

Sistema Único de Saúde

Aylene Bousquat

Introdução

Os campos de prática do nutricionista são inúmeros, mas sem dúvida a atuação nos serviços de saúde é seu principal espaço de trabalho. Desse modo, conhecer as principais características dos sistemas e serviços de saúde, particularmente do sistema de saúde brasileiro, é essencial para uma boa formação e atuação do profissional de nutrição. O objetivo deste capítulo é introduzir pontos centrais para a compreensão do sistema de saúde brasileiro. Inicia-se conceituando os sistemas de saúde; em seguida, abordam-se as origens do sistema de saúde brasileiro e, na sequência, apresentam-se a estrutura e a organização do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS.

Sistemas de saúde

Existem várias definições para sistema de saúde, mas uma clássica é a de Roemer:¹ “uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população.” Por outro lado, Lobato e Giovanella² incluem dois outros pontos muito importantes: a concepção de saúde da sociedade e as relações sociais; para essas autoras o sistema de saúde é: “o conjunto de relações políticas, sociais, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de determinada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção prevalecente de saúde na sociedade.”

A concepção de saúde é importante por alguns motivos. Por exemplo, se a concepção do processo saúde-doença assumida é estritamente biológica, os serviços de saúde são quase que exclusivamente voltados para as doenças, com pouca ênfase na promoção e prevenção, além de extremamente centrados na atenção médica e hospitalar. Em contrapartida, os sistemas que se alicerçam em concepções de saúde mais amplas dão ênfase às ações de promoção e prevenção, muitas das quais intersectoriais, trabalham com equipes multiprofissionais e se estruturam a partir da atenção primária à saúde.

Genericamente, a função dos sistemas de saúde é solucionar os problemas dos indivíduos e das populações nessa área. Vale lembrar que esses sistemas são recentes na história e se consolidaram como tal apenas após a Segunda Guerra Mundial,² especialmente na Europa. Antes, os problemas de saúde eram de responsabilidade da família e de associações comunitárias e religiosas.

Os sistemas de saúde, bem como o sistema educacional e a previdência social (aposentadorias e pensões), fazem parte do sistema de proteção social de cada país. Proteção Social é uma ação coletiva que, por intermédio do Estado, tem o objetivo de proteger as pessoas e populações contra os riscos inerentes à vida, como adoecer e parar de trabalhar, morrer deixando a família sem sustento, ser afetado por grandes desastres naturais, entre outros.³ A proteção à saúde será mais ampla à medida que a sociedade assumir a saúde de seus cidadãos como um problema coletivo, entendendo que quanto mais elevados forem os níveis de saúde, melhor será para todos; dessa forma, a saúde não será assumida como um problema a ser resolvido apenas pelo indivíduo e sua família.

Na literatura, são descritos três tipos/modelos de proteção social: a assistência social, o seguro social e a seguridade social.

A assistência social tem como característica a distribuição de benefícios para camadas específicas da população, e suas ações são do tipo focalizado, residuais e seletivas. Assim, para conseguir o benefício, o indivíduo precisa provar que não tem meios, ou seja, que é pobre. Nos EUA, por exemplo, a saúde é uma questão que deve ser resolvida preponderantemente pela própria população, que compra sua atenção à saúde no sistema privado, o que é chamado de modelo liberal. As ações do governo são focalizadas a camadas específicas da população.⁴

O seguro social tem ideologia corporativa, e a solidariedade é tida como princípio. A cobertura é ocupacional, e o benefício advém da contribuição de proporção do salário, ou seja, é vinculado à inserção no mercado formal de trabalho. Nesse sentido, o acesso é por filiação, sendo corporativo e fragmentado. A referência histórica é o seguro social implantado por Bismarck, na Alemanha, em 1883.⁴

A seguridade social, por sua vez, parte de uma ideologia social democrata e do princípio da justiça, buscando o efeito da redistribuição. O *status* é o de direito de cidadania, em que toda a população tem direito aos benefícios de acordo com suas necessidades, e não sua capacidade financeira. O financiamento se dá pelo orçamento e pelos impostos, buscando a construção de uma sociedade menos desigual. A concepção é a de cidadania universal, e o modelo de referência histórico é o Beveridge, instituído no Reino Unido em 1942.⁴ Nos países do então bloco comunista do século XX, o modelo adotado foi o de Semashko, instituído com a revolução russa e expandido para as nações do bloco soviético na época. Atualmente, o único sistema que mantém este formato é o cubano.

É claro que nem todos os elementos citados aparecem em conjunto nas situações concretas; porém, o mais significativo é que esses modelos correspondem a distintas concepções do *status* de

cidadania. Vale ressaltar que, na história contemporânea, a proteção mais ampla à saúde está vinculada aos sistemas de saúde universais e públicos, que assumem a saúde como um direito de cidadania.

Todos os sistemas de saúde, independentemente de suas particularidades, têm certos aspectos similares: instituições responsáveis por determinadas atividades, rede de serviços e dado financiamento, além de responderem tanto por ações individuais de atenção à saúde como pelas de dimensão coletiva. Quando se pensa sobre um sistema de saúde, o mais comum é que imediatamente venham à mente as ações individuais (consultas, internações etc.); no entanto, as ações coletivas são também fundamentais para que o sistema cumpra sua função primordial, que é melhorar a saúde da população. As ações coletivas são direcionadas a prevenção, promoção, controle de ações que tenham impacto sobre o conjunto da população, vigilância em saúde, controle ambiental, controle de medicamentos e insumos, entre outras.

As ações individuais e coletivas são realizadas pela rede de serviços e por alguns órgãos específicos. No Brasil, existe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Os tipos de serviços, as maneiras como eles se articulam e os modelos de atenção à saúde variam de país para país, mas pode-se dizer que, de modo geral, todos contam com: serviços ambulatoriais, hospitalares, serviços de atenção a doenças específicas e serviços de longa duração. Os serviços também podem ser públicos ou privados quanto a sua natureza jurídica.

Sistema de saúde brasileiro

► Origens

No Brasil, até 1988, o acesso aos serviços de saúde era condicionado à inserção no mercado de trabalho, um meio de proteção tipo seguro social. A população com vínculo empregatício (carteira assinada) contribuía compulsoriamente com parte de seu salário para ter acesso a aposentadoria, pensões e assistência médica individual. Contribuições dos empregadores e do Estado também eram previstas, mas nem sempre concretizadas na sua totalidade.

A Lei Elói Chaves, promulgada em 1923, foi um marco desse processo, que se intensificou com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), nas décadas de 1930 e 1940. Naquela época, o Brasil era um país predominantemente rural, e as ações eram direcionadas exclusivamente aos trabalhadores das cidades e dos setores mais dinâmicos da economia no período.⁵ Para a maioria da população, o acesso aos serviços de saúde se fazia por intermédio de múltiplas organizações públicas e privadas, com destaque para as instituições de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia, em um modelo de proteção tipo assistência social.

No tocante às ações coletivas, não se pode esquecer das campanhas de saúde pública, com caráter fortemente autoritário, que foram implementadas em diversas cidades brasileiras (Rio de Janeiro, Campinas, Santos, entre outras) com o objetivo de sanear o meio urbano, garantindo as condições sanitárias necessárias para o funcionamento da economia agroexportadora. Especialmente no Rio de Janeiro, ocorreu um movimento de resistência à vacinação obrigatória contra a varíola, que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.

A organização das ações de saúde era centralizada no Governo Federal, basicamente em dois ministérios: o da Saúde (criado como pasta isolada em 1953, por Getúlio Vargas) e o da Previdência Social. O Ministério da Saúde (MS) cuidava das ações coletivas,

das endemias e das doenças infecciosas, sempre contando com um orçamento inferior às suas necessidades, ou seja, subfinanciado. Por outro lado, a assistência médica individual oferecida pelos diversos institutos era extremamente fragmentada, e cada um dos múltiplos institutos tinha coberturas diferentes. Alguns investiam em serviços de saúde próprios, e outros compravam esses serviços direto de médicos e hospitais.⁶

Esse cenário, somado à existência de inúmeros serviços filantrópicos de saúde, configurava uma rede bastante diversificada, pulverizada e, é claro, concentrada nas áreas urbanas e mais economicamente ativas do país.⁷ Nas áreas rurais, nas florestas e nos sertões, a população era deixada à sua própria sorte, vítima de inúmeras endemias (malária, parasitoses, doença de Chagas etc.), convivendo com altíssimas taxas de mortalidade infantil, tuberculose, fome e doenças imunopreveníveis.

Durante a Ditadura Militar, fortes incentivos foram disponibilizados para o setor privado de saúde, que construiu uma extensa rede hospitalar nos grandes centros urbanos. A cobertura expandiu com a progressiva incorporação das categorias profissionais e dos trabalhadores rurais na previdência, mas a gestão desse sistema nunca contou com a participação da sociedade.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foi um importante instrumento para o crescimento da privatização da oferta de serviços de saúde no Brasil. O modelo, adotado de maneira simplificada, pode ser assim expresso: o estado organiza a clientela, financia o investimento privado para aumentar o número de serviços de saúde privados e garante o pagamento. Paralelamente, começam a surgir os planos de saúde privados, que ganham enorme expressão após 1980. Diversas medidas de incentivo ao setor foram implementadas nesse período. Algumas perduram até hoje, como os descontos dos gastos em saúde no Imposto de Renda.⁶

► Democratização

A proposta de reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu simultaneamente ao processo de democratização, liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil. Pode-se afirmar que o objetivo era tornar a política de saúde mais universalista e igualitária; entretanto, essa posição não era consenso na sociedade brasileira, e muitos embates foram travados.

A situação precária da saúde da população na década de 1970 contribuiu para a ampliação do movimento sanitário, o qual se inseriu no cenário de combate à ditadura e de democratização da sociedade brasileira.⁸ Como exemplo da situação de saúde da época, pode-se citar a taxa de mortalidade infantil, que era de 117 crianças mortas antes de completar 1 ano a cada 1.000 nascidas vivas (em 2015, a taxa foi de 13,82), além da ocorrência de diversas epidemias, como a de meningite.

O grande marco do movimento de saúde naquele período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Foram mais de 4.000 pessoas, das quais 1.000 delegados, que assumiram a saúde como direito de cidadania e criaram as bases para o SUS.

► Constituição de 1988 e criação do SUS

A Constituição Federal de 1988, elaborada em pleno processo de redemocratização, é um ponto de inflexão das políticas públicas de saúde no país. É a primeira das oito constituições na qual há uma seção específica para a saúde, entendida como um direito universal

e um dever do Estado. De modo geral, houve deslocamento da concepção da proteção social: rompe-se o modelo de seguro social mesclado com a assistência social, passando-se para a seguridade social.

No artigo 5º, os direitos e garantias fundamentais são descritos, dentre eles o direito à vida; no artigo 6º, estão os direitos sociais, dentre eles a saúde (demarcada entre os artigos 196 a 200). Na Tabela 51.1 podem ser visualizados os principais artigos da Constituição Federal sobre a saúde e também os promulgados pela Lei nº 8.080 e pela Lei nº 8.142, ambas de 1990, que regulamentaram o SUS.

Em suma, pode-se afirmar que, após 1988, o Brasil optou pela garantia do acesso universal às ações e aos serviços públicos de saúde, independentemente da condição socioeconômica do usuário, com adensamento do caráter redistributivo da política social e a ampliação e extensão dos direitos sociais.

Entretanto, como já detalhado anteriormente, era imensa a variedade de organizações públicas e privadas, estabelecidas em diferentes momentos históricos. Assim, o SUS iniciou enfrentando enormes desafios: uma rede de atenção à saúde insuficiente e mal distribuída, dependência do setor privado de saúde, subfinanciamento crônico, entre outros.⁷

Algumas dessas questões merecem ser destacadas. Primeiramente, a proposta solidária do SUS precisou enfrentar uma realidade em que o sistema público era dependente da rede privada, especialmente em relação a leitos e exames complementares. Menicucci⁹ aponta também que os contextos nacional e

internacional das políticas não foram favoráveis à implantação, em função de seus princípios doutrinários. Outro elemento citado pela autora foi a base heterogênea do movimento sanitário, unificada pelo enfrentamento à ditadura, mas que, no decorrer dos anos, cindiu.

Na Figura 51.1, pode ser visualizada a configuração do sistema de saúde brasileiro. Vale lembrar que o Brasil é composto por dois sistemas: um público, o SUS, e um privado. No SUS, o acesso é universal, e todos os brasileiros o utilizam, tanto em suas ações individuais como nas coletivas. No setor privado, o acesso se dá pela capacidade de pagamento e pela inserção no mercado de trabalho. Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), em dezembro de 2016, 47.683.530 vidas eram cobertas pelos convênios e seguros médicos.

No entanto, o mais complexo é que existe um *mix* entre os dois sistemas, como fica claro na mesma Figura 51.1. Os serviços privados, sejam filantrópicos ou com fins lucrativos, vendem seus serviços tanto para o SUS quanto para o sistema privado. Além disso, é muito comum que os profissionais de saúde trabalhem nos dois setores. Contudo, as lógicas que condicionam o funcionamento e a oferta dos serviços de ambos os setores são distintas: um parte da saúde como um direito de cidadania e a outra como uma mercadoria que pode ser vendida, comprada e dar lucro.

► Princípios e diretrizes do SUS

Os princípios do SUS, seus alicerces, são:

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade.

A universalidade significa que o acesso ao sistema de saúde é para toda a população e é gratuito. É a tradução da concepção da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. A equidade pressupõe que haja um tratamento para cada um de acordo com suas necessidades, ou seja, um tratamento distinto para situações distintas. A integralidade prevê a garantia de um atendimento integral, por meio de um conjunto articulado de ações e serviços, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A equidade pode ser entendida também como igualdade de oportunidades, e para sua efetiva consecução, é necessário considerar a existência de desigualdades de capacidade.¹⁰ Concebe-se ainda que a saúde não só é uma das condições mais importantes da vida humana, mas ao mesmo tempo se constitui em componente fundamental das possibilidades humanas. Assim, a equidade na realização e na distribuição de serviços de saúde constitui parte integrante de uma conceituação mais ampla de justiça. Outras definições a serem lembradas são as de equidade horizontal (tratamento igual para iguais) e equidade vertical (tratamento desigual para desiguais).

Os serviços de saúde organizados na perspectiva da integralidade da atenção adotariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção em todos os níveis de complexidade da atenção; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; e abordagem integral do indivíduo e suas famílias.¹¹ No entanto, como garantir que os princípios do SUS sejam alcançados? As estratégias escolhidas no Brasil para alcançar os princípios são chamadas de diretrizes. A participação popular, a descentralização e a organização em uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada foram as diretrizes estabelecidas.

Tabela 51.1 Principais artigos da Constituição Federal relacionados com o sistema de saúde brasileiro (Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990).

Constituição Federal, art. 196

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à (i) redução do risco e da doença e de outros agravos e ao (ii) acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Constituição Federal, art. 198

As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade

Constituição Federal, art. 199

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...]. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde

Lei nº 8.080/1990, art. 2

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício

Lei nº 8.080/1990, art. 20

Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde

Lei nº 8.142/1990, art. 1

O Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I – a Conferência de Saúde; e
- II – o Conselho de Saúde

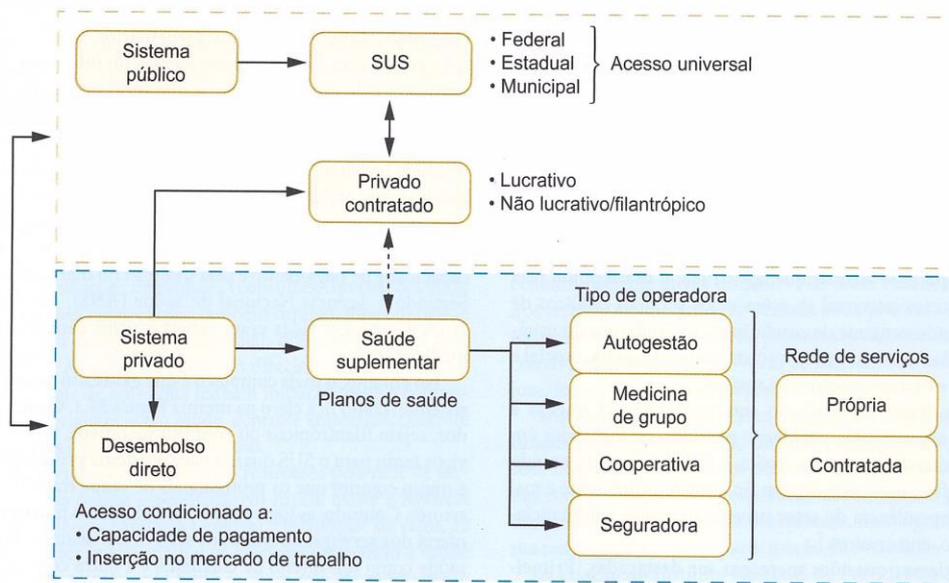


Figura 51.1 Visão geral do sistema de saúde brasileiro.

► **Descentralização**

O Brasil é uma federação trina, o que significa dizer que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são entes federados, têm autonomia e responsabilidades próprias. Os três níveis de governo são gestores do SUS, embora tenha ocorrido um progressivo repasse de responsabilidades do âmbito federal para as esferas estadual e municipal, o que foi/é chamado de descentralização.

Entretanto, isso não é simples, haja vista que mais de 5.000 entes, os quais enfrentam muitas vezes realidades sanitárias e socioeconômicas bastante distintas, são gestores do SUS. Então, para que o sistema funcionasse, foi necessária a criação de regras entre os entes federados.

Um ponto central nesta construção foi a criação das Comissões Intergestores, que reúnem os representantes dos diversos gestores (Figura 51.2). São espaços de negociação, gestão e deliberação do SUS. Por exemplo, a Comissão Tripartite está vinculada à direção nacional do SUS e é composta, de modo paritário, por representantes do MS, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Em cada Estado há uma estrutura similar, a Comissão Bipartite, com representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais.

Outra diretriz é a participação social, que prevê a participação dos usuários e demais segmentos da sociedade por meio da constituição e do funcionamento dos conselhos de saúde nos três níveis de governo. O Conselho Nacional de Saúde é a instância máxima de deliberação do SUS, composta por 48 membros, com a seguinte distribuição: 50% de usuários e os demais 50% distribuídos entre gestores, trabalhadores e prestadores de serviços. Nos níveis estadual e municipal, também existem colegiados participativos, estruturados na mesma lógica: os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde. Podem existir várias formas de participação definidas pelos entes federados, mas as conferências e os conselhos são as únicas obrigatórias para todos. Segundo Escorel e Moreira,¹² três instituições caracterizam a democracia sanitária no Brasil: conselhos, conferências e fundos de saúde. Na Figura 51.2, pode-se

observar a complexa e inovadora estrutura institucional e decisória do SUS. Além dos fóruns correspondentes às três esferas de governo, observou-se também o crescimento contínuo de conselhos gestores em unidades ambulatoriais e hospitalares, bem como fóruns participativos em hospitais públicos, além de mecanismos que propiciaram a participação individual, tais como disque-saúde e pesquisas de satisfação de usuários.¹³ No Brasil, existe também o sistema de ouvidoria do SUS, que foi criado em 2003 e se pretende um canal democrático de estímulo à participação dos cidadãos, disseminando informações em saúde e também de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde.

A outra diretriz, regionalização/hierarquização dos serviços de saúde, significa que é necessária uma distribuição espacial dos serviços de saúde, de modo a atender as necessidades da população em todas as regiões do país, em todos os níveis de complexidade.

Quando se analisa o processo de descentralização da política de saúde brasileira, são delimitados dois períodos distintos. O primeiro foi centrado na organização do sistema especialmente junto aos municípios, relegando a segundo plano os governos estaduais. Como exemplo, cita-se a Norma Operacional Básica 01-93 (NOB01-93).



Figura 51.2 Estrutura institucional e decisória do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse período, chamado de municipalização, teve diversos méritos: a transformação e a institucionalização das secretarias municipais de saúde; o pioneirismo no Programa de Saúde da Família (PSF); a introdução do financiamento *per capita*; e a criação dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.⁷

O período subsequente, iniciado em 2000, foi o da regionalização da saúde, quando houve a correção da trajetória da descentralização, incluindo os estados e iniciando as discussões entre os municípios de maneira mais institucionalizada. A regionalização foi inicialmente proposta pela Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS 2001) e, depois, pelo Pacto de Gestão de 2006, com a constituição dos Conselhos de Gestão Regional (CGR). Um grande marco desse processo foi o Decreto nº 7.508/2011,¹⁴ que regulamenta as regiões de saúde.

Desse modo, pode-se afirmar que a política de regionalização na saúde foi realmente incentivada a partir dos anos 2000, quando se tornou bastante claro que nem todos os municípios poderiam ser autossuficientes em matéria de saúde, e que pensar de modo a estabelecer regiões de saúde e escalas definidas para a oferta de determinados níveis assistenciais implicaria ganhos de racionalidade e melhoria na oferta assistencial.¹⁴

► Organização dos serviços de saúde no SUS

O SUS tem diversas funções, como realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar o cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde. Para isso, vários são os serviços necessários: unidades básicas de saúde; prontos-socorros; unidades de pronto atendimento; unidades ambulatoriais de especialidades; hospitais dos mais diversos portes, alguns gerais, outro especializados; centros de atenção psicossocial; laboratórios; centros de diagnósticos etc. O modo como essas unidades se organizam entre si é essencial para a oferta de uma boa atenção à saúde, tanto individual quanto coletiva. Antes de apresentar o atual tipo de organização desses serviços no SUS, é necessário detalhar um pouco algumas características dos distintos níveis de complexidade existentes: a atenção básica (AB), a atenção especializada (AE) e a atenção hospitalar (AH).

As unidades de AB devem ser responsáveis pela provisão do primeiro contato, focado no indivíduo e continuado ao longo do tempo, e que corresponda às necessidades de saúde das pessoas. No Brasil, o MS optou por chamar de Atenção Básica o que em outras partes do mundo é conhecido como Atenção Primária à Saúde. Neste capítulo, os dois termos são usados como sinônimos.

O MS define a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”.¹⁵ Foi exatamente o aumento da cobertura e do acesso aos serviços de AB, inspirado nesses atributos, um dos avanços mais importantes do SUS nos seus primeiros 30 anos. É claro que persistem inúmeras desigualdades entre as macrorregiões do país, entre áreas ricas e pobres, áreas centrais e periféricas das grandes cidades; no entanto, o número de unidades aumentou de um pouco menos de 19.000 em 1990 para mais de 40.000 em 2015, superior ao crescimento da população no mesmo período.

Grande parte do aumento da cobertura da AB está ligada à implantação do PSF, que assumiu posição central no SUS em 2006, passando a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Inicialmente, o PSF consistia na introdução de médicos em equipes de saúde formadas por agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros, os quais trabalhavam nos municípios mais pobres do país, especialmente no cinturão da fome, no Nordeste. Com resultados crescentemente positivos, o PSF passou a ser adotado por diversos municípios em todas as regiões. Exatamente no momento em que o PSF deixou de ser um programa voltado apenas para populações excluídas, passou a ser considerado uma estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS, um modelo de universalização da cobertura da AB. Segundo Paim,¹¹ a importância dessa estratégia para a extensão da AB é inegável, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem de fato a mudança de conteúdos das práticas e do modo de organização do processo de trabalho conforme previsto nos documentos oficiais.

Até 2017, a ESF era oficialmente composta por uma equipe multiprofissional, a qual contava com, no mínimo: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e cinco a seis ACS, que seriam responsáveis por uma população de preferencialmente 3.000 habitantes, podendo chegar até o máximo de 4.000 habitantes. Podiam ser acrescentados a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de saúde bucal [ESB]): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. No segundo semestre de 2017, houve uma mudança importante na legislação, com a edição da nova Política Nacional de Atenção Básica, que introduziu diversas mudanças, entre elas: o número de ACS necessários, a carga horária dos médicos e o modo de financiamento.¹⁶ Ainda não se sabe com certeza quais as repercussões dessas medidas no cenário da AB brasileira; no entanto, a visão dos pesquisadores é de que os resultados não serão os mais positivos.¹⁷

As funções da equipe de saúde da família são diversas, entre elas: conhecer as famílias de seu território, identificar problemas de saúde e situações de risco, elaborar programação para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, realizar ações educativas, intersetoriais e de promoção, prestar atenção integral à saúde da população cadastrada, garantir acessibilidade e acolhimento (porta de entrada preferencial e aberta), realizar a territorialização e a responsabilidade sanitária, garantir vínculo e adscrição da clientela, manter cuidado longitudinal e, é claro, realizar o trabalho em equipe multiprofissional.

Com o objetivo de apoiar a consolidação da AB no Brasil, foram criados pelo MS em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Diversas categorias profissionais podem atuar nos NASF, mas quem as define são as Secretarias Municipais de Saúde, que devem compô-los para melhor responder às necessidades da população. A equipe do NASF atua diretamente com a equipe de saúde da família, o que propicia melhor qualidade da atenção ofertada. A atuação dos nutricionistas na AB se dá exatamente nesses núcleos, sendo crescente e com muitas potencialidades e desafios.^{18,19} Em 2017, o NASF passou a se chamar NASF-AB e ganhou a função de apoio às unidades de AB, com ou sem equipes de PSF.

Vale lembrar que as unidades de AB deveriam ser resolutivas, e que a referência para outros níveis do sistema se daria somente naqueles casos incomuns que extrapolassem sua competência, sendo ainda responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizassem serviços em outros níveis de

atenção. No entanto, garantir essas condições é um dos grandes e atuais desafios do SUS,²⁰ mesmo assim, diversos impactos positivos vêm sendo descritos na saúde da população, como: redução da mortalidade cardio e cerebrovascular;²¹ diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em geral²² e das desigualdades raciais dessas internações,²³ além da diminuição da inequidade no acesso aos serviços de saúde,²⁴ entre outros.

Com o crescimento da AB, sem dúvida um dos maiores gargalos do SUS é a oferta de AE em quantidade adequada e distribuída em todo o território nacional. Diferentemente da AB, os serviços de AE ainda são majoritariamente ofertados pelo setor privado, ou seja, o SUS compra exames de laboratórios, exames de imagem e até consultas de especialidades diretamente dos prestadores privados.⁷ Mesmo com crescimento importante no número de serviços de especialidades ofertados diretamente pelos entes estadual e municipal nos últimos anos, a dependência se mantém.

Vale ressaltar que, nos últimos anos, novos tipos de serviços de especialidades foram criados para preencher lacunas na assistência à saúde dos brasileiros. São centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento para portadores de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, centros de referência em saúde do trabalhador e serviços de reabilitação. Mais recentemente, foi criada a Rede de Urgência e Emergência, que inclui: unidades de pronto atendimento (UPA) que funcionam durante 24 horas, para aliviar a demanda das emergências hospitalares; Serviço Móvel de Urgência (SAMU); unidades de AB; prontos-socorros e hospitais.

A oferta de leitos hospitalares é outro grande gargalo; em 30 anos esse problema ainda não conseguiu ser resolvido a contento. Persistem desigualdades regionais, e o número de leitos, em geral, é inferior a 2,1 por 1.000 habitantes. No SUS, há menos de 1,5 leito por 1.000 habitantes, caracterizando uma enorme diferença quando se compara a quantidade de leitos em sistemas universais com ofertas de pelo menos três leitos por 1.000 habitantes.²⁵

Por outro lado, diversos procedimentos de alto custo são realizados ou financiados pelo SUS com valores próximos aos de mercado, como é o caso de hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, órteses e próteses.⁷ Parte desse atendimento de alto custo é utilizado por usuários da saúde privada, que, na maioria das vezes, não ressarcem o SUS.²⁴

Além da insuficiência de serviços especializados e hospitalares, o SUS ainda convive com outro problema, comum a diversos sistemas de saúde: sua fragmentação e a falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção. Assim, a necessidade de superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde tem levado à organização de sistemas integrados, visando à coordenação de serviços de modo a oferecer uma assistência integral a determinada população.²⁶

A fragmentação do SUS manifesta-se principalmente como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre estas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos; e ainda como desarticulação entre os diferentes serviços de saúde, o que não é um problema recente, apesar dos esforços, no setor público, de se investir na constituição de um sistema interligado de serviços, com fluxo regular de regras, pessoas e formas de comunicação.

Para responder a esse quadro, a proposta de constituir regiões e redes de saúde ganha relevância política no início do século XXI, tendo por objetivo combater a fragmentação da atenção, ampliar o

acesso e garantir a equidade e a universalidade. O marco jurídico desse processo, ainda em andamento, é o decreto nº 5.708, de 28 de junho de 2011, que institui as regiões de saúde e a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A RAS é considerada como a organização do conjunto de serviços de saúde de modo não hierárquico, vinculados entre si por uma ação cooperativa que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral a determinada população. Nela, espera-se que a AB se constitua como porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado. A constituição de redes de saúde com tais características tem sido associada a ações e serviços com melhor qualidade, mais custo-efetivos, com maior satisfação dos usuários e melhores indicadores globais de saúde em diversas realidades. Sem dúvida, a consolidação dessa política nos próximos anos é estratégica para que o SUS avance na consecução de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

► Financiamento do SUS

Um ponto central para se entenderem diversos dos entraves do SUS é o seu financiamento. Este tema é premente para todos os sistemas de saúde no mundo; afinal, os gastos em saúde crescem exponencialmente. Vários fatores levam a esse crescimento, dentre eles: a expansão horizontal e vertical da cobertura (inclusão de mais pessoas e oferta de maior número de serviços); o envelhecimento da estrutura etária da população (transição demográfica); as transformações na estrutura de morbimortalidade (transição epidemiológica); e, especialmente, as mudanças no campo da tecnologia médica (incorporação sucessiva de novas tecnologias), que, aliadas a fatores socioeconômicos e culturais, afetam o consumo de serviços de saúde (comportamento de médicos e pacientes, padrões de consumo etc.)

Para analisar o financiamento de um dado sistema de saúde, duas questões são importantes: quanto se gasta e quem gasta. O quanto se gasta pode ser visto de duas maneiras: o percentual do produto interno bruto (PIB) do país e o valor efetivamente gasto para cada habitante. Neste último, costuma-se utilizar para comparação o dólar pareado por poder de compra. Quem gasta, nesse caso, refere-se a saber se o gasto é do Estado, o gasto público, ou das Famílias e empresas, o gasto privado. Espera-se que, em sistemas universais, os gastos sejam principalmente do Estado, e não privados.

Na Tabela 51.2, é possível visualizar os gastos de alguns países, que variam de US\$ 24,00 a US\$ 9.536,00 por habitante por ano. Os EUA são o país com maiores gastos em saúde; porém, isso não se reflete nos indicadores de saúde, que são piores do que no Canadá, por exemplo, que gasta US\$ 4.508,00 por habitante, consumindo 10% do total do seu PIB. A diferença entre esses países está no modelo de sistema adotado: o Canadá tem um sistema público universal de saúde, com participação residual do setor privado. Assim, apenas 26% dos gastos para saúde são realizados diretamente pelas famílias.

A situação no Brasil é bem diferente. Apesar de, legalmente, existir um sistema universal de saúde, o perfil de financiamento é de um modelo liberal, e o gasto privado é percentualmente maior do que o dos EUA. Na Costa Rica, outro país latino-americano com sistema universal, o percentual dos gastos privados é de 24%, e no Reino Unido é de apenas 20%. Ademais, no Brasil, o total gasto é baixo. Considerando que a maior parte provém das famílias e dos empregadores, pode-se depreender que o financiamento estatal está muito aquém tanto do necessário quanto do esperado.

Tabela 51.2 Gastos para saúde em países selecionados no ano de 2015.

Países	Dólares por habitante	Dólares pareados por poder de compra por habitante	Percentual do PIB	Percentual público	Percentual privado
EUA	9.536	9.536	17	50	50
Canadá	4.508	4.600	10	74	26
França	4.026	4.552	11	79	21
Reino Unido	4.356	4.145	10	80	20
Portugal	1.722	2.661	9	66	34
Argentina	998	1.390	7	72	28
Chile	1.102	1.903	8	61	39
Brasil	780	1.392	9	43	57
Costa Rica	929	1.286	8	76	24
Uruguai	1.281	1.748	9	70	30
Etiópia	24	66	4	42	58

PIB, produto interno bruto. Fonte: WHO, 2018.²⁷

Este subfinanciamento crônico que remonta às origens do sistema de saúde brasileiro é, sem dúvida, um grande entrave para a consolidação dos princípios do SUS. Por isso, ainda que não seja suficiente para reverter a necessidade de novos recursos e fontes de financiamento, a melhoria na gestão dos recursos aplicados na saúde deve ser sempre perseguida. Além disso, essa discussão precisa ser travada francamente com o conjunto da sociedade brasileira.

O financiamento para o SUS provém dos orçamentos federal, estadual e municipal, por meio de impostos gerais e impostos específicos para determinados fins, as chamadas contribuições sociais. Foram muitas as discussões sobre a definição das responsabilidades de cada ente federado, e um ponto importante foi a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), que assegurou a participação das três esferas de governo a partir do estabelecimento de um aporte anual mínimo de recursos. No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 corresponderiam ao montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB, regra esta que permaneceu valendo com a regulamentação da EC 29 pela Lei Complementar nº 141/2012. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada, enquanto os municípios deveriam aplicar 15%.²⁸

Desde 2000, tem-se observado uma diminuição do percentual do recurso público federal no conjunto dos gastos da saúde, com o correspondente aumento dos demais níveis de governo. Vale ressaltar que o aporte de recursos poderia ter sido ainda maior caso a União e os estados cumprissem a EC 29 de acordo com os critérios previstos na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Governo Federal e os governos estaduais utilizaram diversos expedientes para aplicar menos do que o previsto na Emenda, inclusive com a mudança da base de cálculo das receitas federais do PIB para a Receita Corrente Líquida, que é inferior ao primeiro.²⁸

Apesar de o perfil de subfinanciamento do SUS ser preponderante em todas as regiões, especialmente Nordeste e Norte, é também o principal financiador nos dois extremos da atenção, como exemplo nos atendimentos de enfermagem e vacinação e nos procedimentos de quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e hemoterapia. Como exemplo, em 2016 o SUS realizou 11.527.711 internações no país. Destas, 67.624 foram para transplantes. No mesmo ano, foram pagos 3.986.074.729 procedimentos na AB.

► Alimentação e nutrição

A atuação do nutricionista no SUS tem crescido muito nos últimos anos, para além do cenário hospitalar. Na AB, o espaço prioritário de atuação é o NASF, em que os nutricionistas, juntamente com os fisioterapeutas, são duas das categorias mais frequentes. Além disso, diversos ambulatórios de especialidades têm incluído nutricionistas no seu rol de profissionais, haja vista a importância do cuidado de pacientes com doenças crônicas.

No entanto, é impossível falar do campo de atuação do nutricionista no SUS sem destacar as importantes políticas voltadas à alimentação e à nutrição implementadas nas últimas décadas. A principal delas é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída em 1999. Ela reconhece o padrão de morbimortalidade brasileiro, marcado pelas transições epidemiológica, nutricional e demográfica, que se expressa pela crescente prevalência de obesidade e doenças associadas à alimentação, com a persistência de situações de carência nutricional. Nas palavras de Recine e Vasconcelos,²⁹ “a PNAN projeta um modelo de segurança alimentar e nutricional fundamentado no direito humano à alimentação, destacando a alimentação e a nutrição como requisitos de promoção e proteção da saúde”.

Em 2006, foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) no Brasil, do qual a PNAN passou a fazer parte, sendo considerada o elo entre o SUS e o Sisan.²⁹ Em 2011, ocorreu o processo de revisão da PNAN, com o objetivo de dialogar com a nova proposta de organização do SUS em regiões e redes de saúde.³⁰

Além da PNAN, observa-se importante interface das ações de alimentação e nutrição com a Política de Promoção à Saúde. Nesse contexto, destaca-se que a agenda de promoção da alimentação saudável foi qualificada com a edição do *Guia alimentar para a população brasileira* e com as ações de avaliação nutricional e promoção da saúde do Programa Saúde na Escola. Além disso, são crescentes as propostas de medidas regulatórias frente à rotulagem e publicidade de alimentos com altos conteúdos de açúcar, gordura e sal. Este último é um bom exemplo de uma importante ação coletiva e não individual de uma política de saúde, que pode ter profundos impactos na saúde da população brasileira.

Outras ações que vêm sendo desenvolvidas no SUS, no escopo da PNAN, são:

- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que busca monitorar a situação de saúde, alimentar e nutricional

de maneira sistemática, com foco nas unidades de AB. Inclui a avaliação antropométrica (medição de peso e estatura) e do consumo alimentar; no entanto, problemas na alimentação desse sistema são frequentes

- Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NutriSUS), voltada a crianças de 6 meses a 5 anos, que tem como objetivo diminuir as deficiências de micronutrientes, proporcionando que as crianças alcancem seu potencial de crescimento e desenvolvimento, especialmente em grupos vulneráveis da população
- Prevenção e controle dos agravos nutricionais, o que inclui diversas medidas voltadas para a diminuição das deficiências de ferro, iodo, vitamina A e vitamina B₁₂, e para a desnutrição, além de um componente voltado a pessoas com necessidades alimentares especiais, como portadores de doença celíaca, HIV/AIDS, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, entre outras
- Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que inclui ações de educação alimentar, amamentação, elaboração do guia alimentar, entre outras.

Para finalizar, é preciso ter claro que o SUS é um projeto audacioso, o qual, nos últimos 30 anos, contribuiu para a melhoria das condições de saúde da população. No entanto, são muitos os problemas, alguns apresentados nas páginas anteriores, cuja solução, especialmente para o subfinanciamento, requer um debate franco na sociedade. Não se pode esquecer, em hipótese alguma, que o SUS expressa um projeto de solidariedade, o que é essencial em uma sociedade tão desigual como a brasileira, o qual cada vez mais cobra atitudes de responsabilização tanto do Estado quanto de estruturas da população e dos profissionais de saúde.

Referências bibliográficas

1. Roemer MI. National Strategies for Health Care Organization: a world overview. Ann Arbor: Health Administration Press; 1985.
2. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. pp. 89-120.
3. Viana ALDÁ, Levcovitz, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana ALDÁ, Elias PEM, Ibañez I (Orgs.). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005.
4. Fleury S. Estados sem cidadãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
5. Oliveira JA, Teixeira SMF. Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1989.
6. Elias PEM, Dourado DA. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Ibañez I, Elias PEM, Seixas PHDÁ. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec/CEALAG; 2011.
7. Paim J, Travassos C, Almeida C et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377(9779):1778-97.
8. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
9. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2009; 25:1620-25.
10. Sen A. Desigualdade reexaminada. São Paulo: Record; 2001.
11. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. pp. 459-91.
12. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. pp. 853-84.
13. Ferla A et al. Mecanismos de participação em hospitais do ministério da Saúde. In: Cortez SV (Org.). Participação e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
14. Viana ALDÁ, Lima D (Orgs.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
17. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L et al. O futuro da atenção primária à saúde no Brasil. Saúde Debate. 2018; 42(spe1):12-4.
18. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17:3289-300.
19. Barbosa M et al. O nutricionista na Estratégia Saúde da Família. In: Prado SD et al. (Orgs.). Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. Rio de Janeiro: Eduerj; 2016. pp. 401-25.
20. Bousquat A et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad Saúde Pública. 2017; 33(8):e00037316.
21. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ. 2014; 349:g4014.
22. Macincko J, Dourado I, Aquino R et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Affairs. 2010; 29(12):2149-60.
23. Hone T, Rasella D, Barreto ML et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: Anational longitudinal analysis. Tsai PLoS Medicine. 2017; 14(5):e1002306.
24. Macincko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. Int J Equity Health. 2012; 11:33.
25. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA et al. (2018). Regionalização e redes de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2018; 23(6):1791-8.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília: OPAS/OMS; 2011.
27. World Health Organization (WHO). Global health expenditure database. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>. Acesso em: 20/01/18.
28. Piola SF et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro, estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013.
29. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16:73-9.
30. Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19:4331-40.

Como citar este capítulo

- ABNT.** BOUSQUAT, A. Sistema Único de Saúde. In: ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. (Orgs.). *Tratado de Nutrição e Dietoterapia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 623-630.
- Vancouver.** Bousquat A. Sistema Único de Saúde. In: Rossi L, Poltronieri F (Orgs.). *Tratado de nutrição e dietoterapia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. pp. 623-30.