

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE

MARCIO LUCIO BARBOSA DA COSTA

O SUS FRENTE À CRISE FINANCEIRA

Belo Horizonte

2019

MARCIO LUCIO BARBOSA DA COSTA

O SUS FRENTE À CRISE FINANCEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas
da Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública no Setor de Saúde.

Orientador: Prof. Ms./ Dr. Thiago Schieber

Belo Horizonte

2019



Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas

1 Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor (a) Márcio Lúcio Barbosa da Costa, REGISTRO N^o 2017759818. No dia 07/05/2019 às 18:20 horas, reuniu—se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública , para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "O SUS FRENTE CRISE FINANCEIRA" requisito para a obtenção do Título de Especialista . Abrindo a sessão, o (a) orientador (a) e Presidente da Comissão, Tiago Alves Schieber de Jesus, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao (à) aluno (a) para apresentação de seu trabalho . Seguiu—se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do (a) aluno (a) . Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do (a) aluno (a) e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

() APROVADO

(K APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA

FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

() NÃO APROVADO

64 pontos (sessenta e quatro) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao (à) aluno (a) pelo (a) orientador (a) e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o (a) Senhor (a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 07/05/2019.

Prof. Tiago Alves Schieber de Jesus
(Orientador (a))

Prof (a) . Simone Evangelista Fonseca

Prof (a) . Neiva dos Santos Andrade

Universidade Federal de Minas Gerais



2 Faculdade de Ciências Econômicas

Departamento de Ciências Administrativas CURSO de Especialização em Gestão PÚBLICA no Setor da Saúde

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Modificações exigidas no TCC do (a) aluno (a) Márcio Lúcio da
Barbosa da Costa número de matrícula 2017759818.

Modificações solicitadas:

Aprimorar a introdução desenvolvendo o contexto
do desenvolvimendo da eise. Fundamentar
melhor sobre os problemas do SUS.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas
pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o (a) orientador (a)
responsável pela correção final.

(Orientado
(
Assinatura

Prof (a) . Tiag
3 Ives Schieber
de Jesus

no (a) : Márcio Lúcio Barbosa da
Costa

Atesto que as Interações exigidas (x) Foram Cumpridas
() não foram cumpridas

Belo Horizonte, de

Professor Orientador n

11110

de

2019



ra

SUMÁRIO

1.Introdução.....	11
2 Referencial teórico.....	15
2.1Historico da saude no Brasil de 1923 a 1988 ano de criação do SUS.....	15
2.2Competências das 3 esferas de governo	17
2.3 Participação da população no Controle Social	18
2.4 Percepção da população sobre o serviço publico da saúde	20
2.5 Redução de financiamentos e seus impactos no SUS	22
2.6 Necessidades de preparar gestores focados na redução, de custos, inovação e melhoria no atendimento ao usuários do SUS	24
3. Metodologia.....	27
4. Análise de resultados.....	29
5 Considerações finais.....	31
5 Referências	34

Resumo

Este artigo busca identificar as perspectivas para o Sistema Único de Saúde (SUS) frente à crise financeira que acomete o Brasil e os reflexos possíveis para manter o tratamento de saúde ao usuário em conformidade com a constituição federal. Abordado as esferas de governo e suas atribuições no tocante ao SUS, retratado os efeitos da Emenda Constitucional (EC) 95 para o financiamento futuro da Saúde, e a necessidade de políticas públicas que fortaleçam os entes federados na defesa do SUS.

Demonstrado o papel do controle social no auxílio a formulação de políticas públicas. Com necessidade de cursos de formação de conselheiros na saúde para melhoria do Controle Social. Foi traçada uma linha histórica do ano de 1923 até a data da criação do SUS, o qual tem como principio a saúde como direito de todos os habitantes nos pais e dever do Estado promover a saúde, como exemplo bem estar físico, mental, moradia e trabalho.

Foram utilizadas como fontes bibliográficas pesquisa do IBGE, artigos acadêmicos relacionados ao tema, além de livros e periódicos, sendo uma metodologia descritiva e qualitativa, que possibilitou a percepção da saúde pública no Brasil até concretização legal do SUS. Demonstrou o reconhecimento de que o SUS é uma das melhores políticas públicas voltadas para a saúde, e de que a população reconhece que a saúde tem melhorado ao longo dos anos e que precisa avançar ainda mais. Reconheceu a necessidade de gestores públicos preparados para bom atendimento aos usuários do SUS

Palavras-chave: SUS , Histórico da Saude, Controle Social.

Abstract

This article seeks to identify the perspectives for the Unified Health System (SUS) in the face of the financial crisis that affects Brazil and the possible reflexes to maintain the health treatment to the user in accordance with the federal constitution. Addressed the spheres of government and their attributions regarding the SUS, portrayed the effects of Constitutional Amendment (EC) 95 for the future financing of Health, and the need for public policies that strengthen the federated entities in defense of SUS.

It demonstrated the role of social control in helping to formulate public policies. Need training courses for health counselors to improve social control. A historical line was drawn from the year 1923 until the date of the creation of the SUS, whose principle of health is the right of all inhabitants of the country and the duty of the state to promote health, such as physical, mental, work.

It was used as bibliographic sources a research of the IBGE, academic articles related to the subject, besides books and periodicals, being a descriptive and qualitative methodology, that made possible the perception of the public health in Brazil until legal concretion of SUS. It has demonstrated the recognition that the SUS is one of the best public policies for health, and that the population recognizes that health has improved over the years and needs to go even further. He recognized the need for public managers prepared for good service to SUS users.

Keywords SUS. Health History. Social Control..

3 Introdução

Com a criação legal do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, no ano de 1988, todo cidadão residente no país passou a gozar do direito à saúde universal e gratuita, provida por recursos oriundos dos governos – federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal – de acordo com os artigos 195, 196 e 198 da Constituição Federal Brasil (CF). Tais artigos legislam sobre a seguridade social que deve ser financiada, de maneira direta ou indireta, por toda a sociedade, mediante recursos provenientes dos orçamentos de todos os entes federados, a fim de garantir que a saúde seja um “direito de todos e um dever do Estado”. Sendo assim, no SUS, as ações de saúde que compõem o sistema, integram uma rede regionalizada e hierarquizada, conforme a complexidade de atenção, tendo por base os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A Constituição Federal regulamenta que as ações dos serviços públicos de saúde que constituem essa rede, sejam organizadas sob as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade” (BRASIL, 1988). Fazem parte do SUS os hospitais públicos e universitários, postos de saúde, hemocentros, serviços de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental e, também, fundações e institutos de pesquisa, que atuam “mediante políticas sociais e econômicas [visando a] redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para [a] promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) da saúde dos indivíduos.

Compreendendo um modelo de atenção à saúde no qual essa é observada, não apenas como a falta da doença, mas como qualidade de vida ou seja, bem estar social, emocional e boa disposição do corpo – o Sistema propõe modificações no modelo de planejar, estabelecer bases e gerir ações e serviços de saúde no Brasil. O princípio da integralidade parte do entendimento de que as pessoas têm o direito de serem assistidas no conjunto de suas necessidades e, também, que os serviços de saúde devem estar estruturados de maneira que ofereça todas as ações, ampliadas pelo conceito de atenção integral. Isso inclui ações sobre o desenvolvimento da qualidade da ambiência e do atendimento ao usuário.

Ao reconhecer a saúde como direito, a Constituição Federal de 1988 motivou a ampliação ao acesso a serviços médicos públicos, principalmente aos mais necessitados (MARTINS, 2018). Embora apresente defeitos, o SUS conseguiu reduzir deficiências anteriormente existentes nas políticas públicas voltadas à saúde. No entanto indaga-se: as

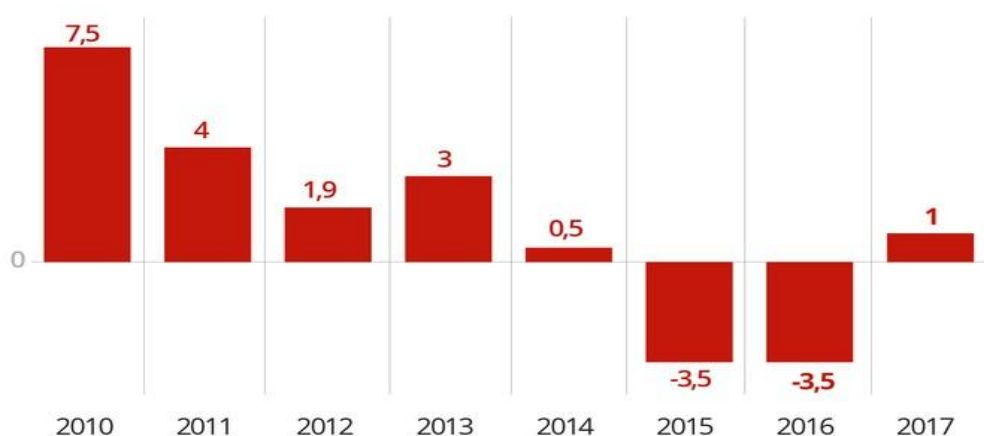
políticas públicas voltadas à saúde aplicadas ao SUS tem surtido o efeito esperado de acordo com a Carta Magna?

O objetivo geral da presente pesquisa é avaliar os efeitos das políticas públicas voltadas ao SUS após sua criação – em conformidade com as diretrizes de descentralização, atendimento integral, e participação da comunidade – e as possibilidades de sua manutenção frente à redução dos recursos destinados à saúde pública impostos por políticas adotadas no momento de crise financeira no país, iniciada em 2014 e ainda com reflexo nas ações estatais austeras que visam a retomada do crescimento financeiro nos países.

Mas o que vem a ser crise financeira? Na descrição proposta por Silva (2016) o conceito de *crisis* (âmbito econômico), é explicado como “grave desequilíbrio conjuntural entre a produção e o consumo, acarretando aviltamento dos preços e/ou da moeda, onda de falências, desemprego, etc” (SILVA, 2016, p. 92).

EVOLUÇÃO DO PIB

Ano a ano, em %



FONTE: IBGE



Infográfico elaborado em: 01/03/2018

Figura 1 - Evolução PIB 2010 a 2017

Fonte: Disponível em <

Segunda a pesquisadora Fabiana da Mata (2018) “a preocupação com o financiamento da saúde não é uma questão exclusiva do Brasil, mas de todos os países, até mesmo daqueles que não contam com um sistema público e universal” (MATA, 2018, p.1). Isso porque, a saúde dos cidadãos tem relação direta com o desempenho econômico local,

pois a essa “influencia na produtividade do trabalho, o que, conseqüentemente, impacta o crescimento e o desenvolvimento econômico” (MATA, 2018, p.1).

De acordo com os pesquisadores Luiz de Paula e Manoel Pires (2017) o Brasil vem experimentando uma significativa queda a economia nos últimos anos. Para os autores a “economia brasileira, após um período de expansão (2004 – 2013), em que a taxa de crescimento média foi de 4,0% a.a., acompanhado por um processo de melhoria na distribuição de renda e na pobreza” (PAULA; PIRES, 2017, p.125), teve uma queda abrupta a partir de 2014, sofrendo uma recessão entre 2015 e 2016, chegando a uma taxa negativa de crescimento do PIB (-3,5%) nos anos 2016 e 2017, segundo dados do IBGE (2018) conforme demonstra o gráfico (FIG 1), (SILVEIRA; GAZZONI, 2018,). De dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, segundo dados do IBGE, a soma dos funcionários que perderam seus empregos – incluindo servidores da área burocrática, da educação, saúde e serviços sociais – somam 574 mil pessoas (BÔAS, 2019,).

No SUS muitos são os impactos sofridos pela crise. Para cumprir o que determina a lei será necessário que os entes federados compensem os recursos que deixaram de ser alocados pela União. (VIEIRA 2016). No entanto, os estados e municípios não tem a capacidade de absorver a redução dos investimentos federais, sendo assim o congelamento do financiamento federal afeta diretamente o funcionamento do sistema, segundo Ministério da Saúde.

A fim de cumprir o objetivo geral desse trabalho foram delineados os seguintes objetivos específicos: 1) Descrever as principais características do SUS; 2) Listar as principais políticas adotadas para sua criação; 3) Demonstrar a participação popular pelo controle social; 4) analisar as conseqüências da perda de financiamento para o SUS; 5) Mostrar a necessidade de preparar gestores focados na redução de custos e melhoria no atendimento ao usuário do SUS. Para viabilizar a hipótese que as políticas públicas adotadas na saúde não estão cumprindo satisfatoriamente o que determina a CF, foi realizada pesquisa de finalidade básica estratégica, com objetivo descritivo, com abordagem qualitativa realizada sob procedimentos bibliográficos.

O trabalho se justifica, tendo em vista o fato de que a crise financeira que afeta o país poderá trazer dificuldades financeiras para manutenção de todos os serviços que são atribuídos ao governo pela CF. Partindo da hipótese de que as estratégias adotadas pelo governo para manter a continuidade e melhorias para o SUS restaram infrutíferas, já que tais políticas públicas não surtiram os efeitos esperados, por não atenderem às demanda da

população integralmente e não cumprirem a totalidade as diligências, no tocante à saúde conforme descrito na CF.

Como será demonstrado no grande numero de ações judiciais para garantir acesso a medicamentos e tratamentos pelo SUS, conclui que os objetivos são atendidos, a pergunta foi respondida e houve a confirmação da hipótese, Isso indica que se fazem necessárias adoções de políticas publicas que atendam a crescente demanda dos usuários do SUS, qualificação de gestores públicos para se adequem à nova realidade financeira do país, mantendo as diretrizes do SUS conforme a Constituição Brasileira ordena. Para Paim (2018) “a falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016)” (PAIM, 2018, p.1724).

Na seção 2.1 é descrito um breve relato da historia da saúde entre os anos 1923 a 1988 antes e da criação do SUS. A seção 2.2 objetiva a verificação das condições de implantação do SUS, considerando-se as competências das esferas de governo. A seção 2.3 trata do controle social, através da participação popular. A seção 2.4 demonstra a participação e percepção do usuário sobre o serviço público de saúde. A seção 2.5. relaciona a políticas publica adotadas no financiamento do SUS. E a seção 2.6 aponta a necessidade de preparar gestores para nova realidade financeira do país com ideais de mudanças e inovações focando reduzir custos e melhorar o processo de trabalho.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – HISTÓRICOS DA SAÚDE NO BRASIL DE 1923 A 1988 ANO DE CRIAÇÃO DO SUS

No ano de 1923, o seguro social despontou no Brasil, a partir da publicação da Lei nº 4.682, de autoria do deputado Eloy Chaves, pelo presidente Artur Bernardes. Através dessa lei, estabeleceu-se o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), constituído por grandes empresas – públicas e privadas – que possuíam administração específica para de seus recursos, composta por um conselho formada por representantes dos empregados e das empresas. Além de assegurar o direito à aposentadorias e pensões, a Lei Eloy Chaves, também previa o direito dos trabalhadores à serviços funerários e médicos e atendiam majoritariamente trabalhadores do ramo ferroviário, marítimo e dos estivadores (SILVA, 2012).

Em 1926, foram estabelecidos os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que reunia trabalhadores de um ofício específico ou um setor de atividade.

Em 1926 foram estabelecidos os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), reunindo o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. Os IAP's utilizaram o mesmo modelo da Itália, sendo cada categoria responsável por um fundo. (SILVA, 2012 Em 1930, através da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que tinha a missão de dirigir a previdência social, o conjunto previdenciário deixou de ser gerido por empresas, passando a ser gerenciado por setores profissionais de esfera nacional.

Em 1960, foi criada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social a Lei nº 3.807, Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), sendo vista como uma das normas previdenciárias importantes da época, definindo a uniformização da previdência social. Esta lei agregou critérios que permitiram a ampliação de benefícios à trabalhadores da época, tais como: os auxílios natalidade, funeral, reclusão e a assistência social. Em 1963 a Lei nº 4.214, criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

De 1964 a 1985 segundo pesquisadores Carlos Paiva e Luiz Teixeira (2014) pode se considerar que “ao mudar as regras que faziam operar o sistema político e gerar fontes de capital político que se situava no interior da cúpula das forças armadas, a longa ditadura militar acabou por imprimir importante efeito desorganizador na vida política nacional” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17,18).

A criação do INPS, no ano de 1966 propiciou a união dos diversos beneficiários. Na dimensão em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era prontamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, houve aumento de recursos financeiros capitalizados. O fato da expansão da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década fez com que o sistema acumulasse fundos financeiros (SILVA, 2012).

Por meio da Lei nº 6.439, em 1977 foi criado o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), que tinha por finalidade de agrupar as atividades de previdência e assistência social, assistência médica e de gestão administrativa, financeira e patrimonial das entidades vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Os entes federados teriam como função o planejamento constituído de criação e realização de serviços de saúde em apoio às atividades dos municípios, e a esses, caberia a manutenção desses serviços, especialmente os de pronto-socorro e vigilância epidemiológica. A atividade do setor privado atenderia sob contratos com a previdência social e sua fiscalização, apesar de seus entraves, a chamada Lei do SNS pode ser reconhecida como um pequeno avanço. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aprovado no dia 24/08/1976, pelo o Decreto nº 76.307, foi criado com linhas de ação preparadas para esse propósito.

Para Finkelman (2002) o programa foi estendido às demais regiões a partir de 1979, sinalizando um momento importante de mudança na forma de atuação da previdência, que até então atuava de forma direta, através de sua própria rede de atendimento – concentradas nos grandes centros do país – e de forma indireta – por meio de contratos com a rede privada. Nesse momento, o INPS, com o PIASS, expande sua atuação indireta formalizando convênios com Secretarias de Saúde locais (MERCADANTE, 2002, p.245).

Em 1982, foi criado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, que seguia orientações como: “prioridade para a atenção primária, a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e redução da capacidade ociosa do serviço público” (MERCADANTE, 2002, p.247).

Em 1984, houve a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que fortaleceram a atuação da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde (CIPLAN) na área federal, e estimularam “a criação de Comissões

Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regionais estaduais de saúde e dos municípios” (MERCADANTE, 2002, p.247). O advento, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) – evento fundamental para a democratização do setor – além de ampliar a atuação de outras seções técnicas, em especial da previdência social, também incluiu a representação dos usuários dos serviços de saúde (MERCADANTE, 2002).

O relatório final da VIII CNS, foi usada como base, em 1988, para que os deputados constituintes elaborassem o artigo 196 da Constituição Federal. A partir desse momento a saúde pública ganhou novos rumos com a criação do SUS. As instâncias de Controle Social, também foram criadas a partir dessa constituição, a fim de estabelecer uma democracia participativa, no âmbito da saúde a Lei nº 8.142, criada no dia 28 de dezembro de 1990, estabeleceu as Conferências e os Conselhos de Saúde, como instâncias Controle Social.

Nesse sentido, nota-se que a VIII CNS teve papel importante para a que o SUS se torna-se realidade a partir da CF e da Lei 8080/1900 que o instituiu. Esse foi um marco importante para a população brasileira, que passou a gozar do direito de uma educação pública, gratuita e de qualidade, tendo como princípios norteadores de sua promoção a universalidade, integralidade e equidade, através de um sistema organizativo em rede e da participação popular.

2.2.- COMPETÊNCIAS DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO.

De acordo com a lei 8080/90, art. 8º e 9º, as ações e serviços realizados pelo SUS devem ser regulados de forma regionalizada e classificados, em níveis de complexidade crescente. Em relação à gestão da política da saúde, sob liderança única por parte do Governo, as ações devem ser expandidas pelos seguintes órgãos: Governo federal pelo Ministério da Saúde, no âmbito estadual pela Secretária de Saúde ou órgão equivalente e nos municípios pela Secretária Municipal de Saúde ou órgão equivalente a este. E sua implantação requer destes governos atuação de forma articulada e integralizada com papéis e responsabilidades definidos.

A tentativa de disciplinar as ações governamentais, estabelecendo formalmente, a cada esfera do governo, suas atribuições, não foi suficiente para que essas desempenhassem facilmente seus papéis. Segundo Barbosa *et al* (2016) nesses casos, em busca de atender as suas necessidades de sobrevivência, as instituições de saúde acabam por dimensionar funções e atividades, ajustando suas competências e os recursos disponíveis, à sua capacidade

operacional e à cultura interna, a fim de satisfazer, em primeiro lugar, os mais variados grupos de interesse que estão em constante articulação em seu interior. Desse modo, na tentativa de equilibrar as atribuições definidas na Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8080/90, cada integrante do SUS passou a ter suas responsabilidades vinculadas à modalidade de gestão assumida de forma incipiente, parcial e semiplena.

De acordo com a Lei 8.080/90 compete à União, dentre outras atribuições na área da Saúde, criar e analisar políticas de nutrição e alimentação, implementar e desenvolver políticas públicas de saneamento básico e de controle à degradação do meio ambiente, e fiscalizar condições e ambientes de trabalho e promover o cuidado à saúde do trabalhador. Cabe também à União, definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, vigilância sanitária e epidemiológica e também laboratórios de saúde pública.

Cumprir aos estados: promover a separação dos serviços e das ações de saúde, acompanhar, supervisionar e avaliar as redes do SUS, dar apoio técnico e financeiro aos municípios. Cabe ao estado também, praticar, de maneira complementar, ações e serviços de saúde, tais como vigilância sanitária e epidemiológica, alimentação, nutrição e saúde do trabalhador. Já aos municípios, cumprir elaborar, controlar, efetuar e gerir as ações e os serviços públicos de saúde; participar da programação e organização da rede local classificada do SUS, junto ao governo estadual; envolver-se diretamente no controle e análise das ações referentes as condições dos ambientes de trabalho; e realizar tarefas de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, de alimentação, saúde do trabalhador e saneamento básico.

A lei 8.080/90, trouxe aos usuários o Controle Social como forma de se pensar o SUS numa perspectiva diferente das visões políticas e de gestores como meio de participação popular em prol da saúde, unindo a sociedade e as esferas de governo numa maneira inovadora de se pensar em saúde pública.

2.3 – PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO: O CONTROLE SOCIAL

BRASIL. Decreto de lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990) que cede direito à população de participar da gestão do SUS e dispõe sobre “as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”) inicia o Controle Social, com

estruturas organizacionais de participação da sociedade civil, mediante Conselho de Saúde. A lei prevê que devem atuar as

“instâncias de consulta e deliberação cidadãs, especialmente por meio de conselhos de políticas públicas nos três níveis do Executivo (Federal, Estadual e Municipal). Além disso, o controle social pode ser exercido fora dos canais institucionais de participação, pela população em geral, acompanhando as políticas públicas em todos os níveis da federação.” (BRASIL,1990,)

Nesse sentido, a participação popular, nos conselhos, em relação aos demais componentes do conselho, é fundamental para o controle e fiscalização das ações do SUS no país.

Os entes federados instituíram em suas estruturas organizacionais, canais de participação da sociedade civil, via Conselho de Saúde, que são órgãos colegiados de caráter decisório formados por: representantes dos usuários, de profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e do governo. Os conselheiros devem ser orientados por meio de instrumentos que regulamentam suas ações, tais como as reuniões regulares, as votações dos membros e outros possíveis encaminhamentos próprios das atividades dos conselhos. Além disso, formulam estratégias que atuam na supervisão e controle das execuções das políticas de saúde, na instância correspondente, “inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (Brasil ,1990).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde (Brasil ,1990). Os conselhos serão regidos por um conjunto de normas específicas, aprovadas pelos membros e a representação dos usuários será paritária em relação à participação de representantes dos outros segmentos.

Segundo as pesquisadoras Maria Crevelim e Marina Peduzzi “o controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, e suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação” (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p.326). Torna-se importante saber como a população “avalia o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento” (RONZANI; SILVA, 2008, P .26).

Outro dificultador da participação social no SUS, é a falta de um processo de formação específica e efetiva para os membros do conselho, o que se coloca como um recurso negativo afetando o empoderamento dos conselhos. Principalmente, porque a educação e formação dos cidadãos, figura com um dos mais importantes instrumentos que possibilita a mudança de um modelo de democracia representativa, para um novo modelo onde existe um exercício ativo da cidadania, onde os indivíduos tem consciência e assume seu papel no controle social. “No entanto, o que se observa é que a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude. Contribui para isso a falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigí-los” (ROLIM *et al.*, 2013, p 145),

2.4 – PERCEPÇÕES DO USUÁRIO SOBRE O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

A fim de mudar o vigente e hegemônico modelo de saúde pública centrado na doença, e também de consolidar o SUS, no ano de 1994 o Ministério da Saúde propões aos municípios a criação do Programa de Saúde da Família, conhecido hoje como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse programa nasce com o propósito principal de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (SANTANA; CARMAGNANI, 2001, p.34). As ações baseadas no programa desenvolvem-se sob a perspectiva de priorizar a promoção e proteção da saúde dos indivíduos e das famílias, oferecendo de maneira integral e continuada, o atendimento e acompanhamento para adultos, crianças e idosos, doentes ou sadios. Em detrimento da perspectiva que visava o desenvolvimento das ações de saúde pública centradas na doença e nos atendimentos hospitalares (PINTO, 2018).

De acordo com Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) o SUS, apresenta algumas instabilidades, que são reconhecidas por seus usuários, tais como: características de ineficiência no atendimento dos médicos, atraso entre a marcação e a consulta com o médico especialista, além do número insuficiente de profissionais para os atendimentos. Apesar dos esforços concentrados para padronizar este atendimento, este cenário se mantém, de acordo com pesquisas realizadas pelo IPEA no Sistema de Indicadores e Percepção Social (9 de fevereiro de 2011).

Os resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, demonstram o descontentamento dos muitos usuários em relação a diversos aspectos do atendimento realizados pelo SUS. Os dados colhidos pelo IBGE ano 2013, apontam que 1,432 milhões de pessoas não conseguiram ser atendidas na primeira vez que buscaram atendimento no SUS. De acordo com a PNS:

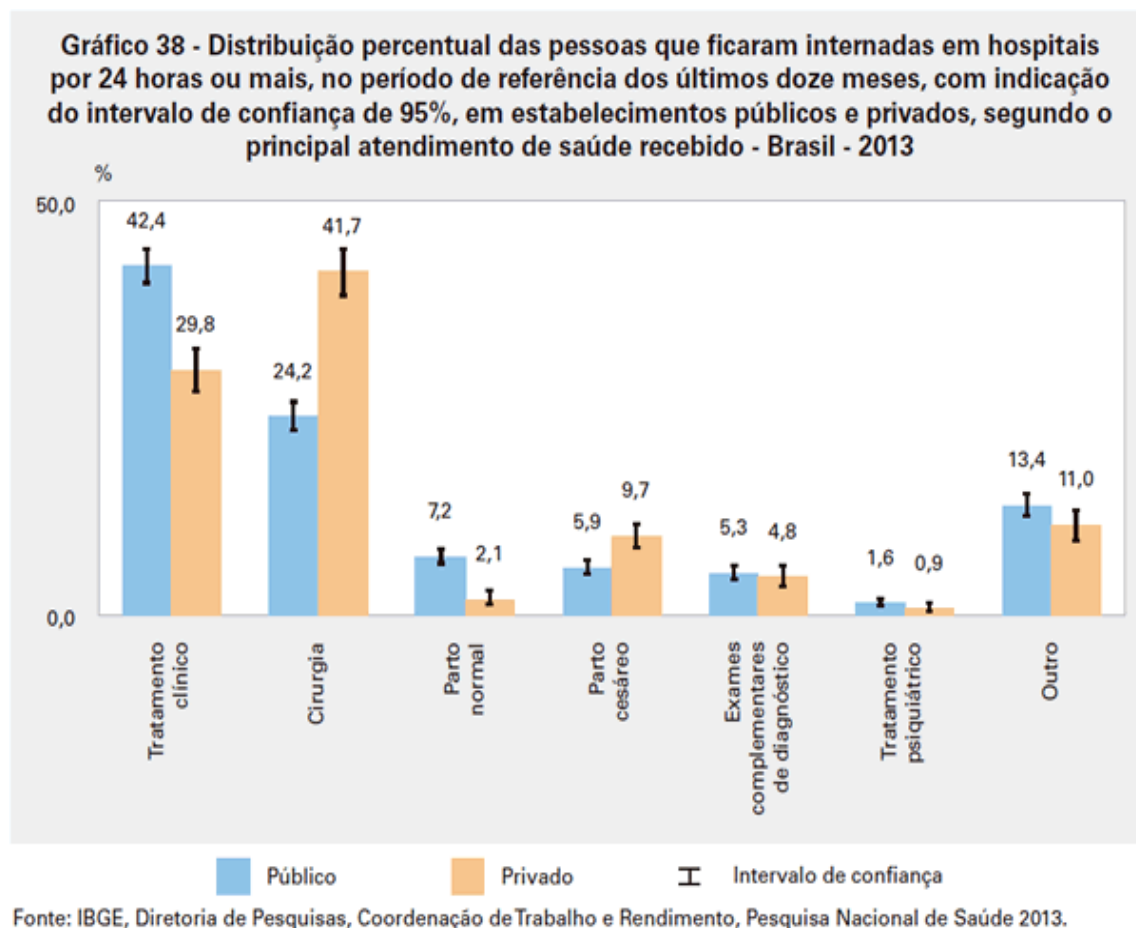


Figura 2 gráfico - representativo complexidade atendimento SUS

Fonte disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/10138-pns-2013-tres-em-cada-quatro-brasileiros-costumam-buscar-atendimento-medico-na-rede-publica-de-saude>, Acesso em 19 abril 2019.

Como demonstrado pelos dados do PNS 2013, a população que usa o SUS quase 48% são atendidas nas redes básicas de saúde, o que demonstra que maioria dos atendimentos é de baixa complexidade. Tendo a ESF como porta de entrada, a fim de promover a saúde e prevenção de doenças, demonstra que as políticas de saúde, adotadas antes do SUS, precisavam ser modificadas.

Dados obtidos no estudo Demografia Médica no Brasil 2015, realizado pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) deixam claro

que outra fraqueza constatada no SUS foi a má distribuição dos médicos. Essa situação, que vem sendo tratado por programas como o Mais Médicos, persiste pela carência em algumas especialidades, pesquisas realizadas em 2015, por exemplo, demonstraram que cerca de 41% dos médicos em atividade no Brasil não possuem títulos de especialista (DEMOGRAFIA MÉDICA 2015), contribuindo assim com a demora em atendimento a quem necessite destas consultas específicas.

2.5 – REDUÇÕES DE FINANCIAMENTO E SEUS IMPACTOS NO SUS

Segundo Carvalho (2013), em 1997 o gasto federal com saúde eram R\$ 294,00 por habitante e em 2003 o valor caiu para R\$ 234,00, o prejuízo vem se acumulando e será necessário um tempo para reverter o dano. Este desfinanciamento reflete nos serviços de saúde oferecidos à população como um todo (recursos humanos, materiais e tecnológicos).

Para Tobaldini (2012) a Desvinculação de Receitas da União (DRU) que foi criada em 2009, e que pretende ser ampliada pelo Governo Federal até 2023, estabelece que 30% dos recursos suplementares – não apenas no caso da seguridade, mas também no caso da educação – passassem para o orçamento fiscal, permitindo, dessa forma, que o governo os administre e os empregue para qualquer fim. Estima-se que a desvinculação de recursos retirou, entre 2000 e 2007, o valor de 278,4 bilhões da Seguridade Social, corrigidos pelo IGP-DI, retirando recursos da seguridade e conseqüentemente do SUS.

A PEC [87/2015] aumenta de 20% para 30% a alíquota de desvinculação sobre a receita de contribuições sociais e econômicas, fundos constitucionais e compensações financeiras pela utilização de recursos hídricos para geração de energia elétrica e de outros recursos minerais. Por outro lado, impostos federais, como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e o Imposto de Renda (IR), não poderão mais ser desvinculados. (DRU, 2015, .),

Outro meio de retirada de financiamento do SUS foi a Emenda Constitucional (EC) 95, que, encaminhada pelo governo em vigência para o legislativo, tinha por objetivo, através de um enrijecido controle de gastos, possibilitar uma estabilidade das contas públicas. Essa Emenda, determinava que, as despesas federais, estariam limitadas à um Teto de Gastos, e só poderiam aumentar em conformidade com os índices de inflação acumulada, em acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidos Amplo (IPCA).

Para o ano de 2017, por exemplo, que foi o primeiro ano de vigência da PEC Teto dos Gastos, o limite definido como teto foram os gastos empenhados na despesa primária paga no ano de 2016, aplicando-se a correção de 7,2%, correspondente à inflação prevista para o ano. Esse regime de contas, passou a valer para o orçamento fiscal e da seguridade social, e também para todos os órgãos componentes dos Poderes. Em caso de descumprimento ao teto por algum órgão, esse ficará impedido, no ano posterior, de dar aumentos salariais, fazer a contratação de novos funcionários, ou mesmo de ceder inventivos fiscais – para o caso de órgãos componentes do executivo.

A partir do décimo ano da vigência desta lei, os presidentes da República, que estiverem ocupando o cargo, poderão enviar ao Congresso Nacional um projeto de lei complementar, revendo os critérios da lei, uma vez a cada mandato. As regras da EC 95 não permitem o crescimento das despesas totais e reais, pois com esta nova regra o que ocorre é somente a reposição do financiamento público em relação ao ano anterior não se levando em conta o crescimento da populacional. A população do país poderá crescer significativamente nos próximos anos conforme demonstra a figura 2, ou seja, haverá mais pessoas utilizando o SUS, porém a verba destinada a sua manutenção não irá acompanhar o crescimento populacional estimado.

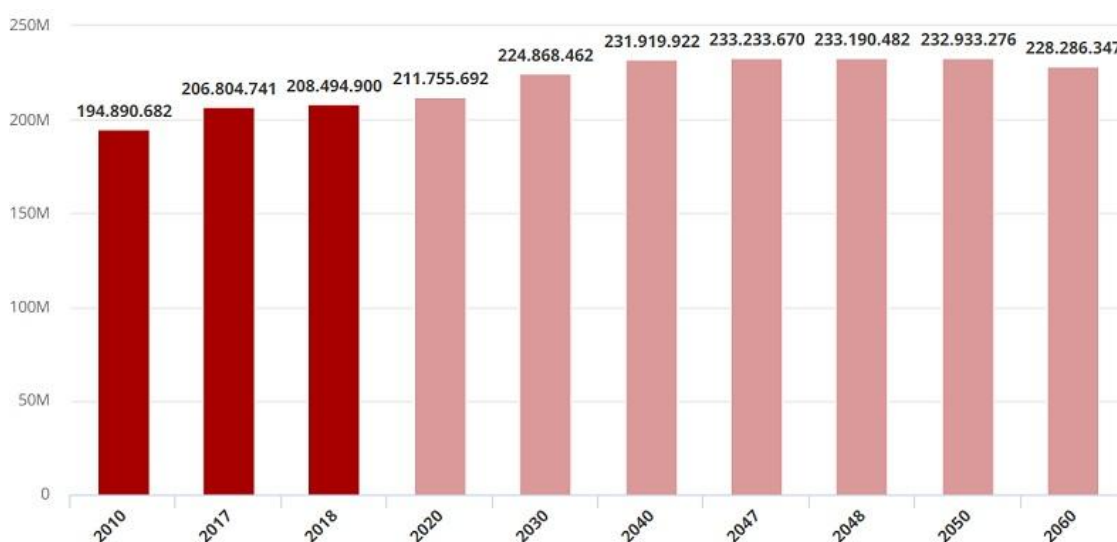


Figura 3 gráfico - representa projeção do aumento da população até 2037
 Fonte disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/07/25/populacao-brasileira-chegara-a-233-milhoes-em-2047-e-comecara-a-encolher-aponta-ibge.ghtml> acesso em 10 abril 2019.

2.6 - NECESSIDADES DE PREPARAR GESTORES FOCADOS EM REDUÇÃO DE CUSTOS, INOVAÇÃO, E MELHORIA NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS.

Em períodos de crise financeira, é comum que ocorram pressões sobre o orçamento de governos. Lidar com recursos escassos sem redução significativa da prestação de serviços aos usuários do SUS é o principal desafio dos gestores públicos em todo o mundo. Conforme afirma Schwella (2014) “governos e serviços públicos ao redor do mundo vêm enfrentando muitos desafios resultantes do próprio contexto de governar e de prestar serviços. É necessário, dessa forma, implantar políticas e processos inovadores a fim de enfrentá-los.” (SCHWELLA, 2014, p. 259). Segundo pesquisadora Aline Waclawovisky (2009, p.3) “A falta de planejamento pode comprometer seriamente a gestão, acarretando em ações desnecessárias e que não atendam aos interesses dos usuários dos serviços de saúde”.

Está claro que a manutenção dos serviços de saúde pública demandam grandes esforços tanto para sua execução quanto para sua gestão, segundo Bonato (2011, p.101), todo o “processo de gestão da saúde exige medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle”.

Com financiamento limitado para atender as demandas sociais crescentes os gestores públicos devem se orientar por ideais econômicos de eficiência, para diminuir custos e elevar ao máximo a qualidade dos serviços prestados. O gestor deve estar preparado para se atualizar, e trabalhar com iniciativas criativas e inovadoras, entendendo que suas decisões tomadas impactam, de maneira direta, o bem estar de muitos cidadãos. Brandão (2012) argumenta que:

“o requisito mínimo para se definir uma inovação é que ela seja nova ou significativamente melhorada para a organização. Isto inclui produtos, processos e métodos que as organizações desenvolvem de maneira pioneira e/ou aqueles que foram adotados de outras empresas ou organizações. Outro aspecto importante que merece destaque é que a idéia, prática ou processo deve ter sido implementado para que possa ser considerada uma inovação” (BRANDÃO, 2012 p 238).

Tratando-se da inovação no setor público:

“pode ser considerada qualquer ação que suplante um estado anterior da ação governamental, seja em uma ação meramente administrativa (com a reestruturação ou criação de novos métodos ou processos de trabalho, por exemplo), seja em políticas públicas que possam transformar uma

determinada realidade social de um jeito novo ou mesmo de uma forma menos onerosa, portanto, mais eficiente e eficaz” (FERREIRA et al., 2014, p. 1213)

Uma alternativa de inovação, por exemplo, no estado de São Paulo no ano de 2014 foi através de Parcerias Público Privadas (PPP) com a construção e gestão de serviços nas assistências de hospitais do estado por meio da rede Inova Saúde. Os hospitais oferecem à população inovações tecnológicas e equipamentos de última geração, disponíveis nos melhores hospitais do País.

No ano de 2017, de acordo com a revista Agência Saúde (2018) o Ministério da Saúde destinou R\$ 1,02 bilhão para aquisição de medicamentos e tratamentos exigidos por demandas judiciais. Um possível solução para tal problema, poderia ser a expansão do instrumento de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), a fim de promover um fortalecimento do complexo industrial farmacêutico do país. O financiamento e desenvolvimento nacional dessas indústrias, culminaria na redução do custo na aquisição dos medicamentos importados, que representam alto custo para o SUS. Nesse sentido, há uma latente necessidade de avaliar se houve efetiva internalização da produção e integração da tecnologia esperada, para que se reduzam os gastos com o fornecimento de medicamentos através de ações judiciais. Aos gestores cabe buscar parcerias, uma vez que o aporte financeiro destinado à saúde é pouco para trabalhar com cuidado e a proteção contra as doenças, investigação, tratamento, reabilitação e tantos outros serviços previstos.

Em debate no *1º Congresso Pacto pelo Brasil* – evento organizado pelo Observatório Social do Brasil, em Curitiba, no ano de 2017 – o coordenador-geral de Fiscalização do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, Mauro Munhoz disse que “nesse cenário de crise financeira, tornam-se ainda mais imprescindíveis o planejamento de longo prazo e as boas práticas de gestão” (PLANEJAMENTO E EFICIÊNCIA SÃO..., 2017). Esse congresso procurou demonstrar as principais causas da corrupção e má qualidade dos serviços públicos nacionais, sendo destacada a falta de planejamento como principal fator causador da crise financeira enfrentada pelo estado do Paraná. Na avaliação do coordenador geral, a calamidade da gestão das prefeituras vêm sendo denunciadas desde 2014, e que o contexto de crise não apenas diminui o poder de compra dos cidadão como, também diminui a contribuição. Sem margens para aumentar os impostos, a saída para esse problema, seria um bom planejamento de longo prazo e a implementação de uma boa gestão. Ainda de acordo com o coordenador-

geral Mauro Munhoz, “o bom planejamento contempla medidas preventivas e corretivas para situações de crise [...] a eficiência do gasto público exige priorização das ações, racionalização de tempo, de recursos humanos e financeiros” (PLANEJAMENTO E EFICIÊNCIA SÃO..., 2017).

Portanto, é necessário que os gestores, nesse momento de crise, sejam capazes de planejar bem e propor soluções inovadoras. Nesse sentido, inovar pode ser considerado qualquer modificação realizada no intuito de se fazer mais atendimentos ao público, visando reduzir custos, ou seja aumentar o atendimento com recursos escassos sem perder a qualidade. Para isso é necessária a melhoria do processo e qualificação dos profissionais de gestão pública.

3 - METODOLOGIA

Foi realizada uma análise documental de registros elaborados por órgãos públicos, através de sondagens bibliográficas na qual foram consideradas informações relacionadas ao objeto de pesquisa. Através do levantamento bibliográfico de artigos e publicações sobre o tema foi possível obter um entendimento do que é percebido por vários autores, e fazer uma análise dos registros obtidos em diferentes fontes.

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a 8ª e 9ª Conferência Nacional de Saúde, além dos artigos 195, 196 e 198 da Constituição Federal de 1988, e a lei 8080/90 sobre a consolidação do SUS e alguns indicadores de referência para embasamento tendo como fonte o IBGE. Em qualquer pesquisa acadêmica, o levantamento bibliográfico tem suma importância possibilitando ao pesquisador a análise da produção de conhecimento sobre o objeto estudado, elucidando as principais teorias e hipóteses tecidas, até então sobre o tema.

Também foram utilizados artigos e periódicos como a revista Saúde Coletivos produzidos pela Fiocruz, o Diário Oficial do Município de Belo Horizonte e a formulação dos indicadores coletados no Banco de dados do IBGE. Nesse sentido, tendo-se os métodos de levantamento bibliográfico e análise de dados coletados, como maior fonte deste artigo sendo uma pesquisa descritiva que identifica e descreve as características e comportamentos do objeto pesquisado em conformidade com o que expõe as pesquisadoras Giseli Moraes e Ana Cláudia Terence (2004).

A investigação qualitativa conforme Creswel (2007) emprega diversos pressupostos de conhecimento, estratégias de investigação e métodos de coleta e análise de dados, estes procedimentos se baseiam em análise de dados através de uma interpretação subjetiva o objeto.

O pesquisador Antônio Carlos Gil (2010), diz que o planejamento metodológico expressa o desenvolvimento da pesquisa, com ênfase em procedimentos técnicos que norteiam a coleta e a análise dos dados coletados. Para Marconi e Lakatos (2010) o Método Científico pode ser descrito como “o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 83.). Nesse sentido, a pesquisa documental desse trabalho se baseia na análise de documentos de arquivos públicos e de relatórios de pesquisa baseados em publicações parlamentares e estudos históricos.

Pode-se definir pesquisa como método racional e ordenado que tem por objetivo proporcionar respostas ao problemas que são apresentados. A pesquisa é elaborada por meio de junção dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de medidas, técnicas e outros procedimentos científicos. Na realidade, a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a formulação do problema até a adequada apresentação dos desfechos (GIL, 2010).

Os resultados da pesquisa se tornam válidos devidos a sua importância e relevância. A coleta dos dados foi feita de diversas fontes, com o objetivo de entender, compreender e interpretar os dados coletados transformando em informações pertinentes, o instrumento de pesquisa também é utilizado para identificar hipóteses para um problema e descobrir sua causas e possíveis soluções.

ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste trabalho, se discute os principais achados decorrentes das premissas metodológicas. Considerando o cenário financeiro atual do Brasil, buscou-se avaliar a trajetória da despesa com o SUS e a contribuição dos seus principais componentes e também avaliar os efeitos dessa dinâmica sobre as regras fiscais decorrentes da EC 95/2016, que congela os gastos públicos não levando em conta o crescimento da população e seu envelhecimento.

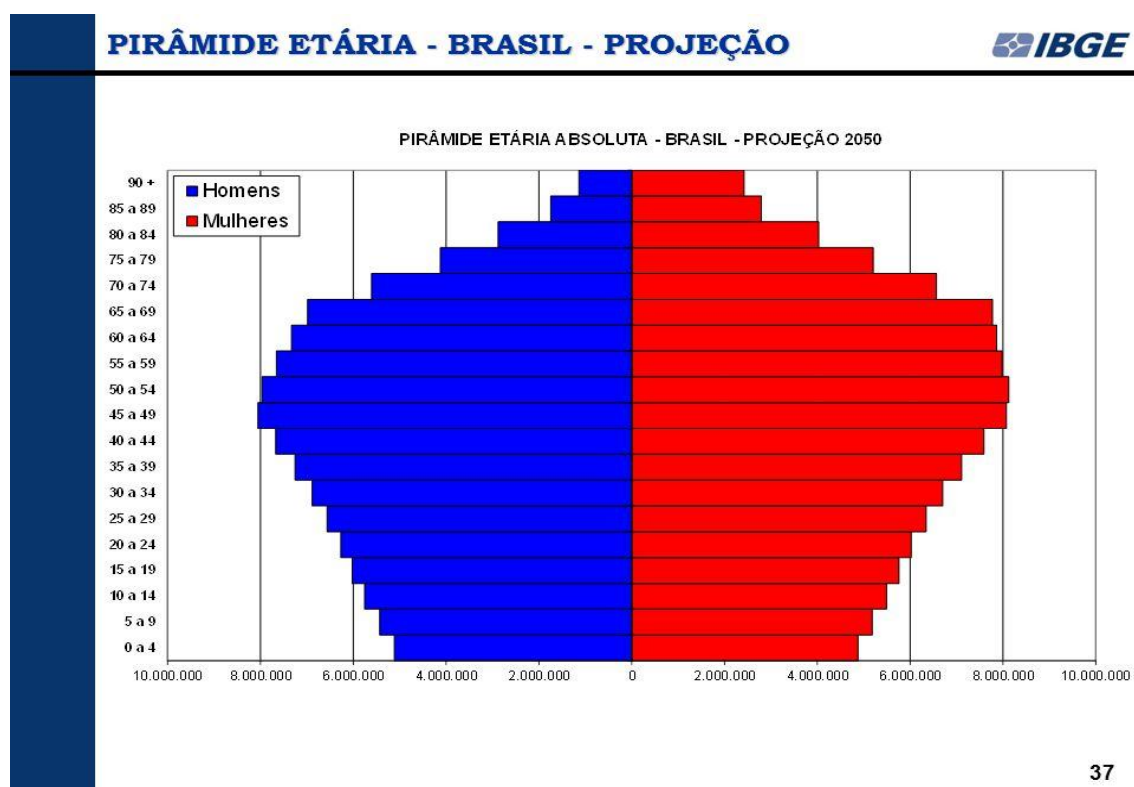


Figura 4 – faixa etária população brasileira

Fonte disponível em : <https://slideplayer.com.br/slide/3276985/> acesso em 10 abril 2019.

O SUS é visto a nível mundial como exemplo nas políticas de saúde pública, no entanto os pesquisadores Maria Machado e Francisco Ximenes (2018):

Se por um lado podemos nos orgulhar do gigantismo do SUS em termos de capacidade instalada – número de estabelecimentos de saúde (ambulatoriais e hospitalares), leitos e empregos de saúde, com mais de 3,5 milhões de trabalhadores atuando em equipes multiprofissionais, qualificadas e especializadas, por outro, é fato também que esse setor se mantém crescendo e gerando novos postos de trabalho. Contudo, há problemas estruturais que ainda persistem, especialmente na gestão do trabalho, tais como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da mão de obra especializada

(médicos, enfermeiros, técnicos em geral, dentre outros). (MACHADO; XIMENES, 2018, p. 1979)

Isso torna precário trabalho e, por conseguinte diminui a qualidade dos serviços prestados.

A mudança de perspectiva da atuação das ações de saúde pública do modelo “curativo” para o modelo “preventivo”, a lacuna na relação entre a gestão geral e a gestão das unidades, muitas vezes, incapazes de se articularem na promoção de melhorias, a falta de renovação ética e formativa dos profissionais, a necessidade do consumo de medicamentos e insumos, fabricados por multinacionais, cujos preços estão fora da capacidade de aquisição dos estados nacionais, a participação popular na gestão e consolidação do sistema e a formação de gestores com capacidade para planejar, gerir e inovar, são grandes desafios do momento atual para uma reforma sanitária.

Para as pesquisadoras Isabela Santos e Fabíola Vieira (2018) com a austeridade fiscal exigindo sacrifícios da população, pela restrição da oferta de serviços ao público, devido aos cortes de despesas ou da consumação de reformas estruturais, “caso a regra da EC 95 estivesse em vigor no período 2003-2015, as perdas acumuladas do Sistema Único de Saúde (SUS) alcançariam R\$ 135 bilhões. Já em um exercício prospectivo, estimou-se que elas poderiam variar de R\$ 168 bilhões a R\$ 738 bilhões entre 2017 a 2036, a depender do crescimento do PIB nos próximos anos” (SANTOS; VIEIRA, 2018).

Os resultados trazido por esse estudo objetivam encaminhar uma análise capaz de auxiliar a formulação de caminhos para a superação da política de austeridade fiscal que se impõe no país, entendendo que a solução está na soma de novas estratégias para a elaboração de projetos e proposições de políticas públicas e no empenho da participação popular por meio do controle social. O envolvimento de toda a sociedade – civil e acadêmica – e também das ONGs, empresas e movimentos sociais na construção de uma agenda alternativa à da austeridade fiscal é fundamental para que seja elaborada uma defesa dos direitos sociais universais e também da democracia.

Creio que esse seja um grande desafio, pois implica na união “histórica” de todos os segmentos, de formação social e econômica do país, em busca de melhorias e mudanças que tornem possível a elaboração e efetuação de políticas públicas que apontem para a redução das desigualdades sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a criação do SUS, todo o cidadão do Brasil passou a gozar do direito á saúde gratuita e universal sob a prerrogativa de que essa seria “um direito de todos e dever do Estado”, baseada nos princípios da universalidade, integridade e equidade. O que se questiona é se as políticas públicas voltadas à saúde aplicadas ao SUS têm surtido o efeito esperado de acordo com ordenamento jurídico, ressaltando a importância de se conhecer a EC 95 e suas conseqüências para a Saúde Pública .

O objetivo específico foi respondido, pois descreveu-se aqui as principais características do SUS, sob o princípio da universalidade em que todo o cidadão tem direito a ser atendido em todos os serviços de saúde públicos. O princípio de integralidade com ações conjugadas de proteção, promoção e recuperação de saúde. E o principio da equidade em que o atendimento ao usuário que precise de assistência a saúde deve ser feito em todos os níveis do SUS, de acordo com a complexidade demandada.

Listou-se as políticas adotadas sua criação, após a da 8ª CNS que serviu como base para que os deputados constituintes elaborassem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde" –, demonstrando que a partir da promulgação da Constituição, em 1988, à saúde publico ganhou novos rumos. Culminando mais tarde, em 1990, na instituição das Conferências e dos Conselhos de Saúde, destacando-se as potencialidades das instâncias de Controle Social.

Demonstrou-se a participação da sociedade no controle social que atua no sentido de diminuir a distância de comunicação entre os órgãos do serviço de saúde e a população assistida e, também, democratiza as decisões tomadas, já que essas afetam a todos. Com o controle social a população pode participar na formação de políticas públicas direcionadas ao SUS. No entanto, o que se percebe é que faltam cursos mais efetivos e uma educação continuada para os conselheiros no âmbito da saúde. Resultando, assim, no despreparo por parte de alguns que desconhecem realmente a importância e qual é o seu papel a ser executado como conselheiro da saúde.

Constatou-se, também, as conseqüências danosas EC 95 e DRU ao SUS, ressaltando como a austeridade fiscal, que foi estabelecida no Brasil, reflete a visão de corte neoliberal sobre o desempenho da economia e as atribuições do Estado e as políticas sociais.

Diante disso, constata-se que o objetivo geral foi atendido, pois o trabalho conseguiu analisar as políticas adotadas após a criação do SUS e sua regulamentação, e as ameaças da redução do financiamento ao SUS.

A pesquisa partiu da hipótese de que as estratégias do governo voltada para o SUS foram infrutíferas, pois as políticas públicas de saúde adotadas pelo setor não cumpriram na íntegra as demandas da população, confirmadas, principalmente, por dados obtidos pelo IBGE que demonstraram o quantitativo de pessoas que não foram atendidas na primeira vez que buscaram assistência no SUS. Além do crescente número de ações judiciais para se ter acesso aos tratamentos gratuitos, direitos já garantido na CF e não cumpridos na totalidade pelos entes federados.

Desse modo, indica-se que se fazem necessárias adoções de políticas públicas que atendam a crescente demanda dos usuários do SUS, que além de aumentar as verbas destinadas à manutenção do sistema e suas diretrizes, ainda há necessidades de qualificar gestores sensíveis às mudanças e inovações necessárias. Indica-se também a necessidade da população em se apoderar do instrumento denominado controle social, participando ativamente frente à classe política buscando a melhoria na assistência ao usuário do SUS.

É necessário pensar essas novas alternativas como um meio de proteger o SUS, enquanto uma grande conquista social, já que como Paim (2018) argumenta:

“com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada” (PAIM, 2018)

Um bom planejamento e uma gestão cuidadosa e inovadora são fundamentais para um o funcionamento adequado do SUS. Todo o cidadão que contribui corretamente com seus impostos, espera – e merece – um serviço público de saúde de boa qualidade, para isso é necessário que a equipe de profissionais da saúde entenda bem o que se espera dela, tenha à disposição recursos necessários e saiba o que é preciso fazer para caminhar sempre em direção de melhorias (CRUZ, 2006). O que ocorre no SUS, muitas vezes, é a falta de planejamento adequado para a promoção e prevenção de doenças que podem ser evitadas, gerando um custo muito com tratamento. Além disso, a falta de cuidado com os funcionários pode provocar falta ao trabalho, pelo grande número de profissionais acometidos por epidemias, como exemplo deste ano, 2019, a dengue.

O usuário do SUS fica prejudicado, pois os convênios firmados com entidades particulares tem validade e caso não haja uma renovação do contrato a população ficará a mercê destas entidades privadas . E de planos de saúde que não assistem ao usuário como o SUS, atendendo apenas parcialmente a sua necessidade.

Indica-se, ainda, que uma melhor seleção e preparação dos gestores públicos, aliada à capacitação profissional, a participação do Controle Social mais efetivo, uma visão ampla do papel dos conselheiros da saúde e uma fiscalização mais eficaz dos gastos públicos poderiam atenuar os prováveis danos causados com a redução do financiamento do Sistema de saúde. Caso contrario, essas reduções podem levar ao sucateamento das unidades hospitalares e unidades de saúde, falta de medicamento e profissionais, além da falta de ampliação de locais para tratamento, prevenção e promoção à saúde.

Com o descaso das autoridades competentes, junto ao despreparo da população enfraquecendo o Controle Social e a precariedade do ambiente e das condições de trabalho dos profissionais da saúde, o SUS poderá não ter um longa vida (PAIM, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P.C. et al. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, s.2, p. 79-90, 1998. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3464/1/2222222.pdf>, acesso em Maio 2019

BARBOSA, Antonio Pires; TARDIVO, Carla Rubia Florencio; BARBOSA, Estela Capelas. Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar N° 141, de 2012. *Administração Pública e Gestão Social*, Viçosa, MG, p. 66-74, jan. 2016. ISSN 2175-5787. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/ojs/apgs/article/view/4815>>. Acesso em: 16 maio 2019.

BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_client_e.pdf acesso em 16 Maio 2019.

BRANDÃO, Soraya Monteiro. Indutores e barreiras à inovação em gestão em organizações públicas do governo federal brasileiro: análise da percepção de dirigentes. 2012. 201 f., il. Dissertação (Mestrado em Administração)—Universidade de Brasília, Brasília, 2012 Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/11614> acesso em 16 Maio 2019

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

COSTA, Ediná Alves; FERNANDES, Tania Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 995-1004, June 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300021&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300021>.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, Apr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200010&lng=en&nrm=iso>. acesso 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200010>

DEMOGRAFIA MÉDICA 2015,: 51% dos médicos brasileiros possuem ao menos um título de especialista. Conselho Federal de Medicina, 2015. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25871> Acesso em 19 de maio de 2019.

Fertonani, Hosanna Pattriget al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 6 [Acessado 15 Maio 2019] , pp. 1869-1878. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. acesso em 15 Maio 2019

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=drcXBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA14&dq=related:jkyIzCqZv4pfOM:scholar.google.com/&ots=KsnYFz3QGI&sig=puDLidf0ZutyOKTkM_s_RONWEC0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false acesso em 15 Maio 2019

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *A Metodologia Científica*, São Paulo, Atlas, 2010.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 15 Maio 2019] , pp. 1971-1979. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>

MARTINS, Liliani Travezani. Saúde pública como precursor de uma nova era para a população brasileira. *Revista Sustinere*, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 235 - 244, jan. 2018. ISSN 2359-0424. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/28282/23151>>. Acesso em: 16 maio 2019. doi: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2017.28282>.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al . Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1419-1440, Dec. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>.

MORAES, Giseli Diniz de Almeida; TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; ESCRIVAO FILHO, Edmundo. A tecnologia da informação como suporte à gestão estratégica da informação na pequena empresa. *JISTEM J.Inf.Syst. Technol. Manag. (Online)*, São Paulo , v. 1, n. 1, p. 27-43, 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-17752004000100003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-17752004000100003>

MOREIRA, Marina Figueiredo; VARGAS, Eduardo Raupp de Indução de inovações em serviços: compras governamentais para a inovação ou compras de inovações? *Revista de Gestão e Tecnologia*, Pedro Leopoldo, v. 15, n. 2, p. 186-210, mai/ago; 2015 acesso em 01 maio 2019

OLIVEIRA, Marly Job de. **A política geral do regime militar para construção de suas políticas econômicas (1964-1985).** 2007. Tese (Doutorado em História Econômica) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. doi:10.11606/T.8.2007.tde-07022008-114141. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-07022008-114141/pt-br.php> Acesso em: 11 Maio 2019

PAIM, J.S. Trinta anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol. 23, n° 6, pp. 1723-1728, ISSN: 1413-8123 [visto a 17 de julho de 2018]. DOI: 10.1590 / 1413-81232018236.09172018. Disponível em: <http://ref.scielo.org/yfj7rs> acessado em 16 Maio 2019

PINTO, Luiz Felipe e GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 16 Maio 2019], pp. 1903-1914. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PNS 2013, pesquisa nacional de saúde, agencia IBGE de notícias 2013 .Disponivel em [https://www.google.com/search?q=A+PNS+\(2013\)+revelou+que+71,2%25+dos+brasileiros+\(142,8+milh%C3%B5es\)+consultaram+m%C3%A9dico+nos+12+meses+anteriores+%C3%A0+data+de+refer%C3%Aancia+da+pesquisa.+As+regi%C3%B5es+Norte+\(61,4%25\),+Nordeste+\(66,3%25\)+e+Centro-Oeste+\(69,5%25\)+apresentaram+percentuais+menores+que+a+m%C3%A9dia+nacional,&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi1taWI0KDiAhWPCrkGHY_zDX0Q_AUIECgD&biw=1280&bih=657#imgrc=TW_nOtSZ2IOntM](https://www.google.com/search?q=A+PNS+(2013)+revelou+que+71,2%25+dos+brasileiros+(142,8+milh%C3%B5es)+consultaram+m%C3%A9dico+nos+12+meses+anteriores+%C3%A0+data+de+refer%C3%Aancia+da+pesquisa.+As+regi%C3%B5es+Norte+(61,4%25),+Nordeste+(66,3%25)+e+Centro-Oeste+(69,5%25)+apresentaram+percentuais+menores+que+a+m%C3%A9dia+nacional,&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi1taWI0KDiAhWPCrkGHY_zDX0Q_AUIECgD&biw=1280&bih=657#imgrc=TW_nOtSZ2IOntM):

Portal G1 de Notícias , Disponível em <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2019/04/22/minas-tem-140-mil-casos-provaveis-de-dengue-em-2019-14-morreram.ghtml> acesso em 16 Maio de 2019.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. Os novos riscos sociais não são só europeus, também chegaram ao Brasil e exigem respostas das nossas políticas sociais. **Rodrigues PHA, Santos IS, organizadores. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes, p. 111-141, 2017.**

ROLIM, Leonardo Barbosa et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro v. 37, p. 139-147, 2013. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2013.v37n96/139-147/pt> acessado em 16 maio 2019.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides do JACINTO, Paulo de Andrade; TEJADA, César Augusto Oviedo. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo , v. 42, n. 2, p. 229-261, Junho 2012 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-41612012000200001>

SANTOS, Isabela Soares and Vieira, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 7 [Acessado 15 Maio 2019], pp. 2303-2314. disponível a partir de:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>>. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>

SCHWELLA, E. Inovação no governo e no setor público: desafios e implicações para a liderança. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 3, p. p. 259-276, 20 fev. 2014. Disponível em <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/229> acessado em 16 Maio 2019

SENRA, Nelson. Pesquisa histórica das estatísticas: temas e fontes. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/3861/386138035011.pdf> acesso em Abril 2019

SILVA, Luzia Gomes da. Seguridade Social: Das origens e conceito aos princípios que sustentam o Estado Democrático do Direito. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 99, abr 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11417>. Acesso em maio 2019.

Tobaldini, Renata Teixeira de Castro. A Desvinculação De Recursos Da União - DRU E O Financiamento Da Seguridade Social Brasileira. 2012. Disponível em http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UEL_5ca97643e0ded45d21c2ace1a717e0e5/Details acessado em 16 Maio 2019

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, Oct. 2009 . Disponível em e<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>. acessado em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>.

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 p.15-35, jan. -mar. 2014,

MARINHO, Heliana da silva, a Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS Rio de Janeiro, 1996. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200010>.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 27-34, Feb. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100004>.

SILVEIRA, Daniel; GAZZONI, Marina, PIB brasileiro cresce, 1,7% em 2017, após 2 anos de retração. G1, 2018. Disponível em <<https://g1.globo.com/economia/noticia/pib-brasileiro-cresce-10-em-2017-apos-2-anos-de-retracao.ghtml>> Acesso em 16 de maio de 2019.

BÔAS, Bruno Villas. IBGE: Cortes no setor público pesam, mas fechamento de vagas é difuso. Valor Econômico, 2019. Disponível em <<https://www.valor.com.br/brasil/6188531/ibge-cortes-no-setor-publico-pesam-mas-fechamento-de-vagas-e-difuso>> Acesso em 18 de maio de 2019.

MATA, Fabiana Almeida da. *Metodologia para estimativa da necessidade de financiamento do SUS*. Dissertação de Mestrado. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em <http://www.mestradoprofissional.gov.br/sites/images/mestrado/turma2/fabiana_almeida_da_mata.pdf> Acesso em 16 de maio de 2019.

WACLAWOVISKY, Aline Josiane. *Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde*. Pós-Graduação Lato Sensu. UFSM/CESNORS Cachoeira do Sul: 2014. Disponível em <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/12559/TCCE_GOPS_EaD_2014_WACLAWOVISKY_ALINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 18 de maio de 2019.

MERCADANTE, Otávio Azevedo., coord. *Evolução das políticas e do sistema de saúde*. In: FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>> Acesso em 15 de Maio de 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015> Acesso em 16 de maio de 2019.

RONZONI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. *O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários*. Scielo Saúde Pública - Ciência & Saúde Coletiva. Vol.13, n°1. São Paulo, 2008. Disponível em <<https://www.scielosp.org/article/csc/2008.v13n1/23-34/>> Acesso em 15 de maio de 2019.

PAULA, Luiz Fernando de; PIRES, Manoel. *Crise e perspectiva para a economia brasileira*. Scielo Estudos avançados Vol. 3, n° 89. 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v31n89/0103-4014-ea-31-89-0125.pdf>> Acesso em 16 de maio de 2019.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. *Programa saúde da família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens*. Scielo Saúde e Sociedade. vol.10 n°1 São Paulo Jan./July 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000100004> Acesso em 15 de maio de 2019.

DRU. Sedado Notícias. Brasília, 2015. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>> Acesso em 15 de maio de 2019.

PLANEJAMENTO E EFICIÊNCIA SÃO, armas para vencer a crise na gestão pública. Tribunal de Contas do Estado do Paraná. Curitiba, 2017. Disponível em <<https://www1.tce.pr.gov.br/noticias/planejamento-e-eficiencia-sao-armas-para-vencer-a-crise-na-gestao-publica/4989/N>> Acesso em 16 de maio de 2019.