

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

Maria Clara Dos Santos Lopes

**A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A DIFICULDADE DE  
ACESSO EM ÁREAS PERIFÉRICAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ)**

Rio de Janeiro

2024

Maria Clara Dos Santos Lopes

**A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A DIFICULDADE DE  
ACESSO EM ÁREAS PERIFÉRICAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ)**

Monografia apresentado à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz  
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para  
aprovação no Curso Técnico em Biotecnologia.

**Orientador(a):** Prof<sup>a</sup>. Ma. Renata Rufino Amaro

**Coorientadora:** Me. Andressa Nascimento Silva

Rio de Janeiro

2024

Maria Clara Dos Santos Lopes

**A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A DIFICULDADE DE  
ACESSO EM ÁREAS PERIFÉRICAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ)**

Monografia apresentado à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz  
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para  
aprovação no Curso Técnico em Biotecnologia

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Renata Rufino Amaro  
Orientadora  
EPSJV/FIOCRUZ

---

Profª. Danielle Cerri do Nascimento  
EPSJV/FIOCRUZ

---

Prof.o Flávio Henrique Marcolino da Paixão  
EPSJV/FIOCRUZ

Rio de Janeiro  
2024

*Dedico esse trabalho à  
Minha saúde mental, a mim mesma, minha  
paciência, e minhas orientadoras, que me ajudaram e me deixaram chorar menos esse ano.*

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a minha mãe, Luciene, por ter me sugerido esse tema, por ser a pessoa em quem eu me inspiro como ser humano e por sempre me apoiar e me guiar pelo caminho certo da vida.

À minha avó, Sonia, por sempre querer estar presente nos momentos mais importantes da minha vida.

À minha irmã Luana, por sempre me amparar nos meus momentos difíceis, e ser meu porto seguro.

Ao meu pai, Darlan, por sempre estar presente na minha vida e por me ajudar sempre que preciso.

À minha dinda, Andressa, por puxar minha orelha por saber do meu potencial.

Ao meu namorado, Vinícius, por sempre me apoiar e me trazer pra realidade quando eu preciso.

Ao restante da minha família, vocês estão no meu coração sempre. Eu amo todos vocês.

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio, principalmente dos professores que estiveram com a gente nessa jornada.

Agradeço à minha orientadora Renata, com quem compartilhei ideias e que me ajudou e se dedicou a essa monografia.

*Amai, porque nada melhor para a saúde que um amor correspondido.*

*Vinicius de Moraes*

## RESUMO

No período colonial considerava-se que o Brasil era uma “terra abençoada”, pois não apresenta fenômenos desastrosos sob a perspectiva humana, como terremotos, nem vulcões, além de ser ótima para o plantio. Até à década de 1920, o acesso à saúde não era para qualquer indivíduo, apenas para a burguesia. Por outro lado, muitos trabalhadores morreram por conta de epidemias, como, por exemplo, de febre amarela e peste bubônica, bem como por falta de saneamento básico. Não existia nenhum tipo de assistência à saúde estatal ou corporativa e muito menos, uma legislação capaz de garantir direitos sanitários e previdenciários à classe trabalhadora. No momento presente, o SUS é essencial para a sociedade, visto que muitas pessoas buscam atendimento por meio deste sistema já que não possuem financiamento o suficiente para buscar atendimento em hospitais da rede privada. Deste modo, esse trabalho tem por objetivo identificar as principais razões histórico-políticas que contribuem para a não garantia do acesso à saúde por parte da população de áreas periféricas do município do Rio de Janeiro, problematizar as responsabilidades constitucionais do SUS em relação à prestação de assistência à saúde, principalmente, no que diz respeito à população das áreas periféricas do município do Rio de Janeiro e também mapear as áreas do município do Rio de Janeiro com a maior taxa de vulnerabilidade socioeconômica, assim como a de maior demanda por assistência do SUS, discutir a relevância do SUS para garantir o acesso à saúde, por parte de pessoas com a maior vulnerabilidade socioeconômica. Para isso, será realizada uma proposta metodológica baseada em revisões da literatura, buscando realizar uma análise qualitativa sobre o referido tema.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Dificuldade de acesso. Áreas periféricas.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –Taxa de mortalidade infantil. Brasil e Regiões, 2012 a 2021.....	19
Gráfico 2 –Taxa de mortalidade geral segundo sexo. Brasil, 2012 a 2022.....	19
Gráfico 3 – Expectativa de vida ao nascer no Brasil, 2010 a 2060.....	20
Gráfico 4 – Evolução das taxas de mortalidade por homicídios, Brasil 2012 a 2022.....	21
Gráfico 5 – Situação do plano de saúde 2018 a 2021 e 2022 a 2025.....	26
Gráfico 6 – Situação do relatório de gestão de 2018 a 2022.....	27
Gráfico 7 – Distribuição dos trabalhadores de saúde por categoria profissional.....	30
Gráfico 8 - Trabalhadores e estabelecimentos por natureza jurídica.....	31
Tabela 1 – Dados de apoio à caracterização dos tipos e subtipos intraurbanos.....	22
Mapa 1 – PIB per capita.....	24



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS... Sistema Único de Saúde

MS... Ministério da Saúde

CNS... Conferência Nacional de Saúde

OMS... Organização Mundial de Saúde

ACS... Agente Comunitário de Saúde

EC... Emenda Constitucional

IBGE... Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CNS... Conselho Nacional de Saúde

PSF... Programa de Saúde da Família

RA... Região Administrativa

CID... Classificação Internacional de Doenças

DF... Distrito Federal

SP... São Paulo

MG... Minas Gerais

RJ... Rio de Janeiro

MA... Maranhão

PIB... Produto Interno Bruto

DGMP... DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento

ASPS... Ações e Serviços Públicos de Saúde

LC... Lei Complementar

Degerts... Departamento de Gestão e Regulamentação do Trabalho em Saúde

PDRAE... Plano Reforma do Aparelho do Estado

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	
<b>12</b>	
<b>CAPÍTULO 1 - A RELEVÂNCIA DO SUS E A QUESTÃO DO ACESSO DAS POPULAÇÕES PERIFÉRICAS AO SISTEMA.....</b>	
<b>14</b>	
<b>CAPÍTULO 2 - A GESTÃO DO SUS E A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE EM ÁREAS PERIFÉRICAS DA ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	
<b>32</b>	
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No período colonial brasileiro, uma das grandes preocupações em relação às cidades passou a ser o saneamento e a proteção de áreas próximas à região portuária, o que possibilitaria um aumento de ganhos, no âmbito da comercialização de produtos.

Acreditava-se que o Brasil era uma “terra abençoada”, pois não apresenta fenômenos naturais como terremotos, nem vulcões, além de ser ótima para o plantio. Até à década de 1920, o acesso à saúde não era para todas as pessoas, apenas para a burguesia. Por outro lado, muitos trabalhadores morreram por conta de epidemias, como, por exemplo, de febre amarela e peste bubônica, bem como por falta de saneamento básico. Não existia, nenhum tipo de assistência à saúde estatal ou corporativa e muito menos, uma legislação capaz de garantir direitos sanitários e previdenciários à classe trabalhadora.

De acordo com Almeida e Batista (s/d), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a premissa de que saúde é um direito do cidadão e dever do Estado. Isto se deveu a todo um processo de luta e conquista do Movimento Sanitário, o qual começou no final dos anos 1970, culminando com a 8a Conferência Nacional de Saúde (8a CNS) e inscrição do SUS na Constituição Federal de 1988.

Paim (2009) em concordância com a Constituição Federal de 1988, afirma que o SUS é público e universal, ou seja, independente de classe, etnia ou gênero. Portanto, o SUS visa a um atendimento justo e sem privilégios (equitativo), devendo desenvolver ações de prevenção, promoção e tratamento de doenças da população brasileira.

Ainda de acordo com Paim (op. cit.), é importante compreender a saúde em seu conceito ampliado, isto é, está relacionada com o saneamento básico, educação, condições de vida etc. o que corrobora o postulado de Almeida e Batista (s/d).

Observa-se que há vários obstáculos que o SUS vem enfrentando, como o subfinanciamento crônico, e, mais recentemente, a partir do governo Michel Temer, o desfinanciamento, por conta da Emenda Constitucional 95 (EC 95).

Contudo, Paim (op. cit.) argumenta que o SUS, apesar disso, é fundamental para a população brasileira, atestando que o Estado deveria investir mais em concursos públicos para a contratação de profissionais, melhoria da gestão e aperfeiçoamento dos processos de participação e controle social.

Entende-se que o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas do mundo em relação à saúde, pois a maioria dos países tem um modelo privatizado. Com efeito, o SUS atende grande parte da população brasileira, principalmente, às pessoas mais pobres, residentes em áreas periféricas, as quais não possuem recursos financeiros que possam garantir uma vida saudável. Conforme a página virtual do Conselho Nacional de Saúde (CNS):

“O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos.

Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde (CNS, [s/d]).”

Nesse sentido, se pretende abordar, de forma central, as dificuldades encontradas por pessoas de baixa renda para terem garantido o seu acesso à saúde.

Isto se dá, principalmente, em áreas periféricas, o que é agravado pelo fato de não haver saneamento básico e com isso, aumentando a probabilidade de contrair doenças por veiculação hídrica (amebíase, disenteria bacteriana, cólera, giardíase etc.) ou até mesmo outros tipos de doenças, como por exemplo, tuberculose.

A presente pesquisa busca identificar as principais razões histórico-políticas que contribuem para a não garantia do acesso à saúde por parte da população residente em áreas periféricas do município do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, propõe-se discutir a relevância do SUS como mecanismo de garantia ao acesso à saúde para indivíduos em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, além de verificar as responsabilidades da gestão do SUS na prestação de assistência à saúde nessas áreas, com foco na zona Norte do município.

A metodologia utilizada será baseada no método quali-quantitativo, por meio de um levantamento bibliográfico. Serão consultadas teses, monografias, dissertações, artigos científicos e informações de fontes como o IBGE e a Prefeitura do Rio de Janeiro.

As pesquisas serão realizadas nas bases de dados Scielo e BVS Fiocruz, selecionando materiais publicados entre 2000 e 2023. Os referenciais teóricos incluirão autores como Almeida e Batista (debates sobre a Reforma Sanitária), Paim (*O que é o SUS* [2009]) e Campos (*Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS* [2006]). Além disso, será realizada uma

análise de documentos e relatórios relacionados ao funcionamento do SUS em áreas periféricas, incluindo as favelas da zona Norte do Rio de Janeiro, identificando quais localidades enfrentam maiores dificuldades devido ao não funcionamento adequado dos postos de saúde.

## **CAPÍTULO 1 - A RELEVÂNCIA DO SUS E A QUESTÃO DO ACESSO DAS POPULAÇÕES PERIFÉRICAS AO SISTEMA**

O Brasil foi historicamente concebido como uma terra favorecida pelos deuses, desprovidas das principais catástrofes naturais como terremotos, furacões e vulcões. Seus povos originários desfrutavam em harmonia da natureza, dedicando-se à colheita de frutos e à caça. Contudo, com a chegada dos colonizadores, essa tranquilidade foi rapidamente interrompida. Em 1500, os portugueses exploraram os recursos do Brasil de forma implacável, tendo posse das suas riquezas naturais e colonizando rapidamente as terras, deixando um impacto significativo no ambiente.

Com o decorrer do tempo, os invasores enfrentaram novos desafios, como a presença dos vetores de doenças, que era evidenciado pela ausência de saneamento básico, desencadeando epidemias e pandemias que resultaram na perda de muitas vidas, visto que naquela época não havia recursos adequados para conter tais enfermidades.

Em 1808, iniciou-se um projeto para institucionalizar a saúde e regulamentar as práticas médicas, visando combater informações falsas e promover o bem-estar da população. Esses esforços visavam garantir maiores cuidados à saúde de maneira adequada e confiável. No ano de 1904, Oswaldo Cruz, médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro desenvolveu uma vacina crucial que contribuiu significativamente para o controle de uma doença que foi devastadora na época, a febre amarela.

De acordo com Almeida e Baptista (s/d) uma campanha de vacinação obrigatória foi implementada, enfrentando resistência por parte da população e desencadeando a I Revolta da Vacina<sup>1</sup>, um marco histórico nesse período de transformações na saúde pública brasileira.

No período de 1988, a saúde começou a ser reconhecida como um direito social,

---

<sup>1</sup> A Revolta da Vacina (1904) foi uma reação violenta da população contra a vacinação obrigatória, sendo parte de um projeto de modernização do governo. A campanha, coordenada por Oswaldo Cruz, encontrou resistência devido a despejos em áreas pobres e regras rigorosas de higiene, que geraram descontentamento, sendo vista como uma violação da liberdade individual, agravada pela má comunicação e desinformação (Portal Fiocruz).

independente da condição social e esse direito foi adquirido graças à 2Reforma Sanitária<sup>2</sup>, que ocorreu no período de 1976 a 1988 emergindo da resistência contra a ditadura militar, liderada por militantes e profissionais de saúde, buscando melhorias na saúde da população brasileira.

No dia 19 de setembro de 1990, foi decretada a Lei no 8.080/90, a qual diz que o SUS presta serviço para promoção, proteção e recuperação à saúde. Logo após a implementação dessa lei, Fernando Collor de Mello, presidente da República à época, tentou vetar a referida legislação.

Quando essa lei foi admitida a população estava satisfeita em reconhecer essa lei como a “lei do SUS”. Mas o princípio dessa legislação vai além do SUS, visto que, de acordo com Paim (p.52, 2009) “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Art.2).”

No presente texto, Paim cita um artigo da Lei no 8.080/90 que diz que a promoção à saúde é dever do Estado e que qualquer indivíduo tem direito de acessar esse sistema, que é primordial para a população.

Essas condições indispensáveis são questões do Estado pois, de acordo com Paim (2009),

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visam à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua proteção, promoção e recuperação (Paim, 2009 p.52 e 53)”

A partir da lei apresentada acima, o SUS foi criado com o objetivo de democratizar a saúde no país, isto é, promover acesso à saúde de forma igualitária a toda população, independente das condições a que o cidadão esteja inserido.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira, a atenção do SUS deve estar concentrada nas políticas econômicas e sociais visando a redução de doenças e outros agravos à

---

<sup>2</sup> O movimento da Reforma Sanitária (1976) nasceu no contexto da luta contra a ditadura, sendo usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Este processo teve como marco institucional a 8a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. # Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Pense SUS - Fiocruz).

saúde como acidentes, intoxicações ou até mesmo violências.

A saúde do corpo social é de interesse de toda a comunidade. No entanto, a obrigação do Estado de financiar a saúde de uma população não deve ser isenta. Assim, essa lei fica ainda mais clara quando a Presidência da República Casa Civil declara que:

“a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.  
(Paim, 2009 p.53)”

De acordo com o fragmento da lei anteriormente abordada, os principais pontos que determinam uma saúde adequada são a alimentação, moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer. Em conjunto esses agentes formam a saúde de forma geral.

O SUS tem como objetivo principal a assistência à população, conforme estabelecido na Constituição. Teoricamente, o SUS é atribuído com base em três diretrizes fundamentais:

- I) Descentralização, que implica em direção única em cada esfera de governo;
- II) Atendimento Integral, priorizando atividades preventivas sem negligenciar os serviços assistenciais; III) Participação Comunitária.

A descentralização como primeira diretriz, visa adaptar o SUS à diversidade regional de um país como o Brasil, que apresenta realidades econômicas, sociais e sanitárias diversificadas. Em outras palavras, esse princípio estabelece que recursos financeiros e cooperação técnica sejam repassados aos municípios pelo governo central. As decisões apropriadas à melhoria do sistema não estão centralizadas na sede do governo federal em Brasília, mas sim nos órgãos responsáveis de cada município, estado e Distrito Federal, sob coordenação do Ministério da Saúde.

O Atendimento Integral, por sua vez, busca englobar promoção, proteção e recuperação da saúde. Além de integral, o atendimento deve priorizar atividades preventivas, as quais pretendem preservar a qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades, prevenindo a manifestação de diversas patologias. Um exemplo dessas medidas é a promoção da educação alimentar, que envolve uma rede de apoio nutricional mais ampla, evitando a falta de desinformação relacionada à doenças diversificadas, causadas pela má higienização de alimentos. Outro aspecto que podemos citar é a prevenção, através de vacinação e outras medidas, que não

deve prejudicar os serviços assistenciais, os quais são essenciais para cuidar daqueles que já estão doentes. O sistema deve assegurar uma assistência efetiva e de qualidade, capaz de solucionar problemas à medida que surgem. Essa diretriz também é conhecida como integralidade da atenção, representando uma inovação no cuidado com as pessoas.

Por fim, a Participação Comunitária representa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões relacionadas à saúde. É uma abordagem endossada por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento de sistemas de saúde. No contexto brasileiro, a participação da comunidade é vista como um meio de superar práticas autoritárias que estavam presentes nas políticas de saúde desde o período militar, permitindo que os cidadãos estejam envolvidos nas decisões relacionadas à saúde pública (PAIM, 2009).

O SUS é reconhecido como um dos sistemas de saúde públicos mais modernos e complexos do mundo, por garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, fazendo com que vários programas sejam criados para uma melhoria da saúde da comunidade (PAIM,2009). Esse sistema resume-se em respostas sociais para melhorar os problemas e as necessidades de saúde da população brasileira, junto das políticas sociais, econômicas e ambientais que são fundamentais para uma ótima promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos. Esse sistema é fundamental, principalmente para moradores de áreas de periferias. A saúde significa, de um modo mais ampliado, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a educação, e não apenas está relacionado apenas com a ausência de doenças, mas também com o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Além desse sistema ser um dos maiores do mundo, também foi desenvolvido uma proposta de atenção básica à saúde global por meio do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse projeto foi iniciado pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, com a proposta de integrar ações preventivas, que busca promover melhor a saúde de uma população, para seiscentas a mil famílias em territórios definidos com uma equipe constituída por profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os ACS são pessoas que moram em determinadas áreas de uma comunidade e atuam nessa região. São trabalhadores que ligam a equipe com a comunidade, facilitando a vigilância e a promoção da saúde das famílias. No Brasil existem os modelos de atenção, que são assistenciais

ou de intervenção em saúde e são facilmente definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos), que compõem o perfil epidemiológico de uma determinada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2003).

Esses modelos são uma forma de combinar técnicas e tecnologias com a finalidade de solucionar os problemas de saúde e atender as necessidades individuais e coletivas, como uma maneira de organizar e reorganizar os meios de trabalho do SUS, utilizados na prática ou nos processos de trabalho em saúde.

Ao longo da 11ª Conferência Nacional de Saúde no ano 2000, foram discutidos os limites dos modelos de atenção à saúde no Brasil e certas experiências em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS, com destaque para as seguintes propostas alternativas: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção à saúde. (TEIXEIRA, 2002).

Com essas propostas alternativas, para organizar o rendimento do cuidado de grupos vulneráveis por entre as diversas redes assistenciais que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2017).

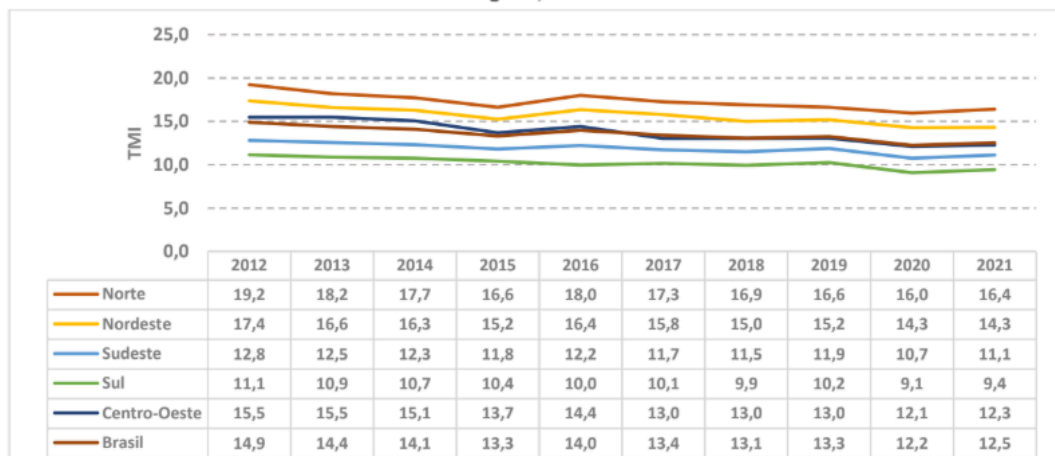
Para o aperfeiçoamento de iniciativas na área da saúde, como os programas sociais podem melhorar o rendimento dos planejamentos e da distribuição onde postos de saúde são localizados no Rio de Janeiro, fazendo com que facilite o acesso para os ACS e, principalmente para os moradores das periferias da Zona Norte do Rio de Janeiro.

Em teoria todos os programas de saúde devem chegar em certos indivíduos de uma determinada população, mas, na prática, alguns desses programas não são projetados para todos os lugares, como por exemplo, a comunidade de Manguinhos na Zona Norte do Rio de Janeiro. Por conta dessa área ser considerada de risco, muitos ACS, e até mesmo médicos, não conseguem chegar às casas que precisam de atendimento. Numerosos serviços diários dos ACS e médicos em comunidades do Rio de Janeiro são prejudicados por conta do tráfego e operações policiais (Isabela Soares Santos e Roberta Argento Goldstein - Rede de pesquisa em Manguinhos, 2016)

Classicamente, os estudos epidemiológicos têm procurado explicar as desigualdades na saúde da população, segundo fatores sociais e econômicos tais como renda, ocupação, educação,

ambiente, ou, de maneira geral, as assim denominadas condições de vida. Consensualmente, estes estudos mostram que a saúde da população apresenta forte gradiente social, que se reproduz nos mais diferentes países, independentemente da sua natureza, abrangência, eficácia e eficiência dos respectivos sistemas de saúde. Os indicadores de saúde fornecem um monitoramento de uma determinada situação na saúde de uma população. Ao todo são quatro indicadores: 1) Coeficiente de mortalidade infantil – calculado como uma taxa média trienal, a partir dos óbitos em menores de um ano registrados (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE). Como mostra o gráfico 1:

**Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade infantil. Brasil e regiões, 2012 a 2021**



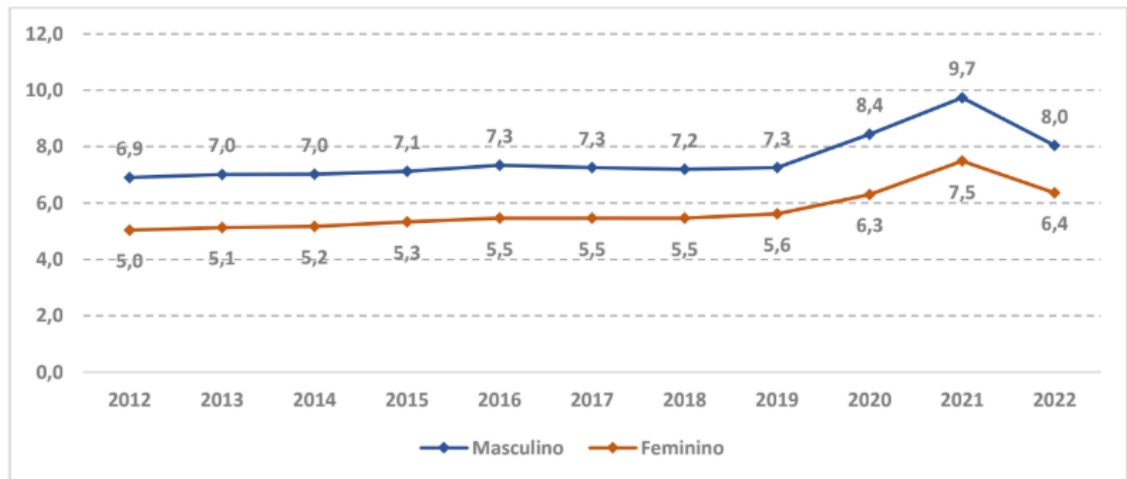
Fonte: SIM e Sinasc - SVSA/MS.

2) Taxa de mortalidade padronizada por idade – calculada com base nas taxas de mortalidade

específicas por faixas quinquenais de idade, estimadas como médias trienais em determinado

período (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE). Visto no gráfico 2:

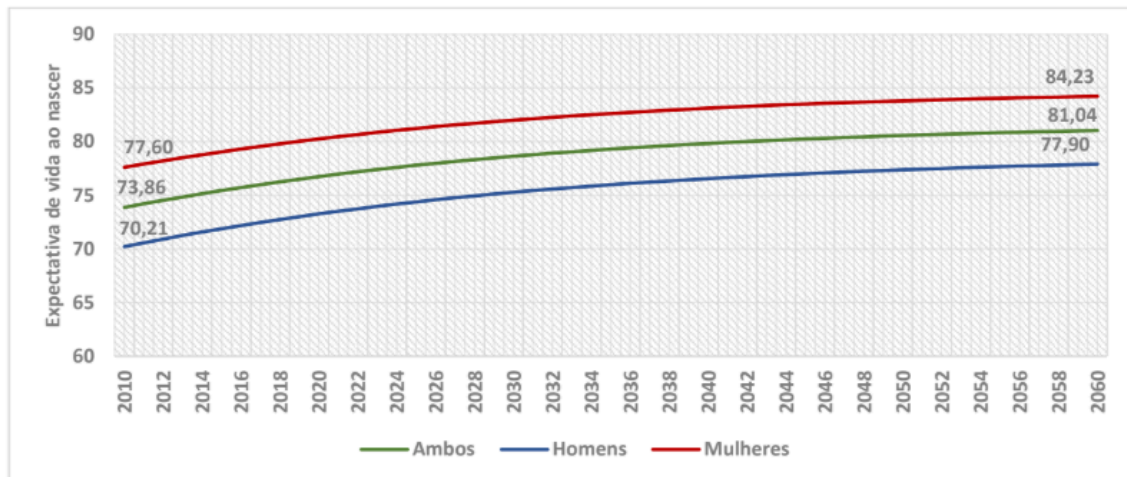
**Gráfico 2 –Taxa de mortalidade geral segundo sexo. Brasil, 2012 a 2022**



Fonte: SIM - SVSA/MS e Projeção da População, edição 2018 do IBGE. Dados de 2022 são preliminares.

3) Esperança de vida ao nascer – calculada por meio da construção da tábua de vida por região administrativa (RA), conforme a formulação de Frias & Rodrigues (1981), valendo-se das taxas centrais de mortalidade, idade e sexo, estimadas como médias trienais de um período, calculadas para cada sexo (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE). Como notasse no gráfico 3:

**Gráfico 3 - Expectativa de vida ao nascer no, Brasil, 2010 a 2060**

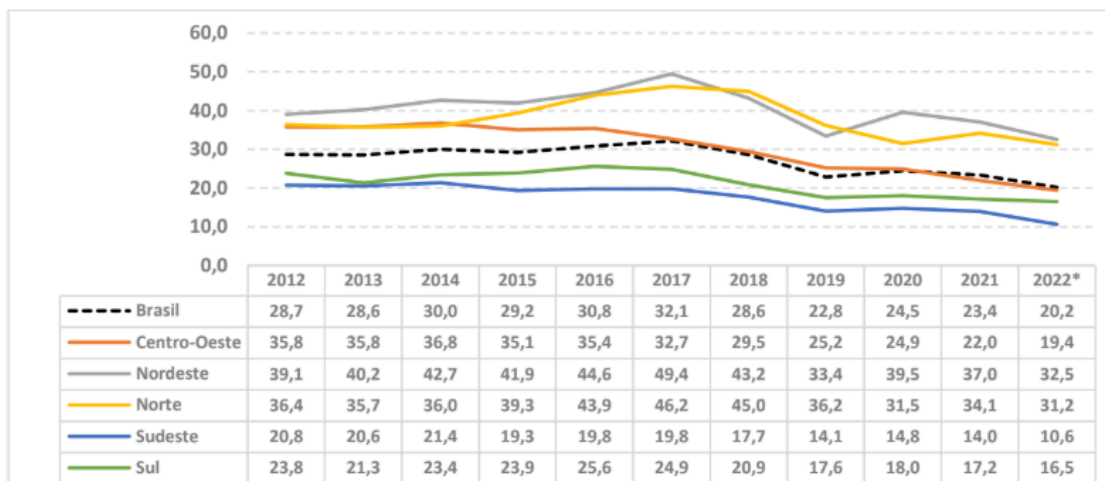


Fonte: Elaborado pelo SVSA/MS – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

4) Taxa de homicídios – calculada como a taxa média trienal em determinado período, para

indivíduos do sexo masculino, entre 15 a 29 anos de idade. O número de óbitos compreende aqueles classificados segundo a 9a Classificação Internacional de Doenças (CID) como “homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas” (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE). Mostrados na tabela 4:

**Gráfico 4 - Evolução das taxas de mortalidade por homicídios, segundo regiões. Brasil 2012 a 2022**



Fonte: SIM - SVSA/MS; IBGE Projeção da população.

Da mesma forma existem indicadores de distribuição de renda que são os indicadores que foram construídos com os dados censitários contendo informações sobre a renda dos chefes de domicílios, classificadas em 11 classes de renda baseada no valor do salário-mínimo.

As classificações são as maneiras de denominar a vulnerabilidade socioeconômica, mostrando estatisticamente como existem pessoas com uma qualidade de vida excelente, e tem indivíduos que vivem em extrema pobreza.

A tabela é organizada pelas primeiras letras do alfabeto, com os critérios de coleta de lixo adequada, água potável, esgotamento sanitário, densidade de moradores por dormitório, alvenaria com revestimento externo, razões de dependência de menores de 15, computador com acesso à internet, máquina de lavar, instrução nível médio e superior completo, rendimento (Ministério da Saúde; IBGE). Segundo a tabela 1.

**Tabela 1 - Dados de apoio à caracterização dos tipos e subtipos intraurbanos**

Tipo	Subtipo	Mediana do percentual de pessoas em domicílios com							Mediana do Percentual de pessoas com nível médio ou superior <sup>1</sup> (%)	Mediana da razão de dependência de menores de 15 anos (crianças / 100 adultos)	Mediana do rendimento domiciliar per capita (R\$)
		Coleta de lixo diretamente por serviço de limpeza ou em caçamba de serviço de limpeza (%)	Água distribuída por rede geral de abastecimento (%)	Rede geral de esgoto ou pluvial, ou fossa séptica (%)	Densidade de até dois moradores por dormitório (%)	Alvenaria predominante nas paredes externas (%)	Existência de computador com acesso à Internet (%)	Existência de máquina de lavar (%)			
A		100,00	99,80	99,70	95,90	98,70	89,60	95,40	85,80	17	3 250,00
B		100,00	99,60	99,50	94,50	98,40	86,00	93,30	83,90	18	2 500,00
C		100,00	99,80	99,10	92,70	97,00	81,60	92,40	77,80	19	1 750,00
D		99,90	99,50	98,10	84,40	94,20	65,50	85,30	62,10	24	870,00
E		99,80	99,30	94,00	72,30	87,40	44,90	73,70	43,20	31	510,00
F	F1	98,90	95,80	73,50	69,60	87,40	35,30	44,00	51,30	31	440,00
	F2	99,10	51,80	65,80	71,90	84,50	43,00	61,80	55,90	31	555,00
G	G1	99,40	98,50	87,70	58,40	78,30	31,70	64,00	30,90	38	400,00
	G2	98,10	96,90	70,40	68,30	87,10	24,10	30,70	37,70	35	325,00
H	H1	95,60	89,90	52,50	64,10	78,40	21,00	36,70	30,50	40	340,00
	H2	98,60	48,10	60,70	65,80	78,90	23,40	50,60	32,00	37	380,00
I	I1	81,00	73,80	60,50	58,10	75,70	22,80	50,70	29,40	38	333,00
	I2	98,20	85,00	44,50	47,30	42,20	17,60	36,70	38,80	49	320,00
J	J1	80,50	66,00	52,80	55,00	70,10	14,20	22,60	49,00	42	267,00
	J2	96,70	43,70	40,90	44,10	54,70	11,10	34,30	33,90	50	255,00
K	J3	75,50	62,00	32,70	66,40	77,70	10,50	16,10	21,90	43	255,00
		70,10	59,10	31,90	49,10	50,10	5,20	12,60	33,00	47	217,00

Fonte: IBGE, Diretoria de Geocências, Coordenação de Geografia e Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Métodos e Qualidade.

(1) Considerando as Áreas de Ponderação com mais de 40% de domicílios particulares permanentes ocupados em situação urbana, nas Concentrações Urbanas selecionadas neste estudo.

Os tipos mais comuns em sociedade são: **Tipo A** - apresentando o melhor desempenho na classificação, com percentuais elevados que indicam boas condições de vida. Configura as áreas

mais ricas nas concentrações urbanas avaliadas, proximidade ao centro de negócios ou condomínios de luxo. O rendimento domiciliar per capita é de R\$3.250,00, com alto padrão de consumo, comércio de luxo e serviços voltados à elite. Essas áreas estão presentes em quase todas as Grandes Regiões do país, exceto na Norte, e apenas em concentrações urbanas com mais de 1 milhão de habitantes. As maiores áreas estão em Brasília/DF (159,3 km<sup>2</sup>), São Paulo/SP (81,9 km<sup>2</sup>), Belo Horizonte/MG (34 km<sup>2</sup>) e Rio de Janeiro/RJ (32,9 km<sup>2</sup>), atendendo ≈99,8% dos moradores (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

Tipo G - apresentando o desempenho intermediário na classificação, caracterizado por fortes oscilações nos resultados das variáveis analisadas. Geralmente, essas áreas estão localizadas entre regiões com melhores condições de vida ou na periferia das zonas urbanizadas. A maior área do tipo G está na concentração de São Paulo (327 km<sup>2</sup>), seguida por Rio de Janeiro (191,1 km<sup>2</sup>) e Porto Alegre (145,8 km<sup>2</sup>). Os serviços de água e coleta de lixo são quase universalizados (cerca de 98%). Formado por dois subtipos. O Subtipo 1, apresenta baixos indicadores em áreas como acesso a computador com Internet (31,7%) e escolaridade média ou superior (30,9%). A densidade de moradores por dormitório é razoável (58,4%). Apesar do rendimento domiciliar per capita de R\$ 400,00, há uma cobertura significativa de esgotamento sanitário (87,7%). Já o Subtipo 2, com rendimento de R\$ 325,00, apresenta um baixo índice de acesso a computador com Internet (24,1%) e níveis reduzidos de escolaridade média e superior (37,7%). No entanto, apresenta bons índices de esgotamento sanitário (70,4%) e de densidade adequada de moradores por dormitório (68,3%) (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

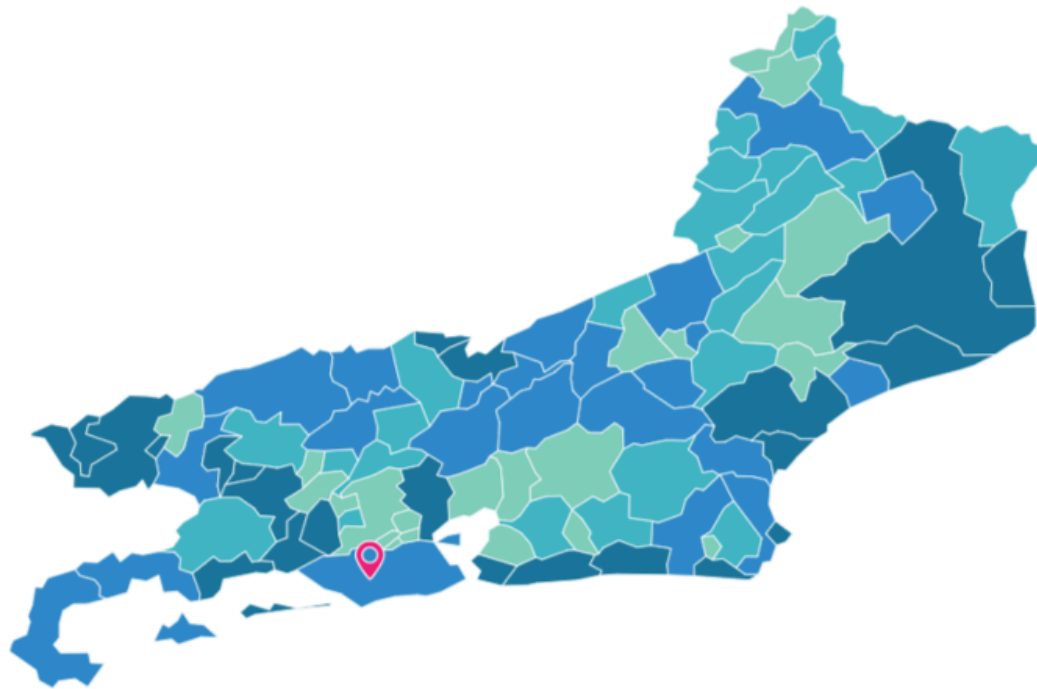
Tipo K - apresentando o pior desempenho na classificação, com muitos percentuais baixos entre os temas analisados. As áreas analisadas são muito pobres, com rendimento de R\$217,00 em 2010 e alta razão de dependência (47 crianças para 100 adultos). Isso é refletido pela ausência de bens como máquina de lavar e computador com acesso à internet, presentes em apenas 12,6% e 5,2% dos domicílios, respectivamente. A instrução da população é limitada, com apenas 33,0% com nível médio ou superior, e a cobertura de esgoto é baixa, com 31,9%. A densidade de até dois moradores por dormitório é de 49,1%, respectivamente. A coleta de lixo é mais abrangente, com 70,1% de cobertura, enquanto o acesso à água é razoável, com 59,1%. As maiores áreas de vulnerabilidade estão em São Luís/MA e algumas concentrações urbanas das regiões Norte e Nordeste. A pesquisa do IBGE destaca a gravidade da vulnerabilidade socioeconômica e é

fundamental para que o governo reconheça a existência de pessoas em extrema precariedade (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

A vulnerabilidade econômica é formada por uma combinação de fatores que degradam o bem-estar pessoal e social de formas e intensidades diferentes. No Rio de Janeiro, o PIB per capita em 2021 era de R\$53.078,23. Na comparação com outros municípios do estado, ficava na posição 25o de 92o, e na 835o de 5570o entre todos os municípios do Brasil. Já o percentual de receitas externas em 2023 era de 36,42%, o que o colocava na posição 70o de 92o entre os municípios do estado e na 5171o de 5570o. (IBGE, 2021), conforme visto no mapa 1.

### **Mapa 1 – PIB per capita**

PIB per capita



Legenda

até 22.718,51 R\$

até 30.467,75 R\$

até 56.096,82 R\$

mais que 56.096,82 R\$

Dado inexistente para este município

Local selecionado

Fonte: IBGE 2022

## **CAPÍTULO 2 - A GESTÃO DO SUS E A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE EM ÁREAS PERIFÉRICAS DA ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

A gestão do SUS busca ser fundamental para a distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios. Dessa forma, cabe às três esferas do governo, em conjunto, definir protocolos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorando assim o nível de saúde de uma população, gerenciando e aplicando recursos orçamentários e financeiros, definindo políticas de recursos humanos, realizando o planejamento de curto e médio prazo e promovendo a articulação de políticas de saúde, entre outras ações (GOV.Br).

Apesar dessa atuação individual, é fundamental considerar as ações das demais esferas federativas, buscando complementaridade e funcionalidade, com o objetivo de construir um Planejamento Regional Integrado. Essa integração é essencial para fortalecer as relações interfederativas e promover um trabalho conjunto e solidário entre os diferentes níveis de gestão do SUS. Porém, essa gestão é extremamente falha em regiões vulneráveis socioeconomicamente. Ainda existe a possibilidade do profissional da saúde não estar disposto a atuar em determinada região por ser considerada área de risco, sendo uma ação antiética na profissão (Ministério da Saúde; IBGE).

Um planejamento eficiente deve refletir as necessidades de saúde da comunidade, respeitando o que é estabelecido pela legislação e garantindo a participação social e popular. Esse processo possibilita que movimentos sociais e a população contribuam na formulação, controle e avaliação das políticas de saúde, direcionando as ações e os recursos públicos para atender os interesses coletivos e assegurar o acesso equitativo de todos os cidadãos aos serviços de saúde (Ministério da Saúde; IBGE).

A participação social ocorre, por exemplo, por meio das conferências de saúde, realizadas a cada quatro anos, que reúnem representantes de diferentes segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes de planejamento.

Outro mecanismo importante é o conselho de saúde, um órgão colegiado composto por: 50% de movimentos sociais de usuários do SUS; 25% representantes de profissionais de saúde; e os 25% restantes são 6 representantes do governo federal sendo permanente e deliberativo.

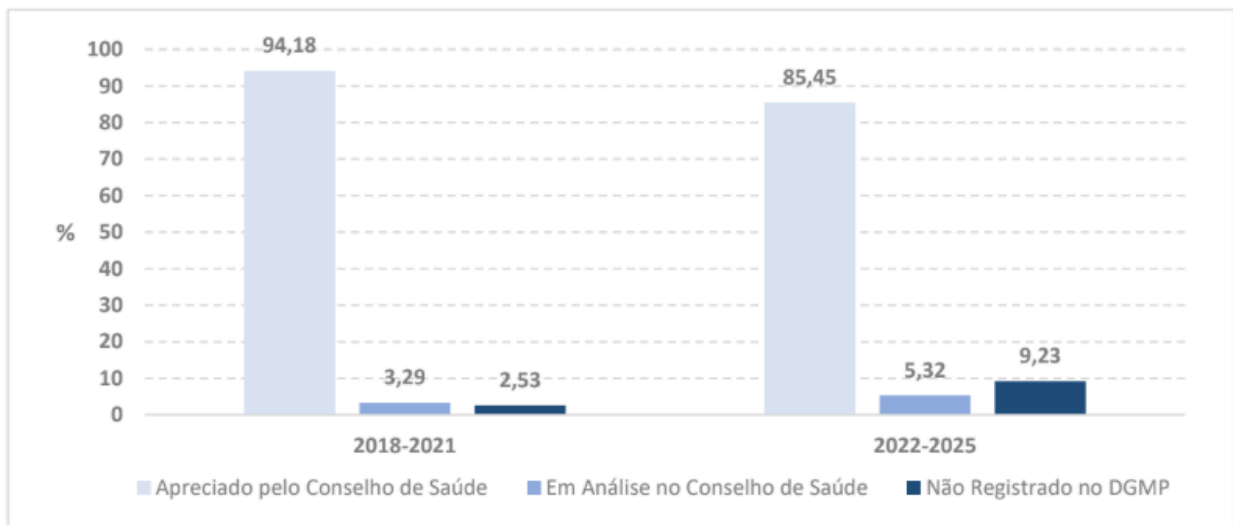
Esse conselho participa ativamente na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. A participação social desempenha um papel fundamental na elaboração de políticas públicas, uma vez que a devolutiva da população permite ao governo identificar problemas e implementar melhorias. No entanto, essa dinâmica muitas vezes se revela distinta na prática, divergindo do que é previsto na teoria (Ministério da Saúde; IBGE).

Os instrumentos de planejamento do SUS (plano de saúde, programação anual de saúde e relatório de gestão) são elaborados e registrados no sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP). Esse sistema é uma importante fonte de informação para análise e acompanhamento do planejamento do SUS. Em consulta realizada no DGMP em 9 de outubro de 2023, constatou-se que 5.018 municípios (90,12% do total) haviam registrado o plano de saúde

2022-2025 no sistema, no entanto, apenas 1.490 municípios (29,69%) incluíram a resolução do respectivo conselho de saúde, que orienta o planejamento.

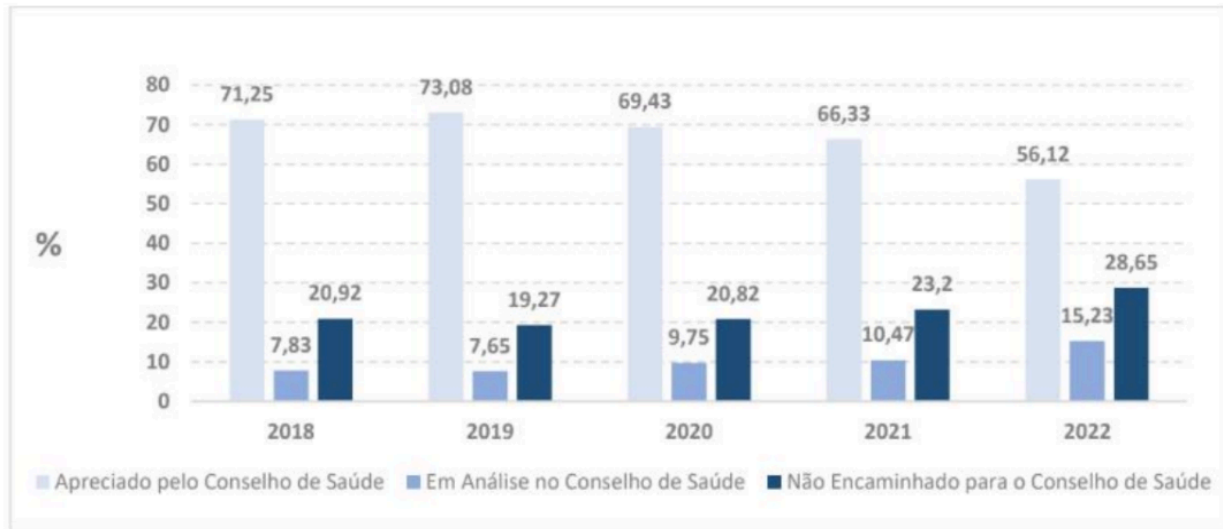
Quanto ao ciclo de planejamento anterior (2018-2021), cerca de 2,5% dos municípios não registraram o plano de saúde no DGMP, e em 3,2% dos casos não houve manifestação do conselho de saúde. Já no ciclo atual (2022-2025), esses percentuais aumentaram para 9,2% e 5,32%, respectivamente, indicando desafios que precisam ser enfrentados para garantir a efetividade do planejamento e a participação social no SUS, respectivamente (Ministério da Saúde; IBGE). Conforme o gráfico a seguir:

**Gráfico 5 - Situação do plano de saúde 2018 a 2021 e 2022 a 2025**



Fonte: DGMP – Dado coletado em 31/10/2023.

Em relação ao relatório de gestão, foi identificado que, no período de 2018 a 2022, a média de falta de comprometimento dos municípios na elaboração desse instrumento é de 22,57%. Além disso, aproximadamente 10% dos municípios, em média, mantêm o relatório em análise no respectivo conselho de saúde. Essa situação aponta a necessidade de fortalecer os processos de planejamento e acompanhamento, garantindo maior eficiência e transparência na gestão do SUS (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE). Como apresentado no gráfico a seguir:

**Gráfico 6 - Situação do relatório de gestão de 2018 a 2022**

Fonte: DGMP – Dado coletado em 31/10/2023.

Os dados evidenciam dificuldades no cumprimento dos prazos legais para a elaboração e análise dos instrumentos de planejamento. Isso demonstra a necessidade de desenvolver documentos que realmente reflitam o planejamento baseado nas necessidades de saúde da população. Para alcançar esse objetivo, é fundamental garantir a efetiva participação social e popular durante o processo de elaboração desses instrumentos (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

A alocação, previsão e disponibilização de recursos financeiros têm sido um tema de constante debate e mudanças nas regras para o cálculo e cumprimento dos limites mínimos constitucionais, destinados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Desde a Emenda Constitucional (EC) no 29, de 2000, a União passou a ser obrigada a aplicar um montante (quantia financeira específica) mínimo em saúde, cuja definição tem sofrido alterações devido a diferentes instrumentos legais ao longo do tempo (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

Esse cenário evidencia a necessidade de o Ministério da Saúde (MS) aprimorar sua capacidade de gestão, buscando otimizar critérios de priorização e qualificação dos gastos em

saúde. Também é essencial promover elementos que colaborem com as programações prioritárias e as emendas parlamentares, a fim de maximizar os resultados em um contexto de restrições financeiras. Quanto à distribuição dos recursos da União vinculados à saúde, a Lei Complementar (LC) no 141 estabelece que devem ser considerados fatores como necessidades de saúde da população, aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e espaciais, além da capacidade de oferta local. Esses critérios visam reduzir as desigualdades regionais, conforme previsto no Art. 198 da Constituição Federal, que fala sobre estabelecer uma estrutura descentralizada e participativa para o SUS, orientando que os recursos financeiros sejam distribuídos de maneira equitativa e baseados em critérios que levem em conta as necessidades específicas de saúde de cada região. No entanto, persistem desafios na execução descentralizada dos recursos, especialmente na modalidade de transferências<sup>3</sup>, que representam mais de 43% dos gastos federais em saúde (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

Para atender às demandas das demais esferas administrativas, relacionadas à rigidez orçamentária federal, o MS publicou a Portaria no 3.992, de 2017. Essa norma alterou os mecanismos de repasse de recursos para estados e municípios, simplificando o sistema em dois blocos: custeio, sendo recursos destinados à manutenção das ações e serviços de saúde, e investimento, que são recursos para aquisição de equipamentos, obras, reformas e outras melhorias de infraestrutura. Essa mudança trouxe maior flexibilidade na gestão financeira dos entes federativos, respeitando a destinação funcional e programática dos recursos transferidos pela União (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

Nos últimos anos, a formulação de políticas públicas voltadas à gestão e regulamentação do trabalho na saúde, bem como à formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) do setor, passou por profundas transformações que resultaram no enfraquecimento de pautas estratégicas. Para o próximo quadriênio (período de quatro anos consecutivos), é essencial resgatar e valorizar essas políticas e programas, recolocando-os na agenda da gestão federal. Isso permitirá consolidar o trabalho e a educação em saúde como elementos indispensáveis para a operacionalização do SUS e para garantir aos(as) usuários(as) o acesso a ações e serviços de saúde com qualidade (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

---

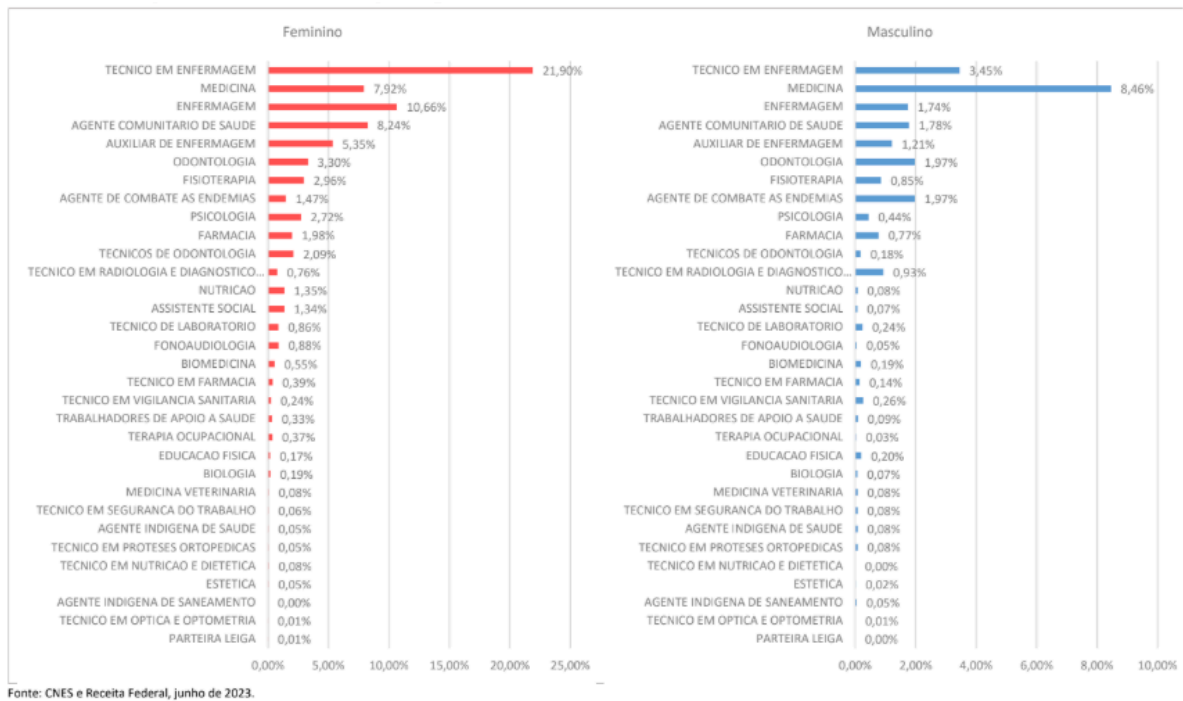
<sup>3</sup> Forma como os recursos financeiros são passados entre as federações ou entre o setor público ou organizações privadas, garantindo que os recursos públicos sejam passados de forma organizada e transparente.

Nesse contexto, a promoção de condições de trabalho dignas, seguras e humanizadas, associadas a processos de formação, qualificação e à distribuição equitativa de oportunidades educacionais em saúde, deve ser uma prioridade na formulação das políticas públicas. Essas ações devem ser estruturadas em torno do princípio da equidade, garantido pela Constituição Federal, que estabelece a responsabilidade do Estado em enfrentar as desigualdades na saúde, considerando a diversidade humana em termos de classe social, raça, gênero, identidade de gênero, geração, orientação sexual, deficiência, entre outros aspectos. Além disso, é crucial reconhecer e incorporar os fenômenos interseccionais de gênero, raça e etnia no campo do trabalho e da educação em saúde. Esse entendimento é essencial para criar e fortalecer as condições necessárias à prática da equidade no SUS, promovendo um sistema de saúde mais inclusivo e justo para todos(as) (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

O SUS tem um planejamento para o dimensionamento da força de trabalho em saúde que, de acordo com dados de junho de 2023, extraídos das bases institucionais e compilados pelo Departamento de Gestão e Regulamentação do Trabalho em Saúde (Degerts), o Brasil possui 2.934.594 trabalhadores na área da saúde, distribuídos entre os 27 estados da federação. O Rio de Janeiro tem cerca de 69.745 médicos, de acordo com a Demografia Médica 2024 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Esse número representa um aumento de 22% em relação a 2010, estando entre os estados com maior número de médicos, ficando atrás apenas de São Paulo, que tem mais de 165 mil profissionais, representando 22,79% do total (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE).

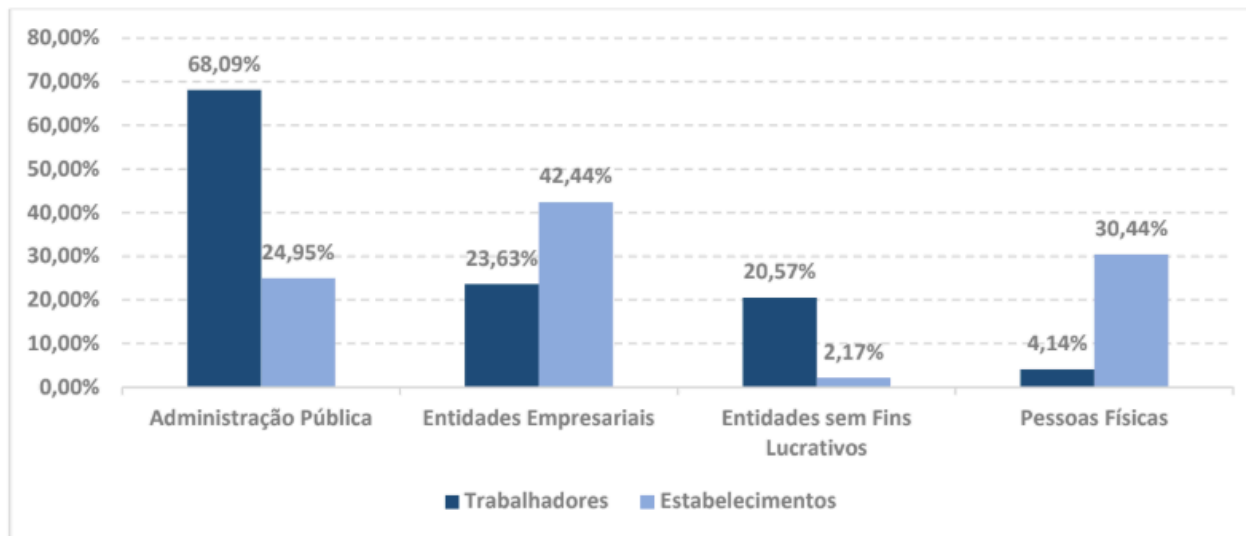
Ao analisar o perfil demográfico desses trabalhadores, verifica-se que a maioria é composta por mulheres, que representam 74,89% do total, enquanto os homens somam 25,11%. A faixa etária predominante está entre 25 e 54 anos, indicando uma força de trabalho majoritariamente jovem e adulta (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE). Em relação ao nível de escolaridade, observa-se que 49,35% possuem ensino superior, seguidos por técnicos de nível médio, que correspondem a 37,11%, e por trabalhadores com ensino fundamental completo, que representam 14,61% do total. Esses profissionais estão distribuídos em 32 categorias ocupacionais. Entre elas, destaca-se a predominância de técnicos em enfermagem, que correspondem a 25,35% das ocupações (Ministério da saúde - Plano Nacional de Saúde; IBGE). Conforme ilustrado no gráfico a seguir:

**Gráfico 7 - Distribuição dos trabalhadores de saúde por categoria profissional**



O gráfico seguinte apresenta informações sobre o vínculo dos trabalhadores e estabelecimentos de saúde com diferentes tipos de gestão, como administração pública, entidades empresariais, organizações sem fins lucrativos e pessoas físicas. Em relação aos estabelecimentos, observa-se que a maioria (42,44%) é composta por entidades empresariais, seguidas por aqueles vinculados a pessoas físicas, que representam 30,44%. Por outro lado, ao analisar os trabalhadores, nota-se que a maior parte (68,09%) está vinculada à administração pública, que se destaca como o principal empregador na área da saúde (Ministério da Saúde; IBGE).

**Gráfico 8 - Trabalhadores e estabelecimentos por natureza jurídica**



Fonte: CNES e Receita Federal, junho de 2023.

O SUS, ainda que seja extremamente importante para a população, apresenta um de seus problemas recorrentes, que são as demoras das consultas. Os sistemas públicos universais de saúde enfrentam, como uma fragilidade estrutural, a longa espera por procedimentos em situações em que a demanda supera a oferta. Para resolver o problema da demora, é necessário agir tanto na oferta quanto na demanda. Do lado da oferta, aumentar a produtividade dos serviços é essencial.

As listas de espera representam o número de pessoas que aguardam atendimento em um momento específico e funcionam como uma ferramenta de gestão clínica voltada para organizar o acesso a serviços em que há desequilíbrio entre oferta e demanda. Para que essa ferramenta seja eficaz, duas condições fundamentais devem ser garantidas: a transparência e o ordenamento com base na necessidade da população.

Dessa forma, as listas de espera podem ser definidas como uma tecnologia que regula o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de priorização baseados em necessidades e riscos, além de promover a transparência.

A transparência é crucial e depende de informações acessíveis e imparciais sobre a oferta de serviços por diferentes prestadores, bem como sobre as listas de espera. Em diversos países, essas informações são disponibilizadas online, detalhando os tempos de espera e os prestadores, o que tem ajudado a reduzir as filas.

No SUS, há uma experiência bem-sucedida com listas de espera para transplantes de órgãos, que poderia ser ampliada para outros procedimentos eletivos em que há forte desequilíbrio entre demanda e oferta. Além de promover a transparência, as listas de espera desempenham um papel importante na redução dos tempos de espera e na melhoria da percepção da população sobre os sistemas de saúde.

O ordenamento por necessidade é uma estratégia eficiente para organizar a demanda, utilizando critérios de risco no acesso aos serviços. Nos serviços de saúde, o critério de ordem de chegada ou inscrição não é apropriado, pois pode deixar pessoas em situação de maior risco desassistidas. Por exemplo, um paciente em estado crítico deve ser atendido antes de outro que chegou primeiro, mas apresenta menor gravidade. Para que esse ordenamento funcione, é indispensável a aplicação de protocolos clínicos que priorizem os casos de maior risco (Eugênio Vilaça Mendes - Desafios do SUS; 2019).

As organizações sociais de saúde são entidades privadas que recebem repasses de governos para gestão de serviços públicos de saúde, atividades que seriam, inicialmente, responsabilidade direta do Estado, por se tratar de direitos fundamentais.

No entanto, a iniciativa privada atuante no setor, acostumada até antes da criação do SUS a vender leitos, serviços e insumos para o poder público - que até então não tinha uma rede estruturada de saúde -, garantiu no processo constituinte sua participação no sistema de forma complementar.

Logo após a implementação dos SUS, foi concretizada a criação do Plano Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Essa reforma propôs o processo de publicização, ou seja, transferência para o terceiro setor (entidades privadas sem fins lucrativos) da execução de serviços não exclusivos do Estado, como pesquisa científica, educação, cultura, e saúde, enfatizando como solução o modelo de administração gerencial (Gabriella Bigossi -

Organizações sociais de saúde: análise sobre as especialidades e exames contratados pelo Estado de São Paulo, Brasil; 2023).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo desta monografia, foi observado como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de ser equitativo, o que significa que todos têm direito de acessá-lo. No entanto, poucos artigos abordam de forma específica a saúde da população LGBTQIAP+. Embora seja financiado por impostos, garantindo sua gratuidade no ponto de atendimento, enfrenta desafios para alcançar plenamente seus objetivos em determinadas regiões. Esse sistema, criado pela Constituição de 1988, busca oferecer acesso universal, integral e igualitário à saúde, sendo um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde pública do mundo. Apesar de sua importância, problemas como infraestrutura inadequada, superlotação e demora nas consultas ainda limitam sua eficácia, principalmente nas áreas periféricas do Rio de Janeiro. Nessas regiões, a atuação do SUS se dá muitas vezes por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Clínicas da Família, que são responsáveis pela atenção primária e pela prevenção de doenças. No entanto, a escassez de profissionais, equipamentos e medicamentos é um desafio constante.

Além disso, programas como o Estratégia Saúde da Família (ESF) são essenciais para levar atendimento a essas comunidades, proporcionando visitas domiciliares e acompanhamento de populações vulneráveis. Mesmo assim, as dificuldades logísticas e a violência urbana nessas áreas periféricas podem dificultar o alcance pleno dessas ações.

Apesar das adversidades, o SUS tem desempenhado um papel crucial na promoção da saúde pública, sendo responsável, por exemplo, por campanhas de vacinação em massa e pela assistência em emergências e epidemias.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. V. de; BAPTISTA, T. W. de F. A História da Saúde no Brasil – do período colonial à ditadura militar. [Material pedagógico – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / BRASIL – Debates sobre a Reforma Sanitária], s/d.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade, v.15, n. 2, p.23-33, mai.-ago., 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. O SUS. Disponível em:  
<[https://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/sus.htm](https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.htm)>. Acesso em: 31 ago. 2023.

PAIM, J. S. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Rio de Janeiro). Plano Nacional de Saúde |2024-2027|. SUS, [s. l.], ano 2024, p. 01 até 288, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>. Acesso em: 18 nov. 2024.

MENDES, Eugênio. DESAFIOS DO SUS. [S. l.: s. n.], 2019. 01 até 837 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Rio de Janeiro) et al. Tipologia Intraurbana: espaços de diferenciação socioeconômica nas concentrações urbanas do Brasil. SUS, [s. l.], p. 01 até 163, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

