

## APONTAMENTOS E PENSAMENTOS FRENTE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho<sup>1</sup>Adriana Zilly<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo considera que a sociedade brasileira, partindo da concepção do Sistema Único de Saúde, conquistou um sistema de saúde arrojado, público e universal, ao revés da lógica global das economias capitalistas. Deste modo, o objetivo desse trabalho foi de promover uma reflexão teórica sobre o Sistema Único de Saúde. Assim desenvolveu-se uma análise crítica da literatura e das discussões ocorridas durante uma disciplina de pós-graduação com a temática da saúde pública. Destaca-se que em suas duas décadas de trajetória, o Sistema Único de Saúde foi acometido por crises políticas e econômicas, que levaram a deficiência em seu financiamento, baixa qualidade assistencial contribuindo para o avanço do modelo médico-assistencial privatista. Argumenta-se que as críticas dos usuários devem ser valorizadas e incentivadoras para o desenvolvimento de avaliações em saúde, com intuito de planejar e qualificar a oferta de cuidados pelo sistema de saúde. Sugere-se que os discursos negativos são sentimentos de um financiador-usuário que não tem encontrado os resultados desejados, mas, contudo deseja que o Sistema Único de Saúde seja qualificado por se tratar de um direito conquistado.

**Palavras-chave:** Políticas de saúde; Direitos sociais; Planejamento em saúde.

**Abstract:** This article considers that Brazilian society, assuming the design of the Unified Health System, won a bold, public and universal health care system, the setback of the global logic of capitalist economies.

<sup>1</sup> Doutor em Ciências. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino (nível mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Campus de Foz do Iguaçu – PR.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências Biológicas. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino (nível mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Campus de Foz do Iguaçu – PR.

The aim of this work was to promote a theoretical reflection on the Unified Health System. In this way, critical analysis of the literature was developed and discussions during a postgraduate course with the issue of public health. It is noteworthy that in his two decades of history, Unified Health System has been affected by political and economic crises that led to deficiency in funding, low quality care that contributes to the advancement of privatized medical care model. It is argued that critical users should be valued and boosters for the development of health assessments, in order to plan and qualify the supply of care by the health system. It is suggested that the negative speeches are the funder-user feelings who hasn't found the desired results, but nevertheless want the Unified Health System is qualified for being a right won.

**Keywords:** Health Policy; Social rights; Health planning.

## Introdução

O movimento da reforma sanitária brasileira teve como efeito adverso o projeto neoliberal da saúde (MENDES, 1993). Cabe ressaltar que as políticas públicas de saúde no Brasil desde o início do século estiveram orientadas pelos interesses econômicos, fato que historicamente leva o Estado a intervir no corpo individual e coletivo visando proteger as ameaças ao setor agroexportador, diminuir o absenteísmo, manter a mão de obra sadia ou regular os gastos públicos em saúde (RIZZOTO, 1999).

No intuito de alcançar os objetivos de cunho econômico, o Estado lançou mão de diversas medidas de “controle” para sanear os espaços públicos, sob a égide da saúde das populações nos diferentes contextos e espaços temporais, percorrendo modelos de atenção à saúde como o sanitarismo campanhista, médico assistencial privatista chegando ao Sistema Único de Saúde (SUS), que culminou com o projeto neoliberal como evento indesejado, determinando uma universalização excludente (MENDES, 1995).

Para situar o leitor sobre os motivos da criação do SUS é necessário contextualizar a situação social, econômica e histórica do Brasil na década de 80, o país vinha gozando o

chamado “milagre brasileiro”, caracterizado por um desenvolvimento econômico frenético, mas desordenado com baixos salários para os operários e alta valorização dos trabalhadores especializados, no decorrer desse período o Estado altamente centralizador, aliou o campanhismo e o curativismo, caracterizado pelo modelo biomédico, hospitalocêntrico, numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país (LUZ, 1991).

O modelo biomédico focado na doença e não na necessidade das pessoas foi (e continua sendo nos dias de hoje) extremamente perverso para as famílias na década de 80, onde somente estavam assegurados aqueles trabalhadores com emprego formal e contribuintes da seguridade social, que foi gestada das antigas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) organizadas e administradas por empregados e empresas que estavam ligadas à exportação e ao comércio (ferroviárias, marítimas e bancárias), atividades fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Adiante o Estado transforma as CAPs, em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs), o novo Instituto é agora regulado por um órgão colegiado de representantes dos empregados, patrões e pelo Estado, que culmina na criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, financiado pelos três entes, contudo sob a regulação e controle estatal que conforma o modelo médico-assistencial privatista (LUZ, 1991; MENDES, 1995; RIZZOTO, 1999).

A ação do Estado no setor da saúde se dividia em dois ramos: de um lado a saúde pública, de caráter preventivo e conduzida através de campanhas; de outro, a assistência médica, de caráter curativo, conduzida através da ação da previdência social. O modelo curativo tinha como essência o atendimento, individual, farmacêutico e tecnológico em saúde, tendo como lócus da saúde o hospital, fortemente influenciado e assediado pela indústria da saúde, o capitalismo Norte Americano (RIZZOTO, 1999).

Nesse contexto, torna-se fundamental afirmar que as formas com que as sociedades identificam e explicam seus problemas de saúde, bem como o modo como se organizam para enfrentá-los, variam historicamente e dependem de determinantes estruturais, econômicos, políticos e ideológicos (PAIM, 1992).

Pois bem, contrários a política do governo ditatorial do

## APONTAMENTOS E PENSAMENTOS FRENTE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

período, os militantes dos direitos sociais, especialmente os da saúde, vislumbravam um sistema de saúde público e Universal, ideias oriundas de 1978 em Alma-Ata, onde se pactuou internacionalmente a defesa dos cuidados de atenção primária, como forma de incluir os indigentes da saúde (sem emprego formal), isto é, aqueles não contemplados pelo modelo médico assistencial privatista.

Deste modo, a forte crise econômica do Estado, influenciando diretamente o financiamento em saúde, a insatisfação dos contribuintes e o forte apelo e expectativa pela redemocratização do país, efervesce o movimento “contra hegemônico da saúde” nos anos 80, denominado mais tarde de reforma sanitária, que acabaria por ser decisivo nas mudanças no setor saúde.

Em 1986, os diversos movimentos sociais, trabalhadores da saúde, entidades acadêmicas, científicas e políticos reunidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, dialogam e pactuam a criação de um sistema universal e gratuito de saúde, financiado pelo Estado, e finalmente fica esboçado o texto da saúde que com reservas seria aprovado na Assembleia Constituinte de 1988, criando o SUS.

O texto constitucional resguarda a saúde como direito de todos sob a tutela do Estado mantendo os princípios conceituais elencados no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, contudo como parte de qualquer construção coletiva, as discussões levaram também a inclusão no texto, a liberdade da iniciativa privada em atuar na saúde, decisão que interessava o sistema capitalista e foi alcançado por lobistas presentes no legislativo – resguardando de forma clara o projeto neoliberal na carta magna. A partir de 1990, o novo governo tem a sua disposição todas as prerrogativas democráticas para conduzir o país, mas não possui sustentação política nem econômica para gerir o Estado. Entretanto, a expectativa da sociedade brasileira na nova década pós-redemocratização era de um Estado mais solidário.

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é promover uma reflexão sobre as potencialidades, efeitos indesejados frente à criação do SUS, o acesso, a (in)satisfação e a necessidade de avaliar visando as novas perspectivas de evolução do sistema.

## Percurso metodológico

Trata-se de um estudo reflexivo, que emergiu da análise crítica da literatura proposta e das discussões em grupo durante uma disciplina de pós-graduação, a qual tratava sobre a evolução do SUS, avaliação em saúde e modelos de atenção em saúde.

## Desenvolvimento

Para um sistema que prevê saúde para todos é essencial a organização estrutural, política e financeira, mas a crise enfrentada naquele momento e por causa de outros movimentos políticos e capitalistas antagônicos, o SUS acabou por ser subfinanciado e não conseguiu atender a demanda desencadeada, acabando por ser um sistema de baixa qualidade direcionado as pessoas de menor renda, fato que expulsou grande contingente para a iniciativa privada num círculo vicioso de fuga do SUS e diminuição da qualidade e, finalmente a conformação do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1995).

O SUS se tornou nesse momento histórico um subsistema de saúde sobreposto por outros dois, o de atenção médica supletiva (privado e ao mesmo tempo subsidiado pelo governo), além do subsistema denominado desembolso direto, a medicina liberal (MENDES, 1995).

Este tipo de sistema caracteriza-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar, pela ausência de integração entre os pontos de atenção à saúde e de um sistema de inteligência que confira organicidade ao todo, tendo como característica a fragmentação da atenção à saúde, visto que tendem a se organizar em um grupo de pontos de atenção isolados e que não se comunicam entre si, normalmente não há uma população adscrita sob a responsabilidade de uma equipe multidisciplinar, prevalece uma visão de hierarquia pela divisão de níveis, sendo eles o primário, secundário e terciário de atenção a saúde, definindo grau de importância entre estes níveis, determinando erroneamente a Atenção Primária à Saúde (APS) como a menos complexa (MENDES, 2009).

Este sistema torna-se ineficiente devido seu foco na gestão de riscos populacionais, por dividir o evento da doença e a atenção por partes que não se comunicam, rompendo o princípio da continuidade. Tendem a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica gerando efeitos negativos próprios dos sistemas fragmentados, que dificulta o alcance da equidade e da eficiência alocativa (MENDES, 2009).

Contudo, em Alma-Ata definiu-se “Cuidados Primários em Saúde” como aqueles essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e de acesso universal para os indivíduos e suas famílias, a um custo que a comunidade e os países possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação (MS, 2001).

Conforme Starfield (2004), a APS é aquela que oferece a entrada no sistema para o atendimento a todas as novas necessidades e problemas de saúde, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção à saúde prestada em outros espaços do sistema.

Para o Ministério da Saúde (MS) a APS (designada Atenção Básica à Saúde pelo governo brasileiro), é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, que envolve: promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação (MS, 2006).

Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados. Utiliza baixa densidade tecnológica para atendimentos de elevada complexidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância entre as populações. Sugere-se que seja o primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde (MS, 2006).

A APS é uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde, e busca a intersetorialidade como forma de aumentar a resolutividade. Cabe ainda lembrar que acesso aos serviços de saúde difere de assistência à saúde, é impossível assistir integralmente as pessoas somente com a prestação de serviços

de saúde. A possibilidade de resultados positivos depende de outras funções do sistema de saúde e dos demais processos sociais.

Em consequência da não organização do SUS conforme os conceitos definidos acima, este se configura em um sistema fragmentado que está vocalizado equivocadamente para a atenção as condições agudas e para os eventos de agudização das condições crônicas, ignorando a “epidemia contemporânea das condições crônicas” (MENDES, 2009).

Por outro lado, os sistemas integrados de serviços de saúde (*Redes de Atenção a Saúde*) são uma proposta teórica que defende a necessidade de recompor a coerência entre uma situação de saúde de tripla carga de doenças e o sistema de atenção à saúde do SUS, a partir de sistemas integrados de serviços de saúde baseados em três pontos centrais: *a oferta de serviços de forma contínua*, por meio de vários pontos de atenção à saúde; *a integração desses pontos de atenção à saúde*, por meio de um sistema de gestão da clínica e a existência de uma *população adstrita*, cuja saúde seria de responsabilidade do sistema, organizado de forma poliárquica com continuidade da assistência entre os pontos de atenção, tendo como filosofia a atenção integral oferecida de forma oportuna, no tempo e lugares certos sob a coordenação da APS (MENDES, 2009).

Para isso foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que busca a reformulação da ABS, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. Financia a melhoria da infra-estrutura dos serviços, a capacitação dos recursos humanos e tem como uma das premissas a avaliação do Programa (ZOBOLI, FORTES, 2004; FACCHINI et al., 2006), que atualmente se tornou uma estratégia.

Os elementos constitutivos das *Redes de Atenção à Saúde* são o centro de comunicação, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2009).

Conforme Mendes (2009) para fazer menção a estrutura dos sistemas de serviços de saúde, o mais adequado é distinguir as condições agudas, caracterizada por um período relativamente curto de duração, que pode ser assistidas por serviços de saúde (reativos) que se organizam somente para atendimento da demanda espontânea, das condições crônicas

## APONTAMENTOS E PENSAMENTOS FRENTE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

que normalmente possui cursos de longa duração e necessitam de um conjunto de serviços de saúde que responda a elas “proativamente” com ações ininterruptas e integradas.

A análise da carga de doença no Brasil demonstrou que mais de 75% das pessoas que buscaram os serviços de saúde demandaram por cuidados ligados as doenças crônicas, confirmando que o sistema de saúde necessita orientar suas ações especialmente para este tipo de demanda. O forte incremento na prevalência de doenças crônicas coloca consideráveis desafios para o sistema de saúde, assim as condições crônicas requerem modelos complexos, que envolvem colaboração entre profissionais de saúde e instituições que tradicionalmente trabalham separadas (MENDES, 2009).

A abordagem na produção de serviços e de recurso humanos em saúde no cenário nacional é reflexo de uma matriz político-organizacional biologicista, por consequência os aspectos éticos, a gestão, a estrutura, a oferta, formação profissional e a organização do processo de trabalho para o cuidado das necessidades de saúde estão baseados em um modelo de organização dos serviços de saúde e ensino voltado para um conjunto de doenças que não é o principal problema sanitário. Nos espaços dos serviços onde se concretizam as práticas assistenciais, a demanda é atendida de maneira assistemática, pontual e imediatista, sem conexão com um modelo condizente ao interesse coletivo e com o perfil demográfico e epidemiológico, agravado ainda pelo processo de formação acadêmica dos profissionais de saúde (MENDES, 2009).

Como fruto da busca do Estado de direito no Brasil, o SUS foi alicerçado em uma concepção ampliada de saúde, que por sua natureza exigiu a universalização do direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação.

A palavra acesso, nos dicionários de língua portuguesa, é conceituada como o “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada, possibilidade de alcançar algo” (HOUAISS; VILLAR, 2001). Entretanto ao aplicar esse conceito aos serviços de saúde, este pode ser compreendido como “porta de entrada” – “local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, aos caminhos percorridos por ele no sistema na

busca da resolução dessa necessidade” (JESUS; ASSIS, 2010).

Portanto, acesso é um conceito complexo e corriqueiramente aplicado de forma incorreta, e que, varia de acordo com o tempo e contexto. Existem estudos que o empregam como substantivo, a saber, acessibilidade, para designar o caráter ou qualidade do que é acessível, outros preferem pensar o acesso conforme definição apresentada no dicionário (DONABEDIAN, 2003).

De modo geral, os modelos convencionais indicam que o acesso ou a acessibilidade são fortemente influenciados por barreiras geográficas, organizacionais e financeiras, bem como pessoal, social e influências culturais que podem facilitar ou dificultar a aceitação dos serviços e influenciar na qualidade da assistência (GULLIFORD, 2002).

Operacionalmente, o acesso é um dos elementos do sistema de saúde, que se refere ao grau de facilidades que as pessoas encontram ao usarem os serviços de saúde quando se fizer necessário, além da expectativa de continuidade do tratamento (ANDERSEN, 1995).

Percebe-se que, a forma como o usuário é recebido/acolhido ao procurar o serviço de saúde, determina a credibilidade e a relação de confiança que esse estabelecerá com o local, o que pode explicar o motivo do alto número de respostas que não demonstram satisfação com a forma de atendimento (TAKEMOTO, SILVA, 2007).

Para além da polissemia conceitual sobre o acesso, o usuário do SUS deseja que suas necessidades de saúde sejam satisfeitas durante o percurso do ciclo vital, o que demanda ter uma porta de entrada e continuidade da assistência ao longo do período em que o indivíduo se sinta dependente de cuidados profissionais. Entretanto, dificuldades no acesso e experiências negativas ante a utilização dos serviços pode gerar insatisfação e em virtude disso surgem expressões e sentimentos negativos que acabam por naturalizar o SUS como um sistema de saúde dispensável, elevando o Sistema Privado de Saúde como o mais efetivo.

Desta feita, partindo da concepção de que o SUS é uma conquista social, torna-se imperativo e fundamental que a sociedade (trabalhadores da saúde, gestores, usuários) promova reflexões e estudos avaliativos para elencar propostas de implementação e para ter parâmetros para compará-lo com

outros sistemas de saúde. Pois, a insatisfação limita o seu uso por parte daqueles que conseguem custear os cuidados a saúde através de planos individuais de saúde ou desembolso direto.

Sendo assim, a satisfação dos usuários em relação ao cuidado recebido tem se apresentado como uma informação de grande magnitude e, tem sido considerada como um dos indicadores de avaliação da efetividade dos serviços de saúde. Ademais, é uma opção para valorizar os princípios relacionados aos direitos individuais e de cidadania expressos nos conceitos de humanização e direitos do usuário, representando-se como instrumento para medir a qualidade, para o planejamento e gerenciamento de um sistema de saúde (PALHA et al., 2012).

Destaca-se que parte dos usuários do SUS encontra-se insatisfeito com os serviços ofertados, sentimento que desencadeia frustração e desilusão, visto os ideários no qual o sistema foi gestado. Por outro lado surgem discursos que mostram a dificuldade em satisfazer a todos, especialmente em um sistema universal e solidário, onde os custos são limitados a capacidade que a sociedade/país possa manter.

Destarte, torna-se imprescindível promover racionalidade, lançando mão do planejamento para organizar a oferta das ações em saúde, de modo a qualificar o SUS tendo como base informações estratégicas, as quais são geradas no interior dos serviços de saúde por meio dos processos de trabalho, as quais raramente são consideradas e, a ferramenta que fornece essa modalidade de inteligibilidade é a avaliação em saúde.

Entretanto, a tarefa de avaliar requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação. Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (MS, 2005). Portanto, a realização de pesquisas avaliativas considerando as práticas de saúde produzem resultados úteis e promissores para intervir na estrutura técnico-operacional dos serviços de saúde no que tange as situações problemas atendidas (ARREAZA; MORAES, 2010).

Em se tratando da avaliação em saúde e, especialmente

da avaliação da Atenção Básica à Saúde, concorda-se que as três esferas de governo são corresponsáveis em desenvolver esse trabalho. Deve-se reforçar o caráter formativo, pedagógico da avaliação que é uma ferramenta para reorientar as políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático (MS, 2005).

De forma geral, na área da avaliação em saúde é necessário a formulação de uma matriz, como forma de exprimir coerência causal de uma intervenção em sua parte e no todo, revelando como seus componentes colaboram na produção dos efeitos, favorecendo resumos em juízos de valor (ALVES, et al., 2010).

Deste modo, diversos são os objetos no interior do sistema que são potencialmente avaliáveis, entre eles estão fatores relacionados aos doentes (fatores demográficos, geográficos, sócio-econômicos, culturais, religiosos e psíquicos), aos trabalhadores (tempo de formação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática), à organização dos serviços de saúde (recursos disponíveis e características da oferta) e à política utilizada (tipo de sistema de saúde, financiamento, distribuição dos recursos, quantidade, legislação e regulamentação profissional), sendo esses fatores decisivos para a tomada de decisões (PALHA et al., 2012).

Informa-se que no campo da avaliação existe uma gama de possibilidades de recortes do real; em outras palavras, tendo em vista que as opções técnicas são também opções teóricas que decorrem dos diferentes pontos de vista entre os atores envolvidos, correspondendo às suas posições no campo e espaços a que pertencem, como também à sua formação intelectual, visão crítica e trajetória social (VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Introduzida aqui a magnitude da utilização da avaliação como estratégia para o desenvolvimento do SUS, de modo a viabilizar o acesso e continuidade da assistência ao longo do tempo, elevando os resultados positivos dos serviços públicos de saúde, apresenta-se abaixo alguns exemplos de eixos que possibilitam formalizar um juízo de valor sobre o desempenho de sistemas e serviços de atenção à saúde.

Todas as tipologias de avaliação contemplam em seu arcabouço a ideia de qualidade, visto que sua característica central é a determinação de um juízo, um valor sobre alguma

## APONTAMENTOS E PENSAMENTOS FRENTE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

coisa, se favorável, dizemos ter qualidade (DONABEDIAN, 1988). Para promover tal julgamento na avaliação foi proposto por Donabedian (1990), um referencial teórico que ficou conhecido como “The seven pillars of quality”:

1- Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

2- Eficácia: capacidade de a arte e a ciência em saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

3- Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

4- Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

5- Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

6- Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

7- Efetividade: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Deste modo, a avaliação em saúde de forma direta ou indireta normalmente apresenta em seu bojo elementos da tríade estrutura, processo e resultado, visto a ligação de dependência entre ela, ou seja, estrutura adequada pode possibilitar o

desenvolvimento de um processo desejável que por sua vez potencializa as chances de resultados favoráveis (DONABEDIAN, 1990).

Assim, segundo Contandriopoulos et al. (1997) na análise dos efeitos de uma intervenção, avalia-se não somente a influência do resultado dos cuidados sobre o estado de saúde individual e coletivo, mas também os efeitos não desejados, nesta modalidade de análise tanto as variáveis relativas aos usuários quanto aos prestadores de serviços podem ser consideradas.

As relações entre as necessidades e práticas de saúde podem ser apreendidas pela capacidade das práticas de modificarem uma dada situação-problema atendendo ou não às necessidades de saúde de uma determinada coletividade, ou seja, refere-se essencialmente à discussão sobre suas características e seus resultados alcançados. Desta feita, a temática da avaliação ganha relevância, pois é por meio dela que essa discussão é clareada (ARREAZA; MORAES, 2010).

O campo da avaliação em saúde vem passando por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, sendo incorporado na construção de instrumento de planejamento, na formulação das políticas de saúde como instrumento útil para a tomada de decisões necessárias aos sistemas e serviços de saúde.

A qualidade das ações de saúde depende não só do perfil epidemiológico da população, mas também de aspectos relacionados a organização do sistema de serviços de saúde quanto a oferta de acesso, ao desempenho e à resolubilidade. O adequado ordenamento do sistema por meio de princípios organizacionais absolutamente integrados favorece o desempenho das ações programadas (MENDES, 2009).

### **Considerações finais**

Há o reconhecimento de que o SUS constitui uma conquista da sociedade brasileira, alcançada pela mobilização popular. Esse sistema abarca serviços de vigilância em saúde, ações de atenção primária a saúde, assistência ambulatorial, hospitalar de média e de alta complexidade e, apesar de suas dificuldades e limitações não é possível vislumbrar a assistência

em saúde no país sem o aporte desse sistema de serviços de saúde.

Contudo, para o avanço do SUS é imprescindível a resolução de algumas problemáticas fundamentais, entre elas, o financiamento, a fragmentação do sistema, o enfoque biomédico vocalizado nas condições agudas e agudização das condições crônicas e o acesso.

Dessa forma, uma das iniciativas pode ser o planejamento baseado na opinião do usuário, seja ela positiva ou negativa, na verdade o conhecimento sobre a satisfação do usuário é útil para o desenvolvimento do SUS e deve ser pensado como estímulo para a realização de avaliações sistemáticas, que pode se constituir em uma ferramenta para medir o alcance das ações que vêm sendo desenvolvidas no setor saúde, sendo decisivo para o direcionamento e planejamento dos serviços.

Possivelmente a vocalização dos descontentamentos de partes dos usuários de serviços prestados pelo Estado, especialmente em relação a políticas sociais, não advém de maquinações orquestradas com finalidade políticas partidárias, mas de insatisfação com os resultados obtidos nesses serviços, que por gênese são financiados pela sociedade e, portanto gera um sentimento de pertencimento e expectativa de ser beneficiado quando necessário. Assim, embora os usuários do SUS tenham críticas, uma reflexão mais aprofundada (avaliação) pode indicar que a população defende a sua manutenção e o seu aperfeiçoamento como a garantia do direito à saúde outrora conquistado.

Enfim, mudanças na forma da prestação de serviços de saúde não são decisões pontuais e imediatas, requer um complexo planejamento e rearranjo econômico, infra-estrutural, organizacional e de gestão, mas não avançar frente às novas configurações demográficas e epidemiológicas atuais pode levar o sistema de serviços de saúde ao sucateamento econômico e a um impacto sanitário desastroso para a sociedade.

Destaca-se ainda, que os apontamentos discutidos nessa reflexão são iniciais e não esgotam a temática em tela, ao contrário, configura o início de um inventário de pontos de referência para a discussão das possibilidades de articulação entre os atores sociais na continuidade de construção do SUS.

## Referências Bibliográficas

ALVES, C.K.A; NATAL, S; FELISBERTO, E; SAMICO, I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I; ALVES, C.K.A; NATAL, S; FELISBERTO, E. (Orgs.), *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.89-107

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, Los Angeles, v. 36 n.1, p. 1-10, mar. 1995.

ARREAZA, A.L.V; MORAES, J.C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010.

BRASIL. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde*. Caminhos da Institucionalização. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento Apoio à Descentralização. *Diretrizes Operacionais: Pactos Pela Vida. Em Defesa do SUS e de Gestão*. Série Pactos Pela Saúde. Brasília, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F; DENIS, J.L; PINEAULT, R.A. avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z.M.A. HARTZ, org.), p. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.

DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Cambridge, v.4, n. 4, p. 487-96, out. 1988.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Chigaco, v. 14, n. 11, p. 114:115-18, nov. 1990.

## APONTAMENTOS E PENSAMENTOS FRENTE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.

FACCHINI, L; PICCINI, R.X; TOMASI, E; THUMÉ, E; SILVEIRA, D.S; SIQUEIRA, F.V; RODRIGUES, M.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul/set. 2006.

GULLIFORD, M. FIGUEROA, J.M; MORGAN, M; HUGUES, D; GIBSON, B; BEECH, R; HUDSON, M. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy*, London, v. 7, p. 186–188, jul. 2002.

HOUAISS, A; VILLAR. M. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

JESUS, W.L.A; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de Acesso nos serviços de saúde: contribuições fazer planejamento. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 161-170. jan. 2010.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v.1, n.1. p.138-154. 1991.

MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Editora Casa as Saúde. Salvador, 1995.

MENDES, E.V. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. São Paulo, 1993.

PAIM, J.S. *La salud colectiva y los desafíos de la practica*. In: *Las crisis de la salud publica: reflexiones para el debate*. Washington, OPAS/OMS, 1992 (publicación científica n.540).

PALHA, P.F; SILVA, L.M.C; WYSOKI, A.D; ANDRADE, R.L.P; PROTTI, S.T; SCATENA, LM, VILLA, TCS. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n.2, p. 342-348, abr. 2012

RIZZOTO, M.L.F. *História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Editora AB. Goiânia, 1999.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

TAKEMOTO, M.L.S, SILVA, E.M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ Z.M.A, VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Orgs.), *Avaliação e saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2008. p. 15-40.

ZOBOLI, E.L.C.P, FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, nov-dez, 2004.

**Recebido em: 03/03/2014 - Aceito em: 02/06/2014**