam à questão norteadora e também estavam de acordo com a data de publicação que foi estabelecida.

4. ANÁLISES DE DADOS

Para embasar a fundamentação teórica do artigo que vem sendo escrito, foram selecionados e analisado cinco artigos de conteúdos voltados para a gestão na política de saúde, como forma de expandir o conteúdo que vem sendo discutido ao longo de toda produção acadêmica.

Quadro 1: Quadro de referencial teórico adotado

Referência do artigo	Título	Contexto	Resultados
<p>Maria Rita Bertolozzi</p> <p>Rosângela Maria Greco</p> <p>Ano: 1996</p>	<p>AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS ATUAIS.</p>	<p>Com necessidade de responder os questionamentos que surgem no cotidiano do ensino acerca da temática sobre as Políticas de Saúde no Brasil, é necessário fazer um resgate histórico acerca do desenvolvimento dessa política, que vai desde o início no período colonial, perpassando pela Nova República, até os tempos atuais. De forma mais ampla, apanhado histórico acerca do processo de criação e estruturação da política de saúde, desde as caixas de aposentadorias até o surgimento do SUS. Incluindo em seu conteúdo praticamente todos os eventos que ocorreram no período de 100 anos. Nesse trajeto é possível compreender que mesmo em pequenos passos, o direito a saúde inicia baseada na assistência e serviços privados até se tornar uma política pública de caráter universalista, com o slogan “direito do cidadão e dever do estado.”</p>	<p>A definição e contextualização da política da saúde através das análises dos autores que compuseram esse artigo mostram o quanto é significativo conhecer a evolução da política pública da saúde e as lutas que foram travadas durante toda sua construção, para garantir o acesso e efetivação desse direito.</p>
<p>Denizi Oliveira Reis</p> <p>Eliane Cardoso de Araújo</p> <p>Luiz Carlos de Oliveira Cecílio</p> <p>Ano: 2010</p>	<p>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: SUS E PACTOS PELA SAÚDE.</p>	<p>Com o embasamento teórico dos autores citados, o artigo estudado traz em seu conteúdo a construção do SUS como Política Pública: avanços e impasses, trazendo para discussão algumas datas que marcaram o caminho da constituição do SUS como a principal política pública de saúde no Brasil. Sendo de importante destaque a Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, Institutos de Previdência Sociais, Conferências Nacionais de Saúde e as Normas Operacionais Básicas, confirmando que as políticas públicas voltadas para a área da saúde, vem sendo criada a passo lentos, mais que de certa maneira garante um resultado satisfatório.</p>	<p>Essa grande linha temporal construída ao longo da discussão do tema saúde se torna ampla e ao mesmo tempo repetitiva, por sempre apresentar o duro trabalho, a batalha que foi travada na construção e garantia do direito ao acesso dos serviços públicos de saúde pelos usuários de maneira gratuita e universal.</p>
<p>Celina Souza</p> <p>Ano: 2004</p>	<p>GOVERNOS LOCAIS E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS UNIVERSAIS.</p>	<p>o presente artigo traz uma análise a respeito das políticas públicas de modo geral, porém, focará na saúde no âmbito municipal. Um dilema que surge e interfere a execução das políticas de forma qualitativa e</p>	<p>Como resultado pelo artigo citado, é possível ver de certa forma o avanço que ocorre pela via da descentralização das políticas públicas, sendo assumida é responsabilizada nas</p>

		<p>quantitativa é a descentralização das esferas em federal, estadual e municipal, além da distribuição de recursos financeiros de maneira desigual correlacionado com a quantidade populacional.</p> <p>A contra partida financeira advinda das outras esferas ainda não é suficiente para suprir a necessidade que existe na oferta dos serviços nas diferentes áreas que no processo de descentralização passaram a ser responsabilidade da gestão municipal, atrelando ao governo federal a tarefa de ser a principal fonte de envio de recursos.</p> <p>Outra problemática abrangida pela autora em seu artigo, está pautada entre as dificuldades de implementação, expansão e provisão dos serviços de acesso universal advindos das políticas públicas federais com responsabilidade do governo municipal, é a desorganização na estruturação das mesmas.</p> <p>Algumas políticas como saúde e educação se mostraram bem sucedidas na sua implementação, apresentando bom atendimento e de maneira receptiva por parte dos usuários, porém, não se é dito a mesma coisa em relação ao saneamento, assistência social e habitação, por apresentarem irregularidades no período que os recursos são repassados, causando uma ineficiência nos serviços e acesso.</p>	<p>seguintes esferas: Federal, Estadual e Municipal. Assim de certo modo, é possível observar que a responsabilidade e necessidade chegam de maneira rápida e gradativa em seu aumento, entretanto, os recursos são limitados para que sejam implementadas de maneira correta e bem aceita diante da população, confirmando que em sua maioria, os municípios e estados não possuem recursos financeiros suficientes para prover, destacando que a união é sempre a fonte de recursos mais importante e ao mesmo tempo irregular no que tange as transferências em períodos regulares.</p>
<p>Jorge Lorenzetti,</p> <p>Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni</p> <p>Luciana Ferreira Cardoso Assuiti,</p> <p>Denise Elvira Pires de Pires,</p> <p>Flávia Regina Souza Ramos</p> <p>Ano: 2014</p>	<p>GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: DIÁLOGO COM GESTORES PÚBLICOS E PRIVADOS</p>	<p>Baseado nos princípios da OMS, os serviços de saúde devem garantir para a população usuária promoção, proteção e recuperação, atendendo as expectativas e garantindo cobertura universal</p> <p>A política pública da saúde é de modo geral a que mais traz preocupação para os gestores sejam eles, do setor público ou privado, ficando atrás apenas do desemprego e renda insuficiente.</p> <p>Destacando isso, está presente seu conteúdo os principais problemas da gestão em saúde no Brasil, partindo do ponto de vista dos gestores escolhidos intencionalmente dentre eles estão dois diretores de hospitais privados de referência e autoridades executivas do SUS um de cada esfera de governo: municipal, estadual e da direção nacional, ressaltado por eles está a desatualização do sistema e a parte carente do financiamento estável que traz em seu contraponto o planejamento e avaliação de serviços. A gestão administrativa em saúde é</p>	<p>Analisar a criação do SUS e dentro dele os diversos programas a exemplo do: Estratégia da Saúde da Família (ESF), o Serviço De Atendimento Móvel De Emergência (SAMU) e as Unidades De Pronto Atendimento (UPA), além da distribuição de medicações gratuitas. Esse foi um grande avanço na ampliação da atenção básica, entretanto o SUS ainda continua dependendo do setor privado para a média e alta complexidade, em virtude da falta de investimento e a precariedade do oferecimento dos serviços.</p> <p>As opiniões citadas pelos gestores entrevistados, trazem um ressaltado para a saúde atribuída em seu nível de atuação municipal e estadual, a exemplo de dizer que está atualizada e avançada, por oferecer recursos limitados, porém, úteis e estratégias avançadas de resultados significativos. Porém, a</p>

		<p>definida como conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo as gerências de redes, esferas públicas, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços. Essa análise tem como relevância a política das ações e serviços de Saúde trazendo mais informações para a sociedade contemporânea e a constatação de que essa gestão de saúde está cada vez mais amparada em estratégias tradicionais vinda dos tempos coloniais, uma administração clássica, fundada na participação de práticas cooperativas interdisciplinares, na qual os trabalhadores e usuários atuam como sujeitos ativos permanecendo no desafio,</p>	<p>nível nacional, na opinião dos entrevistados está defasada, por apresentar uma série de problemas que interferem no oferecimento e na qualidade dos serviços e ações atribuídas ao SUS.</p> <p>Pouco investimento, falta de profissionais capacitados para gerenciar, alta rotatividade de gestores, a dificuldade de atuação em modelos de gestão não tradicionais, dentre outras problemáticas, põem em risco a autonomia do SUS no que se refere a universalidade e igualdade de acesso.</p>
<p>Aldaiza Sposati Elza Lobo</p> <p>ANO: 1992</p>	<p>CONTROLE SOCIAL E POLITICAS DE SAUDE</p>	<p>O controle social faz parte da Política da Saúde através dos órgãos, conselhos de saúde, comissões, conferências e audiências, compostos por profissionais de diversas áreas e instâncias e pela população em geral que compõem a sociedade civil</p> <p>Para legalizar e validar essas instâncias e órgãos, existem os dispositivos constitucionais, a exemplo da: Constituição Federal de 1988 e diversas leis como a LOA Municipal, a Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.</p> <p>Entretanto existe uma problemática que permeia toda essa explicação, colocar o usuário como cliente e ao mesmo tempo destacar os entraves ao buscar o acesso aos serviços.</p> <p>A polêmica situação e opinião que circula dentre o atendimento e o acesso aos serviços é que as decisões são tomadas para que interesses dos que possuem mais influências sejam atendidos.</p> <p>O processo de transformação da sociedade, é também o processo de transformação dos problemas de saúde e sanitários. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo tema 'Democracia é Saúde' e constituiu um fórum de luta para a descentralização do sistema de saúde e a implementação de políticas sociais que defendiam e cuidavam da vida (Conferência Nacional de Saúde, 1986). As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziu mudanças significativas na vida na sociedade.</p>	<p>Em resumo, o controle social atrelado a Política Pública de Saúde e sua gestão de serviços, com um objetivo de garantir, oferecer e fiscalizar o oferecimento integral e acesso aos serviços ofertados nas unidades, que tem atendimento ao público gratuito pela via do SUS Sistema Único De Saúde. Entretanto é facilmente comprovado que na prática isso não anda sendo cumprido causando inúmeros problemas para os usuários quem sua forma de resolver a problemática acaba por judicializar o acesso aos serviços de forma rápida já que pelo SUS tudo tende a demorar um longo período na fila de espera.</p>

5. DISCUSSÃO

Ao realizar o estudo e observações necessárias com auxílio dos conteúdos produzidos pelos autores citados ao longo da produção textual, foi possível identificar que o contexto histórico de criação da política da saúde, é descrito quase sempre da mesma forma, apresentando em suas linhas de discussão uma gestão fragilizada que por vezes retrocedeu no processo de expansão de órgãos que pudesse trazer um sistema de saúde com maior qualidade e opções na oferta dos seus serviços para os usuários.

Advindo do período colonial, no qual o sistema de saúde era inexistente, com a finalidade apenas de controlar surtos pontuais de doenças infectocontagiosas que existiam naquela época. Iniciando a primeira República, destacando o ano de 1923 com a Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, seguido dos Institutos de Aposentadorias e Pensões em 1932, Instituto de Previdência Social em 1965, dando um passo mínimo em destino ao início da ideia de construção da política de saúde.

Foi observado que no período de 1941 a 1980 ocorreram sete conferências nacionais de saúde, no qual apresentavam em sua programação assuntos básicos, tais como: inserção de cuidados paliativos, controle de epidemias e endemias que surgiam, cuidados maternos, dentre outros.

Até que em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ideias iniciais que se tornaram pontos cruciais na criação do SUS, quatro anos depois (1990). Nesse mesmo período de marco temporário ocorreu a promulgação da Constituição Federal de 1988, que em seu “art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, abrindo espaço para que finalmente em 1990, criasse o SUS- Sistema Único de Saúde.

E advindo disso, o SUS traz em seu aparato legal as Leis de nº8.080 de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. E a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que traz a inserção da participação da comunidade pela via dos conselhos municipais e outras formas de controle social, além da descentralização no oferecimento de recursos e serviços nas três esferas de poderes (federal, estadual e municipal).

Destacando como problemática, é a descentralização das responsabilidades nas esferas de gestão e a distribuição de forma incorreta dos recursos destinados ao

suprimento de gastos provenientes dessa política, tornando insuficiente essa contrapartida advinda das esferas federais e/ ou estaduais.

A finalidade de promover maior eficiência e eficácia na política da saúde, melhores condições de atendimento e acessibilidade, diante da importância e preocupação na qualidade dos serviços ofertados na área, mesmo que a curtos passos, esses entraves que vieram sendo colocados no avanço da saúde enquanto política pública, foram sendo derrubados através das movimentações de profissionais que tinham vastas experiências de atuação na área e uma visão futura de universalidade de acesso aos serviços hoje ofertados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contextualizar sobre a política de saúde, é interessante observar que desde o período colonial já existia uma ideia do que seria assistência a saúde, que no decorrer do tempo, foi sendo aprimorada trazendo para sua estrutura de funcionamento uma implementação de serviços ofertados com a finalidade de atender a população e as necessidades decorrentes de cada período histórico, a exemplo das epidemias e endemias, além da assistência materna, dentre outros serviços.

Apesar dos problemas com a descentralização de responsabilidades e financiamento precário, nos anos atuais o SUS é considerado exemplo de sistema de saúde com atendimento gratuito e acesso universal, suprimindo em sua maioria a demanda que está sendo levada pela população para suas redes de atendimentos, além de trazer a expansão de locais para atendimentos primários, de média e alta complexidade.

Conclui-se que nessa discussão diante da importância que tem as políticas públicas de saúde, é necessário observar acerca da criação e implantação das políticas públicas destinadas a área da saúde, visando que um melhor dimensionamento vem firmando-se no que diz respeito a efetivação do direito do cidadão e garantia de acesso aos serviços do sistema públicos, trazendo uma experiência exitosa e resolutiva para todos, mesmo diante dos entraves e burocratização que circulam dentro dos órgãos municipais.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. / O. / O.-M. **Lei no 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)** | Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saudeus> acessado em 29 de setembro de 2023

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 30, n. 3, p. 380–398, dez. 1996.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

Downloads | ABNT. Disponível em: <<https://www.abnt.org.br/downloads/>>. Acesso em: 8 out. 2023.

HADDAD, J. et al. **Ministro da Saúde.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.pdf>. Acessado em 22 de setembro de 2023

LORENZETTI, J. et al. Artigo Original -417 -Texto Contexto Enferm. v. 23, n. 2, p. 417–442, 2014.

OLIVEIRA, D. et al. **Módulo Político Gestor Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. acessado em 13 de setembro de 2023

SOUZA, C. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais.** São Paulo em Perspectiva, v. 18, n. 2, p. 27–41, jun. 2004

SPOSATI, A.; LOBO, E. **Controle social e políticas de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 8, n. 4, p. 366–378, dez. 1992.

Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acessado em 19 de setembro de 2023.