Parte 1: Introdução ao Sistema Único de Saúde (SUS) Esse tal de SUS

Lana Bleicher
Taís Bleicher

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Esse tal de SUS. In: *Saúde para todos, já!* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 15-40. ISBN 978-85-232-2005-1.
<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ESSE TAL DE SUS

NOSSA SOCIEDADE E A SAÚDE

A sociedade brasileira tem sido marcada pela exclusão econômico-social e cultural. Os colonizadores portugueses massacraram os povos indígenas e para cá trouxeram, continuamente e por mais de dois séculos, enormes contingentes de pessoas originárias de alguns territórios da África negra, a fim de que, como escravos, produzissem as riquezas a serem apropriadas e acumuladas por alguns poucos. A abolição substituiu a escravidão pelo completo abandono daqueles que até então tinham sido escravos. Nesse período, os poucos médicos existentes se ocupavam em atender às elites, e a maior parte da população recorria às instituições de caridade ou à medicina popular, transmitida de uma geração para outra. De vez em quando, eclodia uma grande epidemia – de varíola ou de febre amarela – e muitas pessoas morriam. Quando alguns bem nascidos vinham também a morrer, as elites se assustavam e contratavam alguns médicos para atender à população.

Até que essas epidemias começaram a atrapalhar também a economia. Como exportar café para a Inglaterra, se os navios ingleses se recusavam a ancorar no porto do Rio de Janeiro com medo das doenças que acometiam a população da cidade? Em função disso, começaram a

desenvolver campanhas para erradicar estas doenças, apesar do interesse ser mais econômico que social.

Com o desenvolvimento industrial, passou a ser dada certa importância à saúde dos trabalhadores. Em princípio, foram organizadas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), com finalidade de prover assistência médica e previdenciária. O financiamento ocorria por conta dos próprios trabalhadores, através dos descontos em seus salários, e dos empregadores. Mas essas caixas só existiam em algumas empresas e somente naquelas áreas econômicas em que os trabalhadores eram considerados “importantes”. Nas zonas rurais, as pessoas continuavam à mercê das oligarquias locais, sem nenhuma sistemática de atenção à saúde.

A criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em 1930, visava uma articulação nacional em saúde. Neste período, o Estado passou a tomar parte, e surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Esses, em vez de serem organizados por empresas, eram vinculados a categorias: os ferroviários tinham o seu instituto, os bancários, o deles, e assim por diante. O financiamento passou a ser tripartite, ou seja, além dos trabalhadores e patrões, também o Estado deveria contribuir. No entanto, a gestão dos recursos foi ficando cada vez mais distante dos trabalhadores e mais a cargo do Estado. Como cada categoria tinha um poder de pressão diferente, a depender de sua “relevância” para a economia do país, os institutos eram também muito diferentes entre si, uns prestando melhores serviços e benefícios que outros. Ter direito à assistência médica era algo que dependia da inserção no mercado de trabalho. O projeto maior em saúde pública naufragou e reduziu a força dos movimentos sanitaristas anteriores.

Em 1966, todos esses institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Se, por um lado, houve certa uniformização nos benefícios; por outro, os trabalhadores perderam de vez a possibilidade de interferir na gestão – eram tempos de forte centralização e de feroz repressão a sua participação.

O símbolo desse período foi o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974. Saúde não era um direito de todos. A assistência médica era um privilégio dos trabalhadores com carteira assinada. Quem não tivesse a “carteirinha do INAMPS” deveria procurar uma Santa Casa de Misericórdia ou outra instituição que aceitasse “indigentes”. Mais: o grande beneficiado por esse sistema era o setor hospitalar privado, que atendia à clientela do INAMPS sem ser submetido a um controle rigoroso.

17

Observe que todo esse aparato estava voltado para a assistência médica curativa. Os problemas ditos de “saúde pública” – como o combate às endemias e a prevenção – eram tratados por outras instituições, vinculadas ao Ministério da Saúde, com menos recursos que as que se dedicavam à assistência médica, ligadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Esse era um modelo extremamente perverso, mas, como se vivia em uma ditadura, sua contestação era objeto de repressão. Enfim, o regime militar foi agonizando e a sociedade civil se reorganizando, culminando no movimento pelas “Diretas Já”, em 1984. Dentre os movimentos sociais que surgiram nessa época, vamos destacar o movimento pela Reforma Sanitária.

O movimento pela Reforma Sanitária defendia a criação de um novo modelo de saúde, cujo delineamento foi traçado na Oitava Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Até então, as Conferências Nacionais de Saúde contavam apenas com a participação de técnicos e não provocavam grande impacto sobre o sistema de saúde. Contudo, com a Oitava Conferência foi diferente. Além de representantes do governo e profissionais de saúde, havia também representantes da população. O que foi discutido nessa conferência foi a criação de um novo sistema. As resoluções que de lá saíram foram incorporadas, na maior parte, pela Constituição, promulgada em 1988.

MAS AFINAL, COMO É ESSE NOVO SISTEMA?

Existe uma frase na Constituição Federal, abrindo o artigo 196, que resume o espírito do SUS: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. (BRASIL, 1988) Portanto, na Carta Magna está bastante clara a concepção de saúde que deve ser adotada. Tal documento aponta para a necessidade de que o Poder Público disponha sobre a regulamentação, fiscalização e controle deste sistema recém-nascido. Isto aconteceu dois anos depois, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS) (Lei n.º 8.080/90), que trata de toda a atenção à saúde no Brasil, seja no âmbito privado ou no público. A saúde, neste novo modelo, como detalhado no artigo 3º da LOS, “[...] 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 [...]”. (BRASIL, 1990a) Por fim, conclui que “[...] os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. (BRASIL, 1990a) Ou seja, na lei, o processo saúde-doença é visto não apenas como um acontecimento biológico, mas como expressão de um conjunto de fatores sociais.

O SUS, como a própria sigla nos adverte, propõe-se a ser um sistema único. No modelo anterior, havia uma infinidade de instituições que se ocupavam da saúde, porém de forma descoordenada, muitas vezes sobrepondo funções, o que era muito pouco eficiente. Com o SUS, as instituições passam a ter um ordenamento comum, todas devem ser submetidas a uma mesma lógica. Existe o que se chama mando único em cada esfera de governo. Isso quer dizer que, no nível federal, quem deve coordenar as ações no campo de saúde é o Ministério da Saúde; no nível estadual, a Secretaria Estadual de Saúde; e no nível municipal, a Secretaria Municipal de Saúde. Mais adiante veremos quais as atribuições de cada um.

O SUS tem como diretrizes, segundo o artigo 198 da Constituição Federal: a “[...] descentralização, com direção única em cada esfera de

governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade”. (BRASIL, 1988) Estas ficarão mais claras à medida que explicarmos os princípios do SUS. Vamos a eles.

UNIVERSALIDADE

Está escrito no inciso I do art. 7 da Lei n.º 8.080/90 que um dos princípios do SUS é a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. (BRASIL, 1990a) Ou seja, todas as pessoas têm o direito de usar os serviços de saúde, basta precisar. Isso pode parecer óbvio, mas é bom lembrar que nem sempre foi assim, bem como não é assim em todos os países do mundo. Há países em que o acesso aos serviços públicos de saúde só é permitido para as pessoas comprovadamente pobres. Aqueles que dispõem de recursos devem procurar serviços privados, pois o atendimento público não é entendido como um direito de todos os cidadãos, mas sim como uma “ajuda” do governo àqueles que não podem ser consumidores.

Há também países em que os serviços públicos de saúde são de exclusividade daqueles que contribuem através de descontos salariais, tal como acontecia no Brasil na época do INAMPS.

A transformação de um modelo para outro não ocorreu sem traumas. Imagine o cenário: havia uma rede de serviços que atendia aos trabalhadores do mercado formal – que nunca foram a totalidade dos trabalhadores. De repente, essa rede teve que atender a toda e qualquer pessoa que a ela recorresse.

Estamos, evidentemente, exagerando na caricatura, mas somente para tentar transmitir a dramaticidade da situação. Esse processo não ocorreu de uma hora para outra: mesmo antes do SUS, já havia uma série de modificações que visavam aumentar a cobertura dos serviços. Mas é preciso ter em mente que tudo isso ocorreu num espaço de tempo que historicamente pode ser considerado pequeno: o SUS só

tem pouco mais de duas décadas, enquanto que o Brasil tem mais de 500 anos!

Nas últimas décadas, ocorreu um fenômeno que os estudiosos costumam chamar de universalização excludente. Enquanto o SUS incorporava aquelas camadas da população abandonadas durante séculos, os setores melhor organizados e remunerados “pulavam fora”. Os trabalhadores com maior poder de negociação conseguiram obter planos de saúde particulares em seus acordos coletivos. Esse foi um setor que cresceu tanto que, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2008, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que 26,3% da população estavam cobertos por planos de saúde privados.

Isso pode ser considerado um enfraquecimento do SUS, porque representa a saída justamente dos grupos com maior capacidade de articulação, que poderiam se organizar exatamente para a melhoria da qualidade do serviço.

O que você acha da forma como as coisas aconteceram? Era inevitável? Poderia ter sido diferente? Como poderíamos ter mantido a ideia original de um SUS que fosse de todos, que todos usassem e que todos quisessem ver funcionar?

INTEGRALIDADE

No inciso II do art. 7 da Lei n.º 8.080/90, está escrito que o SUS deve se pautar pelo princípio da “integralidade de assistência, entendida como 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”. (BRASIL, 1990a)

Esse também é um grande diferencial entre o SUS e o sistema anterior. O INAMPS, criado em 1974, tomava para si a responsabilidade da assistência médica individual curativa, enquanto a prevenção e a atenção coletiva ficavam a cargo do Ministério da Saúde. Isso ocorria de

forma completamente desconectada, uma instituição sem saber o que a outra estava fazendo.

Essa situação estava de acordo com uma forma de pensar da época, e que de certa forma ainda persiste, de que cura e prevenção, assistência individual e atenção coletiva eram coisas separadas, praticamente opostas entre si. Também havia a compreensão de que a assistência individual era lucrativa, portanto um rentável negócio a ser explorado, ao passo que a “saúde pública”, que era como se chamavam as ações coletivas e preventivas, era assunto de abnegados ou comunistas, pois não dava dinheiro algum.

Hoje, percebe-se que não se pode estabelecer uma separação entre prevenção e cura. Há muitas ações que são ao mesmo tempo preventivas e curativas. A questão não é saber se estamos fazendo cura ou prevenção, mas sim o que cada pessoa precisa – este deve ser o foco.

Isso não quer dizer que cada unidade de saúde deva ter tudo o que uma pessoa precisa, mas sim que o sistema como um todo – todas as unidades, organizadas entre si – deva ser capaz de resolver tudo que as pessoas precisam. Isso nos leva a um outro princípio: o da resolutividade.

RESOLUTIVIDADE

No inciso XII do art. 7 da Lei n.º 8.080/90, afirma-se que o SUS deve ter por princípio a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”. (BRASIL, 1990a) É o que se chama resolutividade. O sistema deve ser capaz de resolver o problema de saúde das pessoas que o procuram, qualquer que seja o grau de complexidade.

Isto significa que o mais simples dos postos de saúde deve ser capaz de tratar problemas complexos como, por exemplo, o tratamento de um câncer? Não, não é obrigatório que toda unidade de saúde tenha serviço de radioterapia para tratar câncer, pois, afinal, é um número relativamente pequeno de pessoas que precisam destes serviços para justificar sua existência em todas as unidades de saúde. Mas, uma unidade básica

de saúde será resolutiva se, ao identificar uma suspeita de câncer, garantir o encaminhamento daquele paciente para uma unidade mais especializada. Só a perfeita sintonia entre as unidades mais especializadas e as básicas é capaz de conferir resolutividade ao sistema. Aliás, esta discussão sobre integralidade e resolutividade exige que apresentemos outro conceito: a descentralização.

DESCENTRALIZAÇÃO

O inciso IX do art. 7 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a) prevê a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”.

Antes do SUS, as decisões que iriam afetar a saúde das pessoas eram fortemente centralizadas. De dentro das quatro paredes de um gabinete em Brasília, alguns técnicos decidiam construir um hospital psiquiátrico no Rio Grande do Sul, ou aumentar o número de leitos de uma maternidade no interior de Sergipe, ou conveniar mais dentistas em Roraima. Muitas vezes essas decisões não eram as mais condizentes com as necessidades da população. Mas como a população ia poder “palpar” estando tão longe do centro das decisões? Como os técnicos poderiam ter uma exata dimensão da necessidade de tantas populações tão diferentes e tão distantes? Teriam mesmo que elaborar programas idênticos para todos os municípios do Brasil. São chamados programas verticais, pois já vêm prontos de cima para baixo.

A principal característica dos programas verticais é a de não haver espaço para quem vai executá-los – o município – poder participar do planejamento, tal como uma receita pronta que só precisa ser seguida pelos sistemas locais. Esta separação, entre quem faz e quem pensa, termina sendo extremamente prejudicial ao bom funcionamento do sistema.

É por isso que nos últimos anos tem acontecido o processo de municipalização da saúde, que é a ênfase na descentralização dos serviços

para os municípios de que fala a lei. É muito mais fácil haver participação – que será o próximo princípio a ser analisado – quando as decisões ocorrem no município.

Quanto à hierarquização, é necessário explicar que se trata da organização do sistema por níveis de complexidade, especialmente no âmbito dos equipamentos à disposição da população. Nesta perspectiva, existiriam três níveis de complexidade: a atenção primária (ou básica), a secundária e a terciária. Esses três níveis devem estar perfeitamente articulados entre si.

O adjetivo “primário” engloba dois significados que apontam para perspectivas distintas. No sentido de “básico”, “elementar”, a atenção primária em saúde seria aquela destinada às questões de menor complexidade. Nos seus serviços trabalhariam profissionais de formação generalista voltados para a resolução dos problemas que exigem menos aparatos tecnológicos e, ao mesmo tempo, são mais comuns. Para isso, a atenção primária deve ser prestada por uma rede bem extensa de unidades básicas de saúde, de forma que sempre haja alguma unidade próxima a uma comunidade.

Quando se trata de “aquilo que vem antes”, deve-se entender a atenção primária à saúde como porta de entrada no sistema. O usuário chega primeiro aos serviços de atenção primária, onde pode ser tratado de problemas comuns, como já dito; mas também onde a atenção à saúde vem antes mesmo da doença, com os programas de promoção e prevenção em saúde.

Na perspectiva hierárquica de atenção a saúde, o nível secundário envolveria atividades que requerem profissionais especializados e equipamentos de maior densidade tecnológica. É desenvolvido em centros de saúde, policlínicas e pequenos hospitais. Não se faz necessário que toda unidade de saúde ofereça atenção secundária, pois é um número relativamente menor de pessoas que irá ter esta necessidade. A rede secundária, portanto, não precisa ser tão extensa quanto a dos serviços primários.

A atenção terciária seria aquela que exigiria profissionais bastante especializados e muitos equipamentos de alta complexidade, em geral bastante caros; é ofertada em grandes hospitais.

O sistema, portanto, poderia ser representado por uma pirâmide em que a base é a atenção primária, logo acima vem a atenção secundária e o topo é a atenção terciária. A maior parte dos problemas pode e deve ser resolvida pela atenção primária. Portanto, se um sistema tem a atenção primária bem estruturada, menos pessoas precisarão de atenção secundária e terciária.

O modelo anterior ao SUS conferia pouquíssima importância à atenção primária. Todos os interesses estavam voltados para a especialização, para o uso de alta tecnologia. Só que se um sistema se preocupar somente com a atenção terciária, não vai conseguir que nada funcione, nem mesmo os grandes hospitais, pois esses ficarão “inchados” de casos que poderiam muito bem ser resolvidos em unidades básicas por profissionais generalistas. Desta maneira, não se atenderiam bem nem os casos simples nem os casos graves.

Esta noção de complexidade, embora pareça adequada quando o que se está analisando é o maquinário envolvido e as instalações físicas, falha quanto à complexidade das estratégias de atuação utilizadas. Uma equipe de atenção primária em saúde deve se envolver na educação em saúde, conhecer os comportamentos e representações sociais de uma dada comunidade a respeito dos cuidados em saúde e elaborar estratégias de atuação naquele território, tudo isso com habilidades e competências de atuação psicológica e social por vezes mais complexas que técnicas de tratamento biomédico. Nesse sentido, os equipamentos de atenção primária não seriam apenas a porta de entrada no sistema. Suas equipes seriam responsáveis pelos usuários daquele serviço, independentemente de em qual nível do sistema ele se encontraria. Isto implica em realizar um papel de organizador de todo o sistema de saúde.

Já dissemos que um serviço primário é resolutivo quando consegue atender às necessidades dentro de seu nível de atenção e encaminhar

para serviços especializados os casos mais complexos. Só que este encaminhamento precisa ser realizado corretamente. No que diz respeito à responsabilização pelo usuário, não se trata apenas de dizer que ele precisa de uma consulta de determinada especialidade e abandoná-lo à própria sorte. É necessário garantir seu atendimento no serviço especializado, informando a esse o histórico do problema de saúde da pessoa que será atendida. Isso é referência. Depois que o serviço especializado atende a pessoa, encaminha-a de volta ao serviço básico, informando o que foi realizado, se o problema foi ou não resolvido. Isto é contrarreferência.

A organização do sistema em atenção primária, secundária e terciária, a partir dos níveis mais básicos, com bons mecanismos de referência e contrarreferência, tudo isso confere hierarquização ao sistema de saúde. Mas esta organização ainda guarda a herança do tempo em que o tratamento era privilegiado, tanto no sentido de representá-lo como de maior complexidade, quanto no sentido de receber maiores somas de recursos.

Seja qual for o modelo de organização do sistema adotado, para que tenha resultado, é evidente que a população precisa conhecer seu funcionamento. É por isso que o inciso VI do art. 7 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a) defende a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”.

PARTICIPAÇÃO

Para alguns, participação consistiria em fazer a população aceitar melhor as propostas maravilhosas que os profissionais de saúde apresentam. Outros imaginam que participação seria a população assumir para si a execução de atividades que o serviço de saúde deveria fazer, mas como não faz... Nós entendemos que participar seria tomar parte no processo de decidir, de apontar problemas, de eleger prioridades, de definir modelos, de avaliar...

Em uma unidade básica de saúde, por exemplo, quando falamos em participar, não estamos falando apenas em assistir palestras em que os

profissionais de saúde dizem como evitar doenças; ou tomar parte de reuniões em que os profissionais de saúde apresentam os programas de saúde, cabendo à população tão somente aprová-los ou, no máximo, pedir esclarecimentos. Muito mais do que isso, participar é levantar juntamente com os profissionais quais são os principais problemas, decidir por onde começar a enfrentá-los, definir o que se espera das ações de saúde e avaliar o que está sendo ou não alcançado.

O SUS prevê, no inciso VIII do art. 7 da Lei n.º 8.080/90, a participação da comunidade. (BRASIL, 1990a) Mais adiante detalharemos como ocorre essa participação e os foros garantidos na lei para exercê-la: os conselhos e as conferências de saúde.

AUTONOMIA

Afirma-se, no inciso III do art. 7 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), que o SUS deve obedecer à “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”. A autonomia é um princípio básico da bioética, isto é, a ética aplicada às questões que envolvem a vida.

Reconhecer a autonomia das pessoas implica em admitir que cabe ao usuário decidir, em última instância, se aceita ou não a intervenção que lhe é proposta. Para tanto, a pessoa deve estar de posse de todas as informações necessárias para tomar sua decisão – e o papel do profissional de saúde na provisão dessas é essencial. Mas, ressaltamos: informar a pessoa não se confunde com decidir por ela. É assim que, no inciso V do art. 7 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), é prevista a garantia do “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”.

EQUIDADE

A Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990a) fala em “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; mas, o termo que tem sido consagrado é equidade. Equidade é diferente de igualdade.

O princípio da igualdade considera que as pessoas têm direitos iguais às ações e aos serviços de saúde. Isso seria muito bom se vivêssemos numa sociedade em que todos tivessem as mesmas condições de vida, os mesmos riscos de adoecer e morrer. Acontece que a realidade não é assim. A sociedade está dividida entre os que têm muito, inclusive os meios para ter cada vez mais, e aqueles que a única coisa que têm é sua força de trabalho. Isso implica em grandes diferenças na qualidade de vida das pessoas. Está demonstrado que as pessoas com as maiores necessidades de saúde são aquelas que vivem em moradias sem saneamento adequado; que têm baixa escolaridade; que não têm alimentação balanceada; que trabalham em condições insalubres; que não têm segurança social. O processo saúde-doença se manifesta no indivíduo, porque é o indivíduo que adoece, porém a causa não está somente nele, mas também na maneira pela qual a sociedade se organiza. Não estamos dizendo que não seja um vibrião que cause cólera, mas sim que esse vibrião só causa cólera nas pessoas porque a sociedade não está organizada de modo a todas as pessoas terem acesso à água tratada e a um sistema de esgoto que funcione a contento. Assim, também é um bacilo que causa a tuberculose, mas esse bacilo só consegue causar a doença em pessoas já debilitadas, geralmente pessoas mal alimentadas e que vivem em habitações insalubres.

Podemos usar esse mesmo raciocínio em relação às doenças da boca. Assim, embora seja uma bactéria que produza o ácido que desmineraliza o dente, caberia pensar porque em determinados grupos sociais o processo acontece de forma bem mais avassaladora. Ora, é bom lembrar que o flúor é um elemento muito importante na prevenção e no controle da doença cárie – e o acesso ao flúor, infelizmente, ainda não é igualitário. Em muitas cidades, o flúor é adicionado à água encanada, mas nem todo mundo tem acesso à água encanada. O flúor também é acrescentado aos cremes dentais, mas existem famílias cujo orçamento doméstico não permite a aquisição desse item. Isso não

quer dizer que todas essas ações – fluoretação da água e dos dentifrícios – sejam inúteis; ao contrário, elas são importantíssimas. Mas trabalhar com equidade significa “dar mais a quem precisa mais”.

Devemos manter a fluoretação da água, das pastas de dente e programas preventivos nas escolas, mas, ao lado disso, devemos ter uma preocupação maior com as pessoas que não têm água tratada; que não podem comprar creme dental; que não estão nas escolas.

Vejam que, num simples exemplo, levantamos três problemas que influem na saúde sem serem internos ao setor saúde, são eles: saneamento, renda e educação. Isso nos leva ao conceito de intersetorialidade.

INTERSETORIALIDADE

No inciso X art. 7 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), defende-se a “integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico”.

Geralmente a administração pública encontra-se dividida em setores. Assim, nas prefeituras é comum encontrarmos secretarias de saúde, educação, urbanização, assistência social, administração, cultura, esporte, desenvolvimento, meio ambiente... A lista é extensa. Só que, enquanto a prefeitura tem secretarias, o município tem problemas – e na maior parte das vezes esses problemas precisam, para serem enfrentados, do envolvimento de várias secretarias. Um surto de leptospirose precisa da ação da secretaria da saúde, mas certamente envolverá também o saneamento, pois muitas vezes está relacionado com o destino incorreto do lixo, que não é apenas um problema de saúde, mas também ambiental.

Voltando àquele nosso exemplo. Para melhorar as condições de saúde bucal é preciso que o setor saneamento esteja funcionando bem, com todo mundo tendo acesso à água tratada e fluoretada. Políticas geradoras de emprego e renda e que diminuam as desigualdades sociais trarão inúmeros benefícios, um deles poderá ser o maior consumo de produtos

de higiene oral – entre eles os cremes dentais, que devem ser fluoretados. Crianças fora da escola constituem um problema complexo, que passa não só pela oferta de vagas na rede de ensino público, mas também pela estrutura familiar, renda das famílias, entre inúmeros outros fatores.

É por isso que a intersetorialidade é necessária. Saúde, educação, meio ambiente, emprego e renda, e saneamento são interdependentes. Desta constatação resultou a formulação políticas saudáveis. Isso significa que as políticas de saneamento e as políticas de geração de renda, entre outras, devem promover saúde. Parece óbvio, mas nem sempre é o que acontece: a indústria de cigarros, por exemplo, gera muitos empregos; mas, será que esse benefício vale a pena em comparação à quantidade de mortes causadas pelo tabagismo?

RACIONALIDADE

Há dois incisos do art. 7 da Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990a) que podem ser usados para explicar o princípio da racionalidade. O inciso XIII, “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” e o inciso XI, “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”.

Para o SUS atingir a universalidade, a integralidade e a equidade, é necessário tirar o máximo proveito dos recursos financeiros existentes, daí decorre que a aplicação dos recursos precisa ser racional, evitando desperdícios.

Antes do SUS, como as instituições tinham pouca integração entre si, era muito comum haver vários serviços realizando as mesmas atividades para o mesmo público alvo. Isto é a duplicidade de meios para fins idênticos. Enquanto isto, outras populações ficavam descobertas.

Ao mesmo tempo em que se tenta evitar gastos desnecessários, a lei prevê a soma de esforços para alcançar os objetivos definidos, quando fala na conjugação de recursos dos níveis federal, estadual e municipal.

UTILIZAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA

Uma disciplina que contribui para a racionalidade nos serviços de saúde é a Epidemiologia. Vejamos por quê.

Zélia Rouquayrol (1993, p. 7) define a Epidemiologia como sendo

[...] a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte do planejamento, administração e avaliação das ações de Saúde.

30

Quando a Epidemiologia surgiu, ela consistia em contar quantas pessoas adoeciam ou morriam por determinadas doenças. Aos poucos novas abordagens foram sendo adotadas. No século XIX, por exemplo, a população da cidade de Londres era bastante acometida por cólera. Um médico chamado John Snow (1999) teve a ideia de investigar cada caso de cólera e verificar como era a distribuição dos casos no mapa da cidade. Descobriu que as pessoas que adoeciam de cólera eram as que recebiam água da mesma companhia de abastecimento. Essa empresa coletava água do rio num ponto que estava contaminado por esgotos; ao contrário da outra, cujos clientes não adoeciam. Dessa forma, John Snow concluiu que a cólera era transmitida pelo consumo de água contaminada, muito antes de ser descoberto o vibrião causador da doença. (HINO, et al. 2006) O que ele fez foi usar o que hoje se chama método epidemiológico: estudar a situação de saúde de um grupo de pessoas para chegar a conclusões a respeito de suas doenças.

Fica claro que a Epidemiologia é uma ciência aplicada cujos procedimentos provocam mudanças concretas na vida real: hoje não se tem mais epidemias de cólera em Londres, porque se passou a tratar a água.

Além de descobrir a distribuição e os fatores determinantes dos agravos à saúde, a Epidemiologia ajuda a planejar, administrar e avaliar

serviços de saúde. Um exemplo: hoje em dia os municípios se preocupam em saber quantas crianças nascidas vivas morrem com menos de um ano. Isso é o coeficiente de mortalidade infantil, um indicador de saúde muito usado. Quando esse indicador está muito elevado, em geral significa que a população tem péssima qualidade de vida e que os serviços de saúde são pouco efetivos. Isso aponta para a necessidade de orientar o planejamento e a administração desses serviços. Depois de adotadas as medidas, este indicador auxilia a avaliar seu impacto.

A utilidade da Epidemiologia é juridicamente reconhecida, pois se lê no inciso VII do art. 7 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a): “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”.

Entretanto, as informações epidemiológicas não devem ser tratadas como segredo de Estado. Devem ser divulgadas amplamente, inclusive para que funcione melhor a participação social. Como a população pode participar das decisões do sistema sem ter acesso a informações tão vitais?

Muitas vezes as informações epidemiológicas encontram-se no meio de tabelas complicadas e termos médicos difíceis de entender por quem não é da área. Neste caso, os profissionais de saúde têm a obrigação de traduzi-las para uma linguagem acessível.

Alguns princípios que foram explicados acima se referem à concepção do sistema e outros à forma de organizá-lo. Podemos entender que a universalidade, a equidade e a integralidade são princípios doutrinários, enquanto a regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação popular são organizativos, pois, como afirma Caren do Espírito Santo (2012, p. 97) “visam dar racionalidade ao funcionamento do SUS”.

E OS SERVIÇOS PRIVADOS?

Agora que já vimos os princípios que norteiam o SUS, pode surgir uma dúvida: como ficam os serviços privados? A Constituição Federal

(BRASIL, 1988), no seu artigo 199, ao mesmo tempo em que cria o SUS, também resguarda que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Os serviços privados podem ou não integrar o SUS, pois está previsto no art. 24 da Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990a) que: “[...] quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

Entretanto, os serviços que forem contratados deverão seguir os mesmos princípios e diretrizes do SUS. Uma vez que o serviço é contratado, deve funcionar como uma parte articulada do sistema.

CAMPOS DE ATUAÇÃO DO SUS

O campo de atuação do Sistema Único de Saúde é bastante vasto, indo além da execução, gerenciamento e normatização dos serviços de saúde. São exemplos: a participação na formulação da política de saneamento, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; a formulação da política de medicamentos, a execução da política de derivados de sangue. Entretanto, há três campos de atuação que serão mais detalhados aqui: a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e a saúde do trabalhador.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A vigilância sanitária costuma ocupar espaço nos jornais quando aparecem manchetes do tipo: “Frigorífico interditado pelo serviço de fiscalização”, ou ainda: “Novo lote de medicamentos falsificados descoberto”. De fato, estas são ações que envolvem a vigilância sanitária, mas sua abrangência é muito mais ampla. Uma definição que podemos usar é a que se encontra no parágrafo 1 do art. 6 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a):

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz 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.

33

Ou seja, qualquer produto ou atividade que possa afetar a saúde das pessoas é objeto de preocupação da vigilância sanitária.

Fazer vigilância sanitária geralmente envolve dois processos: o de normatizar e o de controlar. O que é normatização? É o estabelecimento de regras que devem ser obedecidas na prestação de serviços ou produção de bens. Por exemplo, quando a Portaria 22/89 do Ministério da Saúde estipulou que os cremes dentais deveriam conter no mínimo 1000 e no máximo 1500 partes por milhão de flúor, isto foi uma normatização. Já o controle envolve a fiscalização dos bens, serviços e ambientes para verificar se as normas estão sendo cumpridas. Caso não estejam, há penalidades previstas em lei, que vão desde advertências e multas até a suspensão da venda do produto e interdição do estabelecimento.

Para dar a dimensão do universo abrangido pela vigilância sanitária, basta citar alguns exemplos pinçados da Portaria Ministerial n.º 1.565/94, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Lá veremos que cabe a ele “vigiar” desde o saneamento básico até os medicamentos; desde os ambientes de trabalho até os serviços de assistência à saúde; os portos, os aeroportos, as fronteiras, a proteção do ambiente e, ainda, o sangue, os hemoderivados, as radiações e – ufa! – os alimentos, a água e a bebida que consumimos.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Todas as considerações que fizemos anteriormente sobre a importância da epidemiologia são úteis para explicar a vigilância epidemiológica. Airton Fischmann (1993) tem uma definição bastante simples: vigilância epidemiológica pode ser resumida como a obtenção de informação para ação. De fato, é disso que se trata: coletar e organizar informações sobre saúde e doença das pessoas para intervir com muito mais precisão.

Na Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), a definição que se dá para a vigilância epidemiológica é a seguinte:

[...] 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 ou agravos.

Você seria capaz de imaginar um médico que receita medicamentos sem antes fazer um diagnóstico? Pois essa situação absurda equivale a agir em saúde coletiva sem fazer vigilância epidemiológica.

Existem doenças que são de notificação obrigatória, isto quer dizer que toda vez que for dado um diagnóstico daquela doença, o serviço de vigilância epidemiológica deve ser informado. É o caso do sarampo, do tétano, da difteria... Se em uma determinada comunidade passam a surgir muitos casos de sarampo, mas a cobertura vacinal é excelente, chega-se à conclusão de que alguma coisa está errada: é preciso investigar se houve algum problema com a fabricação, o transporte ou a aplicação da vacina. Como esse problema seria detectado se não fosse a vigilância epidemiológica?

SAÚDE DO TRABALHADOR

O que diferencia a civilização da natureza intocada é que na primeira existe a marca do trabalho do homem. É através do trabalho que o

homem transforma a matéria em coisas que passam a ter significado: trigo vira pão para alimentar, couro vira sapato para proteger os pés, árvores viram livros para espalhar ideias. Entretanto, o mesmo trabalho que modifica o mundo pode também afetar negativamente a saúde do trabalhador. Pense em operários da construção civil, digitadores, metalúrgicos, dentistas, motoristas, lixeiros, dançarinos, pilotos de avião, sapateiros e procure listar mentalmente as consequências que seus trabalhos trazem para sua saúde. Essas consequências são ocasionadas não somente pelos fatores biológicos, químicos e físicos; mas também pelas relações que se formam no trabalho, pelo modo como se organiza a produção, pelo grau de autonomia e realização do trabalhador.

Disso podemos deduzir que cada local de trabalho, com suas peculiaridades, afeta de modos diversos a saúde. É por isso que a saúde do trabalhador é incluída no campo de atuação do SUS. De acordo com o parágrafo três do art. 6 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a),

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

COMPETÊNCIAS

Já dissemos que no SUS deve existir direção única em cada esfera de governo. Ora, as esferas de governo são três: municipal, estadual e federal. São, portanto, três “direções únicas”. Como elas podem estar organizadas de forma a não haver choque, sobreposição ou omissão?

Esta não é uma pergunta de fácil resposta. Na verdade, sua resposta vem sendo construída cotidianamente nestes mais de 20 anos

de SUS. Na prática, ainda há muita dificuldade em conciliar as ações de municípios, estados e União obedecendo ao princípio da descentralização. Mas vejamos o que a Lei Orgânica da Saúde tem a nos dizer a respeito disso.

Dentre as competências do nível municipal, daremos destaque aos incisos I, II e IV do art. 18 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), por considerarmos os mais representativos:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

IV – executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador.

Isso quer dizer que boa parte do processo de “botar a mão na massa” deve ser feito pelo município. Guido Ivan de Carvalho e Lenir dos Santos (1995, p. 85) têm uma frase excelente para exprimir a situação: “aquilo que o Município pode fazer, o Estado ou a União não deve fazer”.

Portanto, nada mais natural que a primeira competência do nível estadual, figurada no inciso I do artigo 17 da Lei n.º 8.080/90, seja: “promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde”. (BRASIL, 1990a) Deve também o estado, segundo o inciso III do artigo 17, “prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios” para que estes consigam assumir seus papéis. Quando o município ainda não está capacitado para realizar o que lhe cabe, então deve o estado “executar supletivamente ações e serviços de saúde”. O estado deve ser “o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos

sistemas municipais”, segundo as Normas Operacionais Básicas (NOB)¹. (BRASIL, 1996)

Esse caráter harmonizador aparece quando se diz que a direção estadual deve “coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; e de saúde do trabalhador”. (BRASIL, 1990a)

A direção nacional do SUS, por sua vez, deve cada vez menos executar ações diretas e ater-se mais ao papel de grande orientador, traçando diretrizes gerais, definindo políticas e normas. Isso fica evidente nos incisos I, II, III e XIV do art. 16 da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a):

I – formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II – participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III – definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

XIV – elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

Assim como cabe ao nível estadual promover a descentralização para os municípios, também à direção nacional compete “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (BRASIL, 1990a) – art. 16, inciso XV. Para tanto, é necessário

¹ Como a própria NOB diz, as Normas Operacionais Básicas definem as estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS.

“prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” (BRASIL, 1990) – art. 16, inciso XIII.

POR FIM...

Neste capítulo, destrinchamos a Lei n.º 8.080/90, que nos diz como deve ser o SUS. Todos nós sabemos que entre o deve ser e o é sempre vai certa distância. Só que a descoberta desta distância caberá ao leitor. Procure conhecer melhor o sistema de saúde de sua cidade. Visite uma unidade de saúde e converse com profissionais e usuários. Tente perceber quais princípios do SUS estão sendo aplicados e quais não estão. O SUS existe de forma diferente em cada um dos mais de 5 mil municípios brasileiros, há lugares em que a experiência está dando certo; mas há casos onde ainda há muito o que mudar. Por que será?

Agora que você foi apresentado a esse tal de SUS, retorne à história de Musa Paradisiaca. Que semelhanças você percebe entre a fantástica narrativa e a história das políticas de saúde no Brasil?

HISTÓRIA – PARA FAZER PENSAR

A CIDADE DE LUZ NAS TREVAS

Na cidade de Luz nas Trevas, quem mandava era uma tradicional família muito rica e poderosa: os Soares. Eram donos da maior parte das terras da região; da empresa que beneficiava os produtos agrícolas; das lojas que vendiam sementes, ferramentas, fertilizantes; dos armazéns que abasteciam a população.

O delegado era cunhado do patriarca; o padre, sobrinho; o diretor do hospital, irmão; e o prefeito – obviamente – era o filho. Isso já vinha há tantas e tantas gerações que as pessoas não se lembravam de nenhum dia em que as coisas não tivessem sido assim.

O prefeito mantinha a cidade sob seu controle, todo mundo ali, na rédea curta. Que ninguém ousasse discordar de nada! Mas, não se sabe como, certa insatisfação foi crescendo entre muitas pessoas da cidade. Uma vontade louca de poder opinar, discutir, influir. Questionar a concentração de poder nas mãos de tão poucos. Inquirir por que no hospital sempre faltavam medicamentos; por que as professoras do grupo escolar tinham que ganhar tão pouco; por que ainda morriam tantas crianças de sarampo e outras muitas levavam consigo o fardo da paralisia infantil, quando já havia vacinas para aquelas doenças.

O prefeito, que não era bobo nem nada, viu que se não agisse rápido a insatisfação poderia vir a se tornar algo muito maior e mais perigoso. Daí resolveu anunciar, com toda a pompa e circunstância, um novo modelo de administração: mais dinâmico, transparente e democrático. Assim, no hospital, na escola, nas áreas rurais, foram criados grupos comunitários. As pessoas participavam das reuniões, falavam de seus problemas à secretária de Ação Social, que sempre estava presente e dava preciosos conselhos: “Por que não organizar um mutirão para construir uma cacimba lá no distrito de Pitombeira?”

Ela até conseguiria intermediar junto ao prefeito – que também era dono da loja de material de construção – a criação de uma linha de crédito para as pessoas poderem pagar o cimento em prestações bem pequenas...

Desse jeito iam surgindo as soluções: uma vaquinha para reformar o teto da escola, cheio de goteiras; um grupo de voluntários para limpar os terrenos baldios, frente a uma epidemia de dengue... Até que alguém, numa dessas reuniões noturnas, à luz de um lampião, perguntou:

– Mas se a gente precisa fazer todos esses trabalhos para ter saúde e educação, pra que é mesmo que serve o imposto que a gente paga?