

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

*Paulo Gadelha*

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

*Nísia Trindade Lima*

EDITORA FIOCRUZ

(GESTÃO 2012-2016)

Diretora

*Nísia Trindade Lima*

Editor Executivo

*João Carlos Canossa Mendes*

Editores Científicos

*Carlos Machado de Freitas*

*Gilberto Hochman*

Conselho Editorial

*Claudia Nunes Duarte dos Santos*

*Jane Russo*

*Lígia Maria Vieira da Silva*

*Maria Cecília de Souza Minayo*

*Marília Santini de Oliveira*

*Moisés Goldbaum*

*Pedro Paulo Chieffi*

*Ricardo Lourenço de Oliveira*

*Ricardo Ventura Santos*

*Soraya Vargas Côrtes*

COLEÇÃO TEMAS EM SAÚDE

Editores Responsáveis

*Carlos Machado de Freitas*

*Nísia Trindade Lima*

*Ricardo Ventura Santos*

JAIRNILSON SILVA PAIM

**O QUE É o SUS**

6ª Reimpressão



### 3 | A CRIAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de *seguridade social*, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios.

#### O SUS NA CONSTITUIÇÃO

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: *A saúde é direito de todos e dever do Estado* (Art. 196). Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde.

No artigo 196, mencionado anteriormente, destaca-se que o dever do Estado seria garantido mediante políticas econômicas



e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Assim, antes de fazer alusão às ações e serviços de saúde, a Carta Magna aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as *políticas econômicas*. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco às doenças e a agravos, compondo as *políticas sociais*.

Agravos dizem respeito a quadros que não representam, de modo obrigatório, uma doença classicamente definida, como em acidentes, envenenamentos, dentre outros. Violência é o evento representado a partir de ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasiona danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. Acidente é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer.

É importante realçar que só depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para o direito à saúde a Constituição faz referência à garantia do *acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*. Muitas dessas ações e serviços são responsabilidades intransferíveis do sistema de saúde, mas não é possível desconhecer o impacto das políticas *econômicas* e sociais sobre as condições de saúde da população.

O que significa *acesso universal*? Significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural. Acesso universal, repetindo, é para todos – ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados, independentemente de raça, etnia ou opção sexual.

O que quer dizer *acesso igualitário*? Quer dizer acesso igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito. Quer dizer que a igualdade é um valor importante para a saúde de todos. Todavia, em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo atingir a igualdade. Com vistas sobretudo à distribuição de recursos, cresce em importância a noção de equidade, que admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade.

O que são ações e serviços para *promoção, proteção e recuperação* da saúde? *Promover* saúde significa fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas gerais e inespecíficas a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Portanto, promoção em saúde não tem o mesmo sentido das promoções do comércio. Nestas últimas o objetivo fundamental é estimular vendas e para isso pode-se recorrer a várias estratégias: propaganda, liquidação, “queima de estoques”, prêmios etc. No caso da promoção da saúde, importam boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura,



diversão, entretenimento e ambiente saudável, entre outras. Supõe atuar sobre as “causas das causas”, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida. Já *proteger* a saúde significa reduzir ou eliminar riscos, por meio de ações específicas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de *camisinha* para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas. Essas medidas são baseadas em conhecimentos científicos que permitem identificar fatores de risco e de proteção. Diante da insuficiência desses conhecimentos em certas situações, a exemplo dos efeitos dos alimentos geneticamente modificados (transgênicos) sobre a saúde humana e o meio ambiente, países mais desenvolvidos têm adotado o *princípio da precaução*. Preferem utilizar alternativas na produção a submeter a população a riscos desconhecidos. *Recuperar* a saúde requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou sequelas. A atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representam as principais medidas para a recuperação da saúde.

O *acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública.

Entretanto, a Constituição da República estabeleceu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, cabendo ao poder

público *dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

Para muitos fica a impressão de que a Constituição não definiu se a saúde deve ser considerada um bem público ou um serviço a ser comprado no mercado. Na realidade, essa ambiguidade resultou dos embates e acordos políticos no processo constituinte. Representa o que foi possível conquistar naquele momento pelos deputados que defendiam a criação do SUS, embora viesse a ter consequências problemáticas depois. Segundo a Constituição, as ações e serviços públicos que compõem o SUS seriam complementados mediante contrato com serviços privados que, nesses casos, deveriam funcionar como se públicos fossem. Assim, o SUS seria organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público.

Sabendo agora que o SUS é integrado por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, cabe esclarecer o que é uma organização em *rede* de forma *regionalizada e hierarquizada*.

A ideia de rede está presente no nosso vocabulário quando nos referimos a uma determinada rede de supermercados ou a uma rede de televisão. No primeiro caso, pensamos em várias lojas de supermercado pertencentes a uma mesma empresa. No segundo, reconheceríamos várias emissoras distribuídas no território nacional, mesmo que não pertencessem a um único dono. A expressão “filiadas” designa parte dessas emissoras que integram a rede, mas não são propriedade do grupo majoritário que controla a programação nacional. Programas locais podem até ser desenvolvidos, mas sem comprometer os horários preferenciais ocupados na programação nacional.



No caso do setor saúde, a ideia de *rede* supõe certa ligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, autarquizada, ou seja, sem comunicação entre si. No caso dos supermercados, pode haver uma sede da empresa, onde são tomadas as principais decisões, e os escritórios em cada loja, responsáveis pela solicitação de reposição de estoques, produção de dados, contabilidade, supervisão etc. No SUS não há proprietário único, posto que os estabelecimentos públicos de saúde pertencem aos municípios, estados, Distrito Federal e União, ao passo que os serviços particulares contratados são de propriedade privada. Sua rede parece mais com a de televisão. Não há um único dono, mas uma “programação nacional” estabelecida pelo “SUS nacional” e programas das “filiadas”, definidos nos âmbitos estadual e municipal. A rede de saúde é mais complexa do que as redes de supermercado e de televisão, mas, por ora, essa comparação pode ajudar a entender o que é *rede*.

A forma de *rede regionalizada* possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais etc.) em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados. As ações e serviços de saúde podem, então, ser organizados *em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde*.

Desse modo, regionalização corresponde a um dos princípios organizativos do SUS. *Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na*

*atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.*

Ainda de acordo com a Constituição, o SUS seria organizado a partir de três orientações fundamentais ou diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

A *descentralização* busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas. *Significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica*. Nesse sentido, as decisões não devem estar centralizadas em Brasília, sede do governo federal. As decisões do SUS seriam tomadas em cada município, estado e Distrito Federal, por meio das respectivas secretarias de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar a atuação do sistema no âmbito federal. Isso é o que a Constituição define como diretriz da *descentralização com comando único em cada esfera do governo*.

Um dos argumentos mais utilizados para justificar esta diretriz diz respeito ao fato de que as pessoas moram nos municípios, não na União. Assim, os problemas de saúde seriam mais bem resolvidos no âmbito local, ou seja, nas cidades em que as pessoas residem. As secretarias estaduais de saúde só deveriam atuar sobre questões que ultrapassassem as possibilidades do município. Já o governo federal, sob a direção do Ministério da Saúde, deveria apoiar e orientar as ações dos governos estaduais e municipais, assegurando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.



O *atendimento integral*, como destacado anteriormente, envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Mas, além de ser integral, o atendimento no SUS deve priorizar as atividades preventivas. Essas ações são realizadas para evitar que as pessoas adoçam, se acidentem ou se tornem vítimas de outros agravos. Podem ser aplicadas aos indivíduos, como as vacinas, ou coletivamente, para toda uma população, como o combate ao mosquito da dengue ou o controle sobre a qualidade da água e dos alimentos. Esta prioridade, todavia, não deve prejudicar os chamados serviços assistenciais, ou seja, os que cuidam das pessoas doentes. Não sendo possível eliminar as doenças, violências e acidentes, sempre se faz necessário e inadiável assegurar o cuidado oportuno para as pessoas. O sistema de saúde tem de garantir uma assistência efetiva e de qualidade, capaz de resolver esses problemas tão logo apareçam. Esta diretriz do SUS, que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, é conhecida como integralidade da atenção. Representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade.

A *participação da comunidade* expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde. Trata-se de uma recomendação de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), para o desenvolvimento de sistemas de saúde, especialmente a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978. No caso brasileiro, a participação da comunidade era, também, um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e nas práticas de saúde

desde os governos militares, criando espaços para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS. Assim, a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde.

Pelo caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania, a Constituição de 1988 tem sido reconhecida como *Constituição Cidadã*. Antes mesmo de estabelecer artigos relacionados com a saúde, apresentava como fundamental o princípio da dignidade da pessoa humana. Isso significa que a dignidade da pessoa humana deve anteceder quaisquer questões na sociedade brasileira, sejam econômicas, políticas ou ideológicas. Nesse contexto, a saúde foi concebida como um direito social, inerente à condição da cidadania.

Após a revisão dessas orientações contidas na nossa Constituição, podemos concluir que o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes.

## O SUS NAS LEIS

Uma vez aprovada a Constituição, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica, que esclarecesse como aplicar essas orientações gerais na realidade



brasileira. Tratava-se, no caso, da Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei 8.080/90). Como esta lei sofreu diversos vetos do presidente da República, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela lei 8.142/90.

A primeira lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Tem, portanto, uma abrangência muito grande. Não se limita ao SUS, nem ao setor público. Ao se referir às ações e serviços de saúde prestados por pessoas naturais ou jurídicas, pode ser interpretada como capaz de interferir na medicina liberal e na medicina empresarial, por exemplo. Do mesmo modo, ao contemplar entidades jurídicas de direito público ou privado, essa regulação poderia se dirigir a serviços e ações de saúde realizados por fundações públicas, instituições filantrópicas e empresas privadas, como as que comercializam planos de saúde.

Entretanto, os problemas enfrentados pela sociedade brasileira no período em que esta lei foi aprovada e implantada impediram que se levasse às últimas consequências a abrangência dessa legislação. Muitos se contentaram em reconhecê-la apenas como "a lei do SUS". Mas cabe lembrar que suas disposições gerais vão além do SUS. Explicita que *a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício* (Art. 2º). E essas condições indispensáveis, a serem garantidas pelo Estado, não se resumem ao SUS. Adiante a lei acrescenta que *o dever do Estado de garantir a saúde consiste na*

*reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação* (parágrafo primeiro).

Na mesma linha estabelecida pela Constituição, essa lei centra a sua atenção nas políticas econômicas e sociais a serem reformuladas e executadas para a redução de riscos de doenças e outros agravos à saúde, tais como acidentes, intoxicações ou violências. Antes mesmo de definir o SUS, estabelece que *o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade* (parágrafo segundo). Portanto, todos são corresponsáveis pela saúde da comunidade, sem que isso reduza a obrigação do Estado de assegurar o direito à saúde. Esta compreensão fica ainda mais clara quando a lei esclarece que *a saúde tem como fatores 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* (parágrafo terceiro).

O reconhecimento das condições de vida, anteriormente mencionadas como determinantes e condicionantes da saúde, indica uma concepção que ultrapassa as dimensões biológicas e ecológicas da saúde dos indivíduos e da coletividade. Ao alcançar uma dimensão social, esta lei adota um conceito ampliado de saúde, especialmente quando admite que *os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País*. Explicando melhor: se pretendemos melhorar a saúde da população, temos de atuar especialmente sobre os determinantes vinculados às condições de vida. Do mesmo modo, se queremos elevar os níveis de saúde de toda a população, precisamos interferir na estrutura econômica e política do Brasil.



A RSB propunha essas intervenções, juntamente com a implantação do SUS. A Reforma Sanitária fazia parte de uma totalidade de mudanças, a exemplo da Reforma Agrária, da Reforma Urbana, da Reforma Tributária, entre outras. O SUS, embora um dos seus filhos diletos, tinha outros irmãos e irmãs igualmente importantes, tais como: distribuição de renda mais justa, avanço da democracia e desenvolvimento da educação e da cultura.

Tal como a Constituição, somente depois de a lei 8.080/90 apresentar esta concepção ampliada de saúde e de seus determinantes é que explicitou a sua definição do SUS: *o 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, constitui o Sistema Único de Saúde* (Art. 4º).

Portanto, o SUS corresponde a um sistema público de saúde formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais. Não é exclusivamente constituído por organismos da administração direta, como o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais correspondentes. Integram também o SUS os órgãos e instituições da chamada administração indireta, a exemplo das autarquias, fundações e empresas públicas. Assim, serviços e estabelecimentos de saúde vinculados à administração indireta poderiam gozar de maior autonomia de gestão, adequando-se melhor à natureza e às especificidades das ações de saúde. A iniciativa privada pode participar do SUS, em caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público. Nesse sentido, os serviços privados e filantrópicos contratados funcionam como se públicos fossem.

Após descrever os objetivos e atribuições do SUS, em que se destacam a assistência às pessoas, a vigilância sanitária, a vigilância

epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, a lei em questão descreve seus princípios e diretrizes.

A assistência às pessoas tem sido definida de modo mais amplo que a assistência médica ou hospitalar por meio da expressão atenção à saúde: *tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento.*

A *vigilância sanitária* responsabiliza-se pelo controle de medicamentos, alimentos, bebidas, cigarros, equipamentos e materiais médico-odontológico-hospitalares, vacinas, sangue e hemoderivados, serviços de saúde, portos, aeroportos e fronteiras, entre outros. *Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.*

Vigilância epidemiológica é definida nessa lei como *um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.*

Do mesmo modo, entende-se por saúde do trabalhador *um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.*



*Assistência farmacêutica envolve o abastecimento de medicamentos em todas as suas etapas, incluindo a conservação, o controle de qualidade, a segurança, a eficácia terapêutica, o acompanhamento, a avaliação do uso, a obtenção e a difusão de informação sobre eles, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, de forma a assegurar seu uso racional.*

## PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

*Princípios* são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam o nosso pensamento e as nossas ações. Funcionam como se fossem os mandamentos no caso das religiões. Já as *diretrizes* são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção ou, talvez, no mesmo caminho.

Assim, o princípio da universalidade supõe o direito à saúde para todos, incluindo *acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência*. Já a integralidade de assistência é *entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*. Isso significa que todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde. Portanto, o SUS não se restringe à atenção básica. A legislação vigente assegura que, a depender da necessidade de cada situação, a pessoa tenha acesso a serviços preventivos e curativos de caráter especializado ou hospitalar, ou seja, em todos os níveis de complexidade do sistema. Se o município não é capaz garantir o atendimento de

um caso, deve estabelecer pactos com outras secretarias municipais que disponham dos serviços em outros níveis do sistema, inclusive recorrendo ao apoio da secretaria estadual de saúde. Do mesmo modo, se um estado não pode resolver no seu território situações mais complexas, deve recorrer ao suporte do Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS.

Outro princípio muito importante do SUS diz respeito à *preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral*. O respeito à dignidade humana e a liberdade de escolha das pessoas sustentam o princípio da autonomia dos cidadãos diante das ações e serviços de saúde colocados à sua disposição. As decisões informadas e as escolhas saudáveis supõem a emancipação dos sujeitos e não a tutela ou imposição do poder público. Mesmo em situações excepcionais, como no caso de epidemias que requeiram algum grau de restrição de liberdade individual, as pessoas devem ser informadas e esclarecidas para poderem colaborar com a proteção do conjunto da população. Assim, o *direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde* representa outro avanço democrático garantido na legislação do SUS.

Finalmente, entre os princípios definidos em lei destaca-se a *igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*. Este princípio expressa o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde garantido pela Constituição. Portanto, a *equidade* não consta entre os princípios do SUS, seja na Constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde: o princípio central nesses marcos legais é a *igualdade*. Sem entrar na polêmica acerca das diversas conotações da noção de equidade, o SUS poderia atender as pessoas e as coletividades de acordo com as suas necessidades, mediante a *diretriz de utilização da epidemiologia para o*



*estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.* A possibilidade de oferecer mais recursos para os que mais precisam estaria fundamentada por essa orientação, em vez de recorrer a noções ambíguas como equidade e “discriminação positiva”, acionadas por organismos internacionais que não apoiam o desenvolvimento de sistemas de saúde universais.

Entre as diretrizes estabelecidas na lei, além daquelas aprovadas na Constituição – descentralização, integralidade e participação da comunidade –, destacam-se as seguintes: *divulgação de informações; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.*

## O CUMPRIMENTO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Para cumprir a lei, todos os governos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deveriam implantar o SUS nas suas áreas de influência de acordo com os princípios e diretrizes acima descritos. Se a realidade que observamos ainda é diferente do que está na norma jurídica, significa que novos esforços são necessários para que os governos, políticos, dirigentes e técnicos cumpram e façam cumprir a lei. Aliás, durante o governo do presidente Itamar Franco, o Ministério da Saúde chegou a lançar um documento cujo subtítulo era *a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.*

A Lei Orgânica da Saúde define a competência e as atribuições dos governos federal, estadual e municipal em relação ao SUS, estabelecendo atribuições comuns às três esferas de governo e discriminando as responsabilidades específicas da direção

nacional do SUS, da direção estadual e da municipal. Além disso, orienta o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados e também as políticas de recursos humanos, financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento.

Nos primeiros anos de implantação do SUS, muita ênfase foi concedida à descentralização e à busca de financiamento. Poucas foram as iniciativas para a organização dos serviços e para a reorientação do modelo de atenção. Desse modo, as redes regionalizadas e hierarquizadas propostas pela Constituição e Lei Orgânica da Saúde ainda se encontram muito incipientes. A partir de sua implantação, *quando recebido pelo sistema de saúde, o cidadão será encaminhado para um serviço de saúde de referência daquela região. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção básica), e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município.*

O caráter *hierarquizado* da rede não deve ser entendido para adjetivar um serviço como mais importante ou mais poderoso do que outro, mandando nos demais, como no exemplo do supermercado. A hierarquização não é entre os governos federal, estadual e municipal: *não há hierarquia entre União, estados e municípios. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde.* A hierarquização prevista para a rede tem um sentido de usar os recursos disponíveis de uma forma mais racional para atender mais e melhor as pessoas (racionalização em vez de racionamento). Como a maior parte dos municípios não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde, faz-se necessário que haja uma estratégia regional de atendimento (*parceria entre*



estado e município) para corrigir essas distorções de acesso. Deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. Quanto mais complexos os serviços, eles são organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, município-polo e região.

A integralidade da assistência deve contemplar também a continuidade do atendimento, quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar. No entanto, a maioria dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas é simples. Pesquisas indicam que mais de 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e no âmbito municipal. Assim, a atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É, preferencialmente, a 'porta de entrada' do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Equipes multiprofissionais de saúde também atuam nesse nível, realizando ações promocionais e preventivas.

Já os casos mais difíceis e complexos seriam encaminhados, de modo sistemático e organizado, para outros níveis do sistema – os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares. Esses serviços são mencionados em documentos oficiais do SUS e na linguagem de gestores e técnicos através da sigla MAC (média e alta complexidade).

A média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos

tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Trata-se de um conjunto de procedimentos definido por decreto (4.762/03) e que integra o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS): 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrassonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia.

No caso da alta complexidade, corresponde a procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplo de procedimentos de alta complexidade: traumatologia-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica.

Uma das críticas feitas a essa denominação de MAC aponta para o equívoco de considerar a atenção básica como de baixa complexidade. Portanto, não se deve confundir complexidade tecnológica com densidade tecnológica, derivada de uso de equipamentos sofisticados e caros que expressa, na realidade, certa densidade de capital. Um cuidado a um problema emocional e uma visita domiciliar a uma família com vítima de violência doméstica podem ser tecnologicamente mais complexos que uma fisioterapia ou um procedimento de traumatologia-ortopedia.

Ainda assim, através de um instrumento de planejamento denominado *Programação Pactuada Integrada* (PPI), utilizado anualmente sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde, procura-se racionalizar o uso dos recursos assistenciais. Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e



*acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população.*

Entretanto, a sigla MAC não é apenas uma listagem de atos técnicos. É também uma forma de remunerar prestadores que lembra o pagamento por unidade de serviços (US) dos tempos do Inamps. Se naquela época denunciava-se a US com “fator incontrolável de corrupção”, atualmente pode-se alertar que o pagamento por procedimentos estimula a produção de serviços e intervenções mais bem remunerados, secundarizando atendimentos básicos e consultas médicas do primeiro nível de atenção, como se eles não apresentassem uma complexidade tecnológica. Contribui para produzir distorções nas práticas de saúde, além de contrariar princípios e diretrizes do SUS. Assim, *estabelece a remuneração a cada procedimento ambulatorial e hospitalar no SUS. Para receber por serviços prestados ao SUS, as instituições contratadas ou conveniadas emitem uma fatura com base na Tabela de Procedimentos do SUS.*

## GESTÃO PARTICIPATIVA

Se da perspectiva assistencial ainda persiste certa herança do Inamps no SUS, os vetos presidenciais à lei 8.080/90 atingiram especialmente os aspectos referentes aos recursos financeiros e à participação social. Para contornar esses obstáculos, foi sancionada a lei 8.142/90, fruto de um processo de negociação entre representantes da sociedade, parlamentares, gestores e o governo federal. Esta lei passou a regular as *transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde* entre a União, estados e municípios, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS.

Esta lei estabelece o *Fundo Nacional de Saúde*, com recursos para custeio e investimentos, e impõe para o repasse regular e

automático a existência das seguintes condições nos estados, Distrito Federal e municípios: fundo de saúde (estadual e municipal); conselho de saúde, com composição paritária, ou seja, metade de representantes de usuários e metade de representantes de prestadores e trabalhadores do SUS; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e comissão para a elaboração do plano de carreira, cargos e salários.

Os fundos de saúde *são instrumentos de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde existentes nas três esferas de poder. São responsáveis por receber e repassar os recursos financeiros (oriundos da União, estados e municípios) destinados às ações e serviços de saúde.* Integram uma conta bancária incluindo todos os recursos a serem utilizados naquelas ações e serviços, devendo ser gerenciados pelos gestores do SUS, nos níveis municipal, estadual e federal.

*Plano de saúde*, segundo a lei 8.142/90, corresponde a um documento que orienta a ação dos gestores e informa à população sobre o que pretende realizar o SUS nas três esferas de governo num tempo determinado. Tem, portanto, um sentido diferente dos *planos de saúde* vendidos no mercado por operadoras do setor de saúde suplementar, que constituem *planos privados de assistência à saúde*. Os planos de saúde municipais, estaduais e nacional, como documentos técnicos de planejamento, são compostos por capítulos, contemplando a análise da situação de saúde, objetivos, diretrizes, metas, estratégias e mecanismos de monitoramento e avaliação.

O *relatório de gestão* representa um meio de comprovação, para o Ministério da Saúde, da aplicação de recursos transferidos aos



estados e municípios e se refere ao resultado da programação estabelecida anteriormente.

Finalmente, plano de carreira, cargos e salários é *um conjunto de princípios e diretrizes que orientam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos para o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados.* Poucas, no entanto, têm sido as iniciativas para a concretização dessa medida.

No que diz respeito à participação da comunidade na gestão, foram instituídas as instâncias colegiadas do SUS *em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo:* a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde deve ser convocada a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Portanto, não cabe a essa instância formular políticas, mas sim propor diretrizes para tal formulação, tendo em conta a análise da situação de saúde. Compete aos governos democraticamente eleitos formular as políticas de saúde.

Já o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, atuando na *formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.* Entretanto, suas decisões devem *ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera do governo.* No âmbito municipal, as *políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Inter-gestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberados pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores,*

*usuários, profissionais, entidades de classe etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Inter-gestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde).* No âmbito federal, temos ainda o *Conselho Nacional de Saúde (CNS),* composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que, entre outras atribuições, aprova os acordos estabelecidos na CIT.

Convém lembrar que, por mais importantes que sejam essas instâncias de participação e mecanismos de controle social no SUS, vinculadas ao Poder Executivo, não podem colidir com as prerrogativas do Poder Legislativo. Por isso, logo no primeiro artigo da lei 8.142/90, existe a advertência *sem prejuízo das funções do Poder Legislativo.* Portanto, no caso de as conferências e os conselhos de saúde exorbitarem das suas atribuições definidas em lei, tende a prevalecer a vontade legitimamente expressa em votos, seja do Congresso Nacional, das assembleias legislativas ou das câmaras de vereadores.

## A IMPLANTAÇÃO DO SUS

A grave crise econômica experimentada pelo país no final da década de 1980 e na primeira metade dos anos 1990, bem como a execução de políticas de ajuste macroeconômico pelos governos desde então, representaram um ambiente bastante adverso para a implantação do SUS, um sistema de saúde de caráter universal e de natureza pública.

Pouco depois de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos, levando o sistema público de saúde a incorporar um terço da população desassistida, o governo federal reduziu à



metade os gastos com a saúde. Faltaram investimentos na rede pública de serviços de saúde, em recursos humanos, em ciência e tecnologia, além de verbas para o custeio e manutenção dos serviços existentes.

Nesse contexto, cresceu um segmento do mercado denominado *saúde suplementar*, envolvendo as modalidades assistenciais já referidas como medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de autogestão e seguros de saúde. Tais modalidades vieram a constituir um subsistema de serviços de saúde, reconhecido como *Sistema de Assistência Médica Supletiva* (Sams) que vende no mercado produtos denominados *planos de saúde*. Consequentemente, apesar de a Constituição e as leis se referirem a um sistema único, na verdade temos outros sistemas de saúde no Brasil, que se encontram voltados para o mercado, competem com o SUS e tornam mais complexa a relação público-privado: o setor de *saúde suplementar* e o *sistema de desembolso direto* (SDD), já referidos.

No início dos anos 1990, muitos estados e municípios não se encontravam em condições de exercer plenamente as competências e atribuições estabelecidas nessas leis. Por outro lado, o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governo. Diante desse quadro, a construção do SUS recorreu a um conjunto de portarias, chamadas de *normas operacionais*: NOB-91; NOB-93, NOB-96, Noas-2000 e Noas-2002.

Essas normas tiveram certa importância na história do SUS, mobilizando o interesse de gestores, técnicos e estudiosos do assunto. Todavia, foram ignoradas de um modo geral pela opinião pública, mídia, políticos, empresários e população. Para o cidadão, importa mais a atenção que recebe no SUS e nem tanto os

mecanismos de organização, gestão, gerência e repasse de recursos financeiros. Esses aspectos são apenas meios para atingir os fins, ou seja, um atendimento de qualidade e oportuno e uma melhoria do estado de saúde das pessoas e da coletividade.

Essas normas foram atualizadas por mais de 15 anos para viabilizar a política de descentralização no SUS e, em 2006, foram traduzidas num novo instrumento, que se convencionou chamar de *Pacto da Saúde*. Trata-se de uma maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos acordados, buscando superar a descentralização tutelada pelo governo federal com vistas à constituição de um SUS solidário entre as três esferas de governo. Em vez de o nível estadual utilizar o pretexto de uma suposta “crise de identidade” diante da descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, caberia aprofundar as suas responsabilidades perante o SUS, em parceria com as esferas municipal e federal. Ainda assim, muitos dos artigos que integram a legislação, a exemplo da ação supletiva dos estados diante das dificuldades técnicas e financeiras de muitos municípios, ainda não foram integralmente contemplados na implementação do SUS.

Enfim, foram tantas normas e portarias produzidas pelo Ministério da Saúde que este chegou ao ponto de criar uma *Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos* para elaborar uma espécie de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) do SUS. Ao ser aprovado o regimento interno dessa Comissão, em 2008, foi possível produzir aquilo que chamaríamos de Consolidação das Portarias do SUS (CPS). Assim, o ministro da Saúde, *considerando a necessidade de promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde por meio da*



*normatização infra-legal*, fez publicar a portaria 2.048, de 3 de setembro de 2009, aprovando o *Regulamento do Sistema Único de Saúde*. Trata-se de um instrumento de política que contém 790 artigos e 94 anexos, ocupando mais de 150 páginas do *Diário Oficial da União*. Se para alguns tal medida pode ilustrar um excesso de burocratização no SUS, para outros aponta para a complexidade da gestão de um sistema de saúde, tendo em conta as características do federalismo brasileiro e as peculiaridades da administração pública, historicamente cartorial e centralizadora.

O Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS, é formado por órgãos subordinados e órgãos vinculados. No primeiro caso, é representado por órgãos da administração direta, cujas atribuições foram determinadas pelo decreto 5.678, de 18 de janeiro de 2006. Além do Gabinete do Ministro, Secretaria Executiva e Consultoria Jurídica e Departamento Nacional de Auditoria do SUS, cabe destacar cinco secretarias responsáveis por políticas, ações e serviços de saúde: 1) Atenção à Saúde; 2) Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; 3) Gestão Participativa; 4) Vigilância em Saúde; 5) Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

No caso dos órgãos vinculados, além dos colegiados (Conselho Nacional de Saúde e Conselho de Saúde Suplementar), destacam-se aqueles da administração indireta:

- a) Autarquias: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Anvisa normatiza, controla e fiscaliza produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde. A ANS tem como finalidade defender o interesse público na assistência suplementar à saúde (planos de saúde), regulando as operadoras do setor.

- b) Fundações: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Fundação Nacional de Saúde (Funasa). A Fiocruz desenvolve pesquisas, fabricação de vacinas, medicamentos, reagentes e *kits* de diagnóstico. Também presta serviços hospitalares e ambulatoriais, além de desenvolver atividades de ensino. A Funasa promove ações e serviços de saneamento para a população brasileira, além de ser responsável pela promoção e proteção à saúde do povos indígenas.
- c) Empresa pública: Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás). Seu objetivo é produzir hemoderivados para tratamento de pacientes do SUS.
- d) Sociedade de economia mista: Grupo Hospitalar Conceição. É constituído pelo Hospital Fêmina e Hospital Cristo Redentor. Atende a população do Rio Grande do Sul.

Se forem lembrados o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), ambos situados no Rio de Janeiro, além de hospitais de referência em cardiologia e outras especialidades médicas, constata-se que o Ministério da Saúde ainda possui unidades responsáveis pela prestação direta de serviços à população, apesar da política descentralizadora adotada nas duas últimas décadas.

## AS DIVERSAS VISÕES SOBRE O SUS

Neste momento da leitura, já sabemos o que é o SUS, especialmente aquilo que está estabelecido nas leis e certos problemas da sua implantação. Entretanto, o nível de conhecimento da população acerca do SUS é muito pequeno, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Uma pesquisa de opinião realizada em 2003 indicou que somente 35% dos



brasileiros souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS.

Atualmente, se algum entrevistador perguntasse às pessoas que passam pela rua o que é o SUS, as respostas possivelmente seriam as mais diversas. Um diriam que o SUS é a fila dos hospitais e postos de saúde. Outras citariam as pessoas nas macas em corredores dos pronto-socorros, esperando ser atendidas. Muitas afirmariam que o SUS é o atendimento para os pobres, aqueles que não têm planos de saúde, nem podem pagar médico particular. Algumas até reconheceriam o SUS como um *plano de saúde* dos pobres.

Se essa mesma pergunta fosse feita a médicos e donos de hospitais e laboratórios, possivelmente responderiam que o SUS paga mal. Para eles não é o governo o responsável por tal pagamento, mas o SUS, uma espécie de sujeito mais ou menos oculto. Do mesmo modo, se profissionais e trabalhadores de saúde enfrentam péssimas condições de trabalho e de remuneração, na condição funcionários públicos, tendem a culpar o SUS por tal situação. Já os sindicalistas talvez tivessem uma visão mais ampla e responsabilizassem a política econômica do governo, a forma com que o Estado brasileiro trata os servidores públicos e o descompromisso com a qualidade dos serviços prestados.

Caso se indagasse a um prefeito e a um político o que é o SUS, provavelmente responderiam que é uma verba insuficiente repassada pelo Ministério da Saúde para estados e municípios. Certamente se queixariam da burocracia para receber o dinheiro, que nem daria para pagar os medicamentos, os médicos, as ambulâncias e os hospitais. Lembrariam que as doenças, sendo tantas, e as necessidades, muitas, quase nada poderiam fazer com os recursos recebidos.

Pode-se até argumentar que antes de existir o SUS já havia filas no INPS e depois as do Inamps, além daquelas dos postos de saúde. O atendimento de urgência e emergência em hospitais de pronto-socorro sempre pareceu uma operação de guerra, com feridos, sofrimentos e dores por todo lado. No passado muitos estudantes de medicina chamavam aquele quadro de “Guerra do Vietnã”! Mas esses argumentos não chegam a convencer.

Antes do SUS e dos *planos de saúde*, já havia a medicina dos ricos e a medicina dos pobres, apesar de os médicos afirmarem que tratavam igualmente os pacientes. Desde aquela época, os estudantes e professores aprendiam medicina com os indigentes, mas aplicavam os seus conhecimentos nos que podiam pagar pelos seus serviços. Chamavam de “honorários” o dinheiro que recebiam como pagamento pelo seu trabalho. Os indigentes, portanto, eram atendidos por caridade ou por interesse de ensino e pesquisa. Direito à assistência médica antes do SUS, só para os trabalhadores com carteira assinada, desde que sobrassem recursos do pagamento das aposentadorias e pensões nas instituições da Previdência Social. No entanto, tal situação nem os mais velhos lembram.

Desde o período do IAPC ou do Iapi, passando pelo INPS e Inamps, os médicos e hospitais queixavam-se do pagamento irrisório pela previdência, sempre tendo em vista o que receberiam se os pacientes fossem particulares. Do mesmo modo, a carência de equipamentos e de material nos serviços públicos e os baixos salários dos servidores, chamados pejorativamente de barnabés, antecedem em muitas décadas a existência do SUS. Nesse caso até a mídia parece que perdeu a memória.

Os recursos repassados pelo governo federal para estados e municípios sempre estiveram aquém das necessidades dos cidadãos,



não só em saúde, mas também em educação, habitação, saneamento, cultura etc. As reformas tributárias anteriores não foram suficientes para assegurar uma distribuição mais equitativa dos recursos entre regiões, estados e municípios do Brasil. E a Reforma Tributária em tramitação no Congresso Nacional provocou muitas preocupações entre os que estão atentos à sustentabilidade econômico-financeira do SUS, mas nem por isso mereceu uma ação vigorosa e articulada de governadores, prefeitos e gestores, que sempre se queixam da falta de recursos para a saúde.

Portanto, todas as mazelas mencionadas já perseguiam a sociedade brasileira muito antes de ser implantado o SUS. Como algo pode ser a causa de tantos problemas chegando tanto tempo depois? Afinal, o SUS só tem duas décadas de vida. Como pode ser responsabilizado por tantas agruras e sofrimentos do povo brasileiro?

O SUS *não* é um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. *Não* é um sistema de serviços de saúde destinados apenas aos pobres e “indigentes”. Pelo menos não é isso que se encontra na Constituição e nas leis, nem é o proposto pela RSB.

Claro que o SUS tem muitos problemas, como analisaremos adiante. Mas somente falta de informação, má-fé, ideologia ou interesses contrariados justificariam tantas distorções na análise da realidade, ao ponto de inverter relações de causa e efeito. O SUS, em vez de ser apenas problema, ou *causa* de tantos problemas, poderia transformar-se em solução. Mas, para tanto, precisa ser desenvolvido de acordo com os seus princípios e diretrizes, já discutidos.

Reconhecemos que, não obstante a legislação em vigor (Constituição, leis 8.080/90 e 8142/90, normas e portarias), governantes, políticos, profissionais e trabalhadores de saúde, estudantes, mídia e população ainda têm visões distintas e muitas vezes distorcidas sobre o SUS. Assim, é possível identificar nas manifestações desses atores sociais diferentes concepções do SUS: o *SUS para pobres*; o *SUS real*; o *SUS formal*; e o *SUS democrático*.

O *SUS para pobres* reflete uma ideia de que saúde pública é coisa para pobre. E para quem não tem nada ou muito pouco, parece que qualquer coisa serve. Assim, prevalece a concepção de um sistema de proteção social residual, baseado na assistência dos que não podem resolver seus problemas no mercado. Bastaria, assim, uma medicina simplificada para gente simples. No limite, admite a atenção básica para todos, mas não como um direito da cidadania.

Os defensores do *SUS real* até reconhecem o direito à saúde, como se pode observar nos discursos de muitos gestores. Entretanto, na medida em que são reféns dos ministros e secretários da área econômica dos governos e do clientelismo político que prevalece nas instituições públicas, resignam-se com a situação e terminam favorecendo o mercado do setor privado. Alguns chegam a propor a “reforma da reforma” ou “a segunda reforma sanitária” para melhor adequar o sistema público aos poderosos do dia e aos interesses privados.

O *SUS formal* corresponde ao que está estabelecido pela Constituição Federal, constituições estaduais, leis orgânicas, decretos, portarias, resoluções, pactos e regulamentos, embora muito distante da realidade dos serviços públicos, em que prevalece o *SUS real* e o *SUS para pobres*.



Finalmente, o *SUS democrático* foi desenhado pelo projeto da RSB para assegurar o direito à saúde de todos os brasileiros, articulando a saúde a uma reforma social mais ampla, capaz de influir sobre a determinação da saúde e da doença nas populações. Contudo, este é um dos possíveis históricos que luta para se afirmar. A possibilidade de exercer uma direção política e cultural sobre outras concepções vai depender da constituição de novos sujeitos sociais comprometidos com o avanço do processo da Reforma Sanitária.

A explicitação desses diferentes modos de ver e entender o SUS é fundamental para que possamos superar as visões mais limitadas e reunir esforços para a construção do SUS que tem como respaldo a legislação, mas que pode aprofundar o processo de democratização da saúde. Mesmo com instrumentos jurídico-normativos controversos, o SUS trouxe inovações muito importantes, como o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da sua determinação social, vigilância e promoção da saúde, acolhimento, enfoque da redução de danos, ação sobre o território, entre outros. Tem a perspectiva de diálogo e articulação com outros setores do governo e da sociedade para melhor promover e proteger a saúde da população. Essa intervenção inovadora, recomendada por vários organismos e reuniões internacionais, é conhecida como *ação intersetorial em saúde*, também denominada intersetorialidade. Em palavras simples, significa trabalhar mais junto para conseguir resultados melhores. Em termos mais abrangentes, pode resultar na redefinição dos modos de formular e executar as políticas públicas no país.

## O QUE FAZ O SUS?

O SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira. Ao lado dele, políticas econômicas, sociais e ambientais são fundamentais para a promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos. Reformas sociais, como a Reforma Agrária, a Reforma Urbana, a Reforma Educacional, a Reforma Política e a Reforma Tributária, constituem intervenções de amplo alcance, que ultrapassam as possibilidades do SUS.

Embora a denominação do SUS faça referência ao adjetivo *único*, o sistema de saúde no Brasil não é único. Continua segmentado, convivendo com o SUS serviços de saúde de outros ministérios e instituições, a exemplo dos hospitais das forças armadas e da *Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor*, mantida fundamentalmente por recursos públicos e gerida pela Associação das Pioneiras Sociais, entidade de serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos.

Persistem os *planos de saúde*, que compõem o Sistema de Assistência Médica Supletiva (Sams), embora sob a regulação da ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS. Há, ainda, os consultórios, clínicas e laboratórios que atendem pacientes particulares, que pagam no ato da prestação do serviço. Tecnicamente, esse sistema tem sido denominado de Sistema de Desembolso Direto (SDD), pois o pagamento é feito diretamente do bolso do consumidor (cliente) ao prestador (médico, dentista, psicólogo, psicanalista etc.), sem intermediários, seja o governo, sejam as empresas dos *planos de saúde*.

O SUS faz muita coisa que pouca gente sabe. Alguns números são necessários para ilustrar a sua grandiosidade. Suas cifras estão



nas casas de milhares, milhões, ou mesmo bilhões. Com efeito, o SUS realiza em um ano cerca de 2,8 bilhões de procedimentos; 11,3 milhões de internações hospitalares; 619 milhões de consultas; 2,5 milhões de partos (normais e cesarianos); 3,2 milhões de cirurgias; 211 mil cirurgias cardíacas; 9,9 milhões de terapias renais substitutivas, sendo responsável por 97% da oferta para pacientes renais crônicos (hemodiálise); 1 milhão de tomografias; 12 mil transplantes (mais de 95% de transplantes feitos no Brasil); 150 milhões de imunizações; 422 milhões de exames bioquímicos e anatomopatológicos; 58 milhões de fisioterapias; 244 milhões de ações odontológicas; 3,7 milhões de órteses e próteses; 28 milhões de ações de vigilância sanitária; e 9 milhões de exames de ultrassonografia.

Tudo é muito grande no SUS. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e desenvolve uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangentes, por meio do *Programa de Saúde da Família* (PSF).

A *saúde da família* foi estruturada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, por meio do PSF. Busca a integração entre ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). *O ACS mora na comunidade em que atua e é um personagem-chave do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), vinculado à Unidade de Saúde da Família (USF). Ele liga a equipe à comunidade, destacando-se pela comunicação com as pessoas e pela liderança natural. É um elo cultural do SUS com a população e seu contato permanente com as famílias facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde.*

A *Política Nacional de Atenção Básica*, formalizada em 2006, propõe que o PSF seja utilizado como uma estratégia para a reorganização da atenção básica. De uma cobertura populacional de apenas 4,4% em 1998, o PSF atingia 37,9% da população em 2004. Em junho de 2009, já estavam implantadas 29.678 equipes em 5.229 municípios, cobrindo a metade da população brasileira. Com o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), espera-se alcançar 60% da população brasileira em 2010. Ainda em junho de 2009, havia 229.572 agentes comunitários de saúde (ACS) em 6.336 municípios, alcançando 60% de cobertura. Além disso, a implantação da *Política Nacional de Saúde Bucal* possibilitou implantar, até aquela data, 18.200 equipes de saúde bucal em 4.638 municípios, cobrindo mais de 40% da população.

No entanto, o PSF encontra-se consolidado apenas nos municípios de pequeno porte e com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviços de saúde, servindo para a expansão de cobertura de serviços de saúde. As maiores dificuldades de consolidação verificam-se nas capitais e grandes centros urbanos, com exclusão de grandes parcelas da população dos serviços de saúde, complexos perfis de saúde-doença e redes assistenciais desarticuladas. Mesmo as unidades de saúde da família têm experimentado problemas semelhantes aos serviços de saúde convencionais, apresentando dificuldades para enfrentar novas questões postas para a promoção da saúde, para a prevenção de danos e riscos e para o cuidado integral, incluindo os aspectos psicossociais.

Diversos estudos têm sido realizados para avaliar o PSF, contribuindo para a reorientação do sistema de saúde e para a mudança nas formas de atenção. Há avanços alcançados no que se



refere à realização de atividades voltadas para o *controle de riscos e de danos*, e em menor escala no *controle das causas* dos problemas de saúde. Tem obtido um impacto na redução da mortalidade infantil em torno de 20%. Entretanto, ainda há barreiras organizacionais para a atenção básica, tais como a distribuição de fichas nas madrugadas, as triagens autoritárias e o longo tempo de espera para consulta, mesmo em municípios com gestão plena do sistema.

A organização do sistema tem buscado avançar na regionalização da rede de serviços, mas um dos maiores desafios para o SUS reside na reestruturação do modelo de atenção, particularmente no que concerne à equidade, qualidade, humanização e integralidade da atenção. Algumas propostas alternativas têm sido objeto de institucionalização, como a *vigilância da saúde*, que se apoia na ação de vários setores do governo num determinado território (bairro, distrito, cidade) e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local com as seguintes características: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) adoção do conceito de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações.

Certos municípios têm assimilado as características da *vigilância da saúde*, além de priorizarem o vínculo entre as famílias e as equipes de saúde, no sentido de melhorar a acessibilidade e o acolhimento dos usuários do SUS. Na medida em que o PSF trabalha junto com as vigilâncias, integrando suas práticas, grandes avanços têm sido observados, conforme exemplos divulgados

pela *Revista da Saúde da Família* em dezembro de 2007: controle da tuberculose em Recife; diagnóstico precoce da tuberculose em Roraima, com busca ativa de casos; prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) em Sorocaba; controle da hanseníase em Goiânia; redes locais de proteção à violência em Curitiba; combate à malária no Acre e no Amazonas, por meio dos agentes comunitários de saúde, e o controle da dengue em Ibitiré (MG) e Diadema (SP); ampliação da cobertura e homogeneidade entre as áreas para a vacinação.

O SUS é também responsável pelo *Programa Nacional de Imunizações* (PNI), uma das mais bem-sucedidas estratégias de vacinação reconhecidas pela OMS e por pesquisadores internacionais. O PNI tem alcançado elevadas coberturas vacinais, como aquelas observadas em 2005: poliomielite (97,8%); vacina tetravalente (95,3%); BCG intradérmica (100%); hepatite B (91,3%); tríplice viral (99,7%); gripe nos idosos (83,9%). Com o SUS, o programa assegurou a erradicação da poliomielite, a eliminação do sarampo e possivelmente da rubéola, além da drástica redução do tétano, difteria e coqueluche.

Além do reconhecimento do PNI no exterior, o Brasil tem sido considerado referência, tanto no programa controle de DST/Aids como no controle do tabagismo, da prevenção ao tratamento, incluindo a distribuição de medicamentos. Proporciona assistência integral e gratuita à população, inclusive a pacientes HIV positivos (sintomáticos ou não), renais crônicos e com câncer.

O SUS estabeleceu uma *Política Nacional de Medicamentos* desde 1998, ampliando a assistência farmacêutica, mediante a utilização da relação nacional de medicamentos essenciais, produção de genéricos, farmácia popular e a garantia de terapias de alto custo,



baseada em protocolos clínicos. A assistência farmacêutica *abrange todas as etapas do abastecimento de medicamentos, do atendimento ambulatorial/hospitalar ao fornecimento dos remédios para tratamento prescrito pelo médico responsável. Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos – incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo, e Alimentação e Nutrição – são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante a comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo Ministério e distribuídos para as secretarias de saúde. Desse modo, cerca de 180 mil pessoas estão vivendo com o vírus HIV, sendo-lhes garantido o acesso a medicamentos e tratamentos. Nesse sentido, o SUS viabiliza a aquisição e a fabricação de medicamentos necessários, encaminhando para o governo federal indicações para a quebra de patentes de alguns desses medicamentos, cujas empresas insistem em praticar preços mais elevados do que em outros países.*

No que se refere à saúde mental, até outubro de 2008 o SUS dispunha de mais de 1.290 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), para atender pessoas com transtornos mentais próximo da sua residência, evitando internações em hospitais psiquiátricos. Mais de 2.500 pacientes, separados das suas famílias por muitos anos nos hospitais psiquiátricos, passaram a morar em mais de

500 *serviços residenciais terapêuticos. Segundo o Ministério da Saúde, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), residência terapêutica ou simplesmente “moradia” são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional. Este suporte de caráter interdisciplinar (seja o Caps de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deve ter um projeto terapêutico próprio, baseado em alguns princípios e diretrizes: ser centrado nas necessidades dos usuários; ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais, e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; respeitar os direitos do usuário enquanto cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. Este projeto deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno, ou até mesmo início, à vida social, usufruindo de um espaço que seja seu por direito, não transformando-o em um local de tratamento, clínica, ou até mesmo de exclusão, contenção ou enclausuramento. É*



*um espaço de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar.*

Nessa mesma linha da Reforma Psiquiátrica, mais de 1.100 ex-internos passaram a conviver com suas famílias, que tiveram o apoio para recebê-los dentro do programa *De volta para casa*, mediante bolsas. Este programa fornece auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica. Atende a um dispositivo da Lei 10.216/01, quando *determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.* A estimativa é que 14.000 pessoas venham a participar do programa.

O SUS dispõe de um *Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)*, que representa o maior conjunto de procedimentos executados em hospital no mundo pago por um mesmo financiador. Possui uma rede de *bancos de sangue*, tecnicamente denominados de hemocentros, além de vários institutos e centros de pesquisa. Desenvolve ações de comunicação e educação em saúde, formando trabalhadores e profissionais, desde os agentes comunitários de saúde aos doutores. Há milhares de cursos e treinamentos, bem como centenas de especializações, residências, mestrados e doutorados.

Com o SUS, aumentou o número de empregos em saúde, com importantes consequências na economia. Só no setor público, esse número passou de 736 mil em 1992 para 1,5 milhão em 2005, correspondendo a um acréscimo de 96,9%. Se for considerado o ano de 1980 (antes do SUS), até 2005 cresceu em 445%, sendo 69% desses empregos municipais.

Elevou-se também a produção científica em Saúde Coletiva, com a publicação de dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (TCC) e prêmios, além da realização de congressos e mostras com milhares de participantes. Cerca de 4,5 mil trabalhos científicos foram apresentados na *Mostra Nacional de Saúde da Família*, em Brasília, em agosto de 2008.

O SUS tem alcançado importantes resultados, além do desenvolvimento de programas e da produção de serviços. A descentralização da gestão do sistema avançou, abrangendo a totalidade dos estados e municípios brasileiros. A participação da comunidade se efetiva mediante conferências e conselhos de saúde. O financiamento, embora insuficiente e irregular para o custeio e praticamente inexistente para investimento, obteve uma estabilidade relativa a partir de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional 29. A infraestrutura, não obstante as restrições de financiamento, não acompanhando o crescimento da população nem a demanda por serviços, tem obtido certa expansão pelo nível municipal. Os recursos humanos têm sido ampliados, especialmente através do PSF.

Pesquisas de opinião e inquéritos epidemiológicos realizados nos últimos anos espelham parte desses problemas. Assim, o Conass encomendou pesquisas de opinião sobre saúde em 1998 e 2002. Em 1998, apenas 25% dos entrevistados sabiam o significado da sigla SUS, alcançando 35% em 2002. Nesse ano, a pesquisa revelou que a saúde era considerada o principal problema da população (24,2%), seguido do desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%) e violência/falta de segurança (14%). No caso do SUS, os principais problemas apontados eram as filas de espera para consulta (41,3%), exames (14,4%) e internação (7,5%).



Ainda segundo esse levantamento, mais de 90% das pessoas foram consideradas usuárias do SUS: 61,5% correspondiam a usuários que compartilhavam outras modalidades “não SUS” e 28,6% eram usuários exclusivos do SUS. Apenas 8,7% da população foi reconhecida como não usuária do SUS. Ainda assim, é possível que essa ideia de usuário restrinja-se aos serviços médico-hospitalares. Na realidade, praticamente todas as crianças brasileiras são vacinadas pelo SUS, em campanhas ou na rotina das unidades de saúde. Apenas as vacinas que não se encontram no calendário de imunização do SUS obrigam às famílias a adquirirem em clínicas particulares. Toda a população é protegida pelo SUS por meio da vigilância epidemiológica, desde o combate à dengue à intervenção organizada para enfrentar a gripe aviária (2005) e a influenza A (H1N1), em 2009. Da mesma forma, os alimentos que consumimos, os cremes dentais, os medicamentos e outros produtos e serviços de interesse para saúde são inspecionados e controlados pela vigilância sanitária. Portanto, não é exagero afirmar que todos os brasileiros usam o SUS, seja de uma forma mais ampla ou mais restrita, mas usam.

Na mesma pesquisa, observou-se que 22,3% dos entrevistados tinham acesso aos *planos de saúde* e que a maioria estava satisfeita. Os usuários exclusivos do SUS apresentavam uma avaliação mais positiva (45,2% reconhecem que o SUS funciona bem ou muito bem). Mais ainda: 32% dos entrevistados admitiam que o SUS melhorou nos últimos anos, contra 14% que consideram ter piorado. Assim, as atividades assistenciais foram avaliadas positivamente por 37,1% dos entrevistados, enquanto as de prevenção foram consideradas funcionando bem ou muito bem por 61,2%.

No caso do PSF, a maioria dos residentes em domicílios cadastrados pelo programa declarou-se satisfeita ou muito satisfeita, tendo este índice alcançado 80% na região Sul. Comparando-se esses resultados com a pesquisa de 1998, cabe ressaltar que o SUS tornou-se mais conhecido entre os brasileiros, reduzindo-se o percentual de entrevistados que opinavam que o SUS estava piorando (de 32% para 14%).

### SITUAÇÃO ATUAL DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

O SUS constitui uma política pública voltada para assegurar o direito aos serviços de saúde para todos e é a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros. Em 2009, o Sams tem registrado 41,4 milhões de beneficiários a planos de assistência médica e 11,3 milhões a planos odontológicos. Todos esses indivíduos, em determinadas situações, também recorrem ao SUS. Tanto o Sams quanto a medicina liberal e empresarial não vinculadas ao SUS são subsidiados pelo governo federal, mediante renúncia fiscal via abatimentos de despesas médicas no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas.

Em 2002, havia no Brasil um total de 40.977 unidades ambulatoriais e 7.397 hospitais. Enquanto as primeiras 76% eram públicas, 65% dos hospitais eram privados. Servindo ao SUS, encontravam-se 32.426 unidades ambulatoriais (95% públicas e 5% privadas) e 5.933 hospitais (42% públicos e 58% privados). Constata-se uma concentração do setor privado na assistência hospitalar de modo que, entre os 439.577 leitos disponíveis para o SUS, 63% eram contratados no setor privado.



Na composição do gasto total em saúde verificado em 2003 (R\$ 85,16 bilhões), 42,01% correspondiam ao gasto público, 21,34% representavam gasto privado com planos e seguros de saúde e 37,65% constituíam gasto privado direto das famílias. Diferentemente dos países europeus, em que mais de 60% dos gastos em saúde são públicos, no Brasil a situação é inversa, justamente onde o SUS deveria atender diretamente a pelo menos 75% da população.

Enquanto os planos e seguros privados de saúde cobrem apenas 25% da população, dispõem de uma oferta de 67% dos médicos, 65,5% dos hospitais e 71% de serviços de diagnóstico e terapia, apresentando uma estimativa de gastos *per capita* de R\$ 819,00 em 2004 (faturamento de R\$ 27,015 bilhões).

Portanto, apesar dos esforços para a racionalização e democratização do sistema de saúde brasileiro nas duas últimas décadas, persistem a segmentação, a duplicidade de esforços e o desperdício de recursos, com a consequente insatisfação dos cidadãos, dos profissionais e demais trabalhadores do setor. Muitos hospitais criaram duas portas de entrada, uma para os clientes de *planos* e seguros de saúde e outra somente para os usuários do SUS. Além disso, o trabalho médico em regime parcial no setor público e o fluxo de clientes de planos de saúde, cujos contratos dificultam coberturas para determinados procedimentos remunerados pelo SUS, reforçam as desigualdades na oferta de serviços e na acessibilidade da população.

Em 2003 foi realizado um inquérito epidemiológico no Brasil, integrando a *Pesquisa Mundial de Saúde* promovida pela OMS e incluindo 71 países. Os resultados da pesquisa apontam para a percepção dos brasileiros quanto à sua saúde e à atenção que recebem nos sistemas público e privado.

Entre os entrevistados, 9% consideraram a sua saúde “ruim” ou “muito ruim”, 38% avaliaram a sua saúde como “regular” e 53% a admitiam como “boa” ou “muito boa”. Nesse estudo, a percepção pior de saúde foi entre os idosos, as mulheres e os de mais baixo nível socioeconômico.

Entre os problemas de saúde, chama a atenção o fato de 26% das pessoas registrarem alterações graves no estado de ânimo (tristeza, depressão, preocupação e ansiedade), seguidos de mal-estar físico ou dores no corpo e dificuldades no sono, cada um com frequência de 18%. A seguir, aparecem dificuldades de concentração e memorização (14%), na visão (10%) e na sociabilidade (10%). Cabe observar que muitos desses problemas não são captados pelos indicadores de saúde convencionais e, no entanto, são os que parecem mais comprometer o bem-estar das pessoas. Além disso, 28,7% afirmaram a presença de doença de longa duração ou incapacidade, dentre os quais 19,5% com limitação de suas atividades. Assim, 19,3% dos entrevistados informaram que já tiveram diagnóstico de depressão, 12,1% de asma, 10,6% de artrite, 6,7% de angina e 6,2% de diabetes. No caso da saúde bucal, 14,4% já perderam todos os dentes, sendo as proporções maiores entre os de menor nível socioeconômico, as mulheres e os mais velhos.

Como fatores de risco presentes entre os entrevistados, destacam-se a obesidade (10% são obesos e 28,5% encontram-se acima do peso), o sedentarismo (24% relataram menos de 150 minutos de atividade física por semana), o fumo (18,1%, com proporção menor entre o mais jovens) e o álcool (14,8%, com proporção maior entre os homens, os de melhor nível socioeconômico e os mais jovens).



No que se refere à assistência, somente 2,7% afirmam que não conseguiram ser atendidos na última vez em que precisaram. Este é um resultado impressionante, pois quando lembramos as frequentes críticas contra o SUS, veiculadas pela mídia, é interessante constatar que quase 98% da população que precisou de serviços de saúde foram atendidos pelo sistema. Dos indivíduos que receberam algum cuidado de saúde sem internação, no ano anterior à pesquisa, 60% utilizaram o SUS, 21% o “plano de saúde” e 19% pagaram diretamente o atendimento. Entre os usuários do SUS, 24% queixaram-se da disponibilidade de medicamentos, 12% da inadequação dos equipamentos e 10% das habilidades do profissional de saúde.

Na avaliação do atendimento ambulatorial, o índice médio foi de 77, variando entre 70 nos usuários do SUS e 89 nos que tinham planos de saúde. No caso da assistência hospitalar, 71% foram internados pelo SUS, 22,5% pelo *plano de saúde* e 6,5% por desembolso direto. Mais de 90% dos usuários conseguiram a internação em menos de um dia, seja no caso do SUS, seja nos *planos de saúde*. O índice médio de avaliação da assistência hospitalar foi de 73, variando de 68 para os usuários do SUS e 88 para os de planos de saúde. Assim, a avaliação global da assistência de saúde no país indicou que 58% dos entrevistados estavam insatisfeitos e apenas 27% satisfeitos. Esta insatisfação é discretamente maior entre as mulheres e tanto maior quanto melhor for o nível de instrução. Entre os que têm *planos de saúde*, o percentual de insatisfação atinge 72%, alcançando 77,5% entre os que pagam mensalidades superiores a duzentos reais.

## PROBLEMAS DO SUS E A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

As questões referentes ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde no sistema de saúde brasileiro expressam os limites e distorções dos modelos de atenção vigentes. Guardam íntimas relações com problemas referentes à distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde, especialmente do número de estabelecimentos e de trabalhadores de saúde. Têm a ver, também, com problemas não resolvidos no financiamento, organização e gestão do SUS. Revelam toda a crueza com que o poder público, de um modo geral, e a iniciativa privada, em particular, tratam os cidadãos e consumidores de serviços.

Como temos ressaltado, esse modelo de desatenção se expressa em um caleidoscópio de maus tratos e desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pela idade avançada, pelo sofrimento e pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; *via crucis* do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de *vans* e ambulâncias em frente aos hospitais públicos das capitais para transferência de doentes e familiares de outros municípios; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços “módicos” ou “por fora” nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por *planos* de saúde e prestadores privados; discriminação dos



usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou em hospitais universitários e filantrópicos por meio de “dupla entrada” (a melhor para clientes particulares e usuários de *planos de saúde* e a mais estreita, escura e desconfortável para os usuários do SUS); e o confinamento ou internamento dos pacientes do SUS nas instalações de segunda categoria.

Este rosário de penas tem sido desfiado inúmeras vezes pela mídia, acentuando as suas críticas ao SUS. As exceções de praxe servem para fortalecer a regra geral. As variações no acesso e no consumo de serviços de saúde expressam desigualdades na qualidade da atenção. Pesquisas indicam que os mais pobres esperam mais que o dobro do tempo para ser atendidos (82,52 minutos em média) do que os que dispõem de seguro saúde.

Esforços para a humanização da atenção, com práticas de acolhimento nas unidades de saúde, ainda não foram suficientes para a mudança do modelo de desatenção vigente. *Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam da sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio de gestão participativa, com os trabalhadores e usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS.*

Na presente década, tem sido implantada a *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS)*, contando com um núcleo técnico, sediado em Brasília, e um quadro de

consultores espalhados pelo Brasil, que apoiam as atividades de cooperação para o desenvolvimento dos projetos e das inovações no modelo de atenção e gestão do SUS nos estados, municípios e instituições de saúde. Para alcançar os objetivos planejados, o *HumanizaSUS* oferta a gestores diversos dispositivos, entendidos como tecnologias ou modos de implementar a humanização. Além disso, desenvolve e oferece cursos, oficinas e seminários, certifica e divulga experiências bem-sucedidas de humanização no SUS. Produz, ainda, materiais educativos e de divulgação para a implantação dos dispositivos. Essa política *assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão.* Procura atingir quatro objetivos específicos:

1. reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando o acesso, e um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;
2. informar a todos os usuários sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e quais são os serviços de saúde responsáveis por sua referência territorial (ou seja, quais os serviços que devem atender cada pessoa, preferentemente no bairro em que reside);
3. garantir aos usuários, através das unidades de saúde, informações gerais sobre saúde, entre elas os direitos do código dos usuários do SUS;
4. garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa, incluindo trabalhadores e usuários.

Diversos estudos e relatos de experiências têm apontado as possibilidades de mudança dessas iniciativas, mesmo diante da



escassez de recursos. Todavia, a descontinuidade administrativa por questões político-partidárias e a rotatividade de profissionais e trabalhadores de saúde, decorrente de contratos de trabalho precários, restringem as potencialidades dessas iniciativas.

## GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

De acordo com a legislação em vigor, *a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas etc.). Também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.*

*O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal.*

*O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.*

Apesar dessas normas, alguns aspectos polêmicos sobre o desenvolvimento do SUS ocupam a mídia e manifestações de economistas, políticos e profissionais do direito, quando discutem se o problema maior do SUS é de financiamento ou de gestão. E nas conversas do cotidiano com médicos, vizinhos ou motoristas de táxi, surge mais uma pergunta: não seria problema de corrupção? Antes de tentarmos esclarecer esses aspectos, é conveniente explicarmos como se dá o financiamento do SUS.

O financiamento do SUS provém dos tributos que a sociedade destina ao Estado ou poder público nos níveis federal, estadual e municipal. Esses tributos podem ser divididos em *impostos e contribuições*. Entre os primeiros, destacam-se o imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, o Imposto de Produtos Industrializados (IPI), o imposto de circulação de mercadorias e serviços (ICMS) e o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU). Entre as contribuições, podem ser citadas aquelas destinadas ao INSS por empregados e empregadores ou, até recentemente, a CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira).

Para reduzir a instabilidade do financiamento do SUS, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estabelecendo *que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde. Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas.*

No caso das receitas dos estados, têm a seguinte composição:

- A) *Impostos Estaduais: ICMS, IPVA e ITCMD (sobre herança e doações).*
- B) *Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI-Exportação, transferências da Lei Complementar nº 86/96 – Lei Kandir.*



- C) *Imposto de Renda Retido na Fonte.*
- D) *Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos. Desse total, devem-se subtrair as transferências constitucionais e legais que são feitas aos municípios.*
- E) *São elas: 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI-Exportação.*

*Para calcular quanto o estado deve gastar em saúde, basta fazer a seguinte conta:*

$$\text{TOTAL VINCULADO À SAÚDE} = (A+B+C+D-E) \times 0,12.$$

Já as receitas dos municípios apresentam a seguinte composição:

- A) *Impostos Municipais: ISS, IPTU, ITBI (sobre transmissão de bens imóveis).*
- B) *Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do ITR e transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.*
- C) *Imposto de Renda Retido na Fonte.*
- D) *Transferências do Estado: cota-parte do ICMS, cota-parte do IPVA e cota-parte do IPI-Exportação.*
- E) *Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.*

*Para calcular quanto o município deve gastar em saúde, basta fazer a seguinte conta:*

$$\text{TOTAL VINCULADO À SAÚDE} = (A+B+C+D+E) \times 0,15.$$

Essas questões tributárias, apesar de complicadas e de linguagem difícil, não interessam somente ao financiamento da saúde. Devem mobilizar toda a sociedade, embora quem mais se queixe

e proteste contra os tributos sejam os empresários. Pelo que conseguem de espaço e patrocínio na mídia, fica parecendo que são os que mais pagam impostos. Entretanto, quando analisamos os aspectos sociais do financiamento em saúde, constatamos que os empresários embutem tais gastos no preço das mercadorias e produtos. Portanto, quem efetivamente paga impostos são os consumidores, ou seja, a população em geral. Por isso, é importante indagar de onde vêm os recursos, quais são as instâncias que os concentram e distribuem, quais são as formas de repasse entre órgãos do governo e como são utilizados e fiscalizados.

*As ações e serviços de saúde, implementadas pelos estados, municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos públicos da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera de governo deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal, estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências “fundo a fundo” e os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados, de acordo com*



*os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde. As transferências voluntárias são, por sua vez, entregas de recursos correntes ou de capital a outra esfera da federação para cooperação, auxílio ou assistência financeira não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS.*

Esses esclarecimentos do próprio Ministério da Saúde são importantes para percebermos que o mecanismo de repasse “fundo a fundo” reduz o espaço do ilícito. Ao privilegiar critérios técnicos e transparentes de planejamento para a alocação de recursos, reduz as possibilidades de desvios. Além disso, dispensa apadrinhamentos políticos de deputados e senadores para a transferência de recursos para estados e municípios.

*Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1- Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação. O Piso da Atenção Básica (PAB) é calculado com base no total da população da cidade. Além desse piso fixo, o repasse pode ser incrementado conforme a adesão do município aos programas do governo federal. São incentivos, por exemplo, dados ao Programa de Saúde da Família, no qual cada equipe implementada representa um acréscimo no repasse federal.*

No caso da chamada atenção de média e alta complexidade (MAC), os repasses para os serviços hospitalares e ambulatoriais especializados são efetuados *mediante a apresentação de fatura, que tem como base uma tabela do Ministério da Saúde que especifica quanto vale cada procedimento. A remuneração é feita por serviços produzidos pelas instituições credenciadas no SUS. Elas não precisam ser públicas, mas devem*

*estar cadastradas e credenciadas para realizar os procedimentos pelo serviço público de saúde. Há um limite para o repasse, o chamado teto financeiro. O teto é calculado com base em dados como população, perfil epidemiológico e estrutura da rede na região, a partir de parâmetros estabelecidos pela Programação Pactuada Integrada (PPI). Corresponde ao total de recursos que os estados e municípios podem receber do Ministério da Saúde por procedimentos realizados de média e alta complexidade.*

Já no caso das *transferências voluntárias*, recorre-se à modalidade de convênios assinados entre esferas de governo. *Esse tipo de repasse objetiva a realização de ações e programas de responsabilidade mútua, de quem dá o investimento (concedente) e de quem recebe o dinheiro (conveniente). O quanto o segundo vai desembolsar depende de sua capacidade financeira e do cronograma físico-financeiro aprovado. Podem fazer convênios com o Ministério da Saúde os órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, as prefeituras municipais, as entidades filantrópicas, as organizações não-governamentais e outros interessados no financiamento de projetos específicos na área de saúde. Os repasses por convênios significam transferências voluntárias de recursos financeiros (ao contrário das transferências fundo a fundo, que são obrigatórias) e representam menos de 10% do montante das transferências.*

Entretanto, um convênio expressa o que convém às partes que o assinam. Quando deixa de convir, podem ser interrompidos ações e serviços. Assim, o clientelismo político encontra nessa modalidade uma oportunidade especial para ser exercido, sobretudo no caso das emendas parlamentares. Estas representam uma prerrogativa dos deputados e senadores de alterarem a proposta orçamentária para beneficiarem organizações e grupos que lhes interessam. Ao mesmo tempo em que granjeiam simpatias e apoios de sua clientela, negociam o voto parlamentar para a



aprovação de projetos do interesse do executivo. Isto ficou conhecido no Brasil como “é dando que se recebe”, ou seja, uma subversão de parte da *Oração a São Francisco*. Mais recentemente, tem sido utilizado pelos políticos o termo *governabilidade*, como justificativa para a manutenção dessas práticas eticamente discutíveis. Nesse caso, subvertem o significado da governabilidade, um conceito fundamental em ciência política e na planificação. Assim, o problema das emendas parlamentares parece estar mais referido ao arcabouço institucional do que à moral ou à ética.

Mesmo assim, importa ressaltar que os recursos do SUS destinados a convênios resultantes de emendas parlamentares representam menos de 1% do total dos gastos do governo federal com a saúde. E não se deve associá-las, inevitavelmente, à corrupção. Parlamentares que primam pela ética também lançam mão desse recurso para atender demandas legítimas de seus eleitores ou de instituições de boa reputação. Ainda que, supostamente, as emendas parlamentares levassem a superfaturamentos, propinas e outras formas de corrupção, tal valor seria relativamente pouco expressivo em relação ao volume de recursos do SUS. Mesmo tendo conhecimento de escândalos de ambulâncias, “sanguessugas” e semelhantes, não é nada que se pareça com a corrupção em larga escala dos que realizam grandes obras de infraestrutura para governos, por empresas de coleta de lixo, assim como transações com bancos e empresas de países ricos.

No caso do SUS, os recursos são fiscalizados pelos tribunais de contas da União (TCU), dos estados (TCE) e municípios (TCM), Controladoria Geral da União (CGU), poder legislativo, auditorias e outros órgãos de controle interno do executivo. Além disso, a lei 8.142/90 assegura o controle, inclusive nos aspectos

financeiros, aos conselhos de saúde, que podem não aprovar o *relatório de gestão* apresentado pelo secretário de saúde. Enquanto este relatório não for aprovado pelo conselho, o gestor fica impedido de receber o repasse de recursos programado no âmbito do SUS. Acresce-se a isso o rigor com que o Ministério Público tem atuado no sentido de coibir os abusos na utilização dos recursos do SUS. Não seríamos ingênuos a ponto de afirmar que tais mecanismos impeçam, completamente, a ocorrência de atos ilícitos. É difícil apontar, no entanto, outro setor governamental que tenha mecanismos de controle iguais ou superiores ao do SUS.

Nem por isso devemos negligenciar os mecanismos de controle nem permitir o desperdício do dinheiro público. Contudo, tão relevante quanto o combate à corrupção e ao desperdício é garantir o uso racional dos recursos da saúde, para assegurar maior eficiência e efetividade. Aqui entra a questão da gestão. Apesar de o Brasil contar com instituições acadêmicas e com experiências expressivas em métodos avançados de planejamento, gestão e avaliação, o uso político-partidário dos serviços de saúde do SUS para a reprodução do clientelismo compromete a eficiência e a continuidade administrativa. O número excessivo de cargos de confiança para o preenchimento de postos de direção e assessoramento, a falta de profissionalização da gestão e a ausência de carreiras para os servidores do SUS terminam por prejudicar a gestão nas diferentes esferas de governo.

O SUS tem sofrido grande vulnerabilidade face às mudanças de governos, gestores e partidos. Dirigentes improvisados, persistente clientelismo político, alta rotatividade das equipes e *engessamento* burocrático exigem alternativas criativas para proteger



ou *blindar* o SUS dos interesses e das manobras da política na saúde. Garantir o caráter público do SUS, mas sem confundir-lo com o Estado, governos e partidos, é fundamental para evitar intercorrências desastrosas e a descontinuidade administrativa.

O SUS precisa ser efetivamente público. Isso não significa apenas que não deva ser privatizado ou que esteja voltado para os propósitos de lucro do mercado. *Publicizar* o SUS supõe conter os interesses particulares, seja de partidos ou de corporações, garantindo a proeminência das necessidades e vontades coletivas. Para tanto, não bastam reformas administrativas ou eleitorais. Uma profunda reforma política no Brasil e um movimento permanente em defesa dos valores que sustentam o SUS e a RSB são fundamentais para essa verdadeira *publicização*.

Para além da gestão, o financiamento representa um dos maiores desafios para o SUS. Apesar do aumento verificado em termos absolutos, os recursos são bem inferiores do que se espera para um sistema de saúde de caráter universal. Portanto, o maior problema do SUS, presentemente, não é corrupção nem gestão, é financiamento: R\$ 1,41 é o que o poder público gasta por dia para a saúde de cada brasileiro. Mesmo juntando todos os gastos dos governos federal, estaduais e municipais com o SUS, não alcançamos o preço de uma passagem de ônibus. Isso significa metade do que recebe um cidadão argentino ou uruguaio para a sua saúde e um décimo do que alcança um cidadão canadense, japonês ou europeu.

Nos países com sistemas de saúde de caráter universal, como é a proposta do Brasil, mais de 60% dos gastos com saúde são públicos. Já em nosso país, mais da metade dos gastos em saúde são feitos pelas famílias e empresas, com medicamentos, consultas,

exames, óculos e planos de saúde. Os governos federal, estadual e municipal não chegam a comparecer nem com a metade dos gastos em saúde.

A OMS estimou um gasto total em saúde no Brasil em 2004 equivalendo a 7,9% do PIB. O gasto privado correspondia a 51,9% do gasto total, e o gasto direto das famílias representava cerca de 64% do gasto privado. O governo federal contribuiu com 50,7% do financiamento do SUS, os estados com 26,6% e os municípios, com 22,7%.

Comparado com outros países, o Brasil, em termos globais, não estaria tão mal assim. Os Estados Unidos gastavam 13,1% do PIB, correspondendo a US\$ 4.432 por pessoa (*per capita*). O Canadá, com um sistema de saúde universal e mais organizado, consumiu com saúde 9,3% do PIB e US\$ 2.151 *per capita*. Países latinoamericanos como a Argentina e o México reservaram para a saúde, respectivamente, 9,1% do PIB com US\$ 697 *per capita* e 5,3% do PIB, com US\$ 221 *per capita*. Em 2008, estima-se que o gasto por brasileiro tenha sido de US\$ 483,87 e, se mantida a divisão de gasto do ano anterior, caberia ao setor público a participação de 49% dos gastos totais e ao setor privado o equivalente a 51%. Portanto, além da insuficiência de recursos para a saúde quando se compara com outros países, constata-se uma partilha inadequada entre gastos públicos e privados, quando se considera o propósito do SUS de ser um sistema universal.