

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - UFSJ
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - UFSJ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA
MUNICIPAL**

Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Elisângela Maria Jóia Antoniossi

Orientador: Prof. Dr. Elfany Reis do Nascimento Lopes

SÃO JOÃO DEL REI – 2018

Resumo

O estudo objetivou analisar as políticas públicas de saúde do SUS entre o período de 1988 a 2018 e sua relevância frente os fatores sociais na causalidade da saúde e da doença na ótica da igualdade de acesso pela população. Definida como qualitativa e descritiva e de caráter bibliográfico, foram considerados como critério de inclusão os estudos a partir do ano de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, com foco para os últimos dez anos (2008 a 2018). A análise demonstrou, que as ações políticas devem ser elaboradas visando à superação das desigualdades, considerando o cenário social e econômico em que vive a família brasileira, sendo estes importantes indicadores das condições de saúde da população. Apesar dos avanços do SUS, da ampliação das ações e serviços de saúde, pode-se dizer que ainda não se conseguiu elaborar políticas públicas capazes de superar as desigualdades, promover a inclusão e o acesso aos serviços de saúde, de forma homogênea e igualitária nas distintas regiões do Brasil.

Palavras Chaves: Políticas; Saúde Pública; Desigualdades em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 assegura o direito à saúde como sendo direito fundamental e social do ser humano. Trata-se de uma proteção ao direito à saúde, que deverá sempre ser resguardado como tutela do Estado Social e Democrático Brasileiro (BRASIL, 2013). Além disso:

Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, com o apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visou coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados.

A PNS indicou que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior grandeza e correspondem a mais de 70% das causas de mortes no Brasil. Dentre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, como as que mais incidem e levam à morte, tendo causado mortes antes dos 70 anos de idade e perda de

qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer (IBGE, 2013).

Tais pesquisas, ainda revelam a forte associação das principais doenças crônicas não transmissíveis a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, o sobrepeso, os elevados níveis de colesterol, o sedentarismo e o reduzido consumo de frutas e verduras. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças é importante para a definição de políticas de saúde voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde (IBGE, 2013).

Neste contexto, as políticas públicas de saúde se diferenciam das demais políticas sociais, quando direciona seu planejamento e ações no intuito de promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos e da coletividade. Preocupando-se ainda, com as questões sociais para prover melhores condições de saúde, de trabalho, do meio ambiente e demais fatores que interferem direta ou indiretamente na saúde da população (BRASIL, 2011).

Para Smanio e Bertolin (2013), as políticas públicas de saúde são um conjunto de programas, ações e decisões, tomadas pelos governos nas três esferas: nacional, estadual e municipal. As ações políticas e sociais devem contar com a participação da população, do setor público e privado, resguardando os direitos constitucionais de cidadania e participação social, considerando os fatores culturais, étnicos, sociais e econômicos da sociedade.

Ao discutir os desafios políticos para o SUS, propõe-se uma regionalização e suas relações com os processos de formação de redes de atenção à saúde, destacando a diversidade regional, no que diz respeito à condução da política de saúde no território nacional. Onde, a regionalização se expressa na trajetória de construção e reformas do sistema público de saúde, com o objetivo de promover o uso mais eficiente dos recursos no território, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção e assistência prestadas aos usuários (ENSP/FIOCRUZ, 2015).

Essa regionalização está relacionada a fatores como desigualdade e diversidade territorial, social, econômica, política, financiamento do SUS, pela distribuição da oferta e da procura aos serviços de saúde, atuação e acordos políticos dos atores regionais. Neste cenário, o que podemos observar no Brasil são regiões com intensa concentração populacional, de atividades econômicas e de serviços sociais e outras regiões de pouca

densidade demográfica, baixos níveis econômicos e importantes desigualdades regionais que demarcam e dividem o país (ENSP/FIOCRUZ, 2015).

Para Barreto (2017), as desigualdades em saúde são geradas por processos adaptativos, fatores ambientais e fenômenos eventuais, considerando os processos históricos, sociais, econômicos e culturais. Estes fatores transformam-se em desigualdades à medida que são expostas as relações de poder, acesso e posse a bens e serviços desigualmente distribuídos na população brasileira.

Segundo Nogueira (2015) essas desigualdades ultrapassam as barreiras sociais, discriminando as pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza. As pesquisas de Barros (2017) indicam que estas questões ganharam relevância no século XX, quando os estudos demonstraram a intensidade das diferenças sociais e econômicas nas condições de vida, de saúde, de doenças e de acesso à assistência em saúde da população.

Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), e a iniciativa dos gestores em comparar o uso dos serviços de saúde, considerando o modo de financiamento e sua natureza seja pública ou privada, configuram estratégias para medir os níveis de desigualdade nos padrões de morbidade, mortalidade e de acesso aos serviços de saúde, permitindo interferir sobre a efetividade da atuação do SUS na redução das iniquidades e desigualdades em saúde (BARROS, 2017).

O desenvolvimento do estudo se justifica na necessidade de buscar respostas para compreender como os cidadãos buscam acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas e como estas ações e serviços estão sendo planejados e programados com equidade e qualidade no atendimento ao cidadão. Sob a motivação de atuar na área da saúde e ser agente operante para construção de um SUS mais humano e cada vez mais perto do usuário, a fim de atender suas reais necessidades. Sabendo que este sistema completa 30 anos em 2018, com uma história de lutas, avanços e retrocessos em prol do bem estar e do completo estado de saúde para todos os cidadãos.

Estas questões, ainda que de difícil resposta pela diversidade de fatores que interferem direta ou indiretamente nas políticas públicas de saúde devem ser levadas em conta, pois não podem deixar de preocupar permanentemente os gestores do SUS no processo de tomada de decisão. E por fim, promover a transformação qualitativa dos

processos de gestão não apenas para a efetividade das políticas de saúde, mas também para o alcance de objetivos mais amplos como o desenvolvimento social e econômico.

Neste sentido, o objetivo desta pesquisa é analisar as políticas públicas de saúde do SUS entre o período de 1988 a 2018 e sua relevância frente os fatores sociais na causalidade da saúde e da doença, na ótica da igualdade de acesso pela população.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Albuquerque (2015), as políticas públicas constituem um processo social e político permanente de construção de condições favoráveis á saúde dos indivíduos e da população, considerando todos os determinantes da saúde: pessoal, comunitário e estrutural. Estas políticas envolvem tanto ações relacionadas ao fortalecimento das habilidades e autonomia dos indivíduos, quanto ás ações voltadas para qualificação das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive a população.

O planejamento e a avaliação de qualquer política pública permite escolher entre diferentes projetos de acordo com sua eficácia e eficiência, analisando os resultados podem-se modificar as ações e reorientá-las em novas direções, a fim de aprimorar o processo de tomada de decisão, alocação apropriada de recursos, a responsabilização pelas decisões e ações dos governantes, das agências reguladoras e fiscalizadoras e os cidadãos (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Por outro lado, de acordo com Trevisan e Bellen (2008), as avaliações podem ser um problema para os governantes, executores e gerentes de projetos porque os resultados podem causar constrangimentos públicos. As informações e resultados das avaliações podem ser usados pela população e pela imprensa para criticar os governos, da mesma forma que, em caso de boas notícias, os governos podem usá-las para legitimar as próprias políticas, como ganho político pessoal.

Conforme aponta Fleury e Ouverney (2009), as políticas se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas públicas, devendo assegurar o acesso a um conjunto de benefícios aos usuários dos sistemas de proteção social. Para os autores Souto et al. (2016), as políticas de saúde, configuram o cenário das políticas sociais assumindo e garantindo ao cidadão, a sua participação nas decisões referentes as políticas de saúde, sendo este um direito constitucional.

Fazendo uma análise social e histórica do surgimento da ideia de saúde como bem-estar social e direito do povo, Foucault (1998) advoga que este pensamento se origina com o advento da Revolução Francesa, e com a introdução deste tema nas pesquisas científicas. Para Leão (2011), neste momento se iniciam inúmeras mudanças, tais como a função do Estado enquanto provedor do bem estar social, a visão das unidades hospitalares que passam a serem lugares de promoção e assistência em saúde, deixando para trás a ideia de isolamento e exclusão destas instituições.

Este contexto histórico merece destaque como sendo o marco do pensamento da saúde como bem-estar social e direito de todos os cidadãos, pois a partir de seus desdobramentos e de seus ideais surgiram os movimentos de reformas sanitárias em todo o mundo. No Brasil, com o movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, houve a progressiva adoção da assistência como serviço público de saúde, sendo o seu provimento um dever do Estado (LEÃO, 2011).

Para ilustrar o conjunto dos serviços de saúde e a questão do acesso aos instrumentos e serviços de saúde no Brasil, é importante entender os membros que compõe esta estrutura, sendo eles os setores públicos, privados e seguros privados. Estes atores correspondem ao SUS (Sistema Único de Saúde) que representa o setor público; as clínicas médicas e os hospitais particulares que compõem o setor privado e as empresas que terceirizam os serviços de saúde, sendo estes liberados através de pagamento mensal e taxas, configuram o setor de seguro privado. Ressaltando que o SUS deve conduzir as ações e funcionamentos destes diferentes setores, a fim de prover igualdade de acesso a todas as pessoas, grupos e classes sociais, considerando sua diversidade (LEÃO, 2011).

Porém, grandes mudanças ocorreram no contexto social do país, principalmente com a criação do SUS em 19 de setembro de 1990. Nesta data foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, formando o atual Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios foram baseados no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira, que coloca a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado. A Lei estabelece princípios básicos que incluem a universalidade, a integralidade e a equidade, conhecidos de princípios doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização como princípios organizacionais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Neste novo cenário, Rocha (2008), considera o estabelecimento de novas iniciativas de gestão democrática das políticas públicas, com a introdução de reformas institucionais que visam o fortalecimento da autonomia dos municípios e novas formas de organização do poder local, vinculados a constituir parcerias entre o poder público e os setores organizados da sociedade civil e institucionalização dos Conselhos Gestores, associados aos mecanismos de descentralização e da participação popular.

Vale ressaltar que os longos anos de luta por um financiamento do SUS não impediram o crescimento de seus custos e conseqüentemente aumento dos gastos, seja pelo desenvolvimento de novas tecnologias, envelhecimento da população ou pela crescente judicialização do direito à saúde. O SUS tem absorvido os impactos dos aumentos dos níveis de violência social, dos acidentes, da poluição e das doenças crônicas sem ter constituído mecanismos adequados e sustentáveis para o seu financiamento (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

Enfim, para buscar este conceito de igualdade e sustentabilidades proposto pelo SUS, as decisões devem ser dialogadas nas associações de bairro, sindicatos, aposentados e pensionistas, conselhos de saúde, incluindo os setores públicos e privados, mas considerando o cidadão a peça fundamental para tomada das decisões nos diferentes poderes e legitimação do SUS a respeito das iniquidades e desigualdades em saúde relacionadas às condições sociais e econômicas (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa é definida como qualitativa e descritiva e de caráter bibliográfico. O estudo bibliográfico, cuja trajetória metodológica percorrida, fundamenta-se em leituras integrativas, exploratórias e seletivas do conteúdo pesquisado por onde Marconi e Lakatos (2006) informa não ser uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mais propicia o exame de um tema novo, enfoque ou abordagem.

Além disso, Michel (2005) reforça que uma revisão crítica da literatura pode divulgar conhecimento conceitual em relação a um assunto e contribuir com conhecimento novo, permitindo o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de teorias, mudança e desenvolvimento.

O levantamento bibliográfico foi realizado considerando como critério de inclusão o ano de criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, com foco para os últimos dez anos (2008 a 2018). Os estudos foram selecionados utilizando os descritores “Políticas Públicas”, “Saúde Pública”, “Financiamento do SUS” e “Desigualdade em Saúde” junto à biblioteca virtual em saúde (BVS), no LILACS (Literatura Latino-Americana E Do Caribe Em Ciências Da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online), efetuado consultas com levantamento nos periódicos Revistas Latino-Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem-Reben, Revista Científica dos Profissionais de Enfermagem-Enfermagem Brasil, Revista Mineira de Enfermagem-Reme e Enfermagem Brasil.

A análise consistiu nas seguintes etapas: leitura do material bibliográfico, leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e, por fim, a interpretativa, para facilitar o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa, onde foi preenchido para cada estudo, o fichamento.

O fichamento consistiu na atividade de anotações de dados básicos para certificar se apresentava alguma contribuição para o tema em discussão. Para Marconi e Lakatos (2006), o fichamento confere com a identificação dos documentos, que deverão ao mesmo tempo transcrever os dados nas fichas bibliográficas, com o máximo de exatidão e cuidado. Esse processo de análise realizou-se de forma sistemática para produção de conteúdos que apresentaram maior frequência em cada publicação e assim responder ao objetivo proposto por este estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como descrito anteriormente, pelos pesquisadores Foucault (1998), Leão (2011), Santos; Delduque; Alves, (2016) as políticas públicas constituem mudanças relevantes na sociedade e na economia, estando direta ou indiretamente relacionado com o contexto social, político, econômico e cultural, em um determinado período histórico.

O planejamento e as ações políticas devem ser elaborados visando à superação das desigualdades, e devem surgir em concordância com o contexto social e econômico, considerando o papel que cabe ao cidadão e ao Estado. A análise das desigualdades vem sendo realizada por diferentes métodos e teorias que envolvem não apenas a

contribuição da epidemiologia, como também das ciências sociais e da política (NOGUEIRA, 2015).

Ainda na análise de Nogueira (2015) um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou as condições desfavoráveis do mercado de trabalho, sobretudo o desemprego e o trabalho precário, estando estes fatos diretamente associados à maior incidência de doenças, e que a mortalidade é significativamente maior entre os trabalhadores temporários que entre os permanentes.

O cenário social e econômico em que vive a família brasileira tem sido considerado importante indicador das condições de saúde da população. Em geral, as precárias condições de vida, se expressam na baixa renda das famílias, no limitado poder de compra; nas condições de saneamento básico domiciliar e do meio ambiente e no limitado e desigual acesso aos serviços de saúde com capacidade resolutiva. Essas adversidades aumentam consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade na infância e a incidências de doenças infecciosas, parasitárias e carências nutricionais (BRASIL, 2015).

Conforme aponta Brasil (2015), desde a criação do SUS, o Brasil vem apresentando substancial melhora dos indicadores de saúde e nutrição, principalmente na infância, porém esta melhora não se faz homogênea entre as grandes regiões geográficas do país. A diferença das taxas da mortalidade infantil que incidem as regiões norte e nordeste vem diminuindo consideravelmente em relação às regiões sul e sudeste, sendo ainda mais expressivas quando considerado o nível de escolaridade materna.

Para Leão (2011), os indicadores como renda e educação aparecem como os representantes de posição social mais utilizado nos estudos epidemiológicos e sociológicos, sendo que a renda é um importante indicador de saúde, e muitas vezes os impactos de outras variáveis são medidos através dela. As condições de saúde se apresentam de maneira diferenciada para todos os níveis de renda, uma vez que a renda cresce para um grupo e diminui para outro grupo, e por menor que seja a diferença de renda, os impactos na saúde são observados.

De acordo com Fleury e Ouverney (2009) as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições, garantindo acesso aos usuários dos sistemas de proteção social. Dependendo da modalidade de proteção social adotada, são diferentes as condições políticas implantadas e o acesso à saúde pode ser

uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio ou direito de cidadania.

A forma de financiar e institucionalizar as políticas públicas com base no direito à igualdade e à vida para todos, infelizmente ainda é desigual, e muito cuidado deve ser tomado para que as inovações de gestão permaneçam centradas e pautadas por esse direito. A análise proposta parte de que as políticas de saúde integram as políticas sociais, do mesmo modo que o sistema de saúde é um dos componentes dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVÉNEY, 2009).

Assim, Fleury e Ouverney (2009) indica que as políticas de saúde se encontram na relação entre Estado, sociedade e mercado. Onde, a sociedade financia com impostos e contribuições, preservando valores em relação à saúde e ao bem-estar coletiva ou individualmente. O Estado, por sua vez, define normas e obrigações, recolhe os recursos e os destina para programas e ações, cria estímulos para produção de bens e serviços, cria serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e capacitam recursos humanos. Enquanto, o mercado produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e recursos humanos.

De maneira geral, a saúde no Brasil vem apresentando avanços históricos como a descentralização, a municipalização de ações e serviços, a melhoria e a ampliação da atenção à saúde, o fomento à vigilância em saúde e sanitária e o controle social com a atuação dos conselhos de saúde. Antes de 1988, o atendimento nos hospitais públicos estava restrito a 30 milhões de brasileiros, com a Constituição de 1988, mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo SUS (BRASIL, 2009).

A Constituição Federal (1988) estabelece os princípios que direcionam as ações e os serviços realizados pelos SUS, sendo eles: a universalidade das ações; a igualdade de acesso ou princípio da equidade; a integralidade; a descentralização como estratégia para redução das desigualdades sociais; a regionalização e a hierarquização das ações que constituem importantes diretrizes para promover a descentralização, o controle social e participação popular, garantindo ao usuário a participação ativa na elaboração das políticas de saúde e proporcionando espaços para a prática da democracia participativa (MIRANDA, 2013).

Fazendo um retrospecto das políticas públicas, a fim de, compreender a história e os avanços da saúde no Brasil, pode-se citar:

Ano	Avanços das Políticas Públicas de Saúde
1988	Promulgada a Constituição Federal Brasileira, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1990	Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 regulamentam os serviços de saúde, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.
1991	Estruturações da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/AIDS. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, Estados, municípios e Distrito Federal.
1999	Criações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2000	Criações da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulamentação do setor privado de saúde.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
2003	Criações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). E do programa “De Volta para Casa” contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Humanização do SUS. Saúde do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente” – conjunto de

	ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional de Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para reprodução de células-tronco.
2011	Estratégia Rede Cegonha. Regulamentação da Lei nº 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Programa Saúde Não Tem Preço.
2013	Programa Mais Médicos criado por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871, após amplo debate público junto à sociedade e no Congresso Nacional.
2014	Portaria nº 256 de 19 de fevereiro de 2014, acrescenta dispositivos em relação ao Programa Mais Médicos e ao PROVAB – alimentação do SISAB. Revisão da PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde.
2017	Aprovada a nova PNAB – Programa Nacional da Atenção a Básica.

FONTES: BRASIL (2011); DIAS et al. (2018); MOROSINI et al. (2018).

Assim, pode-se observar, que as ações desenvolvidas pelo SUS não estão restritas à assistência médica e hospitalar, mas incluem importantes atividades realizadas nos municípios, nas fronteiras, nos portos e aeroportos. Ações como a prevenção e controle de doenças, a imunização, vigilância das condições sanitárias, do saneamento básico, do meio ambiente, da segurança do trabalho, da higiene dos estabelecimentos e serviços; regulamentação do registro de medicamentos, insumos e equipamentos, controle de qualidade dos alimentos e sua manipulação e por fim, normas de serviços e definição de padrões para garantir maior proteção à saúde. (BRASIL, 2011).

Nesta análise das políticas públicas de saúde no Brasil, observam-se grandes avanços nas ações de saúde, como por exemplo, o considerável aumento no número de

peças atendidas pelos serviços de saúde, a redução das taxas de morbidade e mortalidade infantil, a ampliação das ações de atenção básica, média e alta complexidade. E apesar das dificuldades, diversidade e desigualdades ainda existente, do financiamento ineficiente, da má distribuição dos serviços e recursos, é preciso dizer que o SUS está avançando em sua gestão política e melhorando consideravelmente as condições de saúde e acesso da população brasileira (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde também aponta que as políticas de gestão democrática e participativa do SUS prevê a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, em especial nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular, incluindo a ampliação dos espaços públicos de debates e construção de saberes, fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de problemas (BRASIL, 2009).

5. CONCLUSÃO

O estudo fez uma abordagem sobre as políticas públicas e a importância de sua criação e interpretação a partir da Constituição Federal de 1988, que estabelece, ao Estado Brasileiro, o papel de prover os direitos sociais, nos campos da educação, da saúde e da assistência social.

Considerando que a trajetória da saúde pública no Brasil está diretamente associada aos determinantes históricos, culturais, sociais e econômicos. A pesquisa revela um caminho marcado por conflitos e interesses que resultaram em fortes desigualdades sociais, principalmente se considerar os níveis de renda e educação das diferentes regiões do Brasil.

No entanto, o modelo de saúde pública vigente no Brasil antes de 1988 dividia a sociedade entre aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem trabalhadores com carteira assinada e os que estavam completamente excluídos, onde a saúde era um bem de exclusividade de uma minoria. Com a promulgação da Constituição Federal, a participação social vem construindo princípios de deliberação democrática no âmbito da saúde.

Mesmo com os relevantes avanços do SUS, a ampliação dos serviços e acesso, ainda há muitas barreiras a ser enfrentada para exercer o controle social, a participação

da população de forma adequada e principalmente reduzir a desigualdade nas diferentes regiões do nosso imenso país.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. L. N. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Recife: UNASUS. 2015. 33p.

BARRETO, Mauricio Lima. **Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, Julho 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2097.pdf>.

BARROS, M. B. A. Departamento de Saúde Coletiva FCM/ Unicamp. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação RSP. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 17, p.1-8, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de Situação de Saúde**. Brasília: MS, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em 03 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS**. 2. ed. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acessado em 01 de Julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo, v. 1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

LEÃO, N. **Desigualdade Social e Acesso à Saúde no Brasil**. 2011. 60 f. Monografia (Curso de Graduação em Ciências Sociais) – Departamento de Ciências Sociais – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora. 2011.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Política de Saúde: uma política social: políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1998.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.; **Metodologia científica**. Editora. Atlas; São Paulo. 2006.

DIAS, M. S. A.; OLIVEIRA, I. P.; SILVA, L. M. S.; VASCONCELOS, M. I. O.; MACHADO, M. F.A. S.; FORTE, F. D. S.; SILVA, L. C. C. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1):103-114, 2018.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas. 2005.

MIRANDA, S. R. M. de; SILVA, R. S. B. da; SOUZA, K. C. N. de. Gestão social no contexto das políticas públicas de saúde: uma reflexão crítica da prática no Sistema Único de Saúde. **DRd – Desenvolvimento Regional em debate**, ano 3, nº 2, p. 135- 153, 2013.

MOROSINI M. V. G. C.; FONSECA A. F.; LIMA L. D. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018.

NOGUEIRA, R. P. **A questão social das desigualdades em saúde e as políticas públicas da área**. 2015. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/141117_boletim_analisepolitico_06_cap4. Acesso 02 jun. 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde: SUS**. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

Portal Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ. Caderno de saúde pública. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>. Acesso 15/05/2018.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271-294, 2012.

ROCHA, R. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, v. 6, n.11, 2009.

SMANIO, G. P.; BERTOLIN, P. T. M. **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil**. São Paulo: Editora Atlas. 2013.

SANTOS, A. O; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, 2016.

SOUTO, K. M. B.; SENA, A. G. N.; PEREIRA, V. O. M.; SANTOS, L. M. Estados e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? **Saúde em Debate**, v. 40, p.49-32, 2016.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529-50, 2008.

