

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/352942659>

# AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM ESTUDO FUNDAMENTADO NA PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES DE UM MUNICÍPIO

Article · May 2018

CITATIONS

0

READS

12

4 authors:



**Andressa Aparecida Santana Furtini**

16 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Patrícia Aparecida Ferreira**

Universidade Federal de Lavras (UFLA)

3 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Daniela Meirelles Andrade**

Universidade Federal de Lavras (UFLA)

91 PUBLICATIONS 65 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Vinicius Batista Gonçalves**

Universidade Federal de Lavras (UFLA)

66 PUBLICATIONS 5 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Ações empreendedoras de servidores e agentes públicos como base propulsora para o desenvolvimento local [View project](#)



Ações empreendedoras na educação pública municipal [View project](#)

## Boletim Governet de Administração Pública e Gestão Municipal

Artigos e Pareceres

# AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM ESTUDO FUNDAMENTADO NA PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES DE UM MUNICÍPIO

---

### ANDRESSA APARECIDA SANTANA FURTINI

Mestre em Administração Pública pela UFLA. E-mail: andressasantan@yahoo.com

---

### DANIELA MEIRELLES ANDRADE

Professora Doutora. Departamento de Administração e Economia da UFLA. E-mail: daniela.andrade@dae.ufla.br

---

### PATRÍCIA APARECIDA FERREIRA

Professora Doutora. Departamento de Administração e Economia da UFLA. E-mail: paf@dae.ufla.br

---

### VINÍCIUS BATISTA GONÇALVES

Mestrando em Administração Pública pela UFLA. Servidor Público Federal. E-mail: vinigoncalves@yahoo.com.br

---

**RESUMO:** Este estudo foi realizado com o objetivo principal de analisar como diferentes atores de um município do sul de Minas Gerais avaliam o Sistema Único de Saúde (SUS). Propôs-se, ainda, identificar a percepção, com relação ao SUS, dos usuários de serviços de uma organização hospitalar; identificar a percepção, com relação ao SUS, de atores que fiscalizam, executam e legislam as políticas públicas de saúde no município, e discutir os critérios ou aspectos relevantes considerados pelos diferentes atores envolvidos em relação à avaliação do SUS no município em estudo. Os resultados desta pesquisa demonstram a importância de avaliar o Sistema Único de Saúde, a partir do contexto e de particularidades locais daqueles que estão envolvidos com o sistema, de modo a propiciar informações que contribuam para a elaboração e/ou a reformulação das políticas públicas de saúde no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação. Políticas públicas. Sistema Único de Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Na gestão de políticas públicas, a avaliação é considerada uma etapa tão relevante quanto a formulação, o planejamento e a própria execução das ações propostas. Uma preocupação presente no cotidiano de profissionais e gestores da área de saúde é a qualidade dos serviços prestados (FEITOSA *et al.* 2016).

A Lei nº 8.080/1990 institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a concepção ampla do conceito de saúde adotado na Constituição e reafirmando, em seu artigo 3º, que, entre outros, "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer" determinam de forma significativa as condições de saúde da população, e estes, por sua vez, "expressam a organização social e econômica do país" (BRASIL, 1990).

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicado em fevereiro de 2011, demonstra que, depois de mais de vinte anos da criação do SUS, parte significativa dos brasileiros desconhece as atribuições desse sistema, restringindo-as, especialmente, ao atendimento prestado em centros/postos de saúde.

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde criou o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que avalia o Sistema Único de Saúde e tem como foco o usuário residente em cada município brasileiro. Na busca de avaliar o SUS, outro instrumento criado pelo Ministério da Saúde foi a Carta SUS, que contribui com a ouvidoria ativa, busca informações, realiza pesquisas e incentiva a colaboração do cidadão (BRASIL, 2012b).

Diante desse cenário, é possível observar que há ações do governo na criação de instrumentos para a avaliação das políticas de saúde no Brasil. No entanto, esses instrumentos não consideram as percepções dos diferentes atores que compõem o Sistema Único de Saúde e têm dificuldade em retratar as realidades locais.

Assim despertou-se o interesse em analisar como diferentes atores que fiscalizam, executam e legislam sobre as políticas públicas de saúde no município no sul de Minas Gerais avaliam o SUS, a partir de suas aspirações, experiências e vivências.

## 2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marcou a reforma do setor de saúde brasileiro. Esse marco da reforma tem como base jurídico-institucional a Constituição Federal de 1988, que dedicou à saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social.

O texto constitucional define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde, quanto para o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em um Sistema Único de Saúde, de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral (BRASIL, 1995).

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde é um processo em construção permanente e será sempre um desafio constante atingir, em todo o território nacional, os quatro princípios norteadores, fixados constitucionalmente como universalidade, integralidade, equidade com controle social e efetivo financiamento.

Um dos princípios gerais do financiamento para o SUS é a responsabilidade das três esferas de gestão: União, Estados e Municípios. Em 2015, entrou em vigor a Emenda Constitucional 86, estabelecendo que até 2020, no caso da União, 15% da receita do exercício financeiro deverá ser investida em saúde (BRASIL, 2015). Atualmente tem se discutido uma proposta de emenda à constituição, PEC 241, que propõe consolidar limite aos gastos da União. Tal emenda mudaria a forma de se calcular o investimento federal mínimo em saúde, de forma que o valor referência deixaria de ser a receita fiscal e passaria variar conforme a inflação. O governo justifica que tal medida pretende evitar forte oscilação nos gastos em decorrência de períodos de expansão econômica e crise. Contrários à PEC 241 alegam que tal emenda implica na diminuição dos recursos destinados a saúde. Conforme defendem Campos e Rizzoto (2015), o encolhimento do investimento governamental em políticas sociais, o desemprego e a elevada taxa de juros sinalizam o aumento das desigualdades sociais que vinham se reduzindo no Brasil.

No artigo 198 da Constituição Federal ficou estabelecido que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado em três diretrizes (BRASIL, 1999). Assim, a descentralização consiste no processo de redistribuição das responsabilidades e das atribuições das ações e dos serviços de saúde entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

O Brasil está adotando, então, como estratégia, a posição de reconhecer o município como o principal responsável pela saúde de sua população, partindo do pressuposto de que quanto mais próxima da realidade local a decisão for tomada, maior a chance de acerto (MARTINS, 2011).

A construção da descentralização constitui um processo dinâmico, com avanços e recuos, a depender da correlação de forças presentes na sociedade. O poder dos diversos envolvidos sobre os processos constitutivos da política cresce à medida que a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil se amplia, pois demanda maior compromisso dos atores uma vez que exige deles uma habilidade de análise, proposição social na defesa de interesses comuns (KLEBA *et al.* 2015).

### 3. AVALIAÇÃO DO SUS

Atualmente, diversas iniciativas voltadas para avaliação de ações relacionadas à saúde estão sendo desenvolvidas no Brasil, não se restringindo à academia, permitindo uma enorme multiplicidade de recortes do real e abordagens metodológicas diferentes, devido à sua natureza e abrangência (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Viacava *et al.* (2004) expõem que, além do debate ideológico e da agenda conservadora, a avaliação dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir um valioso instrumento de monitoramento das políticas. Portanto, a avaliação assume um caráter estratégico na gestão de saúde no Estado contemporâneo (CARNUT e NARVAI 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Além de oferecer consultas, exames e internações, também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 2011b).

Devido à amplitude desse sistema, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) aponta que a preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do SUS, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas, como é o caso do IDSUS e da carta SUS.

O IDSUS é um indicador que propõe avaliar o desempenho dos sistemas de saúde quanto ao acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações de saúde. Tem como objetivo subsidiar as ações dos gestores públicos, visando à melhoria na qualidade dos serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2011a)

Já a Carta SUS é uma ferramenta utilizada para avaliar o atendimento e os serviços prestados e tem como objetivo reforçar o controle e a participação da população na gestão do sistema. Visa estabelecer uma relação direta dos gestores do sistema de saúde com os cidadãos, buscando angariar a adesão da sociedade na defesa do SUS, bem como identificar a percepção dos usuários em relação à qualidade do atendimento (ANDRADE *et al.*, 2012)

Dessa maneira, os processos e as práticas de avaliação devem fazer sentido na perspectiva dos diversos atores envolvidos, pois as interpretações e as interações dos sujeitos têm relevância para a produção dos resultados de processos de aprendizagem na gestão. Assim, o contexto político-institucional torna-se um componente central para melhorar o conhecimento do objeto em observação, ou seja, se forem tomados como ponto de partida as premissas e os objetivos de uma política pública, o processo de avaliação, desde sua formulação à sua utilização, poderá trazer enormes benefícios aos envolvidos, à organização e ao público-alvo (TAMAKI *et al.*, 2012).

Sendo assim, avaliar o SUS a partir da percepção de atores que trabalham em diferentes instâncias que formulam, legislam, fiscalizam e investigam as políticas de saúde e também por aqueles prestam e utilizam serviços de saúde em um município, representa uma janela de oportunidade para romper com as visões macro e generalistas apresentadas nos instrumentos governamentais utilizados para avaliá-lo.

### 4. METODOLOGIA

Foram selecionados, de forma não probabilística e por conveniência, diferentes atores, com o intuito de verificar como avaliam o SUS. Considerando a importância de uma instituição prestadora de serviços do SUS, foram escolhidos alguns atores vinculados a um hospital filantrópico: dois representantes da área administrativa, dois representantes do corpo clínico, sendo um deles também coordenador dos PSFs e seis usuários do hospital. Além disso, foram entrevistados um vereador, a secretária de saúde do município e um promotor.

Os dados coletados nas entrevistas foram gravados, transcritos e submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2010). No estudo as categorias que emergiram da coleta de dados foram: noção de SUS, organização do SUS e avaliação do SUS.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A noção de SUS

Segundo a Lei nº 8.080/90, artigo 4º, o Sistema Único de Saúde – SUS constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Essa lei adota a concepção ampla do conceito de saúde, afirmando que às ações que se destinam a garantir as pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social também fazem parte do SUS.

A percepção sobre o Sistema Único de Saúde envolve um conjunto de fatores relacionados à experiência pessoal, às expectativas de atendimento e às informações recebidas pela mídia. Assim, por meio das entrevistas realizadas com diferentes atores, constatou-se uma percepção fragmentada dos entrevistados, pois os mesmos não conseguiram definir com clareza e profundidade o que significa o SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos (BRASIL, 2011b). Segundo Lavor, Dominguez e Machado (2011), o SUS é referência mundial em várias áreas, como o Programa Nacional de Imunização (PNI), tratamento da AIDS e o Sistema Nacional de Transplantes.

O vereador entrevistado tem a visão de que o Sistema Único de Saúde é um modelo para outros países. Já alguns dos entrevistados associam o SUS a um sistema de saúde destinado apenas às pessoas de classe baixa, que não têm condições de pagar por um plano privado.

O conceito do SUS, na visão desses entrevistados, é restrito, pois, além de o conceberem como um sistema voltado para as demandas das classes econômicas de baixa renda, eles o vinculam a um escopo reduzido de prestação de serviços, como, por exemplo, uma consulta médica, um procedimento cirúrgico ou uma internação, não possuindo, assim, a consciência de outras iniciativas do SUS, como vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, entre outros.

Em estudos como o de Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012), destaca-se a importância de modificar essa concepção arraigada na cultura brasileira, de que a classe média deve usar planos de saúde, enquanto o SUS destina-se aos pobres.

O artigo 7º da Lei nº 8.080/90 retrata que as ações dos serviços privados contratados ou conveniados também integram o SUS (BRASIL, 1990). No entanto, apenas o promotor entrevistado tem a visão de que a saúde privada também faz parte dele.

Para Menicucci (2009), a articulação entre público e privado constitui um grande desafio para garantir um sistema de saúde no Brasil com efetividade e sustentabilidade. Isso porque a institucionalização de um sistema dual implica a elaboração social de uma agenda inovadora que supere à discussão focada apenas no sistema “único” e leve a reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde. Porém, para isso, necessita-se, primeiramente, que os cidadãos saibam o que é o SUS.

Pesquisa realizada pelo Conass (2003) revelou que o nível de conhecimento da população sobre o SUS é muito pequeno. Apenas 35% dos brasileiros entrevistados souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS (CONASS, 2006). Da mesma forma, pelas entrevistas realizadas, ficou evidente que tanto para os usuários do SUS quanto para os usuários de planos privados de saúde esse cenário ainda persiste.

Uma questão interessante verificada nos depoimentos é que, muitas vezes, os usuários de planos privados de saúde não se consideram usuários do SUS e avaliam mal o sistema. Conforme constatado pela pesquisa do Ipea (2011), a proporção de opiniões de que os serviços prestados pelo SUS são ruins ou muito ruins é maior entre os entrevistados que alegaram não ter tido nenhuma experiência com o sistema (34,3%).

Porém, Lavor, Dominguez e Machado (2011) apontam que várias ações, em especial as da vigilância sanitária em padarias, restaurante, salões de beleza etc., fazem parte do dia a dia dos cidadãos e também integram o SUS. Assim sendo, é muito difícil que algum cidadão brasileiro nunca tenha utilizado o sistema.

Observa-se que há uma congruência de percepções entre as autoridades (gestores públicos e funcionários) que definem SUS de forma mais ampla, a qual se aproxima do discurso normativo da lei. Mas há peculiaridades, como a noção simplista ou indiferente por parte dos usuários.

A visão das pessoas que atuam no hospital é ambígua, sendo o SUS algo que deveria ser de atendimento igualitário, ao mesmo tempo de forma justa, em termos de acesso, a quem não tem plano de saúde privado. A percepção do parlamentar é centrada na boa visibilidade e na reputação do SUS, aspectos importantes para um político.

Conforme relata Elias (2004), a consecução dos princípios e o objetivo de construir um sistema de saúde universal exigem do Estado a formulação de políticas voltadas para o incentivo das formas não lucrativas, da desmercantilização da saúde, e da busca incessante de novas modalidades de gestão na relação público-privado, capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde.

Diante dessas questões, deparou-se também com a dificuldade dos entrevistados em identificar as responsabilidades de cada ente federativo na organização desse sistema de saúde descentralizado e universal.

### 5.1 Organização do SUS: descentralização e financiamento

De acordo com Fleury e Ouverney (2007, p. 58), "com a implementação das diretrizes contidas nos marcos normativos pelos atores nas três esferas de governo, criou-se uma institucionalidade que sustenta e conduz o processo de gestão da política de saúde". No entanto, vários entrevistados não conseguiram distinguir, de forma clara, o papel e as ações que são realizadas pelos entes federativos em prol do SUS, tendo o foco apenas na execução por parte do município.

Fleury e Ouverney (2007) destacam que, na saúde, as competências da União, dos estados e dos municípios são concorrentes e envolvem a normatização, o financiamento, a gestão do sistema e a prestação dos serviços. O governo federal é responsável pelo desenvolvimento das políticas nacionais, a regulação da relação público/privada e das atividades do setor privado, a provisão de assistência técnica e financeira a estados e municípios e a manutenção dos serviços de alta complexidade, que são referência para a rede nacional. Os estados são responsáveis pelo controle da rede de serviços de cada região e a hierarquia dentro do estado, além de prestarem assistência técnica e financeira aos municípios. Os municípios são responsáveis pela prestação de serviços e pela organização da rede local.

Na análise da fala dos entrevistados, percebe-se a prevalência da visão clássica do ciclo de políticas públicas que não considera os aspectos relativos à implementação e seus efeitos retroalimentadores sobre a formulação da política. Nessa concepção, a implementação de programas e ou projetos é feita de cima para baixo (*top down*) (SILVA *et al.*, 1999), não levando em conta a opinião das pessoas que estão na linha de frente, executando as políticas.

Segundo Martins (2011), o Brasil adota como tática reconhecer o município como o principal responsável pela saúde de sua população, partindo do pressuposto de que quanto mais próxima da realidade local a decisão for tomada, maior a chance de acerto. O promotor entrevistado compartilha dessa opinião, destacando a municipalização como sendo um ponto positivo do SUS.

A descentralização propõe maior eficiência na execução das políticas públicas de saúde, porém, o que se observou nas entrevistas é que o município acaba ficando com uma parcela grande de funções para executar e de recursos para investir, o que coloca em riscos a sustentabilidade do mesmo.

Observa-se, nos depoimentos dos entrevistados, que, muitas vezes, o município acaba ficando sobrecarregado e tendo grandes dificuldades na implantação das ações estabelecidas, principalmente no que se refere à questão do financiamento. Trevisan e Junqueira (2007) salientam que as decisões operacionais sobre a saúde pública foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. O promotor destaca, ainda, que os elevados gastos com saúde não são apenas com a execução de programas, mas oriundos de ordens judiciais, pois as pessoas, atualmente, veem a justiça como um atalho para conseguir o medicamento ou o procedimento de que necessitam.

Para o Conass (2011), muitos dos problemas que afligem o usuário do SUS poderiam ser sanados por meio de uma gestão mais eficiente dos recursos. A visão da secretária de saúde vai ao encontro dessa colocação, chamando a atenção por não se referir, em nenhum momento, ao financiamento como sendo o principal problema do SUS e destacando a importância de realizar uma boa gestão para que consiga proporcionar um acesso de qualidade a saúde.

Apesar de a gestão ser um ponto crucial para a melhoria do sistema, o próprio Conass (2011) define que o subfinanciamento é um ponto frágil do SUS. Isso porque, além de o Brasil não gastar o mínimo suficiente para a manutenção do sistema, a tendência é de crescimento das necessidades de recursos, devido à combinação de elementos como os demográficos (crescimento e envelhecimento da população) e a velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose.

Essa visão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ficou evidente na maioria das entrevistas, principalmente com os gestores, pois, quando foram abordados os pontos negativos do SUS, os entrevistados mencionaram o financiamento como ponto crítico do sistema.

De acordo com os dados apresentados pelo Conass (2006), o Brasil tem um gasto público em saúde muito pequeno e a tendência é a de que esses gastos não devam aumentar. Sendo assim, fica difícil implantar um sistema público universal.

O promotor entrevistado ressaltou sua preocupação com o financiamento do Sistema de Saúde que, segundo ele, se não for repensado, pode gerar um colapso. Isso porque, enquanto as necessidades de saúde são praticamente infinitas, os recursos para atendê-las não o são, e a saúde, apesar de ser um bem fundamental e de especial importância, não é o único bem que uma sociedade tem interesse de usufruir (FERRAZ; VIEIRA, 2009, p. 226 *apud* NEWDICK, 2005).

A problemática do financiamento é um grande gargalo do SUS que ocasiona vários outros problemas, como, por exemplo, a escassez de mão de obra. Em pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), em fevereiro de 2013, constatou-se a concentração de profissionais médicos nos grandes centros urbanos e regiões mais ricas, o que dificulta o acesso de toda a população a esses profissionais. Também foi demonstrado que apenas 55% dos médicos brasileiros aderem à rede do SUS, número que é insuficiente para atender à demanda 150 milhões de usuários, pois a proporção é de 1,1 médico para cada mil usuários.

Na opinião da médica do hospital entrevistada, se o SUS remunerasse melhor os profissionais, eles poderiam ser exclusivos, o que converge com a principal melhoria proposta na pesquisa realizada pelo Ipea (2011), que é o aumento do número de médicos.

Essa mesma visão foi reforçada pelo médico do hospital e coordenador dos PSFs e pela secretária de saúde, que também entendem que os profissionais médicos não têm o SUS como prioridade devido à baixa remuneração, o que, por consequência, acaba prejudicando a qualidade do atendimento.

Destarte, a questão da falta de profissionais médicos é uma realidade não só nos hospitais da rede SUS, mas também nos PSFs. Segundo o médico do hospital e coordenador dos PSFs entrevistado, os médicos que aceitam trabalhar com a remuneração do SUS, na maioria das vezes, são recém-formados, ficam temporariamente no programa e não criam vínculo com o sistema.

Desse modo, ainda segundo a percepção do mesmo entrevistado, conseguir profissionais médicos para atender em PSFs já é difícil, conseguir profissionais com a capacitação desejada é mais difícil ainda, pois, quando o profissional se especializa, ele quer uma remuneração melhor. Por isso, o SUS acaba perdendo bons profissionais, devido à baixa remuneração. E essa dificuldade de reter talentos acaba prejudicando o sistema e não contribui para a gestão do conhecimento.

A falta de profissionais gera, muitas vezes, atrasos no atendimento e na realização de procedimentos, como expôs o vereador, ao afirmar que o problema não é a falta de equipamentos, mas sim a falta de profissionais médicos.

Corroborando com a percepção dos entrevistados, em julho de 2013 criou-se o Programa Mais Médicos buscando sanar a escassez de médicos e a deficiência no acesso e qualidade na atenção básica que são problemas que dificultam avanços no SUS. Tal programa buscou atender mais de 2500 cidades que demandavam médicos, tendo sido priorizados os brasileiros, os quais ocuparam 45% das vagas e para as restantes contratou-se médicos estrangeiros (COLLAR *et al.*, 2015). Diante das percepções dos entrevistados, fica clara a relação estreita entre as dificuldades de mão de obra e a questão do financiamento. A escassez de mão de obra e de financiamento tem impacto direto na percepção e na avaliação dos indivíduos com relação ao Sistema Único de Saúde.

### 5.3 Avaliação do SUS

A avaliação dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir um valioso instrumento de monitoramento das políticas (VIACAVA *et al.*, 2004), principalmente para os municípios que, no SUS, são o *locus* da efetivação das políticas públicas de saúde.

Fleury e Ouverney (2007) destacam que a importância dos municípios vai além de efetivamente organizar as ações e os serviços relevantes para a população, pois os mesmos têm capacidade de construir uma agenda política por meio de diferentes instâncias de intermediação dos interesses do SUS.

Na entrevista, o promotor destacou, como ponto positivo do sistema, os colegiados e grupos que são responsáveis por pensar e discutir as políticas de saúde, propondo melhorias para as realidades locais.

Vale destacar que, mesmo com a existência dos conselhos, as pessoas não se consideram parte do processo de construção e aperfeiçoamento da política pública de saúde, principalmente por não se sentirem ouvidas. Isso ficou claro quando vários entrevistados sugeriram, como melhoria para o sistema, a criação de mecanismos eficientes que deem voz às pessoas que constituem a base da política pública de saúde.

Apesar de o governo estar criando instrumentos para a avaliação das políticas de saúde, como o IDSUS e a Carta SUS, apenas a gestora administrativa do hospital alegou ter conhecimento da Carta SUS. Mesmo assim, ela relata que foi por meio de comentários realizados por alguns pacientes. A gestora entrevistada alegou que não tem maiores conhecimentos da pesquisa e destacou que ainda não recebeu nenhum informativo oficial do SUS.

O fato de a maioria dos entrevistados exporem o fato de nunca terem participado de uma pesquisa de avaliação do SUS e relatarem desconhecerem alguma forma de avaliação do sistema vai ao encontro com a opinião de Faria (2003), que destaca a carência de estudos sobre avaliação de políticas, o que se deve, em grande parte, à escassa utilização da avaliação, como instrumento de gestão pelo setor público do país, nos três níveis de governo.

Contudo, mesmo relatando que nunca participaram e que não têm conhecimento de pesquisas de avaliação do sistema, os entrevistados declararam que essa ferramenta seria muito importante para a melhoria da política pública de saúde.

A realização de avaliação do SUS sob diferentes perspectivas proporciona uma gama de informações que se diferenciam de acordo com o posicionamento de cada ator dentro do sistema. Por exemplo, para o médico do hospital e coordenador dos PSFs entrevistado, o tempo de espera para se conseguir um atendimento é pequeno, se for levado em consideração o tamanho da demanda do SUS.

Entretanto, a coordenadora da recepção e hotelaria do hospital, que lida diariamente com as dificuldades de internações de pacientes do SUS, devido à falta de leitos e de profissionais médicos para atenderem a demandas específicas, destaca que, apesar de os atendimentos serem realizados, a questão do tempo de espera dos usuários ainda é um gargalo do sistema.

Essa visão do SUS demorado e de filas, apresentada pela coordenadora da recepção e hotelaria do hospital, é compartilhada por muitos usuários, pois, segundo pesquisa do Ipea (2011), a principal razão que leva os usuários a terem um plano de saúde privado é a busca de maior rapidez no atendimento. E tanto a usuária do SUS quanto a de plano privado de saúde relataram como ponto negativo do SUS o tempo de espera.

Contudo, apesar dos pontos negativos relatados, os entrevistados, de forma geral, avaliam bem o SUS. Dentre os pontos positivos, o coordenador dos PSFs e médico do hospital, com seu conhecimento de gestor, enfatizou a diversidade de atendimento e de procedimentos oferecidos pelo SUS.

Diante dessa quantidade e da amplitude das ações desenvolvidas pelos SUS, a esfera local consolidou-se como o centro de desenvolvimento e de implementação de uma série de inovações que permitem a melhoria do sistema, por meio da construção de estratégias de trabalho que influenciam diretamente o dia a dia da população (FLEURY; OUVERNEY, 2007). Por isso, a participação é fundamental para potencializar os aspectos positivos do sistema e reduzir os negativos, produzindo, assim, avanços nas políticas públicas de saúde.

Sendo assim, para Costa e Castanhar (2003), a avaliação de políticas públicas pode ser um instrumento para se alcançar melhores resultados, maior utilização e controle dos recursos, além de fornecer dados importantes para tornar as políticas mais consistentes e a gestão pública mais eficaz.

Diante das percepções dos diferentes atores com relação ao SUS, pode-se fazer uma apropriação do conceito de Paim (1999), que o dividiu em quatro sistemas: o "para pobre", o "legal", o "real" e o "democrático". O SUS "para o pobre" é baseado na medicina simplificada e o

atendimento "possível", e, de fato, atende a todos, com as condições que a realidade permite, como nas palavras do promotor entrevistado: "É o ideal, mas não é o real" (Promotor). O SUS "legal" está descrito nas leis e nas normas operacionais; já o SUS "real" é marcado pela falta de controle e pelas dificuldades de fiscalização. O SUS "democrático" traduz a vontade de muitos, mas limita-se a uma "imagem objetivo", que pode ser verificada na fala de alguns entrevistados.

Cada um desses SUS integra o sistema que deveria ser "único". Assim, avaliar a política de saúde, discutir e dialogar representam uma evolução para que, de fato, se consiga efetivamente um SUS único e universal.

Essa necessidade ficou evidente, pois os diferentes atores entrevistados apresentaram como sugestão de melhoria a implementação de sistemas de avaliação, principalmente presenciais, para que as demandas locais sejam ouvidas.

No entanto, por meio das entrevistas, constatou-se que a prática da avaliação ainda está apenas no papel. Portanto, sugere-se a adesão do município à institucionalização do processo de avaliação. Institucionalizar a avaliação significa incluí-la em um sistema organizacional, no qual ela seja capaz de influenciar decisões. O caráter institucional da avaliação supõe a integração na realidade dos resultados e dos conhecimentos gerados (HARTZ, 2002).

Quicá os resultados de uma avaliação não se traduzam automaticamente em uma decisão, mas as informações produzidas podem contribuir para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as ações (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Mesmo que não se tenham todas as condições favoráveis para a institucionalização, Felisberto (2006) afirma que não se deve esperar pelas condições ideais para a superação de problemas estruturais que insistem em dificultar o aprimoramento do SUS. Afinal, avaliar é uma responsabilidade e as instituições não podem se furtar de exercê-la (TAKEDA; TALBOT, 2006, p. 569).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o objetivo de analisar como diferentes atores de um município do sul de Minas Gerais avaliam o Sistema Único de Saúde (SUS). Na análise das entrevistas emergiram três categorias, sendo elas, conceito do SUS, organização do SUS e avaliação do SUS.

Diante das sugestões apresentadas e das dificuldades encontradas pelos entrevistados em definir o que é o SUS, sugere-se a adesão do município à institucionalização do processo de avaliação, pois dessa forma a avaliação poderia englobar usuários e gestores de outras instituições e de diferentes programas que possam contribuir de forma contínua para a melhoria das políticas públicas de saúde no município.

Assim, esse trabalho, ao avaliar o SUS a partir de atores que trabalham em diferentes instâncias que formulam, legislam e fiscalizam as políticas de saúde e também por aqueles prestam e utilizam os serviços do SUS no município, representa a abertura de um novo caminho para a realização de avaliações do Sistema Único de Saúde, que considera os indivíduos, o ambiente e suas particularidades, sendo um retrato da realidade local e podendo contribuir de forma consistente para a elaboração e formulação das políticas públicas.

Entretanto, o estudo não teve a pretensão de esgotar o tema e sim ressaltar a importância de realizar uma avaliação do SUS a partir de alguns diferentes atores que se relacionam com esse sistema em um município. Dessa forma, novas pesquisas poderão ser realizadas, de modo a incorporar à percepção de atores de outras instituições vinculadas a área de saúde, sejam essas hospitalares, equipes de saúde da família, conselhos municipais de saúde e que, sobretudo, envolvam diferentes usuários dos serviços prestados pelo SUS.

Pois, como afirma Viacava *et al.* (2004, p. 716), "a avaliação não deve ser um fim em si mesma e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas deve voltar-se para orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas de saúde."

## Referências

ANDRADE, L. O. M. et al. CartaSUS: gestão participativa, transparência, avaliação e satisfação cidadã. In: CONGRESSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 5., 2012, Brasília. **Anais...** Brasília: CONSAD, 2012. 1 CD ROM.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BATIMARCHI, G. A saga da emenda 29. **Revista FH**, São Paulo: n.196, p. 28, fev. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 5 jul.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. CartaSUS. 2012b. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/cartasus/visao/carta/pesquisaCarta.jsf>>. Acesso em: 26 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de desempenho do SUS (IDSUS). 2011a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS\\_28-02-12\\_02.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_28-02-12_02.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil. Brasília, 1995. (Documento elaborado para a reunião especial sobre a reforma setorial do setor saúde, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial).

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é SUS. 2011b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1395](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395)>. Acesso em: 1 jun. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os artigos. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Emenda Constitucional Nº 86, de 17 de Março de 2015. Brasília, DF, Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2016.

BRASIL. Proposta de Emenda Constitucional nº 241, de 15 de junho de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. PEC Nº 241, de 15 de junho de 2016. Brasília, DF, Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC+241/2016](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC+241/2016). Acesso em: 11dez. 2016.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, jun. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000200290&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200290&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 07 dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>.

COLLAR, J. M. *et al.* Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**. Porto Alegre. Vol. 1, n. 2 (2015), p. 43-56, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a Gestão do SUS 2011, 1).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006. 164 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

DOMINGUES, B.; MACHADO, K. Chamado à ação. **Revista Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 110, p. 8- 16, out. 2011.

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, n.18, v. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 jan. 2013.

FARIA, C. A. P. Idéias, conhecimento e políticas públicas: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, 2003.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde e Sociedade, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 821-829, set. 2016 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 07 dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016151514>

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 223-251, 2009.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7187&Itemid=2](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187&Itemid=2)>. Acesso em: 30 maio 2011.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, junho 2015. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104827/103614>>. Acesso em: 09 dez. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013>.

LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 104, p. 9-17, abr. 2011.

MARTINS, E. L. M. Seminário temático 3: saúde. São João Del Rei: UFSJ, 2011. 157 p.

MELO, C. F.; ALCHIERI, J. C.; ARAÚJO NETO, J. L. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 17, n. 1, p. 63-72, jan./abr. 2012.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 489-503.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W.S.. The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21st century. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016.

SILVA, P. L. B. et al. Programa de apoio à gestão social no Brasil subcomponente: desenho e implantação de estratégia de avaliação. Modelo de avaliação de programas sociais prioritários. Relatório Final. Campinas, jul. 1999. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/4909722/O-Processo-de-Implementacao-de-Politiclas-Publicas>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

09/07/2018

Governet :: A Revista do Administrador Público

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576,2006.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

VIACAVAL, F. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

---

## DETALHES DO DOCUMENTO

**Data:** 15/05/2018

**Publicado em:** Boletim Governet de Administração Pública e Gestão Municipal - nº 80 - Maio/2018 - Pág. 604 •

---

[voltar ao topo da página](#)