

RUZ

ra
Informação e Comunicação

JAIRNILSON SILVA PAIM

s
ch
yo
O QUE É O SUS



Copyright © 2009 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 978-85-7541-185-8

Capa e projeto gráfico
Carolina Rosi

Editoração
Robson Lima

Revisão
Ana Maria Bernardes

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

P143s

Paim, Jaimilson Silva
O que é o SUS. / Jaimilson Silva Paim. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
148 p. (Coleção Temas em Saúde)

1. Sistema Único de Saúde. 2. Reforma dos Serviços de Saúde. 3. Sistemas de Saúde. 4. Direito à Saúde. I. Título.

CDD – 362.1068

2009

EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Mangunhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882-9039 / 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

A
Vionice Carvalho da Silva, tia Nice,
que não acreditava muito no SUS

Termino o Curso T.S. Pós-Grad.

2 | O QUE TÍNHAMOS ANTES DO SUS?

É preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. Este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocesso. Assim educaremos, permanentemente, os novos sujeitos que farão avançar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e construiremos um sistema de saúde mais digno para a nossa população.

ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA DO BRASIL NA COLÔNIA E NO IMPÉRIO

Quando o Brasil era uma colônia de Portugal, sua organização sanitária espelhava a da metrópole. Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. Já o físico-mor, diretamente ou por meio de seus delegados nas capitâneas, respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas e às questões relativas ao trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros etc. Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. Assim, as câmaras municipais se preocupavam com a

sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos. E desde aquela época os moradores das cidades soliciavam a presença de médicos, mediante cartas ao rei, apesar da dificuldade de serem encontrados profissionais dispostos a migrarem para o Brasil.

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas. Posteriormente, eram atendidos por cirurgiões-militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia o pagamento de uma taxa anual.

A transferência da família real para o Brasil, no início do século XIX, restabeleceu os cargos de físico-mor do reino e cirurgião-mor dos exércitos, tal como os existentes em Portugal, dispondo de delegados nas províncias. A partir de 1828, as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas às municipalidades. O Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada, em 1850, a Junta de Higiene Pública.

Uma nova reforma dos serviços sanitários foi efetuada durante o Império, com a criação da Inspeção Geral de Higiene, da Inspeção Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. Nessa ocasião, foram adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas.

Diante de epidemias, a ação comunitária organizava-se, no nível local, em comissões formadas a cada a cada episódio de saúde relevante ou por intermédio da câmara de vereadores. Mas quando a situação se complicava, a opção era pela concentração das decisões no governo central. Assim, ao final do Império, era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes, sem discriminação. As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia.

Com a proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser atribuída aos estados. No âmbito federal, foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), que tinha por finalidade atuar onde não cabia a intervenção dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária nos portos. Durante a passagem do século XIX para o XX, início da industrialização do Brasil, a saúde despontava como questão social, ou seja, como um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo respostas da sociedade e do poder público.

A SAÚDE E O PODER PÚBLICO NO INÍCIO DA REPÚBLICA

Muito antes da existência do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante confusa e complicada. Havia uma espécie de *não-sistema de saúde*, com certa omissão do poder público. Prevalcia, na chamada República Velha (1889-1930), uma concepção liberal de Estado, de que só cabia a este intervir nas

situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder. Havia desconfianças em relação à descentralização, vista por certos segmentos como algo negativo, quando os estados eram reconhecidos como o *locus* da oligarquia.

Cada parte que compunha a organização sanitária não estabelecia relações com as outras, atuando de forma estanque e com propósitos bastante diversos, às vezes fazendo as mesmas coisas. Esta duplicação de esforços desperdiçava recursos, resultando em dificuldades para resolver os problemas de saúde da população que se urbanizava, ao tempo em que aumentava o número de indústrias. Este *não-sistema* foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar.

As epidemias de febre amarela, peste e varíola, no início do século passado, comprometeram a economia agroexportadora, impondo ao poder público o saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória. A realização de campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcam a saúde pública brasileira naquela época. Aliás, desde a década de 1910, ocorreu um movimento pela mudança na organização sanitária, liderado por médicos e contando com a presença de autoridades políticas e intelectuais. A importância desse movimento foi reconhecida com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais.

Diante das epidemias e doenças endêmicas, além das campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna e Barros Barreto, entre outros,

foram criados os códigos sanitários. Houve também a implantação de instituições científicas voltadas para a pesquisa biomédica, influenciando na formação de uma comunidade científica e no estabelecimento de políticas de saúde.

Entretanto, as ações eram episódicas e voltadas para doenças específicas, como a febre amarela, o anarelão (ancilostomose), a tuberculose, a lepra (hanseníase) ou mesmo a vacinação contra a varíola. Naquela época não existia um Ministério da Saúde. A saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social. E o órgão que cuidava da saúde pública vinculava-se ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A realização de campanhas lembrava uma operação militar, e muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária.

Na segunda década do século XX, algumas iniciativas foram tomadas em relação aos serviços médicos de empresas. Havia fábricas em São Paulo que ofereciam serviços médicos aos trabalhadores, descontando para tal 2% dos salários. Já na década seguinte, foi criado o DNSP por Carlos Chagas, responsabilizando-se pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias. Nesse período, teve início a previdência social no Brasil, por meio das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs), após a aprovação da lei Elói Chaves (1923). Desse modo, os trabalhadores vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma assistência médica.

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

O sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Apesar de a reforma proposta por Carlos Chagas contemplar a

chamada higiene industrial, a saúde do trabalhador não mereceu destaque nos órgãos responsáveis pela saúde pública. Aquilo que atualmente conhecemos como saúde ocupacional, ou saúde do trabalhador, desenvolveu-se só a partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho. Portanto, há estudos que reconhecem, desde o início do século XX, a formação de três subsistemas de saúde no Brasil vinculados ao poder público: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. Desde as suas origens, tais subsistemas percorreram caminhos paralelos, de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas. Ao lado deles, pode-se identificar, também, a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a chamada medicina popular.

No caso da *saúde pública*, as críticas dirigidas às campanhas sanitárias e as resistências da população às intervenções autoritárias possibilitaram o aparecimento de propostas de educação sanitária e de criação de centros de saúde. Os primeiros sanitaristas formados nos Estados Unidos (Universidade de Johns Hopkins), a exemplo de Geraldo de Paula Souza, em São Paulo, contribuíram para mudança de ênfase: da coerção para a persuasão.

Coincidentemente ou não, a partir da Revolução de 1930, o DNSP foi transferido do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e Saúde. Até 1953, quando finalmente foi instituído o Ministério da Saúde, o que se verificou foi a transformação de muitas campanhas sanitárias em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança e fiscalização sanitária, além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), resultado de um convênio entre os governos brasileiro e norte-americano no período da II Guerra Mundial, segundo alguns, para a exploração da borracha na Amazônia.

Após a criação do Ministério da Saúde, o combate a certas doenças passou a ser realizado por serviços específicos e centralizados. Entretanto, a intervenção sob a forma de campanhas persistiu em relação à erradicação da malária, ao combate à tuberculose (utilizando a bexiga de boi e a vacina BCG oral) e à vacinação contra a varíola. O Sesp transformou-se em fundação (Fsesp) e, no governo do presidente Juscelino Kubitschek, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERRJ), que, na década de 1960, foi substituído pela Superintendência de Campanhas (Sucam). Alguns estudiosos denominam a saúde pública dessa época *sanitarismo campañista* (com ênfase em campanhas) e *sanitarismo dependente* (modelo americano da Fsesp), embora estudos mais recentes apontem certas alterações pelas quais o modelo norte-americano passou quando adaptado para a realidade brasileira.

Este tipo de *saúde pública* não tinha qualquer integração com a *medicina previdenciária* implantada nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nem com a *saúde do trabalhador*. Separava, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde.

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.

Enquanto isso, as condições de saúde da população se modificavam. Do predomínio das *doenças de pobreza* (tuberculose,

desnutrição, verminoses, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas e parasitárias), alcançamos a chamada *mortalidade moderna* (doenças do coração, neoplasias, acidentes e violências). Houve uma redução da mortalidade e da natalidade, assim como um envelhecimento da população. Progressivamente, ocorreram o decréscimo da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescimento das doenças crônicas e degenerativas, além dos traumas.

O desenvolvimento industrial observado no governo JK influíu nos ramos farmacêutico e de equipamentos, fortalecendo a expansão da assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública. Este processo foi aprofundado na segunda metade da década de 1960, com a política de compra de serviços diagnósticos e terapêuticos no setor privado pela previdência social e com a criação da modalidade *medicina de grupo* junto a grandes empresas, a exemplo da indústria automobilística. Se no final da década de 1940 cerca de 80% dos recursos federais eram gastos em saúde pública e 20% com a assistência médica individual, em 1964 esta distribuição já era exatamente o contrário. A *medicina de grupo* constituía um tipo de empresa médica que prestava serviços a uma grande empresa industrial ou de serviço, mediante pré-pagamento, contrando inicialmente com um estímulo do governo, que dispensava parte das contribuições da previdência social. Enquanto isso, os primeiros governos militares reduziram, ainda mais, os recursos destinados à saúde pública.

Este modelo médico-assistencial apresentou grande crescimento na década de 1970, contrastando com a deterioração das condições de saúde da população e com a contenção das ações

de saúde pública. O orçamento do Ministério de Saúde antes de 1975 não alcançava nem 1% dos recursos públicos da área federal. A epidemia de meningite naquela época simbolizava a crise sanitária, provocando a criação de respostas para enfrentá-la. A mortalidade infantil, cujas taxas reduziram-se entre as décadas de 1940 e 1960, sofreu uma ascensão, juntamente com o aumento de casos de tuberculose, malária, doença de Chagas e acidentes de trabalho, entre outros. Justamente no momento em que a economia do país crescia a uma taxa média de 10% ao ano, o país enfrentava uma séria crise na saúde.

Já a *medicina previdenciária* teve início com as caixas de aposentadoria e pensões, passando por certa expansão a partir de 1930, quando estas foram substituídas por vários IAPs. Assim, era criado um instituto para cada categoria de trabalhadores: comerciários (IAPC), bancários (IAPB), industriários (Iapi), marítimos (IAPM), servidores do Estado (Ipsae), trabalhadores de transportes e cargas (Iapetc) etc. Com exceção do Ipsae, todos os institutos foram unificados em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição da cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares.

Embora a assistência médica, hospitalar e farmacêutica estivesse incluída desde a instalação dos primeiros institutos, o

financiamento dessas atividades dependia da sobra de recursos do ano anterior que não fossem gastos com os aposentados, viúvas e órfãos. Assim, a saúde não era uma prioridade, mesmo para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada e seus familiares. Ao contrário, as prioridades eram outras. A capitalização obtida com as contribuições previdenciárias dos trabalhadores permitia que os recursos fossem desviados para investimentos na economia. Com recursos oriundos dos institutos, foram construídas a Siderúrgica Nacional na ditadura Vargas; a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu no período militar; e nos momentos de democracia os recursos da previdência foram utilizados na construção de Brasília (tempos de JK) e no pagamento da dívida aos bancos (governos FHC e Lula).

Desde a passagem da década de 1940 para a de 1950, a assistência médico-hospitalar cresceu e ampliaram-se os serviços médicos próprios dos IAPs, além dos convênios e contratos da previdência com os hospitais particulares e beneficentes. A prática médica passava por profundas transformações, de sorte que o exercício liberal da medicina ia sendo substituído por vínculos empregatícios dos médicos com o poder público e com empresas. Desenvolvia-se, por conseguinte, a medicina empresarial e tecnológica.

Entre dirigentes e burocratas dos institutos, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios, de modo a ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde. Esta política, conhecida como *privatização*, foi intensificada nos governos militares. Não era só pela rima que a

privatização associava-se à corrupção. Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, "cirurgias ginecológicas" em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas Unidades de Serviços (US). Quanto maior o valor da US, mais o procedimento era produzido. Se um parto normal valia menos US que uma cesariana, médicos e hospitais evitavam a realização de partos normais. Daí que um dos grandes sanitaristas brasileiros, Carlos Gentile de Mello, sempre denunciava que a US era um fator incontrolável de corrupção.

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO

Ao lado da *saúde pública*, da *medicina previdenciária* e da *saúde do trabalhador* como componentes da política estatal, manteve-se ao longo do século passado a *medicina liberal*, caracterizada por uma ampla autonomia do profissional. Neste caso, o médico definia o preço da consulta, estabelecia o horário e as condições de atendimento no seu consultório particular e tinha a propriedade e a posse dos instrumentos de trabalho. Todavia, com a ampliação da utilização de equipamentos e de meios de diagnóstico e tratamento, inclusive o aumento exponencial dos custos da assistência, o médico viu reduzida a sua autonomia, seja por se tornar empregado de organizações estatais ou privadas, seja por atender, mesmo em seus consultórios particulares, pacientes de convênios ou planos de saúde com regras estabelecidas. Em ambos os casos, perdia o controle da sua clientela, deixando de fixar o preço das consultas e de definir os procedimentos a realizar. Nessas circunstâncias, submetia-se

a uma autonomia atípica, de modo que o exercício da medicina liberal foi sendo substituído pela *medicina empresarial*. Poucos são os médicos, atualmente, que vivem apenas da medicina liberal, dispensando o emprego público ou convênios com empresas de planos de saúde.

Tanto a medicina liberal quanto a medicina empresarial submetem-se à lógica do mercado, especialmente quando a demanda é condicionada pelo poder de compra do cliente, em vez de determinada pela natureza da necessidade ou do sofrimento do paciente. Trata-se, portanto, de uma relação comercial de compra e venda de serviços, na qual o consumidor não dispõe de informações suficientes para fazer escolhas. Ou seja, os procedimentos e tratamentos são indicados ou decididos pelo produtor, o médico. Nesse sentido, os economistas definem o setor saúde como um *mercado imperfeito*. A única regulação proposta para tal mercado limitava-se ao código de ética médica, cujo cumprimento era controlado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos conselhos regionais (CRM).

Paralelamente à medicina liberal e empresarial, permanecia a *medicina filantrópica*, cujas origens remontam ao século XVI, como vimos, com a instalação da Santa Casa de Misericórdia em Santos e, posteriormente, em Salvador. Em todo o país, existem inúmeros hospitais reconhecidos como filantrópicos, com uma quantidade expressiva de leitos. Além da liberação de impostos e da liberação de contribuições concedida pelo Estado (renúncia fiscal), esses estabelecimentos recebem subsídios diretos e indiretos, investimentos públicos e pagamento por serviços prestados. Até a Constituição de 1988, as pessoas vinculadas à previdência social assistidas por tais estabelecimentos tinham os serviços pagos pelo

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), mediante convênios. Daí em diante, todos os atendimentos fornecidos pelas instituições filantrópicas têm sido pagos pelo SUS. Assim, desde 1988 não há mais indigentes, nem serviços gratuitos prestados por caridade. Todos os serviços de saúde prestados por essas instituições são remunerados pelo SUS e financiados pela sociedade, por meio de impostos diretos e indiretos, além de contribuições.

Finalmente, no interior da *medicina empresarial* foram se diversificando os negócios. Desde a década de 1940, existiu a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cass), que possibilitava a assistência médica desses trabalhadores e familiares, independentemente do atendimento no IAPB. Outros segmentos de trabalhadores dispunham de algo parecido. A Associação dos Empregados do Comércio da Bahia, por exemplo, assegurava aos seus sócios e familiares consultas médicas e alguns exames complementares, desde que contribuíssem com uma taxa mensal ou integrassem a categoria de *sócio remido*. Iniciativas semelhantes foram transformadas, recentemente, na modalidade assistencial do setor de saúde suplementar denominada *planos de antigestão*.

Na década de 1960, algumas grandes empresas contrataram serviços da *medicina de grupo*, evitando que seus trabalhadores procurassem a assistência médica da previdência social e, em contrapartida, sendo dispensadas de pagar parte de suas contribuições previdenciárias. Nessa época também surgiram as *cooperativas médicas*, combatendo o que a Associação Médica Brasileira denunciava como “empresariamento da medicina”. Apesar das lutas ideológicas, as *cooperativas médicas* passaram a funcionar de modo equivalente ao da *medicina de grupo*.

Na passagem da década de 1970 para a de 1980, foram se desenvolvendo as empresas de *seguro saúde*, vendendo distintos planos de saúde no mercado. Essas modalidades de medicina empresarial — autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde — constituíram o Sistema de Assistência Médica Suplementiva (Sams), conhecido como setor de saúde suplementar, espaço de crescimento da iniciativa privada no Brasil. Todas essas modalidades são baseadas no pré-pagamento, ao contrário da medicina liberal, que se caracteriza pelo pagamento do próprio bolso no momento da prestação do serviço, compondo o chamado Sistema de Desembolso Direto (SDD).

A CRISE DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro tendia, cada vez mais, a se assemelhar com a medicina americana. Havia uma multiplicidade de instituições e organizações — estatais e privadas — prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade. Um estudo censurado pelo governo militar durante a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, indicava, só na área federal, 71 órgãos desenvolvendo ações de saúde. Se a estes forem acrescidos os organismos estaduais e municipais, além dos serviços privados liberais, empresariais e filantrópicos, têm-se uma ideia do tamanho do desafio da reorganização do sistema de saúde no Brasil a partir do SUS.

O mencionado estudo, realizado no interior do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), descrevia o sistema de saúde brasileiro daquela época com seis características: insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado;

ineficiente; ineficaz. Esse estudo certamente encontrou dificuldade de explicitar mais quatro adjetivos que caracterizariam *aquêle não-sistema*: autoritário, centralizado, corrupto e injusto.

Naquele ano de 1975 foi sancionada a lei 6.229, que criou a *Sistema Nacional de Saúde* e definia as competências dos seus componentes. Houve certo reforço no orçamento do Ministério da Saúde e foram implantados programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais, especialmente no Nordeste do país, e foi também organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica (lei 6.259/75), separado da vigilância sanitária. Diversos programas especiais de controle de doenças e de atenção a grupos prioritários, como o materno-infantil, foram implementados no período. No âmbito da medicina previdenciária, foi criado, em 1977, o Inamps, incorporando o Ipase que, junto com o Funrural e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sucedeu o INPS, oferecendo serviços de saúde para amplos contingentes da população.

ANTECEDENTES DA RSB E DO SUS

Justamente para enfrentar aquele decálogo de problemas e democratizar a saúde no Brasil, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituiram um movimento social na segunda metade da década de

1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Trata-se do movimento da RSB, também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde.

Ao apresentar o documento *A questão democrática na área da saúde*, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, o Cebes formulou, pela primeira vez, a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação. Desse modo, tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos. Embora tal proposta só tenha sido incorporada à Constituição da República nove anos depois, é possível comemorar presentemente três décadas do SUS.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo "Saúde" da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS. Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro.

Enquanto se debatia a legislação do SUS no Congresso Nacional, foram adotadas medidas visando à integração das ações e à unificação dos serviços de saúde, mediante convênios entre os governos federal, estadual e municipal, com a implantação dos programas como se fossem pontes capazes de facilitar a travessia para a outra margem do rio, ou seja, o SUS. Entre essas iniciativas,

podem ser mencionadas as *Ações Integradas de Saúde* (AIS) e os *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde* (Suds), reconhecidos como uma *estratégia-ponte* para o SUS.

Considerando o desenvolvimento histórico da organização sanitária que antecedeu o SUS, podemos afirmar, de um modo esquemático, que o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de *assistencialismo* exclusivo ou modelo *residual*, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, adotou o *seguro social* para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, vem tentando implantar a *seguridade social*, a partir da qual foi concebido o SUS. Na realidade, porém, ainda se vê no Brasil atual uma mistura dos três tipos de proteção: social (residual, seguro social e seguridade social), com consequências negativas para o desenvolvimento do SUS e para a consolidação de uma cidadania plena.

Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social. Como referido anteriormente, antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo Inamps.

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 garantir-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, envelhecimentos, 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, repellido, 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 "filiais" 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 "filiais", 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 apresentem 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, composto 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 esclaressse 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 torno 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. Explícita 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 inclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (parágrafo segundo). Portanto, todos são responsáveis 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 destinam, 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 derivada 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 requeram 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 polémica 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 osadia 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 racionalamento). 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. E, 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 terapêutica. 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 traumato-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: transplante-ortopédico, cardiologia, terapia renal substituída 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 cidadão 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 transplante-ortopédico.

Ainda assim, através de um instrumento de planejamento denominado Programação Participada Integrada (PPI), utilizado atualmente 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 contratar 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 comeniciadas 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; contapartida 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 Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas 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 Intergestores 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 a

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 Suplementar* (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 chamaremos 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 carterial 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 dos 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 Fêmnia e Hospital Gisto 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 (Instituto), 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 subterram 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. Uma 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 recebiam 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 perseguem 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 muito 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 intersectorial em saúde*, também denominada intersectorialidade. 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 substituívas, sendo responsável por 97% da oferta para pacientes renais crônicos (hemodialíse); 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 – inibidores 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 tratamentos inovadores, 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 de 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 hospitalizada. 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 encarceramento. 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 restinja-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 consideraram ter piorado. Assim, as atividades assistenciais foram avaliadas positivamente por 37,1% dos entrevistados, enquanto as de prevenção foram consideradas 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). Constatou-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 admitiram 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 cruzeira 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 segurança, 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; "cor-tejo fúnebre" de *unir* 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 "médicos" 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 desafiado 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, ressaltando 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 corresponsabilização 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 PIV/A e 25% do PI-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 PIV/A e cota-parte do PI-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 financiadas 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 de 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 (FENS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, proporcionando 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 financiamentos: 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 Participada 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 (TCF) 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 *engastamento* 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 equivalente 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.

4 | TENDÊNCIAS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Prever a situação da saúde no Brasil para os próximos anos reveste-se de grandes dificuldades face às transformações econômicas do mundo atual, ao dinamismo da cultura e da política, à defesa dos direitos da cidadania e de valores radicados na solidariedade e na igualdade. Todavia, vêm sendo realizados alguns estudos sobre tendências do sistema de saúde brasileiro, oferecendo indicações para as políticas de saúde.

Uma das piores possibilidades seria a manutenção das políticas de ajuste macroeconômico propugnadas pelos organismos internacionais e adotadas por diferentes governos desde a década passada. Nesse caso, haveria uma expansão do setor da saúde suplementar, minimamente regulada, cabendo ao Estado uma ação complementar, oferecendo uma cesta básica de serviços para os pobres, com ênfase em ações de baixo custo e de alta efetividade, a exemplo das vacinas e da terapia de reidratação oral (TRO).

Uma alternativa intermediária corresponderia ao prolongamento da crise do sistema de saúde com um arcabouço legal fictício, diante da instabilidade e insuficiência do financiamento. Os provedores e prestadores *não SUS*, ou seja, a saúde suplementar e a medicina privada paga por desembolso direto, seriam pouco regulados e manteriam as vantagens dos subsídios indiretos decorrentes da renúncia fiscal. Preservaria a dicotomia entre

a assistência médico-hospitalar e a saúde pública, esta confinada às campanhas sanitárias, aos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária e aos programas especiais, persistindo o conflito entre o modelo médico-assistencial hegemônico e as propostas da Reforma Sanitária e do SUS.

O melhor cenário seria representado pela consolidação do SUS e pelo respeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde. A garantia de fontes estáveis de financiamento, com descentralização plena de ações e serviços de saúde de acordo com modelos de atenção voltados para a efetividade, a equidade e a qualidade de vida com sustentabilidade identificaria essa possibilidade com o desenvolvimento do projeto da RSB. Os serviços privados contratados seriam submetidos ao controle público e atuariam, em função das necessidades de saúde da população, como se públicos fossem. Os provedores e prestadores *nao* SUS, voltados para os usuários que optassem por seus serviços, seriam regulados pelo Estado por meio do SUS.

A VISÃO DE ATORES SOCIAIS

Examinando as tendências do sistema de saúde brasileiro, mediante consulta a pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e lideranças da sociedade civil, um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), publicado em 2001, apontou certas expectativas para os próximos anos.

No que diz respeito aos *valores sociais sobre saúde*, espera-se que a qualidade técnica e a equidade sejam os atributos mais valorizados do sistema de saúde. Nas políticas de saúde haveria uma ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, com redução das desigualdades. Os conselhos de saúde estariam

consolidados, sendo aprovados dispositivos legais e mecanismos para a garantia dos direitos dos usuários e da autonomia dos pacientes.

No que tange à *organização e estrutura*, cogita-se uma redução da atuação dos estados e municípios como provedores diretos de serviços, além da transformação de hospitais e outras unidades em entes públicos, com maior autonomia e alguma forma de controle social. O setor privado empresarial e entidades públicas não-estatais cresceriam na oferta de serviços médico-assistenciais, havendo dúvidas quanto à possibilidade de o PSF ser estendido para toda a população.

Quanto aos *aspectos econômicos*, admite-se um crescimento do dispêndio nacional com saúde, embora se acredite que o gasto privado crescerá em ritmo superior ao público. As transferências do governo federal para os estados e municípios seriam diretas, regulares, automáticas, com critérios mais transparentes e equitativos, mantendo-se a gratuidade do SUS. Parte das pessoas entrevistadas imagina um setor público com separação entre as funções de financiamento e compra de serviços e as de gerência e provisão.

Com relação ao *mercado e à regulação*, considera-se que a cobertura de planos e seguros de saúde continuará aumentando, com algum impacto das medidas reguladoras na satisfação dos usuários, embora com menos otimismo quanto à perspectiva de a ANS controlar preços, fiscalizar eficazmente e garantir direitos dos usuários.

No que se refere aos *recursos humanos*, haveria uma redução gradual do regime estatutário no setor público e do assalariamento médico no privado. O mercado de trabalho para médicos

generalistas cresceria em ambos os setores, com exigência de titulação para direção de estabelecimentos públicos de saúde.

No âmbito da *ciência e tecnologia*, acredita-se que seria expandida a Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS), havendo, no entanto, ceticismo quanto à eficácia dos controles sobre a incorporação de tecnologias na diminuição dos custos da assistência.

Finalmente, quanto ao *perfil epidemiológico*, imagina-se que o sistema de saúde estaria preparado para enfrentar novas doenças, inclusive com capacidade para atender às necessidades da população idosa.

Essas tendências, no entanto, poderão sofrer influências da vontade e da ação política de sujeitos individuais e coletivos, como é o caso dos organismos internacionais. Assim, entre as *Metas do Milênio* para a saúde em 2015, encontram-se as proposições de erradicar a pobreza extrema e a fome, reduzir a mortalidade na infância, melhorar a saúde materna, combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e desenvolver parcerias globais para o desenvolvimento.

No que diz respeito às *políticas de saúde*, foi proposto para os países em desenvolvimento o acesso universal a *serviços essenciais de saúde*, baseados em evidências epidemiológicas e prioridades de saúde dos pobres, admitindo-se um aumento dos recursos destinados ao setor saúde. Portanto, retomando as possibilidades de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro anteriormente descritas, há indícios de um prolongamento da crise, dado o equilíbrio instável entre as forças que apostam na RSB e as que investem na manutenção do modelo médico hegemônico, desistindo o SUS fundamentalmente para os pobres.

A VISÃO DA POPULAÇÃO

Essas tendências, aferidas por consultas a pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e lideranças, ainda que relevantes, apresentam no entanto uma grande lacuna e limitação: não contemplam a visão de futuro dos cidadãos nem dos usuários, consumidores ou destinatários das ações do sistema de serviços de saúde.

Uma aproximação a tal visão poderia ser empreendida pelo exame das conclusões e recomendações das últimas conferências nacionais de saúde, que trazem uma agenda para o desenvolvimento do sistema de serviços de saúde no Brasil. Entretanto, parte significativa das propostas apresentadas se voltam para o SUS como se ele fora, efetivamente, único, apesar de o desenvolvimento histórico das políticas de saúde e da organização dos serviços de saúde ter forjado um sistema de saúde segmentado, que reflete, de certo modo, a heterogeneidade da sociedade brasileira e a correlação de forças políticas e sociais presentes na conjuntura.

Os relatórios finais dessas conferências nacionais de saúde condensam propostas e vontades de segmentos organizados da sociedade civil, combinadas com as de gestores e trabalhadores de saúde. Mesmo expressando o pensamento de setores supostamente mais mobilizados, informados e politizados, tais documentos podem não representar a opinião do brasileiro comum, com seus sonhos e temores no que diz respeito ao atendimento dos seus familiares, especialmente filhos e netos, nos próximos anos. Daí a importância das informações complementares, produzidas com base nas pesquisas de opinião.

Em 2004, como parte das comemorações dos sessenta anos da construtora Norberto Odebrecht, foi realizada uma pesquisa de opinião, sob a coordenação técnica da *cdm, Estudos e Pesquisa*, empresa sediada em São Paulo, contemplando dez eixos temáticos, no estudo *Projeto Brasil: Olhando para o Futuro*. No caso do tema saúde, após serem estabelecidas certas definições preliminares sobre saúde, serviços de saúde e sistema de serviços de saúde, foi realizada uma amostra representativa da população de todo o país e aplicada um questionário contendo, entre outras questões, um conjunto de perguntas voltadas para identificar visões da população sobre a saúde na próxima década.

A construção das perguntas considerou que a saúde pode contemplar tanto a dimensão de *estado vital* no nível individual (sentir-se bem, ausência de sintomas ou doenças) e coletivo (saúde da população, indicadores de saúde) quanto a relação com serviços de saúde (acesso, cobertura e utilização de serviços de saúde, atendimento médico, hospitais, laboratórios, vacinas, medicamentos, planos de saúde etc.). Partia da hipótese de que as expectativas poderiam refletir ambas as dimensões, ainda que as representações sociais sobre o tema tendessem mais a expressar saúde como *consumo de serviços* e bens do que, propriamente, como um estado da vida. Ao projetar para o futuro as visões sobre saúde, os entrevistados tanto poderiam expressar uma aspiração, vontade ou desejo (sobretudo se referida afetivamente a filhos ou netos) como uma expectativa de tendência, mesmo que tal cenário não fosse o preferido.

Quando procuramos identificar a visão de futuro dos brasileiros, constatamos a expectativa quanto à assistência à saúde dos seus filhos e netos: 45% admitem que será igual a hoje, enquanto

34% creem que será melhor e apenas 8% imaginam ser muito melhor que hoje. O interior é ligeiramente menos otimista que as capitais.

Entre os problemas que terão de ser resolvidos no futuro para uma melhor assistência à saúde, os entrevistados destacam: falta de médicos (47%), de enfermeiros (43%), de medicamentos (37%), demora na marcação de consultas (31%) e falta de hospitais (29%). Entre os problemas menos mencionados, aparecem: salários ruins dos profissionais, falta de dentistas e de atendimento odontológico, falta de ambulâncias, profissionais mais preparados, "falta de caridade", atendimento de urgência, UTI etc.

Trata-se, portanto, de problemas ligados à insuficiência de recursos na infraestrutura do sistema, particularmente no seu componente público. Essa parte mais aparente da realidade, captada pela população, deixa de ressaltar as desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde entre os distintos grupos sociais. Considerando-se que cerca de três quartos da população contam exclusivamente com os serviços do SUS, tal percepção aponta para a necessidade de investimentos na sua rede assistencial, para fortalecimento da sua infraestrutura.

A população parece ter clareza quanto a alguns atributos relacionados a um melhor serviço de saúde. Os mais citados foram: tempo de espera inferior a 30 minutos (40%); serviço próximo da residência e tratamento respeitoso (34%); atenção integral (18%); conforto nas instalações e clareza nas explicações dos profissionais de saúde (13%). Isto significa melhoria da acessibilidade, qualidade, integralidade e humanização do atendimento, justamente os desafios para o SUS anteriormente apontados. Tempo para fazer perguntas, livre escolha de profissionais, participação

nas decisões, privacidade e sigilo das informações foram itens menos referidos.

Assim, o problema do tempo de espera confirma o resultado do inquérito realizado em 2003, referente à *Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil*, bem como das pesquisas de opinião promovidas pelo Conass. No entanto, liberdade de escolha do profissional e participação na tomada de decisões sobre o tratamento – problemas identificados no atendimento ambulatorial – não foram muito valorizados como atributos relacionados a um melhor serviço de saúde. Seria um problema de baixa consciência ou de um horizonte de expectativas bastante limitado no que se refere à possibilidade de um atendimento de melhor qualidade? De uma forma ou de outra, esses aspectos talvez adquiram maior visibilidade quando as questões de acesso e de humanização do atendimento forem equacionadas.

Entre os entrevistados, 51% acreditam que no futuro terão um atendimento à saúde mais humanizado, contra 30% que não creem nessa possibilidade. Admitem que os profissionais de saúde serão mais atenciosos, solidários, comprometidos e tolerantes, de modo que 60% pensam que o atendimento provavelmente estará melhor e 27% admitem que tal alternativa é muito provável.

Entre os direitos dos pacientes mais valorizados pela população, destacam-se o acompanhamento das internações de crianças e idosos (55%) e a autonomia, ou seja, escolha e decisões informadas sobre estilo de vida (21%). Acesso aos resultados de exames e a prontuários é mencionado por apenas 12% dos entrevistados. Em relação aos idosos, a maior proporção de entrevistados (56%) admite que o sistema de saúde estará preparado

no futuro próximo para atender bem os problemas desse grupo etário, visão mais otimista que a revelada no estudo de tendências com base na opinião de especialistas, apresentado anteriormente. Tal como no estudo sobre tendências do sistema de saúde brasileiro, a população acredita na manutenção do SUS, embora reconheça a preservação do sistema privado. A maioria dos entrevistados admite a persistência de um sistema misto, ou seja, público-privado, embora 49% creiam que as pessoas utilizarão mais os serviços públicos.

Na medida em que saúde não se resume aos serviços de saúde, mas implica um estado da vida das pessoas e da comunidade, entre as medidas mais indicadas para uma vida saudável destacam-se: evitar cigarro (76%), bebida alcoólica (64%), brigas e violências (45%), praticar atividades físicas regulares (38%), controlar a obesidade (34%) e o uso de alimentos prejudiciais à saúde (31%). Assim, não é de se estranhar que 38% dos entrevistados imaginem que estarão com melhor saúde e qualidade de vida nos próximos dez anos. Apenas 21% deles acham pouco provável e 7% não acreditam nessa possibilidade. As respostas em relação aos filhos e à família seguem uma tendência ligeiramente mais otimista.

Mesmo quando indagados sobre qual o principal problema de sua cidade, os entrevistados reduzem a posição hierárquica da saúde, colocando-a em quarto lugar (12%), atrás da violência (21%), emprego (19%) e falta de segurança/policiamento (16%). Vale lembrar que na pesquisa realizada em 2002, já discutida, a saúde era considerada o principal problema da população (24,2%), superando em importância o desemprego, a situação financeira e a violência/falta de segurança.

Embora o deslocamento da relevância da saúde, entre os problemas identificados nas cidades, possa ser atribuído a uma percepção mais nítida das questões da violência e do desempenho, não seria descartável uma interpretação alternativa, que sugerisse alguma melhoria da saúde no Brasil nos últimos anos.

Os resultados dessa pesquisa de opinião sugerem certas reservas da população quanto à melhoria da assistência à saúde no país nos próximos anos, ainda que em relação à humanização do atendimento e aos cuidados do idoso seja mais otimista. Revelam, em contrapartida, uma expectativa positiva quanto à melhoria da saúde e da qualidade de vida, tanto em relação aos entrevistados quanto aos seus filhos, familiares e vizinhos.

A população parece distinguir, razoavelmente, *estado de saúde* e consumo de bens e serviços de saúde. A identificação de fatores de risco e a disposição de aconselhar filhos e netos a evitá-los reforçam uma interpretação no sentido de reconhecer uma concepção mais ampliada da saúde, por parte da população, ou seja, saúde não se resumiria mais à assistência médico-hospitalar.

Isso sugere uma abertura para compreender os determinantes sociais da saúde e defender *políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos*, tal como estabelece a Constituição, juntamente com *o acesso universal e igualitário às ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde*. Consequentemente, tais informações podem orientar políticas públicas intersetoriais, dirigidas para a promoção da saúde e da qualidade de vida, e justificarem a adoção de modelos de atenção mais integrais, transformando a assistência predominante, eminentemente curativa.

Advertimos, não obstante, que a análise de tendências não deve ser entendida como profecias autocumpridas. Essas reflexões

ajudam a visualizar alternativas e a identificar aspirações que permitam a seleção de opções e o estabelecimento de estratégias voltadas para fazer prevalecer a vontade da maioria, como fundamento de uma sociedade democrática.

DESENVOLVIMENTO DO DIREITO À SAÚDE

Certa vez, um entrevistador perguntou ao filósofo italiano Norberto Bobbio, após uma longa conversa, se ele via algum sinal positivo sobre o futuro da humanidade, diante do aumento da população, da degradação do ambiente e da ampliação do poder destrutivo das armas. Respondeu-lhe que sim, justificando a sua resposta pela *crecente importância atribuída, nos debates internacionais, entre homens de cultura e políticos, em seminários de estado e em conferências governamentais, ao problema dos direitos do homem*.

Ditamos o mesmo, hoje, em relação ao *direito à saúde*. Já não se trata de um tema restrito a filósofos, juristas e cientistas sociais. Cada vez mais políticos, profissionais de saúde, trabalhadores e demais cidadãos passaram a discutí-lo. A *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, desde 1948, e a *Declaração de Alma Ata*, em 1978, proclamaram este direito. E em 1988, pela primeira vez na história das constituições do Brasil, a saúde foi considerada *dever de todos e dever do Estado*. Qual a importância dessa frase? Seria apenas um *slogan* vazio? Uma conquista da sociedade brasileira? Ou uma bandeira de luta que deve atravessar algumas gerações? Como uma *gestão participativa* poderia superar a proclamação formal deste direito, garantindo o seu exercício e os meios para obtê-lo?

Há duas décadas, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, defendíamos a proposição de que as políticas sociais, para

elevarem à condição de cidadãos os milhões de brasileiros excluídos dos benefícios do desenvolvimento, teiam de rejeitar o recurso tentador à assistência social, patrocinado pelo velho liberalismo, que na área da saúde reduz-se à mera doação de alimentos, remédios e de *medicina simplificada*. Deveriam ampliar os canais de democratização para a saúde, de modo que os indigentes de ontem e os consumidores de hoje pudessem amanhã, como cidadãos, lutar e conquistar os seus direitos e organizar-se politicamente para defendê-los.

Ainda durante a elaboração da Constituição de 1988, participamos na redação de um texto intitulado "*Saúde e Constituinte: do direito que não temos à cidadania que queremos*", para apoiar a luta de movimentos sociais organizados. Coincidentemente, o subtítulo da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, era "*a saúde que temos, o SUS que queremos*". Será que, quase duas décadas depois, ainda nos enfrentamos com as mesmas questões?

Talvez a resposta seja sim e não. Sim, porque certas políticas econômicas continuam sacrificando vidas, expandindo o desemprego e comprometendo a cidadania. Não, porque, apesar dos pesares, conquistamos um Estado de Direito e a democracia, que são as formas políticas mais condizentes para a luta, a conquista e a garantia de direitos. As conferências e os conselhos de saúde são exemplos daqueles *canais de democratização para a saúde* pensados anos antes. São uma demonstração de que a gestão participativa pode ser exercida nos espaços democráticos abertos pelo movimento sanitário, apesar das misérias produzidas por uma sociedade vergonhosamente iníqua e por políticas econômicas que concentram a renda e atentam contra o direito ao trabalho.

A história demonstra que a conquista de direitos pela humanidade é o resultado de um longo processo de lutas. Os primeiros direitos conquistados diziam respeito à liberdade de religião, de opinião, de pensamento, de imprensa, de ir e vir (direitos civis). Depois foram conquistados o direito à reunião, à organização sindical, à manifestação, à participação no exercício do poder político, a votar e ser votado (direitos políticos). Esses direitos, civis e políticos, alcançados pelos países europeus nos séculos XVIII e XIX, compuseram os chamados *direitos de primeira geração*.

No século XX, emergiram os direitos sociais – trabalho, educação, saúde, segurança, entre outros –, conhecidos como *direitos de segunda geração*. Já na passagem do século XX para o XXI, a consciência ecológica configurou os *direitos de terceira geração*, em que o sujeito de direitos pode ser também as gerações futuras. Presentemente, são discutidos os *direitos de quarta geração*, em que se incluem a qualidade de vida e a biodiversidade, diante das manipulações da biologia e da genética, com repercussões nos seres vivos e no futuro da humanidade. Todos esses direitos dizem respeito à saúde: desde as liberdades individuais e democráticas até o direito ao trabalho, à educação, à atenção à saúde, ao ambiente preservado, à biodiversidade, à qualidade de vida e à proteção contra os alimentos transgênicos.

Isso porque o direito à saúde deve ser entendido nas duas dimensões expostas no início deste livro: o *direito ao estado vital saudável* (estado de saúde) e o *direito às ações e serviços de saúde*. Significa que o direito à saúde, para ser garantido, requer o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e, também, um estado de saúde resultante de um modo de vida saudável. Esse é o

resultado de determinantes socioambientais e condicionantes de saúde que expressam as formas de organização da sociedade.

No Brasil, o Relatório Final da VIII CNS, a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde trazem essa concepção ampliada e contemporânea de saúde, o que representa um grande avanço, que pode ser creditado às lutas do movimento sanitário brasileiro. Hoje, porém, já não se trata mais de proclamar e fundamentar o direito à saúde, mas de exercê-lo, jurídica, política e praticamente. Não bastam as normas e a retórica. Necessitam-se compromisso político e administrativo e, sobretudo, os meios para garantir o direito à saúde.

Não foi pouco o que se fez ao longo desses últimos vinte anos, apesar de conjunturas e governos adversos. Avançamos não só do ponto de vista legal e normativo, mas especialmente mediante políticas de descentralização e de democratização da saúde. O SUS já representa um patrimônio nacional, apesar das suas dificuldades e da sanha dos seus inimigos, detratores e sabotadores. Mas há ainda muito que caminhar, para alcançar a universalização real, a redução das desigualdades e maus tratos, a qualidade e a efetividade na atenção à saúde. A cada momento, surgem novas ameaças contra aquilo que já foi conseguido. Mesmo governos que se declaram favoráveis ao fortalecimento do SUS praticam contingenciamento de recursos, cortes orçamentários e manipulações financeiras que garrroteiam a sua expansão, dificultando o *direito aos serviços de saúde*.

Para o paciente e seus familiares, usuários do sistema de saúde brasileiro, persistem questões assistenciais e éticas, que requerem a adoção de diversas medidas em defesa do direito à saúde do cidadão, tal como se vem estabelecendo em alguns

dispositivos normativos. A seguir, encontram-se listadas medidas importantes para o cumprimento de direitos dos cidadãos usuários do SUS:

- *Atendimento digno e respeitoso;*
- *Identificação pelo nome (não pela doença ou leito);*
- *Sigilo de seus dados pessoais;*
- *Identificação das pessoas que o tratam, por meio de crachás;*
- *Informações corretas sobre diagnóstico, exames, terapias e riscos;*
- *Acesso permanente ao prontuário;*
- *Papelaria de alta, com diagnóstico de alta e nome do profissional;*
- *Respeito de receitas legíveis, com nomes de medicamentos genéricos;*
- *Conhecimento do material que irá receber, como certificação do sangue e outros;*
- *Garantia de privacidade, intimidade, respeito a princípios éticos e culturais; confidencialidade;*
- *Acompanhamento em consultas e internações;*
- *Presença do pai no pré-natal e parto;*
- *Recebimento de anestesia quando necessária;*
- *Recusa de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida;*
- *Opção pelo local de morte;*

Mais recentemente, têm sido explicitados outros direitos dos pacientes, destacando-se:

- Acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- Acesso ao atendimento ambulatorial em tempo razoável, para não prejudicar a saúde;
- Atendimento com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado;
- Identificação das pessoas responsáveis direta ou indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis e que contibham o nome completo, profissão, cargo do profissional e o nome da instituição;
- Recebimento de informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre o seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, duração e alternativas de solução;
- Recebimento de informações sobre os possíveis efeitos colaterais de medicamentos, exames e tratamentos, a que será submetido;
- Pronto esclarecimento de suas dúvidas;
- Anotação no prontuário, em qualquer circunstância, de todas as informações relevantes sobre sua saúde, de forma legível, clara e precisa, incluindo medicamentos com horários e dosagens utilizadas, risco de alergias e outros efeitos colaterais, registro de quantidade e procedência do sangue recebido, exames e procedimentos efetuados;
- Disponibilidade, caso solicitado, de cópia do prontuário e quaisquer outras informações sobre o tratamento;
- Recebimento das receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, digitadas ou escritas em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;

[118]

- Informação prévia quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, o que deve seguir rigorosamente as normas de experimentos com seres humanos no País e ser aprovada pelo Comitê de Ética do hospital

O ministro da Saúde fez publicar a Portaria GM n. 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispondo sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Inicialmente, causou certa estranheza a definição de deveres dos usuários como o de *fiar atento às situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde e a da comunidade, e adotar medidas preventivas* ou o de *seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento*. Apesar de certas críticas ao processo de medicalização da vida cotidiana e ao controle de comportamentos pelo Estado e instituições de saúde, com possível redução da autonomia das pessoas, a maioria dos artigos representa conquistas por explicitar, em situações concretas, formas de respeitar o direito à saúde.

Pela abrangência e propriedade desses dispositivos, a sua aplicação não se deve restringir aos serviços do SUS, mas poderia se estender a todos os estabelecimentos que realizam ações de saúde em todo o território nacional, sejam públicos ou particulares, com destaque para aqueles regulados pela ANS. Como toda norma, esta portaria deve ser revista, corrigida e atualizada, periodicamente, tendo em conta o desenvolvimento dos sistemas de serviços de saúde e as novas conquistas sociais em relação à questão saúde.

Mais grave, porém, tem sido a negação do direito ao estado de saúde da nossa população. Se a exclusão e as desigualdades sociais em si já produzem mortes, doenças, acidentes, violências,

[119]

sofrimentos e múltiplos riscos, as políticas econômicas e sociais implementadas no Brasil nos últimos vinte anos contribuem, ainda mais, para subverter o direito à saúde. Aliás, mais do que a negação do direito à saúde, verificam-se, crescentemente, ameaças concretas ao *direito à vida*. A violência a nos espreitar em cada canto deste país é um exemplo eloquente e trágico dos resultados dessas políticas econômicas desastrosas. Portanto, sem abdicar de defender o direito aos serviços de saúde para todos os brasileiros, obrigação intransferível do SUS, a luta pelo direito à saúde passa, necessariamente, pela reorientação das políticas públicas econômicas e sociais que favoreçam a redução das desigualdades, a cidadania plena, a qualidade de vida e a democracia.

O reconhecimento dos determinantes sociais da saúde leva a valorizar as evidências científicas e o compromisso com a ação, seja por meio da mobilização e da participação social, seja mediante a adoção de políticas intersetoriais. *A intersectorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desígnio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e tornar-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersectorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego,*

Habitação, Cultura, Segurança Alimentar e outros. Intersectorialidade remete também ao conceito/ideia de Rede, cuja prática requer articulação, sinulações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersectorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde.

A gestão participativa, não sendo um fim em si mesma, pode ser um dos meios fundamentais para a garantia do direito à saúde. No caso da saúde, a *participação da comunidade* está assegurada pelo arcabouço legal do SUS, como já foi visto. Apesar desses ganhos, a experiência e estudos demonstram que esses mecanismos participativos são ainda limitados. As parcerias com o Ministério Público têm sido promissoras, porém insuficientes diante da dívida sanitária. Sem reduzir, em momento algum, a utilização dessas vias, cumpre ressaltar que só a ampliação das lutas sociais poderá fazer avançar a conquista do direito à saúde no Brasil. Em uma conjuntura cujo governo da nação não criminaliza os movimentos sociais, urge ampliar os espaços democráticos para facilitar a organização popular e a ação política, mediante participação, informação, vigilância, crítica, denúncia, mobilização, educação, organização, pressão, persuasão, negociação e consenso ativo dos governados em defesa da vida e da saúde.

Tecnicamente, tem-se reconhecido a saúde como qualidade de vida, fundamental para a formulação de políticas públicas intersetoriais. Diversos municípios têm experimentado muitas propostas, elaboradas nas universidades e nos serviços de saúde, com a participação da comunidade. Dirigentes e técnicos que acumularam experiências encontram-se, hoje, em condições de

fazê-las expandir no território nacional. Não bastam, porém, soluções técnicas e administrativas.

O povo brasileiro e, particularmente, os cidadãos que têm no SUS um caminho para a conquista do direito à saúde, possivelmente estarão debatendo, cada vez mais, diferentes *formas de lutas* para a garantia deste direito. A *consciência sanitária* implica o reconhecimento do direito à saúde por parte dos cidadãos e dos determinantes e condicionantes desse estado vital. Giovanni Berlinguer, um dos mentores da reforma sanitária na Itália definiu *consciência sanitária* como o entendimento de que a saúde é um *direito da pessoa* e um *interesse da comunidade*. Todavia, quando esse direito é *sufocado* e tal interesse *desviado*, a *consciência sanitária* se expressaria por intermédio da *ação individual e coletiva para alcançar este objetivo*. Portanto, se o direito à saúde sofre ameaças diante da contensão dos gastos públicos e de políticas econômicas e sociais que constroem o seu alcance, *consciência sanitária* significa luta para exercer, garantir e usufruir este direito. O direito à saúde não é um direito natural que se alcança ao nascer. Não é uma dádiva de qualquer governo. É historicamente construído e conquistado mediante lutas sociais.

Por isso podemos afirmar que o SUS é luta, é conquista e, também, esperança. Para que ele fosse criado, uma multidão de mulheres e homens deram o melhor de suas vidas em termos de trabalho, afeto e mobilização, para conquistar corações e mentes de outros tantos. Essas pessoas militantes transformaram uma proposta nascida na sociedade em parte de um sistema de proteção social, por meio do processo constituinte. Posteriormente, tiveram a habilidade de estabelecer acordos e pactos para transformar o SUS em uma grande política pública de inclusão

social e de democratização da saúde, para além de governos. Assim, muitos reconhecem hoje o SUS como política de Estado. O SUS também é conquista, pois vários objetivos intermediários já foram alcançados, ainda que muitos desafios tenham de ser enfrentados, como veremos no próximo capítulo. Mas o SUS pode ser ainda muito mais: ser capaz de integrar um projeto civilizatório que tenha a luta e a esperança como motores. Não a esperança de quem cruza os braços e espera, como advertia o grande educador Paulo Freire. É sim aquela esperança na qual ele foi mestre ao nos ensinar com o seu testemunho: *novo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero.*

5 AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS

Após vinte anos da incorporação do projeto da RSB pela Constituição, ainda é difícil indicar, em termos absolutos, princípios e diretrizes efetivamente cumpridos. Em publicação do Conass, a entidade enumerou avanços a celebrar e desafios a superar. Entre os últimos, destacou a universalização, o financiamento, o modelo institucional, o modelo de atenção, a gestão do trabalho e a participação social.

No entanto, mais que um balanço entre conquistas e impasses, ou triunfalismos e derrotismos, importa retomar o fio da história, para que a Reforma Sanitária não se transforme numa promessa não cumprida pelas forças políticas que apostaram na democracia e num novo projeto de sociedade para o Brasil.

A RSB não se restringia apenas a uma reforma do setor saúde. O SUS, como um dos componentes centrais desse projeto de reforma social, pautava-se num conjunto de princípios e diretrizes fundamentais para a democratização da saúde, da sociedade, do poder público e da cultura. Presentemente, podemos afirmar que, nas últimas décadas, foram dados passos importantes para a participação social e a universalidade. Já em relação à equidade e à integralidade, os passos foram mais tímidos.

AVANÇOS DO SUS

É possível reconhecer que a lei 8142/90 assegurou canais para a participação social, institucionalizada em conferências e conselhos de saúde, que tornaram o SUS objeto de curiosidade de organizações internacionais, pesquisadores estrangeiros e publicações. Constatamos, ao mesmo tempo, um refluxo dos movimentos sociais na área de saúde e a existência de obstáculos para a realização de uma cidadania plena, o que compromete a qualidade dessa participação em termos de representatividade e legitimidade, inclusive com a invasão e colonização desses espaços por interesses partidários, corporativos e de grupos.

Já não existem barreiras formais para assegurar serviços de saúde para todos e a universalidade se expande para além da retórica. Permanecem, não obstante, grandes dificuldades no acesso e na continuidade da atenção, devido a problemas vinculados à organização dos serviços (ausência de rede regionalizada e hierarquizada, entre outros) e, sobretudo, a questão do financiamento, ainda não resolvida, principalmente no que se refere aos investimentos para a expansão da infraestrutura do sistema público de saúde.

A equidade foi incorporada como princípio do SUS a partir de normas operacionais e pode ser coerente com a diretriz do uso da epidemiologia no planejamento, conforme estabelece a lei 8.080/90. Entretanto, ao ser assumida pelo discurso de organismos internacionais como oposição à universalidade, ou como etapa para alcançar esta última, tende a representar uma justificativa para a implantação de programas focalizados apenas nos pobres (*SUS para pobres*). O PSF expressa essas contradições, pois

tem ampliado o acesso à atenção básica e deveria reorientar os encaminhamentos para os demais pontos da rede, racionalizando o consumo de serviços e ganhando em escala. Entretanto, em cidades com mais de cem mil habitantes, onde apresenta baixa cobertura e se concentra nos bolsões de pobreza, termina por reproduzir, concretamente, em nome da equidade, o inverso da universalidade, ou seja, a focalização.

A integralidade é o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS. No início da década de 1990, a preocupação com a integralidade limitava-se a alguns centros acadêmicos e experiências municipais, posto que a ênfase política concentrava-se em questões de financiamento e descentralização. Somente com a expansão e a reorientação política do PSF, a partir da segunda metade daquela década, foi possível enfatizar propostas como territorialização, vigilância da saúde, acolhimento e vínculo, entre outras, retomando a discussão da integralidade, posta pela Reforma Sanitária.

Se considerarmos as cinco grandes áreas de um sistema de serviços de saúde (infraestrutura, financiamento, organização, gestão e prestação de serviços), poderemos admitir avanços em todas elas. Mesmo diante do financiamento, reconhecidamente um dos maiores entraves para o desenvolvimento do SUS, não é possível ignorar que os recursos, só no âmbito federal, em termos absolutos, foram quadruplicados entre o início da década passada e o momento atual: de cerca de 12 bilhões para aproximadamente 48 bilhões de reais.

É claro que esses recursos são insuficientes para um sistema que pretende ser universal e integral, diante de uma população que passa por uma transição demográfica, com mudanças

significativas no perfil epidemiológico e com uma expectativa de consumo de serviços médicos que possivelmente equivale à dos países ricos.

Atualmente, o SUS está implantado em todos os estados e organizado em todos os municípios brasileiros que dispõem de secretarias e conselhos municipais de saúde. Portanto, um dos maiores avanços do SUS reside numa obra de *gestão descentralizada* para estados e municípios, num país com uma dimensão continental, com mais de 5.500 municípios, grandes desigualdades regionais e sociais, bem como com uma complexa e específica federação.

Contudo, devemos lembrar que o SUS é um sistema em construção e, para tanto, não bastam leis, normas e certos ganhos. Exige muitas lutas e mobilizações políticas. Na presente década, realizou avanços indiscutíveis, como a formulação da *Política Nacional de Saúde Bucal*, a implantação do programa *Brasil Sorridente*, a Reforma Psiquiátrica e a ampliação do PSF por meio do Proesf, alcançando metade da população brasileira e instalando o atendimento pré-hospitalar para urgências e emergências com a atuação do Samu.

A difusão da consciência do *direito à saúde na população*, mesmo reconhecendo a distância entre a sua formalização jurídica e a garantia concreta, pode ser considerada outro avanço, capaz de ensejar novas lutas e iniciativas, que reforcem o processo da RSB.

DESAFIOS DO SUS

No que diz respeito à prestação de serviços de saúde, o SUS apresenta certos gargalos, que têm impedido uma atenção oportuna e integral às pessoas. Assim, 95% dos estabelecimentos de

apoio diagnóstico e tratamento são privados e, destes, apenas 35% prestam serviços ao SUS. Para que usuários tenham acesso a serviços especializados e exames complementares, o SUS apresenta uma extrema dependência em relação ao setor privado, nos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade). Os prestadores de serviços, embora busquem contratos, credenciamentos ou convênios com o SUS, muitas vezes discriminam seus pacientes, seja dificultando o acesso, ao priorizar consumidores de *planos de saúde* privados, na marcação de consultas ou exames, seja impondo uma porta de entrada distinta com modalidades mais precárias, para não misturar usuários do SUS com a clientela particular e de *planos de saúde*.

O SUS fica refém, desse modo, do setor privado, apesar do seu potencial de regulação. Parte dessa situação pode ser explicada pelo subfinanciamento público da saúde no custeio e, especialmente, no que tange aos investimentos, que se fazem necessários para a expansão da rede federal, estadual e municipal. Tal situação provoca a insatisfação dos cidadãos, denúncias na mídia e, mais recentemente, na chamada *judicialização da saúde*, em que os cidadãos buscam no Ministério Público e no Judiciário uma via para o atendimento daquilo que julgam fazer parte do seu direito à saúde.

Quanto aos maiores problemas, além dos gargalos do financiamento, da infraestrutura restrita e da questão não resolvida dos recursos humanos, há a organização deficiente entre a atenção básica e as chamadas de média e alta complexidade. A baixa efetividade alcançada até o momento pela atenção básica leva a uma sobrecarga nos demais níveis do sistema e gera tensão entre eles, resultando na persistência de mecanismos de seletividade e

iniquidade social. Além disso, o crescimento desordenado dos *planos de saúde* consolidada a segmentação do sistema e a dupla porta de entrada com escassa regulação.

Devemos ainda ressaltar a questão dos profissionais e trabalhadores da saúde no SUS. Realizamos um grande esforço para qualificar os chamados recursos humanos nessas duas décadas, inclusive com iniciativas inovadoras, tais como: *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem* (Profae); reformas curriculares, apoiadas em 500 instituições, via Pró-Saúde 1 (Medicina, Enfermagem e Odontologia) e Pró-Saúde 2 (todas as profissões de saúde); *Programa de Educação Tutorial na Saúde*, que apoia mais de 5 mil docentes, profissionais de saúde da família e estudantes; 52 mil especializações em saúde da família e 110 mil em gestão; telessaúde como apoio às ESF.

Entretanto, avançamos pouco na gestão do trabalho e, especialmente, na implantação de carreiras para o pessoal do SUS. Cumpre lembrar que o SUS é movido a gente, e gente que cuida de gente deve ser tratada como gente. E não tem sido dessa forma cuidadora que as áreas econômicas e os ministérios e secretarias sistêmicos dos governos têm tratado as pessoas que trabalham no SUS. Enquanto a questão das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos não for equacionada, não haverá milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços.

Finalmente, cabe destacar os impasses decorrentes da gestão e gerência atreladas a interesses partidários, em que a saúde das pessoas transforma-se em objeto de clientelismos e moeda de troca política, comprometendo a legitimidade do SUS perante a opinião pública, a profissionalização da gestão e a continuidade

e a eficiência administrativa. Uma Lei de Responsabilidade Fiscal que compromete a expansão de um sistema cuja natureza é trabalho intensivo torna-se socialmente irresponsável. Em contrapartida, um conjunto de amarras burocráticas, que, sob o pretexto de combater a corrupção, engessa a administração, prejudica o fluxo de insumos vitais para o cidadão das pessoas e trata a complexidade do sistema de saúde como se ele fosse um setor qualquer, não pode ser ignorado como um dos grandes responsáveis pela pouca resolutividade e baixa qualidade dos serviços do SUS.

A Constituição estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, mas em nenhum momento condena o SUS a ser refém da *administração direta*. Novas institucionalidades podem ser concebidas e pesquisadas no âmbito da *administração indireta* que, além de garantir maior efetividade e qualidade dos serviços prestados, facilitem uma *blindagem* contra o predomínio de interesses político-partidários e corporativos na gestão do sistema e na gerência de programas e serviços.

A REFORMA SANITÁRIA COMO REFORMA SOCIAL

Desde o Relatório Final da VIII CNS e a Lei Orgânica da Saúde, destaca-se que a saúde depende da forma com que a sociedade organiza a sua economia, ou seja, o seu modo de produção. Embora a dimensão econômica não seja a única a ser considerada, não é possível tergiversar sobre os principais determinantes sociais da saúde. O SUS é apenas a dimensão institucional e setorial de uma *reforma social* mais ampla, a RSB. Mesmo que o SUS possa absorver certos problemas vinculados ao modo de vida da população, é praticamente impossível ser eficiente e

efetivo numa sociedade com níveis de desigualdade, pobreza e violência como a nossa. Daí a pertinência de revisarmos a Reforma Sanitária e ampliarmos suas bases sociais e políticas, no sentido de radicalizar a democracia e lutar pelas mudanças propostas no seu *projeto*.

Nessa perspectiva, retomar mobilizações em prol do desenvolvimento de uma *consciência sanitária* na população e entre os trabalhadores do SUS parece-nos iradiável. Informar, comunicar, educar, conscientizar, mobilizar, organizar e pressionar são verbos que conotam ações fundamentais para a defesa do SUS e o avanço da Reforma Sanitária. Daí a pertinência de apostar na Informação e Comunicação em Saúde. Os instrumentos de informação e comunicação constituem uma via de mão dupla. De um lado, temos os responsáveis pelo sistema de saúde — gestores, coordenadores de programas, profissionais de saúde, entre outros — que devem fornecer informações para que a população possa: 1) ampliar os seus conhecimentos sobre saúde e aumentar a autonomia de decisão quanto à sua vida; 2) orientar-se quanto aos procedimentos a tomar, em caso de doenças, acidentes e demais agravos à saúde; 3) orientar-se, igualmente, em relação às medidas de prevenção, para evitar o surgimento de doenças e de situações de risco à sua saúde e à saúde de seus familiares e amigos; 4) sentir-se estimulado a participar na construção e funcionamento do SUS, integrando conselhos de saúde, órgãos de gestão colegada de unidades de saúde e de condução de programas e atividades dos serviços de saúde. Do outro lado temos a manifestação da população, através do encaminhamento de suas demandas que podem ser: reclamações, sugestões, reivindicações e elogios.

Diversas instituições e serviços do SUS têm citado *ouvidorias* para captar, processar, sistematizar e responder às manifestações da população. Ao mesmo tempo, a organização de páginas ou

sites na Internet e a divulgação de informações pelo rádio, televisão, cartazes, *outdoors*, jornais e revistas permitem certa apropriação de um saber para o fortalecimento da consciência sanitária. O cidadão e a transparência com que dirigentes e técnicos brasileiros conduziram a questão da pandemia da influenza A (H1N1), em 2009, pode ser um indicativo do amadurecimento da comunicação em saúde e da democracia no SUS. É dessa interação entre as comunidades e os responsáveis pelos sistemas, serviços e atividades de saúde que podem ser geradas condições para a melhoria do SUS e, consequentemente, da qualidade de vida das populações, levando a que os indivíduos assumam maiores responsabilidades sobre suas vidas e destinos.

A aposta na autonomia e na emancipação dos sujeitos representa um dos pilares mais avançados da Política Nacional de Promoção da Saúde, que tende a contribuir na sustentação do processo da RSB.

REPUDIANDO O INACEITÁVEL

Durante o ano de 2008, secretarias de saúde, centros acadêmicos e revistas especializadas promoveram debates, reflexões e artigos para comemorar os vinte anos do SUS. A referência cronológica, portanto, corresponde à promulgação da Constituição de 1988, por consagrar o direito à saúde.

Depois de lutar durante todos esses anos em prol da RSB pela concretização do SUS, o Cebes pode criticá-lo sem que pareça a menor dúvida de que tenha mudado de lado ou esteja fazendo o jogo dos seus adversários. Proponente do SUS há trinta anos e preservando sua autonomia perante governos e partidos, pode se situar, radicalmente, em defesa do povo brasileiro, como o fez ao produzir, recentemente, o documento

Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. Apesar de reconhecer conquistas importantes a partir do SUS, consideramos a persistência de problemas para os quais conhecemos as soluções e teríamos condições de praticá-las. Desse modo, um conjunto de situações são consideradas inaceitáveis:

- *que ainda não exista uma fonte estável para o financiamento do SUS;*
- *que permaneçam as condições precárias de atendimento nos serviços do SUS;*
- *que serviços do SUS ainda não funcionem como uma rede integrada, com porta de entrada única, jogando ao usuário a responsabilidade de buscar, por conta própria, os serviços de que necessita;*
- *que a população não tenha ainda acesso seguro e regular aos medicamentos;*
- *que serviços do SUS ainda não garantam às mulheres grávidas a referência segura de onde não dar à luz;*
- *que se mantenham discriminações de classe social, gênero, orientação sexual e raça nos serviços do SUS;*
- *que serviços e profissionais de saúde continuem maltratando as mulheres que fazem aborto, com negligência no atendimento, julgamento moral, denúncias e outras formas de violação de direitos;*
- *que serviços desvalorizados pela vigilância sanitária continuem funcionando;*
- *que se mantenha a dupla porta de entrada nos hospitais públicos e comunitários;*
- *que os profissionais de saúde sejam desvalorizados e tenham suas condições de trabalho e salários aviltadas;*

- *que profissionais usem a precariedade das condições de trabalho como justificativa para ausências e não cumprimento dos horários;*

- *que o SUS continue sendo usado como moeda política;*

- *que ainda não existam mecanismos legais de responsabilização de governos e gestores pelos serviços não cumpridos.*

Não são questões técnicas nem falta de tecnologia e conhecimento que impedem a superação imediata desses problemas, muitos dos quais anteriores ao SUS, mas nem por isso justificáveis. Afinal, a RSB e o SUS, ao defenderem a democratização da saúde, apontavam para a pertinência de uma participação social ampla na construção de um sistema de saúde digno para todos os brasileiros. Se os cidadãos e grupos organizados da população não se mobilizaram suficientemente para cobrar o que está assegurado na Constituição e nas leis do país, as políticas econômicas restritivas e os acordos políticos particularistas tendem a preva-ler sobre a saúde e a vida.

Considerando o SUS um projeto nacional, solidário, justo e, acima de tudo, possível, o Cebes já não esconde a sua indignação quando declara: *A sociedade brasileira investe trabalho e esperanças na construção de um SUS para todos. É inaceitável que governos e gestores, representantes do Estado responsáveis pelo SUS, deixem de cumprir suas diretrizes elementares. Não podemos mais esconder ou justificar as tragédias cotidianas que afligem a população e que podem ser resolvidas já.*

A SUSTENTABILIDADE DO SUS

Devemos ressaltar que são questões políticas, especialmente ligadas à gestão e ao financiamento do SUS, as que precisam ser mais debatidas pela opinião pública, para que gestores e políticos

reconhecem a pressão legítima dos que exigem respeito à dignidade humana.

Portanto, o SUS não é mais um recém-nascido de baixo peso, uma criança desnutrida ou um adolescente ambivalente. Alcançou a maioridade, é um adulto jovem, com toda uma vida pela frente. Precisa construir seu futuro, explorando caminhos para sua *sustentabilidade* – econômica, política e científico-tecnológica – e conquistando uma autonomia relativa perante o Estado e os governos, reiterando porém sua natureza pública e seu caráter republicano.

A *sustentabilidade econômica* requer um financiamento estável, com responsabilidades bem definidas entre as três esferas de governo. Apesar da Emenda Constitucional 29, vários governos maquiaram seus orçamentos, incluindo atividades que não consistiam ações e serviços de saúde, como o pagamento de aposentados, obras de saneamento, material escolar, entre outros. A regulamentação da EC-29 ainda transita no Congresso Nacional e, com a extinção da CPMF e o atual projeto de Reforma Tributária do governo, o financiamento do SUS permanece ameaçado.

Não bastam apenas recursos para o custeio, isto é, para o funcionamento dos serviços existentes. Considerando tantos vazios assistenciais no país, é imperioso um plano de investimentos, para assegurar a expansão da infraestrutura dos serviços de saúde. A relação público-privado deve ser revista, inclusive no que concerne à ampliação do gasto público, para que este seja proporcionalmente maior que o privado. Na busca da sustentabilidade econômica, o SUS precisa enfrentar a instabilidade e a insuficiência do financiamento, bem como a falta de investimentos na rede pública. Desse modo, poderá responder aos problemas

da distribuição desigual dos recursos e da infraestrutura, bem como do acesso insuficiente e da qualidade insatisfatória.

A *sustentabilidade política* supõe a ampliação das bases sociais e políticas da RSB e do SUS. O *Pacto em Defesa do SUS*, estabelecido em 2006 como integrante do *Pacto pela Saúde*, aponta para as seguintes medidas:

- *A retomada do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, identificação dos desafios atuais do SUS;*
- *A ampliação de oportunidades políticas para iniciativas em defesa dos princípios centrais da Saúde como integrante do Sistema de Segurança Social e da consolidação do SUS universal, humanizado e de qualidade;*
- *O fortalecimento das relações do governo com os movimentos sociais;*
- *A ampliação da discussão com a sociedade, tendo a cidadania e o direito à saúde como estratégia de mobilização social.*

Nesse sentido, o reconhecimento dos direitos dos usuários dos serviços pode ser um dos caminhos para um diálogo construtivo entre os gestores e trabalhadores do SUS e a sociedade brasileira, na medida em que o seu cumprimento pode facilitar o envolvimento dos cidadãos na defesa do SUS. Todavia, a sustentabilidade política precisa de esforços mais amplos de participação social e articulação política, que aprofundem a democracia e radicalizem o processo da RSB. A profissionalização da gestão, com o estabelecimento de carreira pública digna para os trabalhadores de saúde que fazem o SUS no cotidiano, por sua vez, contornará os problemas relacionados com a ineficiência na gestão dos recursos, a baixa efetividade das intervenções e a desatenção aos cidadãos. Nesse processo, novos apoios sociais poderão ser obtidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sustentabilidade científico-tecnológica implica ampliar a produção de conhecimentos mediante pesquisas, desenvolvimento tecnológico e inovações, que tornem o país menos dependente em relação aos insumos necessários ao funcionamento do SUS. A regulação e a participação estatal no complexo industrial da saúde constituem medidas relevantes na construção dessa autonomia, além do apoio ao desenvolvimento de programas de pesquisas, a exemplo do recente Programa de Pesquisa do SUS (PP-SUS).

A sustentabilidade institucional exige a proteção do SUS em relação às turbulências político-partidárias que comprometem a gestão, especialmente no âmbito da administração direta. A redução drástica de cargos de confiança, utilizados como moeda de troca política, e o preenchimento de cargos de direção e assessoramento por profissionais qualificados, pertencentes a carreiras do SUS em tempo integral e dedicação exclusiva, certamente são caminhos que fortalecem a sustentação do SUS. A busca de novas institucionalidades, a exemplo de autarquias especiais, fundações estatais de direito privado, empresas públicas, entre outras, poderá favorecer a continuidade administrativa, preservando o caráter público e garantindo o controle social do SUS.

Assim, a conquista de uma sustentabilidade permitirá alcançar uma nova institucionalidade para o SUS, que lhe permita consolidar a sua natureza pública, porém, não necessariamente estatal. Talvez assim deixe de ser refém das manobras da política partidária, do clientelismo e do corporativismo.

Ao longo deste livro, revisamos de modo analítico e crítico a história do SUS como parte da RSB. Mesmo considerando o caráter inconcluso dessa reforma social que deu origem ao SUS, podemos concluir como o Cebes, reconhecendo que o SUS é *mais que um sistema de saúde. Faz parte do pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária.*

Após revermos os dispositivos legais que contribuem para a sustentação jurídico-política do SUS, assim como os problemas, conquistas e desafios desse novo sistema de saúde, pudemos verificar quais são os seus aliados e oponentes. Na medida em que discutimos possíveis tendências do sistema de saúde no Brasil e certas expectativas da população no que diz respeito à saúde, devemos afirmar que o SUS representa uma grande aposta para a garantia do direito à saúde para as cidadãs e cidadãos desse imenso país. Para finalizarmos este trabalho, cumpre lembrar a advertência do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2007: *Acreditamos que é hora de superar o discurso ufanista em defesa do SUS e reconhecer que ele só poderá melhorar, ganhando apoio da população, quando as antigas e novas lideranças do Movimento Sanitário, na sociedade e no governo, se solidarizarem com o(a) cidadão(ã), com necessidades e demandas no cotidiano de suas vidas, e iniciarem um processo de transformação*

consequente, orientado por dois princípios: a) intransigência e combate a todas as formas de desigualdades; b) centralidade do(a) cidadão(a) no cuidado e atenção ao usuário(a) do SUS. Ao afirmarmos o caráter civilizatório da Reforma Sanitária estamos entendendo que, por meio desse processo de transformação da sociedade e do Estado brasileiro, seremos capazes de alcançar um patamar civilizatório no qual as relações sociais e as políticas sejam regidas pelo primado da justiça social.

REFERÊNCIAS

BERLINGUIER, G. BRASIL, Conselho Brasília: Cora, BRASIL, Conselho Brasília: Cora, BRASIL, Conselho dos Municípios de Brasília: Ministério em Saúde). BRASIL, Ministério Saúde, 2006a. Saúde/arca.cfm BRASIL, Conselho Brasília: desafios. BRASIL, CENTRO BRASIL Reforma Sanitária distribuído em anos de SUS: em Debate, 33(81) LIMA, N. T.; GERSI história e perspectiva MACHADO, R. et psiquiatria no Br