

ORGANIZADORES

SANDRA MARA CAMPOS ALVES

MARIA CÉLIA DELDUQUE

NICOLAO DINO NETO

Direito Sanitário em Perspectiva

VOLUME 2



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

série pós-graduação

SÉRIE PÓS-GRADUAÇÃO

Direito Sanitário em Perspectiva

VOLUME 2



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



República Federativa do Brasil
Ministério Público da União

Procurador-Geral da República
Rodrigo Janot Monteiro de Barros

Diretor-Geral da Escola Superior do Ministério Público da União
Nicolao Dino de Castro e Costa Neto

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Paulo Ernani Gadelha Vieira

Diretor da Fiocruz Brasília
Gerson Oliveira Penna

ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BRASÍLIA

SÉRIE PÓS-GRADUAÇÃO

Direito Sanitário em Perspectiva

VOLUME 2

ORGANIZADORES

Sandra Mara Campos Alves

Maria Célia Delduque

Nicolao Dino Neto



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Brasília-DF
2013

**Escola Superior do Ministério
Público da União**

SGAS Av. L2 Sul, Quadra 604,
Lote 23, 2º andar
70200-640 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3313-5107
Fax: (61) 3313-5185
<www.esmpu.gov.br>
<editoracao@esmpu.gov.br>

© Copyright 2013. Todos os direitos
autorais reservados.

Secretaria de Atividades Acadêmicas

Nelson de Sousa Lima

**Secretaria de Planejamento
e Projetos Especiais**

Volker Egon Bohne

Divisão de Apoio Didático

Adriana Ribeiro Ferreira

Supervisão de Projetos Editoriais

Lizandra Nunes Marinho da Costa Barbosa

**Preparação de originais e revisão
de provas**

Rossana Beraldo e Marcela Passos da Silva

Núcleo de Programação Visual

Rossele Silveira Curado

Projeto gráfico, capa e diagramação

Lucas Fujarra

Impressão

*Gráfica e Editora Ideal Ltda.
SIG Quadra 8, 2268
CEP 70610-480 – Brasília-DF
Tel.: (61) 3344-2112
E-mail: ideal@idealgrafica.com.br*

Tiragem: 4.000 exemplares

As opiniões expressas nos artigos são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Biblioteca da Escola Superior do Ministério Público da União

T278 Temas do direito eleitoral no século XXI / André de Carvalho Ramos (coordenador);
Alice Kanaan ... [et al.]. – Brasília : Escola Superior do Ministério Público da União, 2012.
538p.

ISBN 978-85-88652-63-7

1. Direito eleitoral 2. Partido político – liberdade de expressão 3. Inclusão eleitoral 4. Ficha
Limpa 5. Justiça eleitoral 6. Ministério Público Eleitoral 7. Partido político 8. Campanha
eleitoral – financiamento 9. Propaganda eleitoral 10. Crime eleitoral 11. Processo penal
eleitoral I. Ramos, André de Carvalho. II. Kanaan, Alice.

CDD 341.28

Colaboradores

Álvaro Ciarlini

Juiz de Direito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT)

Amélia Cohn

Professora permanente do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

Ana Maria Cavalcanti Lefèvre

Pesquisadora do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IPDSC)

Antônio José Costa Cardoso

Professor da Universidade de Brasília (UnB)

Carmen Teixeira

Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Cláudia Garcia Serpa Osório-de-Castro

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Déa Carvalho

Pesquisadora colaboradora da Universidade de Brasília (UnB)

Edgar Merchan-Hamann

Professor da Universidade de Brasília (UnB)

Eduardo Hage Carmo

Assessor na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Fernando Lefèvre

Professor da Universidade de São Paulo (USP)

Geraldo Lucchese

Consultor legislativo da Câmara dos Deputados

Jairnilson Silva Paim

Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Ligia Bahia

Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Lígia Giovanella

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Márcio Florentino Pereira

Professor da Universidade de Brasília (UnB)

Maria Célia Delduque

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Mariana Siqueira de Carvalho Oliveira

Gestora governamental do Ministério da Justiça

Nivaldo Carneiro Junior

Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)

Roberto Passos Nogueira

Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

Roger Raupp Rios

Juiz Federal do Tribunal Regional Federal da 4ª Região

Rosa Maria Ferreiro Pinto

Professor da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

Sandra Mara Campos Alves

Pesquisadora colaboradora do Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz Brasília (PRODISA/FIOCRUZ BRASÍLIA)

Sérgio Piola

Consultor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

Silvia Badim Marques

Professora da Universidade de Brasília (UnB)

Sueli Gandolfi Dallari

Professora da Universidade de São Paulo (USP)

Swedenberger Barbosa

Secretário de Estado Chefe da Casa Civil do Distrito Federal

Vera Lúcia Edais Pepe

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Ximena Pamela Diaz Bermúdez

Professora da Universidade de Brasília (UnB)

Sumário

SAÚDE E DIREITO: INTERFACES	19
Poderes Republicanos e a defesa do direito à saúde. Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil	21
Saúde e doença: notas sobre alguns dilemas que afetam seu exercício na sociedade brasileira atual	45
Políticas de saúde: universalizar ou focalizar é a questão?	53
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	73
O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios	75
Financiamento público da saúde: algumas questões	91
Modelos assistenciais no SUS e modelos assistenciais do SUS	105
Atenção primária à saúde no Brasil	119
Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde	151
SAÚDE: QUESTÕES POLÊMICAS	171
O Direito Fundamental à saúde e a atividade legislativa	173
Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil	185
Regulação da saúde: desafios e as agências reguladoras setoriais (ANVISA E ANS)	222
Democracia e Saúde: o papel do Ministério Público nas instâncias participativas sanitárias	239
Entidades filantrópicas e a relação público/privado no SUS	253

A PROTEÇÃO DA SAÚDE E AS VIGILÂNCIAS	267
Vigilância em saúde no SUS: concepções e práticas	269
O Direito à saúde e a vigilância sanitária	289
SISTEMA INTERNACIONAL E SAÚDE	303
Regulamento Sanitário Internacional	305
ÉTICA SANITÁRIA	319
Bioética e Direito à Saúde: dilemas	321

Apresentação

A obra aqui apresentada é fruto de uma intensa e próspera cooperação firmada entre a Escola Superior do Ministério Público da União e a Fundação Oswaldo Cruz Brasília, por meio de seu Programa de Direito Sanitário, no sentido de idealizar um curso de Especialização em Direito Sanitário voltado para Membros do Ministério Público da União.

Para tanto, foram travadas inúmeras reuniões com o objetivo de construir coletivamente um curso de direito sanitário em que fosse possível aliar o conhecimento jurídico já consolidado desses profissionais do direito, com as questões de saúde, de modo a desenvolver competências para a compreensão e atuação frente às questões jurídico-sanitárias contemporâneas.

Resultado desse trabalho foi a identificação de profissionais do direito e da saúde que foram convidados a contribuir com sua expertise, na elaboração de textos especialmente construídos para esse curso.

O que se apresenta ao longo desta obra é a consolidação dos artigos utilizados como textos-bases no curso, e que conduziram a discussão e a reflexão dos docentes e discentes envolvidos nesse projeto de capacitação.

Esperamos que a presente publicação seja recebida como uma contribuição científica no âmbito do direito sanitário, capaz de fomentar e aprimorar a discussão que cerca o direito à saúde, e a necessidade de proteção e vigilância contínua desse importante direito social.

Os organizadores

SAÚDE E DIREITO: INTERFACES

Poderes Republicanos e a defesa do direito à saúde

Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil

Sueli Gandolfi Dallari

República: a força do povo; Saúde: a necessidade do povo; Defesa do direito à saúde: impossível sem o povo; Evolução da proteção do direito à saúde nas Constituições brasileiras; O direito à saúde na Constituição de 1988.

1. Pensar a república implica introduzir uma questão que por alguns séculos passou despercebida, com graves consequências para a organização política. Com efeito, as páginas ignoradas *Da República* de Cícero, apenas encontradas no século XIX, podem ter contribuído para a indevida aproximação dos conceitos de “cives” e “polis”, que terminou com a prevalência dos gregos, provocando o esquecimento da necessária implicação da moral, da política e do direito¹. Diz Cícero, por intermédio de Sipião,

A república é, portanto, coisa do povo. Entretanto, não é povo toda união de homens agrupados de qualquer maneira, mas a união de uma multidão associada por um consenso e uma utilidade comum. Ora, a causa comum dessa união não é tanto a fraqueza dos homens que sua propensão natural a algo como uma congregação; com efeito, esse gênero [o gênero humano] não é feito para uma vida singular e esparsa, mas constituído para que mesmo na abundância de todas as coisas [lacuna: eles procurem viver juntos]. A isso a própria natureza não apenas convida, mas força.²

Verifica-se, portanto, que tanto o bem comum (a utilidade comum) quanto o consenso sobre o direito são a base da ideia de república e

1 BERNARDI, B. La République: une idée morale ?. *La Vie des idées*, 4 mars 2009. ISSN : 2105-3030. Disponível em: <<http://www.laviedesidees.fr/La-Republique-et-ses-hommes.html>>

2 Livro I, cap XXVI, § 39.

que o direito não nasce da convenção, de algum modo se aproximando das conclusões de Luhmann: o conjunto das expectativas congruentes³. Diz mais Cícero, agora escandindo o argumento dos democratas, a «civitas» é uma associação na qual os cidadãos são iguais por seus direitos. Eles julgam que não apenas a lei deve ser igual para todos, mas que todos têm igualmente direito a fazer a lei.

Trazer à luz essa evolução pode ajudar a compreender a força do povo numa república. Assim, ensina Benveniste, respeitado linguista, talvez o melhor herdeiro de Saussure, que o latim «civitas» deriva de «civis» que designa o cidadão em sua relação mútua com os outros. Em grego, ao contrário, «polites», o cidadão, deriva do termo primitivo «polis». A «polis», para os gregos, faz o «polites»; os «civis», para os romanos, fazem a «civitas». O autor afirma que «civis» não pode ser definido fora da relação com outro «civis», um sócio existe em relação a outro sócio, e o círculo inteiro de todos os sócios integra-se numa «societas»⁴. Isso ajuda a entender a influência recíproca da moral e do direito, pois o modelo de aliança introduzido pela «societas» implica um compromisso que os «sócios» devem respeitar: uma promessa de fazer o que o tratado de aliança prevê. A «fé» é ainda um termo mútuo que significa tanto a confiança que tenho no outro e a que o outro possa ter em mim. É um valor cardeal para os romanos, que poderia resumir a concepção que eles têm dos (bons) costumes.

Ora, o republicanismo moderno encontra suas raízes na grande revolução das ideias, que viu a moral dissociar-se dos costumes para se enraizar na liberdade individual. “O republicanismo será, então, sucedendo aos costumes, uma nova forma de considerar a dimensão coletiva da moral, agora em termos políticos”⁵. E, para que não fique qualquer dúvida a respeito desse novo/velho papel do republicanismo, basta examinar os pensadores e a prática política dos últimos anos do século XX. De fato, todos verificaram que a autorização jurídica para fazer ou deixar de fazer algo é desprovida de sentido na ausência da possibilidade efetiva de fazer uma escolha entre as opções autorizadas. Em decorrência, os destinatários da ordem jurídica são autônomos apenas na medida em que eles possam, ao mesmo tempo, compreenderem-se como os autores do direito ao qual estão submetidos enquanto destinatários. Assim, é possível identificar, em diversos cantos do mundo, abrigando todos os matizes ideológicos, um movimento para

3 LUHMAN, N. *Sociologia do direito I*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983. p. 109-166.

4 BENVENISTE, E. *Problèmes de linguistique générale*. 1974, p. 272-290. t. 2.

5 BERNARDI, B. ob. cit.

permitir que os cidadãos assumam, cada vez mais, o controle das ações e das políticas públicas, fazendo do discurso da participação tema de quase todas as campanhas eleitorais⁶. O republicanismo traz de volta, então, o Cícero dos democratas, que afirma terem todos os cidadãos – iguais por seus direitos – igualmente direito a fazerem a lei.

Há, contudo, também, uma razão de utilidade comum a provocar o retorno em força do republicanismo. Com efeito, hoje, verifica-se que a participação dos cidadãos é uma condição de eficácia das instituições políticas. Um regime democrático que não envolve os cidadãos diretamente nos processos de governo tende a perder sua legitimidade. E porque o consenso sobre o direito é o outro pilar da ideia de república, degrada-se igualmente a ideia de direito, reduzindo-se a um meio entre outros, que permite apenas resolver os problemas de integração funcional. Assim, a ideia mesma de bem comum exige a construção de um direito democrático, assegurando a participação de todos, para que as expectativas normativas sejam realmente congruentes. Ensina Habermas que a teoria do direito fundada na discussão concebe o Estado de direito democrático como a institucionalização operada pelo direito legítimo (nesse sentido, garantidor da autonomia privada) dos procedimentos e das condições comunicativas, permitindo formar a opinião e a vontade pela discussão, e essa formação de opinião e de vontade permite, por sua vez, o exercício da autonomia política e a edição legítima do direito. Diz ele que a “pele” que as comunicações jurídicas constituem é capaz de assegurar a coesão das sociedades complexas em sua totalidade.

Trata-se agora de construir esse direito democrático, que, no espírito do paradigma procedimentalista do direito, exige a proteção das condições procedimentais do processo democrático. Para que o envolvimento das pessoas seja eficiente, é necessário, pois, criar um espaço público, suficientemente sensível para submeter ao debate público as decisões públicas ou privadas que possam afetar a segurança das pessoas ou aquelas que fixem o limite entre a proteção pública, as escolhas individuais de prevenção ou de defesa e as convenções sociais. E, para que tais decisões sejam justas, refletindo o interesse social, deve-se combinar a soberania do povo juridicamente institucionalizada (a democracia representativa) com a soberania do povo não institucionalizada (a democracia direta). Assim, é indispensável “a preservação de espaços públicos autônomos, a extensão da participação dos cidadãos, a domesticação do poder das

6 BEVORT, A. *Pour une démocratie participative*. Paris: Presses de Sciences Po., 2002.

mídias e a função mediadora dos partidos políticos não estatizados”⁷. O ideal republicano contemporâneo deve implicar, portanto, um cuidado especial com os partidos políticos, que precisam ter preservados/instituídos espaços públicos de discussão, tanto quanto com os meios de comunicação de massa, que têm a mesma necessidade⁸. No entanto, é necessário haver, sobretudo, uma preocupação constante com a extensão da participação dos cidadãos em diversos espaços públicos autônomos de discussão, para que se possa instaurar um direito democrático.

As atuais constituições dos Estados têm incluído alguns desses novos espaços de participação ou, pelo menos, a exigência de que as políticas públicas sejam elaboradas e implementadas com participação. A Constituição francesa, por exemplo, incluiu, em seu Preâmbulo, em 2004, uma “Carta do ambiente”, que reconhece o direito de todos a participarem das decisões relativas ao meio ambiente (art. 7^o), mas deu também nova ênfase ao referendo (arts. 3^o, 11, 89 e 60). Assim, também, a Constituição colombiana, de 1991, afirma ser a República participativa, sendo objetivo essencial da Nação facilitar a participação de todos na vida econômica, administrativa e cultural e nas decisões que lhe afetem. Esse direito a participar na formação, no exercício e no controle do poder político significa participação de eleições, plebiscitos, referendos, consultas populares, revogação no mandato dos eleitos e impetração de “ações públicas” na defesa da Constituição e das leis (arts. 1, 2, 3, 4, 6, 40, 103, 104). Porém, significa, igualmente, o direito de iniciativa de leis, de participação de audiências públicas nas casas parlamentares, e mesmo de convocação de um referendo para derrogação de uma lei (arts. 155, 169 e 170). E a Constituição brasileira de 1988 induz a criação imediata, além de outras possibilidades de participação, de vários espaços de deliberação democrática ao lado da administração pública: conselhos de saúde, assistência social, educação, comunicação social (arts. 198, III; 204, II; 206, VI; 224).

Verifica-se, desse modo, que o povo, senhor da república, recuperando a dimensão coletiva da moral, vem instituindo espaços de participação tanto na elaboração das leis quanto na implementação

7 HABERMAS, J. *Droit et démocratie: entre faits et normes*. Paris: Gallimard, 1997. p. 471.

8 A disseminação das « prévias » para a indicação dos candidatos ou a moção adotada pela Sociedade dos jornalistas do *Figaro*, em 9 de fevereiro de 2012, reivindicando que « não só os artigos, mas também os títulos e as manchetes revelem de modo completo e pluralista a atualidade, sem ocultar um ou outro assunto, porque ele poderia embarçar a maioria governante » [Le monde, 11 de fevereiro de 2012, p.15], podem ser tomadas como um resultado dessa preocupação.

das políticas públicas. Talvez o grande desafio que resta satisfazer seja assumir realmente que a república é coisa sua e, efetivamente, usar os espaços e mecanismos destinados a acolher a participação popular.

2. Pensar saúde implica compreender a evolução desse conceito, que ainda hoje é confundido com medicina, cuja ideia – ainda na mitologia grega – aparece associada à cura⁹. Hipócrates¹⁰, filósofo grego que viveu no século IV a.C., refere-se à influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirma que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências. Do mesmo modo, Paracelso¹¹, médico e alquimista suíço-alemão, que viveu durante a primeira metade do século XVI, salientou a importância do mundo exterior (leis físicas da natureza e fenômenos biológicos) para a compreensão do organismo humano. Devido a sua experiência como mineiro, pôde mostrar a relação de certas doenças com o ambiente de trabalho. Também Engels¹², filósofo alemão do século XIX, estudando as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, nos albores da Revolução Industrial, concluiu que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes, seus ambientes de trabalho são responsáveis pelo nível de saúde das populações. Percebia-se, portanto, que a saúde dependia diretamente das condições de vida e da organização social.

Outra corrente de pensamento, entretanto, evoluiu no sentido de conceituar a saúde como sendo a ausência de doenças. Pode-se encontrar a origem de tal corrente nos trabalhos do filósofo francês do início do século XVII, Descartes¹³, que, ao equiparar o corpo humano à máquina, acreditou poder descobrir a “causa da conservação da saúde”. Nessa linha de evolução, o século XIX enfatizou o caráter mecanicista da doença. Sob o predomínio da máquina, a sociedade industrial procurou explicar a doença como sendo o defeito na linha de montagem, que exigia reparo especializado. Exatamente nesse

9 Cf. HOMERO, *Ilíada*, canto IV: Queiram os Deuses que assim seja, oh querido Menelau ! Mas um médico cuidará de sua ferida e colocará o remédio que acalma as dores negras.

10 HIPOCRATES. *The medical works of Hipocrates*; a new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann. Springfield, Ill. Thomas, 1950. p. 90-111.

11 PARACELSUS. On miner's sickness and other miner's diseases. In: PARACELSUS. *Four teratises of Theuphrastus von Hohenheim called PARACELSUS*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1941. p. 43-126.

12 ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global Ed., 1986.

13 DESCARTES, R. *Discurso sobre o método*. Rio de Janeiro: Simões, 1952.

momento os trabalhos de Pasteur e Koch, provando a teoria sobre a etiologia das doenças, fornecem, então, a causa que explica o defeito na linha de montagem humana.

O ambiente social do fim do século XIX e da primeira metade do século XX, auge da Revolução Industrial, propiciou o debate entre as duas grandes correntes que buscavam conceituar a saúde. De um lado, grupos marginais ao processo de produção, que viviam em condições de vida miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. A incidência de tuberculose, por exemplo, era acentuadamente mais elevada nas camadas sociais com menos renda. Por outro lado, a descoberta dos germes causadores de doença, e seu subsequente isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, falava a favor da conceituação da saúde como ausência de doenças. Com efeito, as drogas aperfeiçoadas, adequadamente empregadas, resultaram na cura de várias doenças, salvando muitas vidas.

A intervenção de fatores políticos foi, contudo, aparentemente, o marco inicial de tal debate. A experiência de uma Grande Guerra apenas 20 anos após a anterior, provocada pelas mesmas causas que haviam originado a predecessora e, especialmente, com capacidade de destruição várias vezes multiplicada, forjou um consenso. Carente de recursos econômicos, destruída sua crença na forma de organização social, alijada de seus líderes, a sociedade que sobreviveu a 1945 sentiu a necessidade iniludível de promover um novo pacto. Tal pacto, personificado na Organização das Nações Unidas, fomentou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, ao mesmo tempo em que incentivou a criação de órgãos especiais dedicados a garantir alguns desses direitos considerados essenciais aos homens. A saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da Organização Mundial de Saúde (OMS), que, no preâmbulo de sua Constituição (1946), assim a conceitua: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Observa-se, então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde, recuperando os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels.

A aceitação da influência decisiva do meio sobre a saúde, porém, não impediu o exercício da crítica da conceituação proposta pela OMS. Especialmente os trabalhadores do campo sanitário a questionaram

afirmando que ela corresponde à definição da felicidade, que tal estado de completo bem-estar é impossível de alcançar-se e que, além disso, ela não é operacional. Curiosamente, os trabalhos de crítica dessa conceituação terminam concluindo que, embora o estado de completo bem-estar não exista, a saúde deve ser entendida como a busca constante de tal estado, uma vez que qualquer redução na definição desse objeto o deformará irremediavelmente¹⁴.

Ora, o reconhecimento de que o meio ambiente influi decisivamente no estado de saúde de um indivíduo implica, necessariamente, constatar que ninguém pode, individualmente, ser responsável por sua saúde. Com efeito, não se pode negar que o arranjo genético influi decisivamente para o aparecimento de doenças, ou que uma queda de certa altura implicará, muito provavelmente, uma fratura óssea e que, em ambas as hipóteses, a saúde encontra-se prejudicada. Do mesmo modo, uma pessoa angustiada ou deprimida não se dirá saudável. Todas essas situações estão mais próximas das características individuais, embora seja possível encontrar em todas elas traços que as ligariam à organização social ou política que as envolvem. Assim, aquele determinado arranjo genético pode ser o resultado de gerações vividas em ambientes contaminados; a queda decorrer da ausência de medidas eficazes de proteção, que o país não exige serem implementadas; a angústia ter sido gerada pelo anúncio da supressão de postos na empresa onde a pessoa trabalha; ou a depressão ser a consequência de um longo período sem encontrar emprego. Esses exemplos mostram que existe, na realidade, um *continuum* na noção de saúde, que tem em um de seus polos as características mais próximas do indivíduo e, no outro, aquelas mais diretamente dependentes da organização sociopolítica e econômica dos Estados.

Buscando compreender o outro extremo, podemos verificar que a existência de mosquitos contaminados com o vírus da dengue, ou de aves com o da gripe, ou ainda a circulação de alimentos industrializados impróprios para o consumo ameaçam a saúde de toda a população e que as pessoas individualmente pouco podem fazer para se protegerem. De fato, o desmatamento provocado pelo crescimento urbano gerou a urbanização de certos mosquitos que podem ser contaminados pelo vírus da dengue, e apenas um programa contínuo de luta contra tais mosquitos poderá controlar a quantidade desses possíveis vetores da doença. Não basta, portanto, que uma pessoa use todos os meios

14 Veja-se, por exemplo: DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Rev. Brás. Saúde ocup.*, v. 54, n. 14, p. 7-11, 1986.

ao seu alcance para matar os mosquitos, pois, se os seus vizinhos não fizerem o mesmo, ela continuará correndo o risco de receber uma picada e contrair a dengue. Do mesmo modo, para evitar que o vírus da gripe aviária seja capaz de provocar uma epidemia de gripe entre os homens, é preciso que todos os Estados extingam todos os focos de contaminação em seus territórios, pois não basta que um Estado ponha em funcionamento um programa de controle, tornando absolutamente impermeáveis suas fronteiras – mecanismo altamente desejável –, uma vez que o vírus pode entrar no território nacional transportado por um pássaro migrador. No mesmo sentido, é impossível a uma pessoa comum evitar a contaminação decorrente do consumo de alimento industrializado, sendo necessário existir uma fiscalização da qualidade desses alimentos postos no comércio, que, muitas vezes, é internacional. Podemos aqui também observar o mesmo *continuum* na conceituação de saúde, pois, embora em todas as hipóteses referidas exista uma predominância da organização social, nacional e global, produzindo doenças, é sempre possível aceitar que as condições físicas e psicológicas das pessoas possam tornar mais fácil ou dificultar seu adoecimento.

A lembrança da gripe aviária e, sobretudo, o caso dos medicamentos ilustram bem a complexidade do conceito de saúde nos tempos da chamada « globalização ». Nesses casos, se pode observar a força de variáveis ligadas à organização da sociedade internacional, que condiciona diretamente o estado de saúde das pessoas. Assim, por exemplo, foi decidido, ainda no século XIX, que o inventor deveria ter o privilégio de explorar sua invenção. A evolução social fez com que, já no final do século seguinte, a comunidade internacional decidisse reduzir ao mínimo indispensável, para a proteção de seus cidadãos, as barreiras postas ao comércio entre os Estados, criando a Organização Mundial do Comércio (OMC), para disciplinar essa atividade. Os medicamentos, entretanto, além de serem, muitas vezes, uma invenção, que deve gerar o privilégio de sua exploração comercial, como qualquer outro bem de consumo, são também um insumo terapêutico de primeira necessidade para o cuidado com a saúde da população. É preciso, portanto, não esquecer que a concessão de uma patente farmacêutica, ao mesmo tempo em que representa um estímulo ao progresso científico e tecnológico e resguarda o direito de propriedade de seus titulares, suscita preocupações quanto ao abuso desse direito e suas implicações para o resguardo da saúde pública e do acesso a medicamentos por parte da população.

O próprio acordo TRIPS (ou, em português, Acordo ADIP, Acordo da OMC sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, de 1994), gerado no âmbito da OMC, reconhece a seriedade dessas preocupações. Assim, ele prevê o direito dos Estados signatários de instituírem, no âmbito de seus ordenamentos jurídicos, leis e regulamentos próprios que objetivem a proteção da saúde e nutrição públicas (art. 8º, inciso I), tanto quanto leis e regulamentos que visem evitar o abuso dos direitos de propriedade intelectual por parte de seus titulares, ou para evitar práticas que restrinjam o comércio ou que afetem de forma adversa a transferência internacional de tecnologia (art. 8º, inciso II). E tudo isso tem uma implicação direta no Estado de saúde das pessoas, pois uma doença que exige o uso de determinado medicamento para o seu tratamento pode manter prejudicada a saúde de uma pessoa que vive em um Estado que não possui o desenvolvimento socioeconômico suficiente para lhe permitir o desenvolvimento daquele medicamento, ou cuja opção política não lhe faça valer as exceções previstas na ordem internacional sobre a proteção dos inventos.

Verifica-se, assim, facilmente, que a ideia mesma de saúde exige povo. Sem povo não há possibilidade de compreender a saúde. Isso porque embora se possa dizer de uma pessoa que ela é saudável, o que se estará dizendo é que ela se encontra numa boa relação com seu meio ambiente social, cultural e físico, tanto externo quanto interno ao seu organismo. Assim, tal como na república, um sócio existe na relação com outro sócio. A saúde só é encontrável na relação com os demais “cives” na cidade.

3. A realização dos direitos, sua defesa em sentido amplo, é impossível sem o povo, a multidão associada por um consenso e uma utilidade comum. De fato, se são os cidadãos que fazem a cidade, como dizia Cícero, é o povo que faz o direito e que assegura sua realização. E se isso é verdade para os direitos em geral, pode-se afirmar, com segurança, que é mais real quando se focaliza no direito à saúde, termo que só encontra sentido quando em sociedade. É preciso, então, identificar o conjunto das expectativas congruentes que conformam o direito em cada sociedade para que ele possa ser utilizado por todos que são encarregados de promover, proteger e cuidar da saúde das pessoas.

Essa tarefa será muito facilitada pelo procedimentalismo de Habermas: a institucionalização dos procedimentos e das condições de comunicação, que permite formar a opinião e a vontade pela discussão,

e, em sequência, a edição legítima do direito. É preciso, portanto, em uma dada situação concreta, começar identificando o que as pessoas consideram esteja implicado na definição de seu estado de saúde. Assim, por exemplo, numa grande cidade de um país em desenvolvimento, com elevada taxa de infecções respiratórias decorrentes da poluição ambiental, será necessário que as pessoas que vivem naquela cidade – em nome da proteção contra as infecções respiratórias – decidam limitar ou mesmo impedir a circulação de veículos, em claro prejuízo para a economia local. Essas mesmas pessoas podem, contudo, acreditar que tal limitação representa uma ameaça à saúde de grande parte da população que depende do dinamismo da atividade econômica para manter o seu emprego e, portanto, a possibilidade de proteção individual de sua saúde. A definição do conceito de saúde nessa situação estará, portanto, no equilíbrio que a comunidade julgar o mais conveniente entre a proteção contra as infecções respiratórias e a proteção contra, por exemplo, o *stress* e a falta de alimentação, decorrentes do desemprego em massa. Pode-se imaginar ainda nesse mesmo país em desenvolvimento, que possui um orçamento nacional muito pequeno em face de todos os justos anseios sociais, inclusive em matéria de saúde, que uma pessoa sofra de uma doença para a qual acaba de surgir uma possibilidade terapêutica num país desenvolvido. Novamente, é apenas a comunidade local que pode legitimamente decidir que seja gasta parte significativa do orçamento nacional para transportar essa pessoa e pagar pelo tratamento que poderá eventualmente lhe devolver a saúde, em prejuízo de muitos daqueles justos anseios sociais.

Em seguida será necessário encontrar o meio de tornar público o equilíbrio desejado pela comunidade para traduzir sua compreensão da saúde, a fim de possibilitar sua operacionalização, seja pelos administradores públicos seja pelos juristas. Os revolucionários burgueses do final do século XVIII preocuparam-se com isso e os Estados modernos foram formados sobre essa base. Para eles a forma ideal de oposição ao governo monárquico e absoluto era o estabelecimento da democracia, em que a vontade do povo estaria representada na lei. E como só era lei aquilo que interessava verdadeiramente à organização social e que era definido pelo povo, encontrando-se um mecanismo que impedisse a instauração de qualquer outra ordem que não a legal, se estaria resolvendo o desafio formulado por Rousseau ao iniciar o *Contrato Social*: “encontrar uma forma de associação que defenda e proteja a pessoa e os bens de cada associado com toda a força comum, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedece, contudo a si mesmo,

permanecendo assim tão livre quanto antes”¹⁵. Essa forma, que se vem aperfeiçoando no correr dos séculos, supunha o registro inicial dos grandes valores sociais num documento chamado Constituição, ao qual todas as leis estariam subordinadas. Assim, sempre que a proteção e a defesa da saúde fossem constitucionalmente identificadas como valores da sociedade, nenhuma lei poderia ordenar comportamentos que atentassem contra a saúde.

A evolução mostrou, entretanto, que apenas o conceito amplo de saúde não é suficiente para que o legislador, o administrador e o juiz possam orientar-se naquelas situações difíceis, em que tantas variáveis sociais, econômicas e culturais participam da definição do estado de saúde das pessoas. É necessário, então, que o legislador ouça a comunidade para fazer uma lei que obedeça aos mandamentos constitucionais da forma mais adequada à definição de saúde dessa comunidade. Exatamente como é preciso que o administrador, obedecendo sempre à Constituição e às leis, encontre junto à comunidade o sentido exato de saúde que ela alberga. E o juiz deve, conforme a teoria constitucional contemporânea, verificar se o legislador e o administrador obedeceram a Constituição, tanto preservando o valor saúde nela conceituado quanto buscando ouvir o povo para definir as ações que concretamente garantirão a saúde naquela situação específica que lhe foi submetida a julgamento. Em outras palavras, a evolução social exige a participação popular, não só por meio da eleição de representantes, seja nos Parlamentos seja na Administração, mas também diretamente, propondo projetos de lei ou participando de audiências públicas nas Casas Legislativas, ou ainda, definindo a orientação das políticas de saúde ou acompanhando a sua execução nas Conferências e Conselhos de Saúde, junto à Administração, por exemplo. Apenas com o registro de que as normas e as políticas de saúde foram elaboradas de conformidade com a vontade expressa por determinada comunidade é que o juiz estará seguro para aplicar a definição de saúde a partir dos valores constitucionais.

Essa leitura da organização jurídico-política contemporânea implicou a formulação doutrinária do Estado Democrático de Direito, uma resposta encontrada para corrigir o crescente afastamento da lei dos ideais de justiça dos povos. De fato, desde que verificaram, já com a primeira Constituição francesa, de 1791, que nem as mulheres e nem os homens que não possuísem patrimônio ou renda superior a determinado valor poderiam participar da feitura das leis, os assalariados

15 Cf. ROUSSEAU, J.J. *Do contrato social*. Livro primeiro, cap. VI.

da indústria nascente encetaram novo período revolucionário. Estava claro que, embora formalmente iguais aos proprietários, perante a lei, eles não possuíam as mesmas condições materiais de exercício do direito à liberdade que seus patrões. Eles redescobriam – na prática – a lição de Cícero, na *República*: < só há autonomia na medida em que os destinatários da norma possam ao mesmo tempo se compreender como os autores do direito ao qual estão submetidos>. Nasce, então, fruto das revoluções operárias, o Estado Social de Direito, reconhecendo que a existência de desigualdades materiais inviabiliza o gozo dos direitos liberais e se responsabilizando pelo oferecimento – inicialmente aos trabalhadores e, em seguida, a todos aqueles que necessitassem – daquelas condições que permitissem a igualdade real de oportunidades.

A adoção do sufrágio universal, que garante a todos o direito de participação no processo de elaboração das leis, por meio da eleição de representantes; a inclusão de um capítulo nas Constituições, que garante direitos trabalhistas, e a implementação do chamado “Estado do Bem-Estar Social”, que presta serviços públicos para garantir direitos – características do Estado Social de Direito – não asseguraram a justiça social nem a autêntica participação do povo no processo político. A exigência de formalidade, combinada com a grande ampliação das esferas de atuação do Estado, fez com que a regulação da vida social decorresse não apenas da lei, mas, também, cada vez mais, de atos normativos emanados pelo Poder Executivo. E, mais grave, a forma da lei afastou-a de seu conteúdo ético. A lei passou a atender a interesses de grupos, a partes da sociedade e não mais ao interesse público.

Desenvolveu-se, então, durante a segunda metade do século XX, o conceito de Estado Democrático de Direito, que reconhece, respeita e incorpora as conquistas representadas pelo Estado de Direito e pelo Estado Social de Direito. Sua principal característica, entretanto, é enfatizar a igual possibilidade de participação de todos na elaboração das normas gerais que devem reger a organização social somada ao controle de sua aplicação aos casos particulares.

Ora, cuidar do controle da efetiva participação de todos na elaboração da norma e de sua adequada aplicação aos casos concretos exige – por razões práticas – a valorização dos procedimentos democráticos. É preciso proteger as condições procedimentais do processo democrático e verificar sua realização quando se tratar de exercer o necessário controle administrativo ou judiciário. A participação popular na Administração, por exemplo, deve ser considerada um procedimento eficiente para legitimar as decisões que têm o caráter de

ato normativo. E, mesmo que não se adote um modelo de participação popular direta no Poder Judiciário, o controle por ele realizado deve se iniciar pela verificação do respeito aos procedimentos democráticos na edição e na implementação dos atos administrativos. Assim, fica evidente que a participação do povo é indispensável para defender o direito à saúde, pois o administrador e o juiz estão obrigados a recorrer ao povo para conhecer qual o conteúdo do direito a ser garantido e, sobretudo, a assegurar que aquele conteúdo foi definido com a real participação popular em cada uma das esferas de discussão do procedimento para sua adoção.

Em suma, a defesa do direito à saúde exige, em última instância, que o Poder Judiciário verifique a participação do povo em cada momento da implementação das políticas públicas com repercussão em seu estado de saúde: desde a elaboração da lei até a prestação do serviço. É absolutamente necessário, na república e no Estado Democrático de Direito, que os operadores do direito contemporâneo examinem se as pessoas participaram da operação de tornar mais preciso o conceito de saúde naquela determinada comunidade, a fim de que ele pudesse ser utilizado pelos gestores públicos, e se elas continuaram a participar para assegurarem-se de que as ações implementadas para promover, proteger e cuidar de sua saúde atendem ao conceito democraticamente estipulado.

4. Ao examinar a evolução das referências à saúde, direta ou indiretamente, nas Constituições brasileiras, é interessante compreender, dada a relevância da comunidade local para a definição dos limites do conceito de saúde, as competências municipais e o lugar eventualmente reservado à participação popular. Assim, já na Constituição de 1824, outorgada após ausculta de algumas Câmaras de Vereadores, verifica-se que, em plena vigência do Império, se reconhece certa autonomia aos Municípios para “O exercicio de suas funções municipaes, formação das suas Posturas policiaes, applicação das suas rendas, e todas as suas particulares, e uteis attribuições” (art. 169). Pode-se deduzir daí que várias ações de interesse para a saúde pública encontravam-se sob a responsabilidade municipal: desde a polícia dos alimentos até a prestação de assistência médica aos desvalidos, por exemplo. Isso, entretanto, não se refletia na esfera dos direitos civis e políticos então reconhecidos aos cidadãos. Aqui vale notar que o direito a viver em uma habitação limpa e arejada era garantido apenas aos presos (art. 179, XXI) e que havia uma previsão geral de garantia dos socorros públicos (art. 179, XXXI). Também de interesse para a saúde é o reconhecimento, desde então, da propriedade intelectual (art. 179,

XXVI). Além disso, o Imperador tinha como atribuição “Prover a tudo, que fôr concernente á segurança interna, e externa do Estado” (art. 102, XV), o que poderia significar, por exemplo, fazer face a uma epidemia.

A proclamação da República implicou a adoção do federalismo, que, à semelhança das demais Repúblicas sul-americanas, que optaram pela forma federal, seguiu o modelo estadunidense, especialmente em relação à distribuição territorial de competências. Assim, na Constituição de 1891, “é facultado aos Estados [...] em geral, todo e qualquer poder ou direito, que lhes não for negado por cláusula expressa ou implicitamente contida nas cláusulas expressas da Constituição” (art. 65, § 2º). Ela reconhece, entretanto, uma característica bem brasileira, assegurando “a autonomia dos Municípios em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse” (art. 68). Mantinham-se, assim, várias ações de interesse para a saúde na órbita de competência dos Municípios, além da responsabilização expressa pela administração dos cemitérios (art. 72, § 5º). Também foi ampliada a proteção à propriedade intelectual afirmando-se que “a lei assegurará também a propriedade das marcas de fábrica” (art. 72, § 27).

O ambiente de efervescência democrática no qual foi gerada deve explicar os avanços da Constituição de 1934. De fato, ela introduz o federalismo de cooperação, prevendo tanto a concorrência legislativa quanto material e, curiosamente, disciplina apenas a legislativa, adotando a hierarquia que privilegia a União (art. 5º, § 3º). A concorrência material deveria ser disciplinada, então, pela prudência administrativa e judicial (art. 10). Outro avanço democrático importante foi a previsão de “conselhos técnicos e gerais”, constituídos também por “pessoas especializadas, estranhas aos quadros do funcionalismo do respectivo Ministério” (art. 103). No mesmo sentido, deve ser ressaltada a introdução do direito à subsistência, enumerado entre os direitos invioláveis que a Constituição assegurava a brasileiros “e estrangeiros residentes no País” (art. 113). A saúde recebeu um tratamento digno dessa preocupação democrática, sendo expressamente uma competência material concorrente entre a União e os Estados (art. 10, II), mas, igualmente, uma obrigação da União, dos Estados e dos Municípios, por sua própria legislação, “amparar a maternidade e a infância”; “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis” e “cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais” (art. 138, c, f, g). E, note-se, a Constituição previu a vinculação de 1% das rendas

tributárias de cada uma das esferas federais ao amparo à maternidade e à infância (art. 141). Foi criado e organizado o “serviço nacional de combate às grandes endemias”, cabendo seu custeio e sua direção técnica e administrativa à União “nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais” (art. 140). A assistência médica foi assegurada aos alunos necessitados e aos trabalhadores e às gestantes, sendo que aos alunos se garantiu também a assistência dentária e aos trabalhadores e gestantes, a sanitária (arts.157, § 2º e 121, § 1º, h). Além disso, como é lógico supor, com a manutenção da autonomia dos Municípios (art. 7º, 1, d), várias ações e serviços de saúde continuariam sob a responsabilidade municipal.

Com a ditadura formalmente instaurada em 1937, Getúlio Vargas decretou a Constituição de 1937, destinada apenas a fazer crer que o país vivia uma normalidade constitucional. Ainda assim, a autonomia municipal continuou a ser reconhecida (art. 26) e os Estados sofreram uma séria limitação em suas competências, pois se afirmou que “O Estado que, por três anos consecutivos, não arrecadar receita suficiente à manutenção dos seus serviços, será transformado em território até o restabelecimento de sua capacidade financeira” (art. 8º, § único). Nesse ambiente, a competência para legislar sobre “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” passou a fazer parte do elenco daquelas privativas da União (art. 16, XXVII), embora a legislação a respeito das “obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais” e as “medidas de polícia para proteção das plantas e dos rebanhos contra as moléstias ou agentes nocivos” tenham ficado entre as competências concorrentes entre a União e os Estados (art. 18, c, e). O direito à subsistência foi retirado do elenco daqueles cuja inviolabilidade era assegurada (art. 122), passando a ser tratado do seguinte modo: “A todos é garantido o direito de subsistir mediante o seu trabalho honesto e este, como meio de subsistência do indivíduo, constitui um bem que é dever do Estado proteger, assegurando-lhe condições favoráveis e meios de defesa” (art. 136). A assistência médica e higiênica continuou garantida ao trabalhador e à gestante, assim como a previdência social nos casos de acidentes do trabalho (art. 137, m), devendo as associações de trabalhadores assistirem seus associados “no referente às práticas administrativas ou judiciais relativas aos seguros de acidentes do trabalho e aos seguros sociais” (art. 137, n).

Com a redemocratização, a Constituição de 1946 foi fruto de uma Assembleia Nacional Constituinte. Pode-se afirmar, entretanto, que,

no plano constitucional, não houve grande modificação em relação às referências diretas ou indiretas à saúde. Assim, foi perfeitamente esclarecida a competência concorrente entre a União e os Estados para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 5º, XV, b, c/c art. 6º) e a obrigatoriedade da assistência à maternidade, à infância e à adolescência em todo o território nacional, fazendo supor uma responsabilidade solidária das três esferas de governo (art. 164). A autonomia municipal, implicando a organização dos serviços públicos locais, neles compreendidos os dedicados à saúde, foi também mantida (art. 28, II, b). Do mesmo modo, continuou assegurada ao trabalhador e à gestante a assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, tendo sido incluída a higiene e segurança do trabalho e a obrigatoriedade da instituição do seguro pelo empregador contra os acidentes do trabalho (art. 157, VIII, XIV, XVII). Uma novidade que interessaria muito à saúde foi a “criação de institutos de pesquisas, de preferência junto aos estabelecimentos de ensino superior” (art. 174, § único).

Os militares que tomaram o poder pela força em 1964 sentiram também a necessidade de fazer crer que o país vivia uma normalidade constitucional e outorgaram a Constituição de 1967. Examinando as possíveis implicações diretas e indiretas para a saúde nesse texto constitucional, verifica-se que se manteve a competência concorrente entre a União e os Estados para legislar sobre a defesa e a proteção da saúde (art. 8º, VII, c e § 2º) e a autonomia municipal, caracterizada do mesmo modo, como competência para organização dos serviços públicos locais (art. 16, II, b). Manteve-se também a garantia de higiene e segurança do trabalho, assistência sanitária hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores, assim como a obrigatoriedade da instituição do seguro pelo empregador contra os acidentes do trabalho (art. 158, IX, XV, XVII). A assistência à maternidade, à infância e à adolescência, entretanto, foi condicionada à de edição de lei instituidora (art. 167, § 4º). Já em relação à pesquisa científica e tecnológica, houve apenas a menção ao dever de o Poder Público incentivá-las (art. 171, § único.). Uma novidade desse texto constitucional foi a introdução do direito à assistência médica e hospitalar “ao ex-combatente da Força Expedicionária Brasileira, da Força Aérea Brasileira, da Marinha de Guerra e Marinha Mercante do Brasil que tenha participado efetivamente de operações bélicas na Segunda Guerra Mundial”, se carente de recursos (art. 178, f).

Os militares julgaram, em outubro de 1969, que estava ainda difícil governar ao abrigo do texto constitucional outorgado em 1967,

especialmente após o chamado Ato Institucional n. 5, de 13 de dezembro de 1968. Eles fizeram então uma vasta emenda constitucional, formalmente denominada Emenda Constitucional n. 1, mas geralmente referida como a Constituição de 1969. Com característica altamente centralizadora, esse texto constitucional acabou com a competência concorrente em matéria legislativa entre a União e os Estados, e a saúde foi referida apenas enquanto compreendida no dever da União de estabelecer e executar um “plano nacional de saúde” (art. 8º, XIV). A autonomia municipal mesmo nesse texto continuou assegurada em relação à organização dos serviços públicos locais (art. 15, II, b). E a ênfase no planejamento pode ser notada igualmente na competência atribuída ao Congresso Nacional de elaborar planos e programas nacionais e regionais de desenvolvimento (art. 43, IV), neles, evidentemente, incluídas ações e serviços de interesse para a saúde. Em relação aos trabalhadores, foram mantidos os direitos à higiene e segurança do trabalho e à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva, tendo sido transferida para a previdência social a obrigação do “seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado” (art. 165, XVI). Manteve-se, igualmente, a menção ao dever de o Poder Público de incentivar a pesquisa científica e tecnológica (art. 179, § único) e o direito à assistência médica e hospitalar ao ex-combatente carente de recursos (art. 197, d).

Após o exame dos textos constitucionais brasileiros que vigoraram até 1988, pode-se verificar uma constante no que interessa direta ou indiretamente à saúde: os Municípios sempre tiveram sob sua responsabilidade a organização dos serviços públicos locais, mesmo nos períodos em que a Constituição servia apenas de escudo para a proteção dos ditadores. Houve ameaça à autonomia dos Estados, redução de sua competência (textos de 1937 e 1969, respectivamente), mas os Municípios foram sempre preservados. Outra constante foi a proteção à propriedade intelectual, presente desde a Constituição de 1824. Uma derradeira constatação que se impõe nesse exame é a característica inovadora do texto da Constituição de 1934, introduzindo uma abertura à participação representada pelos Conselhos Técnicos e Gerais; o direito à subsistência; a obrigação para todas as esferas de governo de cuidar da saúde, enumerando as prioridades constitucionais, vinculando receitas para esse fim e organizando serviços e assegurando assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante. Infelizmente, essa Constituição teve vida curtíssima e suas grandes orientações em relação à saúde só foram retomadas em 1988.

5. A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988 afirma que “cuidar da saúde” é tarefa que deve incumbir a todas as esferas de poder político da federação. Ela foi enumerada entre as competências comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios (art. 23, II). Foi prevista, também, a competência legislativa concorrente sobre a proteção e defesa da saúde, limitando-se a União, nesse caso, ao estabelecimento de normas gerais, cabendo aos Estados e aos Municípios suplementá-las (art. 24, XII, c/c art. 30, II). Deixando de lado a melhor técnica legislativa, afirmou-se a competência do Município para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, as atividades destinadas ao “atendimento à saúde da população” (art. 30, VII). Enfim, a Constituição federal vigente não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. Assim, a saúde – “dever do Estado” (art. 196) – é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Tratando especificamente da saúde, como parte da seguridade social (art. 194), a Constituição abraçou a concepção atual de saúde, que não se limita à ausência de doenças e outros agravos, exigindo a realização de políticas públicas que tenham como finalidade “a redução do risco de doença e de outros agravos” e o “acesso universal igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). Ela organizou, também, o sistema público de saúde, exigindo que todas as ações e os serviços de saúde integrem uma rede que tenha apenas uma direção em cada esfera de governo. A Constituição requer, igualmente, que essa rede, prestando um atendimento integral às necessidades de saúde, seja organizada considerando os diferentes níveis de complexidade das ações e dos serviços de saúde, hierarquicamente. E, sobretudo, em coerência com os requisitos do Estado Democrático de Direito, dispôs que todas as ações e serviços de saúde realizem-se com a efetiva participação da comunidade (art. 198).

O sistema público da saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) – deve ser financiado pelo orçamento da seguridade social e das respectivas esferas de governo (art. 198, § 1º). Considerando, entretanto, que transformar a saúde em direito universal requer um dispêndio orçamentário expressivo, houve intensa pressão popular para que fossem vinculadas determinadas receitas ao financiamento do SUS. Assim, em setembro de 2000, foi aprovada uma Emenda Constitucional definindo recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Eles devem ser calculados com

base em percentuais do produto da arrecadação de alguns impostos, para as esferas estadual e municipal, e na forma definida em lei complementar, para a União (art. 198, § 2º). Em 16 de janeiro de 2012, foi finalmente promulgada a Lei Complementar n. 141, que disciplinou o tema, regulando inclusive a divulgação “das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade”, incentivando a “participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde” (art. 31). Ficou decidido, então, que a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (art. 5º); que os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação de determinados impostos (art. 6º); e que os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação de alguns de seus impostos (art. 7º).

Reconhecendo que todas as ações e serviços de saúde, sejam eles prestados pelo Poder Público ou pela iniciativa privada, possuem “relevância pública”¹⁶, os constituintes de 1988 quiseram deixar claro que as pessoas físicas e as jurídicas de direito privado têm liberdade para atuar na área da saúde. De fato, o relacionamento com o setor privado da economia nacional que atua na área da saúde foi, realmente, o ponto mais polêmico da organização constitucional do sistema sanitário da República. Uma prova contundente dessa disputa é a redação dos artigos 197 e 199 da Constituição Federal. A melhor técnica legislativa não deixa dúvida sobre a dispensabilidade do segundo desses artigos quando o primeiro afirma que “[...] a execução [...] [das ações e serviços de saúde] [...] deve ser feita diretamente [pelo Poder Público] ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Ora, aqui está declarada a liberdade de atuação da iniciativa privada na execução das atividades sanitárias. Nenhuma outra razão, a não ser o desejo de reafirmar tal liberdade, pode justificar a redação do *caput* do artigo 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Apenas a existência de um ambiente de conflito pode explicar o reforço

16 Ver o documento elaborado por expressivas figuras do meio jurídico externando seu entendimento da expressão em DALLARI, S. G. et al. *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 1992 (Série Direito e Saúde, 1.).

da liberdade imediatamente antes de submeter os prestadores privados de serviços de saúde a um contrato de direito público ou convênio, quando desejarem participar do “sistema único de saúde” e de vedar a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (art. 199, §§ 1º e 2º).

Ao tratar da saúde, a Constituição da República decidiu, também, que regular “as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados” inclui-se no tema proteção, defesa e cuidado da saúde, sendo, portanto, da competência de todas as esferas de governo. Ela determinou, igualmente, o respeito pela dignidade da pessoa humana, vedando expressamente todo o tipo de comercialização do sangue humano e de seus derivados e de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes (art. 199, § 4º).

Reconhecendo a “relevância pública” das ações e dos serviços de saúde, a Constituição estabeleceu a competência do Poder Público para regulamentá-los, fiscalizá-los e controlá-los (art. 197), enumerando, exemplificativamente, algumas das atribuições do Sistema Único de Saúde no artigo 200. A garantia do direito à saúde do povo dos Estados-membros e dos Municípios supõe, também, a formalização dos sistemas sanitários estadual e municipal. As diretrizes desses sistemas, em obediência ao preceito nacional (art. 198), o obrigam a, no gozo do poder político implícito à descentralização, realizar o atendimento integral da saúde, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a contar com a participação da comunidade em sua organização. Os sistemas sanitários subnacionais devem, do mesmo modo, ser financiados com recursos do orçamento da seguridade social, da União, do Estado e dos Municípios, além de outras fontes (art. 198).

A enumeração constitucional de competências implica a responsabilidade de realizar essas tarefas. São encargos que os governos estão obrigados a assumir, seja qual for a atividade necessária para sua efetivação. A declaração da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, contida na Constituição da República, reserva poder político para os Municípios em matéria de saúde¹⁷. Nenhuma ordem constitucional estadual pode, portanto,

17 A atribuição constitucional da competência sanitária municipal encontra-se discutida em pormenores em DALLARI, S. G. Competência municipal em matéria de saúde.

negar essa afirmação, o que implica a indispensável compatibilização do mandamento federal e o disposto pelos Estados. Não se pode, por outro lado, supor que a falta de referência expressa à capacidade normativa estadual, em matéria de saúde, possa significar a sua inexistência. A organização federativa e a inequívoca redação dos artigos, que disciplinam o assunto para toda a República, não permitem qualquer conclusão diferente.

O Pacto Federal de 1988, além de afirmar a autonomia política dos Estados-membros, de enumerar alguns de seus bens e duas competências privativas e de sugerir uma forma para a organização de seus serviços públicos, repete a fórmula tradicional de lhes reservar os poderes remanescentes ou residuais (CF, arts. 25, 26 e 18, § 4º). Um exame percutiente revela que as matérias assim caracterizadas se resumem a competências administrativas e financeiras¹⁸. Assim, sem qualquer dúvida, a esfera de poder político que detém a maior parcela de responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde – conforme o disposto na Constituição de 1988 – é o Município. Com efeito, nem mesmo a instituição do Sistema Único de Saúde ou a distribuição comum a todas as esferas das funções de prevenção, defesa e cuidado sanitário anulou a obrigação posta especialmente aos Municípios de – com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados – prestar serviços de atendimento à saúde da população (CF, art. 30, VII).

A Constituição Federal declarou a autonomia municipal (CF, art. 18) e afirmou que o Município é competente para dispor, legal e materialmente, sobre os assuntos de interesse local. É oportuno, então, lembrar que durante um século, no Brasil, os Municípios tiveram assegurada sua autonomia em tudo quanto respeitasse ao “seu peculiar interesse” (expressão do artigo 68 da Constituição de 1891). E as tentativas de conceituação desse interesse foram inúmeras. Apenas por volta de 1950 uma definição alcançou relativo respeito, sendo adotada por insígnies constitucionalistas de diversas correntes de pensamento. Trata-se daquela que, após distinguir o privativo do peculiar, conclui: “O entrelaçamento dos interesses dos Municípios com os dos Estados, e com os interesses da Nação, decorre da natureza mesma das coisas. O que os diferencia é a predominância, e não a exclusividade”¹⁹. Foi o mesmo critério – da predominância do interesse – o

Revista de Direito Público, São Paulo, v. 92, n. 22, p.172-177, 1989.

18 Cf. ALMEIDA, F. D. M. *A repartição de competências na Constituição brasileira de 1988*. São Paulo: Atlas, 1991. p.153-166.

19 Cf. SAMPAIO DORIA, A. R., *A Autonomia dos Municípios*. *Revista da Faculdade de Direito de São Paulo*, São Paulo, v. 24, p. 419-432, 1928.

princípio norteador da repartição de competências na federação brasileira de 1988. Ora, é evidente que o mundo contemporâneo praticamente não apresenta problemas que tenham reflexos circunscritos ao nível local, podendo-se concluir que os assuntos de interesse local devem ser compreendidos como aqueles referentes ao peculiar interesse municipal que, dentro da melhor técnica legislativa, serão definidos, estudando-se caso a caso qual o interesse predominante para a fixação da competência do Município.

A Carta de 1988 cuida ainda da saúde quando ao tratar do Ministério Público, instituição essencial à função jurisdicional do Estado, afirma que ele tem o dever de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e das ações e dos serviços de saúde aos direitos constitucionalmente assegurados, promovendo as medidas necessárias a sua garantia (CF, art. 129, II). Isso acontece, também, quando ela cuida da Defensoria Pública, igualmente uma instituição essencial à função jurisdicional do Estado, que tem o dever de orientar e defender juridicamente, em todos os graus, os necessitados (CF art. 134). Essas duas instituições de natureza administrativa constituem uma forma privilegiada para garantir o direito à saúde na ausência de maior especialização, pois, qualquer que seja a situação econômica do indivíduo ou do grupo organizado, existe a previsão formal de uma instituição que deverá agir para efetivar a garantia do direito à saúde, inclusive pelo Poder Judiciário.

Em suma, há um caminho traçado na Constituição que permite e favorece a instauração da república no Brasil, especialmente no que se refere aos assuntos que interessam direta ou indiretamente à saúde. A formação do consenso sobre a ideia do direito à saúde é mesmo exigida em todos os momentos do desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, permitindo que todos exerçam igualmente seu direito de fazer as normas legais. Além disso, a experiência que orientou os propulsores da chamada “reforma sanitária brasileira” mostrou-lhes que a participação dos cidadãos é uma condição de eficácia das instituições políticas. Com efeito, confrontados com a prática das ações de saúde em espaços diversos de seus hábitos originais, ficou óbvio para aqueles profissionais que apenas a população organizada poderia esclarecer suas expectativas normativas congruentes que devem formar a única norma jurídica legítima para reger aquela situação determinada. E que a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde dependem diretamente desse exercício democrático de formação do direito. Para facilitar, então, a formação democrática das normas jurídico-sanitárias, os constituintes

de 1988 optaram por exigir a participação popular na elaboração e no desenvolvimento de todas as ações e serviços de saúde, criando instrumentos para orientar os procedimentos de gênese democrática do direito, tanto junto aos poderes legislativos como aos executivos, em todas as esferas de governo, e facilitando o acesso ao Judiciário.

Traçado o caminho que permite e favorece a instauração da república, em relação aos assuntos da saúde, particularmente, continua necessário que todos os encarregados de promover e proteger a saúde das pessoas ouçam a população e registrem, em cada norma, seu processo de elaboração, para que os juízes possam ter segurança para aplicar a definição de saúde a partir dos valores constitucionais. É preciso, portanto, que o controle judicial inicie-se pela verificação do respeito aos procedimentos democráticos na edição e na implementação das leis e dos atos administrativos. Essa opção feita em 1988 permite que o povo construa a cidade, implantando a república sanitária no Brasil.

Referências

ALMEIDA, F. D. M. *A repartição de competências na Constituição brasileira de 1988*. São Paulo: Atlas, 1991. p.153-166.

BENVENISTE, E. *Problèmes de linguistique générale*. Paris, 1974, p. 272-290. t. 2.

BERNARDI, B. La République: une idée morale ?. *La Vie des idées*, 4 mars 2009. Disponível em: <<http://www.laviedesidees.fr/La-Republique-et-ses-hommes.html>>. Acesso em: mar. 2012.

BEVORT, A. *Pour une démocratie participative*. Paris: Presses de Sciences Po., 2002.

CÍCERO. *Da República de Cícero*, Livro I, cap XXVI, § 39.

DALLARI, S. G. Competência municipal em matéria de saúde. *Revista de Direito Público*, São Paulo, v. 92, n, 22, p.172-177, 1989.

DALLARI, S. G. et al. *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 1992 (Série Direito e Saúde, 1.).

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Rev. Brás. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 54, n. 14, p. 7-11, 1986.

DESCARTES, R. *Discurso sobre o método*. Rio de Janeiro: Simões, 1952.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global Ed., 1986.

HABERMAS, J. *Droit et démocratie: entre faits et normes*. Paris: Gallimard, 1997. p. 471.

HIPOCRATES. *The medical works of Hipocrates; a new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann*. Springfield, Ill. Thomas, 1950. p. 90-111.

HOMERO, *Iliada*, canto IV.

LUHMAN, N. *Sociologia do direito I*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983. p. 109-166.

PARACELSUS. On miner's sickness and other miner's diseases. In: _____. *Four teratyses of Theuphrastus von Hohenheim called PARACELSUS*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1941. p. 43-126.

ROUSSEAU, J.J. *Do contrato social*. Livro primeiro, cap. VI.

SAMPAIO DORIA, A. R. Autonomia dos Municípios. *Revista da Faculdade de Direito de São Paulo*, São Paulo, v. 24, p. 419-432, 1928.

Saúde e doença: notas sobre alguns dilemas que afetam seu exercício na sociedade brasileira atual

Fernando Lefèvre

Ana Maria Cavalcanti Lefèvre

Propósito e objetivos do texto

O presente texto visa apresentar, de modo esquemático, o contexto geral e alguns dos principais dilemas que o exercício da saúde/doença coloca ao brasileiro contemporâneo que vive nas grandes urbes do país.

Para isso buscou-se descrever os discursos com os quais, a nosso ver, se “tecem” os temas relacionados a esta grande área da vida humana entre nós brasileiros.

Acredita-se, assim, estimular o leitor a uma postura mais reflexiva e crítica frente ao campo da saúde/doença, contribuindo para um entendimento e uma prática que, sem abdicar das conquistas da ciência e da tecnologia, avance no caminho da humanização.

Apresentação

Acompanhar o exercício individual e coletivo da saúde e da doença é uma exigência imperiosa para todos aqueles que têm como meta e dever internalizado o aperfeiçoamento constante da vida em sociedade.

Este deveria ser o sentido maior da expressão *Vigilância da (ou à) Saúde*, expurgando-se, assim, qualquer conotação negativa, ligada a controle policial-burocrático, do termo *vigilância*.

Para que tal *acompanhamento* se faça efetivo, no entanto, é preciso enfrentar, entre outras, dificuldades associadas à indefinição e flutuação conceitual de muitos dos conceitos básicos do campo da saúde-doença.

Além disso, é preciso contextualizar a discussão, aclarando o terreno onde ela se dá, ou seja, o contexto civilizatório contemporâneo e seus desdobramentos para a sociedade e cultura brasileiras, considerando ademais nossa complexa e particular herança histórica.

Em grandes linhas é o que pretendemos fazer neste artigo, deixando claro, evidentemente, que se trata de um sobrevoo ligeiro, considerando a vastidão da problemática.

Em que mundo/sociedade vivemos?

Considerando as regiões ou os espaços locais, regionais, nacionais e supranacionais ditos “avançados” do mundo contemporâneo, vivemos numa sociedade e cultura que, para evitar disputas terminológicas mais ou menos estereis, chamaremos de estágio avançado da modernidade (BAUMAN, 1998).

1 Discursos no campo da saúde

Considerando este contexto, a saúde e a saúde pública podem ser vistas como um grande campo social específico em que interagem diferentes discursos.

Podemos imaginar, contemporaneamente, entre nós, a presença no campo da saúde/saúde pública dos seguintes discursos:

- **discurso médico sanitário**, com fundamento dominante na biologia e na epidemiologia e, subordinadas a essas, para viabilizá-las na prática, nas ciências humanas: sociologia, antropologia, psicologia, história, educação, comunicação, linguística, semiótica, economia, administração, informática, direito e também o conhecimento místico religioso e, por que não?, a própria filosofia.
- **discurso público, governamental, estatal**, enunciador, veiculador e implementador das políticas públicas de saúde e saúde pública em escala local, regional, nacional, supranacional; é também o discurso da “*raison d’état*”.

- **discurso mercantil**, cujo fundamento e objetivo maior é a venda da saúde sob a forma de produtos e serviços (medicamentos, cirurgias etc.) e não apenas na sua modalidade de ausência de doença, mas também na forma de saúde expandida (LEFÈVRE, 1991) e permanentemente expansível para que nela caiba ou possa caber tudo aquilo (por exemplo, o enorme campo da beleza/estética) que direta ou indiretamente tenha a ver com a mais que vaga e imprecisa ideia de bem-estar corporal e mental ou mesmo qualidade de vida.
- **discurso místico religioso** (e, também, numa certa medida, **místico-ecológico-naturista**), com fundamento na razão sobrenatural e supernatural.
- **discurso do senso comum** e das representações sociais, fundado na experiência cotidiana do indivíduo enquanto pessoa, consumidor, ser humano, vivendo no mundo contemporâneo, que tem como tema as repercussões dessas experiências de vida no estado saudável ou não dos corpos e das mentes individuais.

2 Discursos e hegemonia

O metadiscurso que, hoje, está por trás de todos esses discursos é o da ciência/tecnologia, fundamento maior da vida contemporânea e de todos os campos sociais (QUERALTÓ, 1993).

O mito no qual tal discurso se assenta é o de que a ciência/tecnologia permite entender verdadeiramente tudo, dominar a incerteza e a angústia básica do ser humano diante do desconhecido, dominar as forças naturais, adiar a morte, eliminar ou mitigar o sofrimento e a dor, produzir objetos e serviços que funcionem e realizar desejos.

O discurso hegemônico em todos os campos e também no da saúde é o mercantil, cujo fundamento (ideológico) é o de ser o veiculador (“informador”) de produtos e serviços capazes de atender eficiente e eficazmente os desejos e as necessidades do ser humano.

No campo da saúde e da saúde pública, verificamos uma dupla subordinação: o discurso mercantil hegemônico dita, em última instância,

as regras para o discurso e a prática médico sanitária, fazendo com que esses consistam basicamente em distribuir saúde sob a forma de produtos e serviços que mais se adaptem à lógica mercantil; porém, tais produtos não são quaisquer, mas sim aqueles sancionados pelo discurso médico sanitário portador legítimo e legal do conhecimento científico na área da saúde e saúde pública.

A publicidade é o discurso que explicita e “efetua” a lógica mercantil, que fala da possibilidade de satisfação das necessidades e dos desejos humanos; porém, é a ciência e a tecnologia que garantem a possibilidade de efetivação desta satisfação.

Uma propaganda vigente na televisão no Brasil ilustra bem este mecanismo: mostra um indivíduo com necessidades ou problemas na área dental e em seguida a solução: a pasta dental X, a recomendada pelos dentistas, aparecendo no vídeo o dentista devidamente paramentado de branco.

Os governos e mesmo as entidades supranacionais, como a OMS, OPS etc., por outro lado, são vistos e se veem como responsáveis pela efetivação do direito à saúde, ou seja, pela garantia da sua obtenção independentemente da lógica mercantil, isto é, independentemente da capacidade ou possibilidade de os indivíduos pagarem um preço de mercado pela sua saúde. A política dos medicamentos genéricos no Brasil ilustra bem essa situação.

O discurso do direito à saúde (que tem a ele acoplado o discurso acadêmico da saúde pública ou coletiva) é claramente um discurso marginal numa sociedade e num mundo dominado pelo discurso mercantil. É o discurso das políticas públicas de saúde que coexiste com o discurso mercantil em posição subalterna, buscando e algumas vezes conseguindo “regular” os discursos e as práticas “excessivamente” mercantis (regulação do mercado de seguros de saúde etc.).

3 O eu e o outro

De todos os discursos, o dos indivíduos do senso comum é o único para o qual a saúde e a doença constituem um fato interno e um discurso na primeira pessoa: o discurso da *minha* ou da *nossa* saúde ou doença. Da perspectiva desse discurso, a saúde e a doença

são algo que diz respeito, ou mais precisamente, que é vivenciado, essencialmente, como um estado do corpo/mente das pessoas, vistas como indivíduos ou coletividades.

Para todos os outros discursos, a saúde e a doença são algo que diz respeito ao *outro*, seja a uma segunda pessoa *com quem se fala* (no caso da relação médico paciente, ou do cidadão que recebe um folheto preventivo ou de propaganda de medicamento, por exemplo) ou a uma terceira pessoa, *de quem se fala* (o discurso da medicina sobre a saúde dos indivíduos; da epidemiologia; ou da saúde coletiva sobre a saúde das coletividades).

O discurso publicitário fala do tema da saúde dirigindo-se a uma modalidade de segunda pessoa que é o consumidor ou comprador de bens e serviços de saúde: remédios, hospitais, alimentos saudáveis etc.

O discurso público estatal fala do tema saúde dirigindo-se a outra modalidade de segunda pessoa que é o cidadão, ou o indivíduo responsável ao qual se pede que se comporte como tal: use camisinha para não difundir as DSTs; limpe a vasilha do seu cachorro para não contribuir para a reprodução do vetor da dengue; vacine seu filho para que ele não fique doente de paralisia infantil; faça exame preventivo do câncer para evitar a doença ou para detectá-la no início etc.

Trata-se, nesse último caso, de um discurso essencialmente moral, que apela para um dever cívico do interlocutor, ou para um dever de cidadania, ou para uma atitude responsável (prevenir-se, não adotar condutas perigosas, resistir aos instintos etc.).

A minha/nossa doença

O discurso da doença na primeira pessoa tem como sujeito o indivíduo/ seu corpo/sua mente e como espaço ou cenário as mais que diversas situações que constituem o cotidiano: a vida íntima ou interior, o trabalho, o lazer, a vida familiar, a vida comunitária, as relações de amizade, a vida afetivo-sexual, a alimentação etc.

4 Intercâmbios discursivos: o diálogo e a imposição

Entender discursos ou sua ação no mundo social implica entender as relações mantidas entre os sujeitos de cada um desses discursos, entendidos tais sujeitos como aqueles indivíduos emissores de discursos, considerados a partir de seus campos e, dentro desses, de seus lugares de pertencimento.

No campo da saúde e da saúde pública, podemos ter intercâmbios discursivos de natureza dialogal ou impositiva.

- **o discurso impositivo**

No campo da saúde e da saúde pública ou coletiva, o discurso impositivo ou autoritário ganha um relevo todo particular, porque ele se apresenta e, no mais das vezes, é visto pelo receptor como um recurso válido na medida em que o seu sujeito (o médico ou a autoridade sanitária) é portador do conhecimento técnico científico sobre a “máquina corporal” (LEFÈVRE, 2009), que, por isso, se impõe de *per se* frente ao paciente, portador do desconhecimento e da ignorância sobre a máquina corporal como *res técnica* (desconhecimento este que tende a ser cada vez mais agudo em função da especialização crescente do conhecimento técnico científico sobre o corpo humano).

- **o discurso dialogal**

Curiosamente, se pensarmos etimologicamente, o termo mais que comum no campo da saúde como o *diagnóstico* quer dizer “conhecimento a dois”(*dia-gnose*).

Ora, hoje em dia, com a parafernália de exames de todo tipo, o que menos ocorre numa relação médico-paciente é uma “*dia gnose*”.

No entanto, no campo da saúde-doença, o diálogo é fundamental e necessário não como uma concessão do sujeito técnico, da autoridade sanitária, mas como algo que decorre do fato de que o corpo e a mente humana não são apenas máquinas complexas, mas também “posses” inquestionáveis dos seus portadores e “donos” humanos (LEFÈVRE, 2009).

Como implementar um diálogo necessário entre o que chamamos em outro texto (LEFÈVRE, 2007) de lógica sanitária, baseada na ciência e na tecnologia *versus* lógica do senso comum, baseada na experiência cotidiana dos indivíduos “ordinários” com seus corpos e suas mentes, tudo isso num contexto de massificação da informação proporcionada pela internet e pelos *mass media*, configura-se como um dos dilemas mais intrincados da nossa modernidade tardia.

5 À guisa de conclusão

Como em outros campos, os dilemas contemporâneos da saúde e doença podem ser resumidos na necessidade imperiosa de promover a coexistência da técnico-ciência como a experiência humana no seu sentido mais íntimo.

Não há como conceber um mundo que não seja guiado pela ciência e pela tecnologia (QUERALTÓ, 1993), mas, por outro lado, todos sabem que, “deixada solta”, tal diáde tende a seguir os caminhos do “mercado”, que, sem controle, só pode nos conduzir à direção contrária do “humano”.

Seremos capazes, nos diversos campos da experiência humana e particularmente no da saúde/doença, de reconciliar a humanidade com a ciência e a tecnologia, suas mais caras criações?

Só o futuro dirá.

Referências

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar Ed, 1998.

LEFÈVRE, F. *Medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O corpo e seus senhores*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; IGNARRA, R. M. *O conhecimento de intersecção: uma nova proposta para as relações entre academia e sociedade*. São Paulo: IPDSC, 2007.

QUERALTÓ, R. *Mundo, tecnologia y razón en el fin de la modernidad*. Barcelona: Univeristas-59, 1993.

Políticas de saúde: universalizar ou focalizar é a questão?

Antônio José Costa Cardoso

Introdução

Desde que retomaram o caminho democrático, os Estados latino-americanos têm se deparado com uma explosão de demandas sociais geradas durante o processo de redemocratização. Nas últimas décadas, como consequência da escassez dos recursos disponíveis para custear o aumento dos gastos sociais, as opções para se incorporar a cidadania têm sido polarizadas entre os modelos da universalização e da focalização (FLEURY, 1997; LARIÚ, 2004).

As políticas sociais são universais quando atendem a todos os membros da parcela da população a que se dirigem e são focalizadas quando selecionam seus beneficiários a partir de algum critério (ABREU, 1995). O “foco” desta lição é apresentar e, didaticamente, problematizar esse dilema (falso?), que se coloca entre universalizar ou focalizar as políticas sociais, particularmente, as políticas públicas de saúde no Brasil.

No presente texto, argumentaremos que a decisão sobre universalizar ou focalizar políticas sociais pode ser ilegítima na ausência de uma decisão prévia sobre princípios de justiça social.

Discutiremos, então, dois dos mais importantes princípios de justiça na saúde: o da igualdade e o da equidade. Apesar da existência de inúmeros outros princípios aplicáveis, igualdade e equidade estão sempre presentes no debate em saúde (MEDEIROS, 1999).

Retomamos, na seção seguinte, o debate sobre o dilema da universalização *versus* focalização das políticas sociais, tendo agora como pano de fundo algum princípio de justiça, quando serão apresentados quatro cenários “ideal-típicos” resultantes da combinação de modelos de justiça social (ênfase na igualdade *ou* na equidade) e de estilos de políticas sociais (ênfase na universalização *ou* na focalização).

Na terceira seção, discutiremos especificamente o dilema da focalização e universalização no contexto brasileiro, com especial

interesse em relação à Política de Saúde, quando utilizaremos os argumentos a favor e contrários à universalização e à focalização para realizar uma reflexão acerca da Reforma Sanitária brasileira em curso e da importância de se utilizar critérios epidemiológicos na distribuição dos recursos.

Antes de prosseguir, reflita: em sua opinião, não existindo recursos suficientes para dar resposta à totalidade das necessidades sociais e tendo que estabelecer prioridades na alocação e na distribuição dos recursos públicos, quais os critérios técnicos, os valores sociais e éticos a serem levados em conta na tomada de decisão?

1 Justiça social: igualdade ou equidade?

A alocação de recursos para a saúde é, de fato, um problema complexo, cuja solução deve considerar, simultaneamente, a satisfação das necessidades de saúde da população e a otimização dos meios disponíveis. Para que a política de saúde seja legítima, é necessário, pois, a construção de um consenso social sobre os princípios de justiça que a justificam, o que suscita debates econômicos, morais e políticos (SCHÜTZ, 2003).

Na saúde, apesar da existência de outros princípios aplicáveis, o debate sobre a justiça alocativa gira predominantemente sobre dois paradigmas de justiça: o princípio da *igualdade* (de inspiração socialista) e o da *equidade* (de inspiração liberal).

Pelo princípio da igualdade, todos os indivíduos devem receber tratamento igual. Implícita está a ideia de que os indivíduos são todos iguais, têm os mesmos direitos e, portanto, merecem os mesmos recursos. Por esse princípio, uma pessoa rica deve ter o mesmo tratamento e, portanto, merece a mesma fração dos recursos públicos que uma pessoa pobre. A igualdade é, pois, baseada nos *direitos de cidadania* (MEDEIROS, 1999).

A cidadania enquanto igualdade socialmente construída depara-se, por outro lado, com a existência de direitos que devem ser aplicados

diferencialmente a grupos específicos. Diversos pensadores (BOBBIO apud FLEURY, 1997; RAWLS, 1997) defendem a tese de que os direitos que implicam liberdades pressupõem a universalização, não permitindo qualquer discriminação; o mesmo não ocorreria, entretanto, com os direitos sociais.

O princípio da equidade, neste sentido, reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine (ou reduza) a desigualdade. Neste caso, os indivíduos pobres, por exemplo, necessitam de mais recursos públicos que os indivíduos ricos. Rawls (1997) propõe um critério de justiça para a equidade: o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente.

Para Rawls (1997, p. 66), *igualdade e equidade* são um caso especial de uma concepção mais geral de justiça: “Todos os valores sociais – liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases sociais da auto-estima – devem ser distribuídos igualmente a não ser que uma distribuição desigual de um ou de todos esses valores traga vantagens para todos, especialmente aos mais necessitados”.

O princípio da equidade tem como um de seus obstáculos a dificuldade de se medir o grau de “desvantagem” dos indivíduos para assim realizar a distribuição dos benefícios. Um elemento importante nesse debate sobre paradigmas de justiça é, pois, o grau de diferenciação das necessidades. Quais necessidades devem ser objeto das políticas públicas? É essencial que haja clareza em relação às necessidades que se pretende satisfazer.

É possível considerar que há algumas necessidades básicas para a existência humana: “bens sociais primários” são definidos por Rawls como tudo aquilo que as pessoas necessitam em sua condição de cidadãos livres e iguais durante toda uma vida (RAWLS, 1997, p. XVI). Se todos precisam satisfazê-la, há, nesse aspecto, igualdade entre os indivíduos. Observe-se, entretanto, que relevante não é a existência da necessidade, mas sua satisfação.

Se alguns indivíduos têm mais necessidades insatisfeitas que outros, mais forte é a diferenciação entre igualdade e equidade (MEDEIROS, 1999).

Definidas quais as necessidades insatisfeitas que serão objeto da atenção coletiva, cabe estabelecer quais os indivíduos que merecerão o auxílio público. Essa problemática inclui, por exemplo, a seleção

de pacientes para vagas em hospitais, recebimento de órgãos para transplantes, utilização de hemodiálise etc. (SCHÜTZ, 2003). Perceba que aqui aparece outro elemento importante: os recursos próprios. Supondo a mesma necessidade insatisfeita entre dois indivíduos, deve ter prioridade aquele que possui menos recursos para satisfazê-la (MEDEIROS, 1999).

2 Saúde como bem público e direito social

A equidade em saúde reflete com grande nitidez a equidade social. Entretanto, não existe uma norma única para todos os tipos de bens e sociedades, embora, segundo Walzer, exista uma para cada bem social (e sua correspondente esfera distributiva) em toda sociedade particular (SCHÜTZ, 2003)¹. Nesse enfoque, a “saúde” pode ser vista como um *bem público*, integrando a categoria dos direitos sociais (SCHÜTZ, 2003).

O bem público é aquele cujo consumo por um indivíduo não afeta o consumo dos demais. Três aspectos do uso do conceito de *bem público* são ressaltados por Medeiros (1999): *bem* é uma palavra que inclui coisas não-materiais, como os serviços, *público* não significa *estatal* e diz respeito ao resultado do consumo do bem, não interessando, por exemplo, quem produziu as vacinas, mas fundamentalmente quem foi vacinado.

Em função da apenas relativa efetividade das ações de saúde, entretanto, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém, não suficiente para reduzir as desigualdades entre os grupos sociais no adoecer e no morrer. Isso nos obriga a diferenciar o “direito à vida e à integridade física”, que é um direito formal, do “direito à assistência sanitária”, que é um direito positivo – real – que o Estado deve efetivar na prática.

¹ Nos seus estudos, Walzer distingue a igualdade simples da complexa. Enquanto na igualdade simples o que se reivindica é a não existência do monopólio dos bens sociais por qualquer indivíduo ou grupo social (o que necessita da ação estatal para se efetivar), na igualdade complexa, a luta é contra a dominação (FLEURY, 1997).

No caso das políticas de saúde, é especialmente importante atentar para o fato de que, muitas vezes, a boa saúde de um indivíduo depende da boa saúde dos demais. As implicações da saúde de um indivíduo extrapolam esse indivíduo, gerando o que em economia se denomina *externalidades* (MEDEIROS, 1999).

A existência de externalidades destaca a necessidade da abordagem do ponto de vista coletivo, o qual torna relevante a utilização de critérios epidemiológicos na alocação de recursos públicos em saúde, como veremos mais adiante.

Apesar de importante, a opção pelo princípio de equidade ou igualdade não esgota a decisão sobre universalizar ou focalizar as políticas de saúde, como pretendemos mostrar adiante. A disponibilidade do bem “saúde” no futuro será, em parte, determinada historicamente. Como as alocações de recursos realizadas hoje afetarão gerações futuras é uma questão que parece razoável ser incluí-la nas considerações sobre justiça, de uma forma muito semelhante ao que se faz nas discussões sobre o uso do meio ambiente (MEDEIROS, 1999).

Antes de prosseguir, reflita: em sua opinião, não existindo recursos suficientes para dar resposta à totalidade das necessidades de saúde, deve o Estado focalizar as políticas sociais para prover as necessidades dos mais vulneráveis ou restringir o acesso de tecnologias custosas para prover as necessidades da maioria?

3 Focalização *versus* universalização: quatro cenários “ideal-típicos”

Segundo Medeiros (1999), *igualdade* e *equidade* fundamentam, respectivamente, estratégias de *universalização* e *focalização* das políticas sociais, com diversas implicações diretas (na estrutura de desigualdades de uma sociedade, nos custos das políticas e nas dimensões do tamanho do Estado) e indiretas (em especial, naquelas que se referem ao processo político que decide acerca das políticas).

O universalismo é uma forma de conceber a política social que surgiu e se desenvolveu a partir da ampliação do conteúdo de cidadania

no século XX. Tal conceito parte da premissa de que a redistribuição de bens e serviços adequada às necessidades e a uma certa concepção de direitos deve ser garantida igualmente a todos os cidadãos e independe de qualquer condicionante prévia, como diferenças pessoais, contribuições sociais e inserção no mercado de trabalho. Focalização, por outro lado, consiste em concentrar recursos disponíveis na população de beneficiários claramente identificada, concedendo, diante de determinados problemas, tratamento preferencial a certos grupos da população, de maneira que os recursos cheguem aos mais pobres e fragilizados (LARIÚ, 2004).

Não é difícil perceber que a antinomia igualdade *versus* equidade imbrica-se com a antinomia universalização *versus* focalização. Mas não se trata, como veremos, de uma mera polaridade que situa, de um lado, a “*igualdade substantiva assegurada por direitos universais*”, e, de outro, a “*igualdade de oportunidades promovida por ações focalizadas*”. É possível combinar focalização e universalização com as duas concepções de justiça.

O conjunto de cenários “ideal-típicos” resultante da combinação de modelos de justiça social (ênfase na igualdade *ou* na equidade) e de estilos de políticas sociais (ênfase na universalização *ou* na focalização) seria:

- a. concepção de justiça como igualdade com ênfase na universalização: seguridade social, educação e saúde universais e generosas (*Welfare State*);
- b. concepção de justiça como equidade com ênfase na focalização: residualismo, ou seja, rede de proteção social mínima (políticas sociais residuais);
- c. concepção de justiça como igualdade com ênfase na focalização: alocação de recursos para geração de oportunidades aos grupos sociais em desvantagem;
- d. concepção de justiça como equidade com ênfase na universalização: seguridade social, educação e saúde básicas.

Apenas na acepção restrita de política social *residual*, a focalização se encaixaria comodamente na visão de justiça de mercado, em sua versão popularizada na onda do chamado neoliberalismo, e em apenas uma acepção, a universalização é sinônimo de redistribuição generosa. Ou seja, tanto a focalização pode estar associada a uma concepção (social-democrata) de

justiça como igualdade, quanto a universalização, a uma concepção (liberal) de justiça como equidade (KERSTENETZKY, 2006).

3.1 Concepção de justiça como igualdade com ênfase na universalização

Em favor da implementação de políticas de caráter universal, encontram-se argumentos tanto de eficiência social quanto de natureza ética. Os defensores da universalização apontam que a redução de pobreza e das profundas desigualdades sociais no país implica necessariamente política social universal, o que envolve significativo aporte de recursos (LARIÚ, 2004).

Do ponto de vista ético, defensores de políticas universais argumentam que tais políticas nos reuniriam, a todos, numa mesma comunidade de iguais em termos de direitos sociais de cidadania garantidos pelo Estado do Bem-Estar Social (*Welfare State*); neste regime, os cidadãos têm suas necessidades sociais atendidas predominantemente *fora* do mercado (KERSTENETZKY, 2006).

Em contraposição ao “Estado mínimo” do liberalismo, o socialismo democrático pensa em um “Estado máximo”, que promova e proteja tanto os direitos negativos quanto os positivos; isto é, um Estado em condições de garantir o direito à educação, à saúde, à moradia, ao emprego, à aposentadoria, à assistência social etc. Segundo esse enfoque, só há justiça social quando o Estado é capaz de garantir esses direitos à população (SCHÜTZ, 2003).

Do ponto de vista da eficiência social, é frequentemente apontado o fato de as políticas universais economizarem vários recursos na alocação do gasto social, em particular, os custos associados ao desenho minucioso, à implementação e ao monitoramento, e posterior avaliação dos impactos, necessária para a correção incremental da política. Políticas universais evitariam, ainda, outros custos intangíveis como estigmas (KERSTENETZKY, 2006).

Dentre as críticas ao universalismo, destaca-se a ideia de que, além de caras, nas políticas universais, os “ricos” estão mais aptos à defesa de seus interesses e acabam ficando com boa parte dos recursos, enquanto os pobres, devido à assimetria de poder, não conseguem defender os seus interesses.

Na América Latina, por exemplo, a heterogeneidade intrínseca à estrutura econômica transformou benefícios em privilégios cumulativos para os grupos sociais com maior poder de barganha (FLEURY, 1997).

Afirma-se, ademais, que, quanto mais universal o sistema, menor o montante que se pode destinar a cada programa, influenciando na qualidade do serviço prestado, e que, ao prover a assistência universal e gratuita à saúde, gera-se incentivo para que as pessoas utilizem mais o sistema (LARIÚ, 2004).

3.2 Concepção de justiça como equidade com ênfase na focalização

Essa é a concepção liberal por excelência, “minimalista”, na qual a noção de igualdade guarda as características básicas com que foi formulada desde o século XVI (igualdade formal e abstrata) ainda que atualizada (WERNECK VIANNA, 2008). O exemplo típico de sistema de assistência à saúde baseado no liberalismo individualista com mínima participação do Estado é o sistema norte-americano.

Nessa abordagem, o vínculo da política social com a noção de direitos sociais universais é fraco e ela se torna um coadjuvante do objetivo de eficiência macroeconômica.

Diz-se, então, que o imperativo da eficiência global, obtida pela livre operação dos mercados, superou o dos direitos (exceto aqueles necessários à operação de mercados livres) e o da (efetiva) equidade. A crítica à política social residual não equivale, assim, a uma crítica à eficiência e à racionalização, mas à prioridade que essas propriedades de sistemas reivindicam em relação a direitos de cidadania (KERSTENETZKY, 2006; MEDEIROS, 1999).

É por este raciocínio que Walzer (1993 apud FLEURY, 1997) afirma que ainda que a distribuição seja limitada pelos recursos escassos, proporcionar o bem-estar de seus membros em proporção às suas necessidades é a essência da comunidade política. Nesta mesma direção, Theodoro e Delgado (2003 apud LARIÚ, 2004) ponderam que a proposta da focalização transfere o debate sobre a política social da ótica do direito para a ótica do gasto.

Além disso, “políticas para pobres seriam políticas pobres”, no sentido de o grau de *responsiveness* e *accountability* políticos correspondentes ser mais baixo do que quando as políticas sociais têm

como beneficiários estratos politicamente mais organizados e ativos da sociedade. Portanto, segundo argumentos de eficiência dos gastos sociais, para atingir os pobres mais eficientemente, são necessárias políticas universais (KERSTENETZKY, 2006).

A opção pela focalização implica, de qualquer forma, determinadas dificuldades operacionais. A primeira delas diz respeito aos custos administrativos, à capacidade gerencial e à ausência de informação para a identificação dos beneficiários, ou seja, para a operacionalização do critério de focalização (LARIÚ, 2004).

3.3 Concepção de justiça como igualdade com ênfase na focalização

Há ainda um sentido de focalização como ação necessária para restituir a grupos sociais o acesso efetivo a direitos universais formalmente iguais. Sem a focalização nesses grupos, aqueles direitos se cumprirão apenas em um horizonte temporal muito distante. Em certo sentido, essas ações viabilizam políticas públicas universais justificadas por uma noção de direitos sociais, como, por exemplo, o direito à saúde (KERSTENETZKY, 2006).

Programas universais e inclusivos no âmbito da saúde são de grande importância para garantir um mínimo de segurança econômica a todos os cidadãos e evitar a perda de padrão de vida acentuada em situações imprevistas. No entanto, em situações de carências extremas, algum critério de focalização deve ser introduzido no desenho dos programas sociais, sob pena de comprometer o desenvolvimento dos próprios programas universais (LARIÚ, 2004).

Concretamente, isso implica que se, para realizar o objetivo da igualdade democrática, for necessário utilizar políticas focalizadas, elas devem ser implementadas, concebendo-as como um meio pragmático para alcançar tal objetivo moralmente legítimo (RIBEIRO; SCHRAMM, 2006). Ou, dito de outra forma:

a noção de equidade se associa de modo diverso à igualdade e, sobretudo, à justiça, no sentido de propiciar a correção daquilo em que a igualdade agride e, portanto, naquilo que a justiça deve realizar. Tomada nesse sentido, a equidade requer igualdade para produzir efeitos, pois se constitui justamente em corretora da situação de igualdade,

na medida em que a adoção deste recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção da justiça (ELIAS, 2005, p. 291 apud PAIM, 2006).

Em uma sociedade onde o déficit de universalidade dos direitos legalmente garantidos é baixo, a necessidade de focalização como ação reparatória será menos importante. Em contraste, em uma sociedade muito desigual, como a brasileira, as políticas sociais terão necessariamente um componente de “focalização” se quiserem aproximar o ideal de direitos universais a algum nível decente de realização.

Nesse caso, a focalização é um requisito para a efetivação de direitos universais, compatível com a concepção de justiça social republicana, em que liberdades formais para se converterem em reais requerem distribuição reparatória de oportunidades (KERSTENETZKY, 2006).

3.4 Concepção de justiça como equidade com ênfase na universalização

Por fim, não é impossível conceber a universalização também no interior de uma noção de justiça liberal, quando se tem em mente um desenho de seguridade social básica universal e oportunidades sociais básicas de educação e saúde com cobertura universal, a partir da mesma lógica residualista.

Sob essa lógica, a política social é apenas residual, dando conta da responsabilidade pública essencialmente em termos de proteção social contra os riscos comuns. A diferença entre focalização e universalização, no âmbito de uma concepção de justiça de mercado, estaria principalmente no *tamanho do resíduo* (KERSTENETZKY, 2006).

A redução da justiça sanitária à autonomia do indivíduo implica uma firme crença na responsabilidade pessoal sobre os problemas de saúde. Para os liberais, a participação do Estado na educação para a saúde é mais aceitável que a participação em serviços de atenção sanitária. Fried (1976 apud SCHÜTZ, 2003) explica esse enfoque com mais detalhes. Segundo o autor, não é possível justificar a assistência sanitária como um direito à justiça distributiva, mas somente como um “dever de beneficência”. Com isto, o Estado ganha a obrigação de socorrer os mais necessitados. E como deveria ser esse socorro? Para Fried, o Estado deve cobrir um “mínimo decoroso”.

Na concepção marxista e social-democrata, por outro lado, a saúde seria uma “capacidade” (por exemplo, para trabalhar) e a doença seria uma “necessidade” (de cuidados e assistência). A partir daqui, a equação transforma a capacidade para trabalhar (saúde) em um “bem de produção” (de propriedade social) e a assistência sanitária em um “bem de consumo”, que deve ser igualmente distribuído entre todos (SCHÜTZ, 2003). O Estado, para atender às necessidades, tem a obrigação de dar assistência sanitária total e gratuita a todos os cidadãos como participantes da coletividade (visão universalista).

4 Focalização e universalização no contexto brasileiro: o caso da política de saúde

Uma política pública de saúde corresponde à resposta social – via Estado, empresas, “terceiro setor” e comunidade – diante das condições de saúde e dos seus determinantes, bem como diante da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde das pessoas e das populações. Essas respostas sociais implicam uma dada distribuição do poder, que pode ser acionada para crescimento, mudança e legitimação (PAIM, 2006).

No debate público brasileiro, a noção de focalização desperta uma reação negativa exatamente porque é associada às políticas sociais residuais, que incide sobre os segmentos à margem dos processos econômicos integradores, e porque foi incluída na agenda e nas proposições de um conjunto de organismos internacionais no contexto das políticas de ajuste macroeconômico (KERSTENETZKY, 2006; PAIM, 2006).

Se a aceção do termo *focalização* como política social residual fosse a única possível, essas reações negativas estariam bem justificadas. Afinal, as políticas sociais delineadas a partir da Constituição de 1988 estão associadas ao resgate da cidadania e sua universalização (LARIÚ, 2004). O estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, garantiu, formalmente, o acesso universal e igualitário a serviços de atenção integral à saúde.

De fato, a reforma sanitária brasileira dos anos 1980, que teve espaço em um contexto de crise do Estado e redemocratização do País, representou um movimento importante no sentido da construção de um sistema de saúde universal, calcado no reconhecimento da saúde como direito de cidadania e na inserção da política de saúde em uma lógica abrangente de seguridade social (MACHADO, 2006).

O projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente, a formulação de uma utopia igualitária: a garantia da saúde como direito individual de acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa. Neste sentido, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva (FLEURY, 1997).

Uma inflexão conservadora fez com que a década de 1990 no Brasil viesse a ser marcada pela liberalização econômica. Sobretudo, a partir da segunda metade da década final do século XX, essa concepção liberal revisitada vai ocupar espaços cada vez mais sólidos e amplos. Inicia-se, então, o desmonte institucional, orçamentário e conceitual da seguridade social (MACHADO, 2006; WERNECK VIANNA, 2008). Segundo esta interpretação:

A agenda hegemônica de reforma do Estado nessa década foi caracterizada por: a) no plano econômico, ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação, abertura comercial, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais e fragilidade da política industrial e das estratégias de desenvolvimento de longo prazo; b) no plano administrativo, ênfase nas medidas de enxugamento da estrutura, com destaque para a descentralização e novas relações entre público e privado; e c) na área social, restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos, expansão da prestação privada (inclusive na saúde) e trajetória fragmentada das políticas sociais, com avanços institucionais esparsos e resultados limitados para a população (MACHADO, 2006).

Naquele contexto, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, foi identificada como estratégia alinhada às concepções do Banco Mundial, que preconizava o Estado como financiador apenas de um conjunto de serviços básicos de baixa

tecnologia, focado na população pobre, visando promover maior equidade da política de saúde.

No entanto, equidade não foi uma categoria utilizada no discurso do movimento sanitário, não fez parte do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (exceto como equidade no “acesso universal e igualitário ao sistema de saúde”) e não está plasmada em lei. Em textos posteriores, o princípio da equidade foi introduzido, ou melhor, transborda do acesso aos serviços de saúde para princípio orientador das políticas (SCOREL, s/d). A partir dos anos 1990, o termo vem sendo progressivamente utilizado em documentos técnicos, normativos e doutrinários, inclusive nos relatórios das conferências nacionais de saúde (PAIM, 2006).

Entretanto, a política de saúde manteve a sua abrangência, talvez “em razão da capacidade de intermediação de interesses na arena setorial” (COSTA, 2002, p. 13 apud PAIM, 2006), e o PSF virou “estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS”, tendo recebido apoio de segmentos expressivos do Movimento Sanitário, pois a focalização assumiu aqui caráter de inclusão de grandes grupos populacionais que se encontravam fora do acesso a um mínimo de garantias sociais (VIANA; DAL POZ, 1998; SISSON, 2007).

Vianna e Dal Poz (1998), ao estudarem cinco experiências de PSF em diversas regiões do Brasil, referem-se à questão da focalização dentro do universalismo como uma possibilidade. Sugerem também que o PSF se revelou um instrumento de reestruturação do SUS e contribuiu para melhorar o controle social. Está presente, porém, nesse tipo de estratégia, o grande desafio de não se reduzirem direitos sociais, definindo prioridades que possam diminuí-los (como a cesta básica), e de se implementar a transição para uma situação de universalidade.

É sabido, entretanto, que a implantação do SUS ainda não eliminou as diferenças entre o acesso de pobres e ricos aos serviços de saúde, que sempre têm como alternativa o subsistema de saúde suplementar².

Parte do problema tem a ver com a desigualdade das condições de vida, além da desigualdade na qualidade dos serviços oferecidos

2 Esse sistema compromete a equidade já que “os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles” (STARFIELD, 2002, p. 21 apud PAIM, 2006).

pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados. Uma política de saúde focalizada em segmentos mais vulneráveis, nesse caso, pode complementar a universal sem qualquer contradição.

Na opinião de Fleury (1997), entretanto, a política de universalização transformou-se em uma focalização perversa e a equidade deformou-se em um sistema altamente segmentado. A autora reconhece, entretanto, que a escassez de recursos restringiu a possibilidade de ampla distribuição de bens e serviços públicos e, portanto, exigiu uma série de decisões alocativas que consistiu em selecionar quais seriam os beneficiários do SUS e os serviços oferecidos.

De fato, a universalização é mais cara porque garante os serviços indiscriminadamente. O público dos programas universais geralmente é muito extenso, o que pode representar uma sobrecarga para os orçamentos dos programas sociais. Diante da escassez de recursos, é preciso (re)definir quem tem direito ao acesso e quanto cada indivíduo pode utilizar dos bens coletivos. Quando não é possível aumentar esses orçamentos, outra medida é reduzir os custos dos serviços, o que pode se traduzir em perda de qualidade (MEDEIROS, 1999). O maior obstáculo à universalização do SUS tem sido, pois, a escassez de recursos.

Observe-se, além disso, que, devido às externalidades, tanto as estratégias de focalização são capazes de produzir impactos universais à medida que controlam a propagação de enfermidades, quanto as estratégias de universalização, ao reduzirem a prevalência de enfermidades que afetam de maneira mais grave certos indivíduos, podem ser a forma mais eficiente de beneficiar grupos populacionais específicos (MEDEIROS, 1999).

Antes de prosseguir, reflita: em sua opinião, além das razões relacionadas à justiça baseadas no princípio da equidade, no caso do SUS, a focalização pode ser justificada por fatores de natureza econômica e operacional?

5 À guisa de conclusão

Uma vez explicitadas as noções de justiça social com que julgamos arranjos sociais específicos e/ou a alocação de recursos públicos, isto é, as noções de *igualdade* e/ou *equidade* com que operamos, fica mais claro o que buscamos alcançar com a implementação de políticas sociais (KERSTENETZKY, 2006).

Mostramos, inicialmente, que igualdade e equidade fundamentam, respectivamente, estratégias de universalização e focalização nas políticas sociais, ressaltando algumas implicações da adoção dessas estratégias, para concluir que a produção do benefício generalizado à saúde da população pode ser conseguida com base tanto na focalização quanto na universalização.

Os argumentos em favor da focalização não se encerram, como vimos, na noção de residualismo. Outro argumento defende a focalização no sentido de busca do foco correto para se atingir a solução de um problema previamente especificado, portanto, como um aumento de eficiência local, isto é, eficiência na solução desse problema específico: para obter A, é melhor gastar em X ou em Z? Esse é um problema típico de tecnologia social (KERSTENETZKY, 2006).

A busca do foco correto pode até resultar no formato de incondicionalidade, quando se atinge melhor os mais necessitados, estendendo-se um benefício a todos dentro de um determinado território razoavelmente homogêneo, e não apenas aos mais necessitados. Nesse caso, a melhor forma de encontrar o foco é “universalizar”.

Tese bem diferente é a de que quanto mais focalizados forem os gastos sociais do governo, quanto mais direcionados forem eles para os grupos de renda mais baixa, maior o efeito na redução do grau de desigualdade, na distribuição de renda e na diminuição da pobreza do país (LARIÚ, 2004). A opção pela focalização, segundo essa tese liberal, permitiria garantir serviços de boa qualidade aos indivíduos mais vulneráveis da sociedade.

Porém, a maior parte da literatura sobre políticas sociais mostra que a focalização dos programas nos grupos mais pobres da sociedade implica, por exemplo, retirada do apoio da classe média aos programas sociais e, portanto, sua extinção (MEDEIROS, 1999).

No caso das sociedades que apresentam amplos contingentes populacionais em situação de pobreza e elevados graus de desigualdades na distribuição de renda e acesso aos bens e serviços, como a brasileira, é preciso desenvolver várias políticas específicas de combate à pobreza e de acesso privilegiado a bens e serviços para esses segmentos; políticas distributivistas, que diminuam as desigualdades; e políticas de corte universal, que promovam os direitos de cidadania (MARSIGLIA et al., 2005).

A conclusão a que se chega é de que reduzir esse debate a uma escolha entre focalização e universalização parece insuficiente (VIANA; DAL POZ, 1998; KERSTENETZKY, 2006). Mais do que isso, podemos concluir que focalização e universalização podem ser combinadas como *métodos* alternativos, quando não complementares, de implementação da noção de justiça previamente definida (VIANA; DAL POZ, 1998; KERSTENETZKY, 2006). Portanto, a equação pode conjugar focalização e universalização.

Cabe aos formuladores da política identificarem a melhor opção ou combinação a ser feita, distribuir os recursos entre os programas eficazes, que elevem a qualidade de vida dos pobres, sem prejuízo da ampliação do atendimento universal nas áreas de educação, saúde, segurança e direitos humanos, pois a ideia de políticas diferenciadas para grupos sistematicamente excluídos não deve perder de vista a inclusão em modalidades de cidadanias plenas (VIANA; DAL POZ, 1998; CARDOSO, 2003; ESCOREL, s/d).

Para Walzer (apud SCHÜTZ, 2003), o mercado continua sendo o principal rival da esfera da necessidade, mas o autor também se preocupa com a existência de interesses políticos, burocráticos e corporativos a respeito da organização e administração dos recursos da previdência e do bem-estar.

Em função dessas ameaças de interferências entre esferas, a questão da participação da cidadania passa a ser de fundamental importância: “a participação ativa dos cidadãos nas questões relativas ao bem-estar se propõe a evitar o predomínio do poder político na esfera da necessidade” (WALZER, 2001, p. 105 apud SCHÜTZ, 2003).

Referências

ABREU, M. Alimentação escolar na América Latina: programas universais ou focalizados. *Em Aberto*, Brasília, v. 67, n. 15, p. 21-32, jul.-set./1995.

CARDOSO, R. Sustentabilidade, o desafio das políticas sociais no século 21. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 42-48, 2004.

SCOREL, S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>> Acesso em: jan./2012.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41.

KERSTENETZKY, C. L. Políticas Sociais: focalização ou universalização? *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 564-574, out.-dez./2006.

LARIÚ, C. I. A política social que queremos: um embate entre universalismo e focalização. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 55, n. 4, p. 71-75, out.-dez./2004.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington: v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO-JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, maio-ago./2005.

MEDEIROS, M. Princípios de Justiça na alocação de recursos para a saúde. Texto para discussão. *Ipea*, Rio de Janeiro, n. 687, dez./1999.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, maio-jun./2004.

PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago./2006.

RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martin Fontes, 1997.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R. Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1945-1953, set./ 2006.

SCHÜTZ, G. E. *Quando o “igual tratamento” acaba em injustiça: um paradoxo bioético das políticas sanitárias universalistas de alocação de recursos*. Dissertação (Mestrado em Direito) – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

SISSON, M. C. Considerações sobre o PSF e a Promoção de Maior Eqüidade na Política de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

VIANA, A. L. d’A.; DAL POZ, M. R. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. *Relatório Final*, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, abril de 1998.

WERNECK VIANNA, M. L. T. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica? *Revista Praia Vermelha – Estudos de Política e Teoria Social*, Rio de Janeiro, n. 18, PPGSS/UFRJ, 2008.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios

Déa Carvalho

Edgar Merchan-Hamann

Márcio Florentino Pereira

Roberto Passos Nogueira

Sérgio Piola

Ximena Pamela Diaz Bermúdez

1 Políticas públicas em saúde e novas relações Estado e Sociedade

O Sistema Único de Saúde (SUS), tal e como o conhecemos hoje, é produto de um grande esforço coletivo de mobilização no País, que culminou com a sua oficialização no ano de 1988, ao ser decretada a nova Constituição Brasileira, que reza que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. A experiência brasileira de edificação do SUS é, sem dúvida, emblemática na construção democrática que o País retomou, no fim da década de 80, no que concerne ao campo da responsabilidade social. Olhando este processo no contexto das relações Estado-sociedade, verifica-se a realização de vigorosas mudanças na estruturação das forças do Estado e na configuração de novas práticas políticas que culminaram com o decreto da nova Carta Constitucional do Brasil, no ano de 1988. Como adverte Vilaça (1993), o Brasil atravessou o século XX, do ponto de vista da política de saúde, por um complexo diferenciado de formas de organização da assistência à saúde. Partiu de modelos “campanhistas” com forte inspiração higienista, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, característico da década de 70, no marco das estratégias de desenvolvimento, culminando no modelo neoliberal que se confronta com o projeto da Reforma Sanitária, no final da década de 80.

Em consonância com o pensamento político moderno, o papel do Estado está estreitamente vinculado à arte de governar, onde a relação

Estado-sociedade cobra uma relevância difícil de ser ignorada pela política e pelos que fazem governo. Os processos de reforma de Estado e de readequação das políticas públicas são elementos basilares na construção democrática da sociedade brasileira, sendo a saúde um dos seus aspectos nodulares, não apenas pela premência que demanda, ou deveria demandar, a saúde da população na agenda de governo, mas, fundamentalmente, pela tradição de luta do setor saúde e seu engajamento na democratização do país.

Os antecedentes do SUS remetem a um cenário epidemiológico e de estrutura sanitária, caracterizada pela falta de cobertura e limitações do modelo vigente, relacionados com os grandes problemas de desenvolvimento e dívida social que o País acumulava. Nessa perspectiva, o SUS promove uma transição de um modelo assistencial, vertical, centrado na doença, baseado na prestação de serviços de saúde individual e notadamente curativo, para um modelo completamente novo quanto à lógica de sua organização e dos valores que o constituem.

O Sistema Único de Saúde nasce trazendo um novo conceito do processo saúde-doença e abriga os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade para o conjunto das ações em saúde que abrangem um ciclo completo e integrado entre a promoção à saúde, a proteção e a recuperação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Os princípios organizativos do sistema são a regionalização, a hierarquização (níveis de complexidade crescente em termos da tecnologia e das modalidades de assistência), a resolubilidade, a descentralização (redistribuição de responsabilidades nas diversas esferas de governo), levando ao fortalecimento da municipalização e à participação social, que significam a representação das pessoas no controle social e na formulação de políticas públicas por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que constituem instâncias deliberativas e de pactuação social. A gestão participativa é, portanto, elemento central na orientação da gestão das políticas e inclusão dos setores organizados da sociedade. Notável exemplo desse processo de compromisso com a discussão dos grandes problemas de saúde do País é constituído pelas Conferências Nacionais de Saúde (Ministério da Saúde 1990 e 1991). De eventos burocráticos desde sua criação nos anos 40, transformaram-se, a partir dos anos 80, em um verdadeiro fórum de debate entre a sociedade civil e os organismos de Estado para a questão da saúde. Destacada menção merecem a VIII e a IX Conferências pelas suas respectivas repercussões na instauração

do regime democrático e pela guinada social e política que implicou a conceituação doutrinária da saúde como direito civil, ou seja, como dever do Estado e como uma conquista da cidadania.

O Movimento da Reforma Sanitária, desenvolvido nos finais da década de 80, contou com a participação dos movimentos sociais, da mídia e, de forma mais ampla, com o empenho de diversas forças organizadas da sociedade civil, tais como: sindicatos, associações de classe, intelectuais e profissionais de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária sintetizou as aspirações de um projeto nacional democrático e de uma nova ordem institucional ancorados no respeito à vida e no direito à igualdade.

Entretanto, para sua correta compreensão, o SUS precisa ser enfocado como um processo em construção, que demanda enormes esforços do Estado e das forças da sociedade civil.

Nestas duas décadas, observam-se contundentes avanços do SUS. Destacam, por exemplo, a institucionalização e sistematização da participação social, atribuição de responsabilidades mais específicas nos processos de descentralização por meio da efetivação das Normas Operacionais Básicas do SUS, que constituem ferramentas de operacionalização e de regulação do sistema. Crescente autonomia dos municípios na gestão financeira do SUS por meio da transferência de recursos fundo a fundo, mecanismos de planejamento, gestão e avaliação do sistema nos três níveis de governo (LUCHESSI, 2003).

De outro lado, como alguns autores vêm apontando, deve ser reconhecida a necessidade de olhar para o SUS criticamente na perspectiva de encontrar caminhos para ir ao encontro de seus grandes desafios, tais como a assimetria social criada a partir das grandes diferenças na oferta de serviços, as desigualdades regionais da capacidade instalada, as limitações nos processos sistemáticos de qualificação de recursos humanos e de educação permanente em saúde, o fortalecimento do desenvolvimento científico e tecnológico em todas as áreas, incluindo medicamentos, a qualificação da participação social, a definição de prioridades baseada em critérios epidemiológicos, e a garantia de mecanismos de financiamento que permitam minimizar a crescente exclusão social e promover o acesso efetivamente universal à saúde (LUCHESSI, 2003; CAMPOS, 1992; NORONHA; SOARES, 2001).

Portanto, percebe-se que o SUS apresenta um dinamismo relacional em permanente tensão entre os direitos e deveres do indivíduo e as atribuições do Estado. No bojo do sistema se configuram relações sociais

e políticas que expressam o conflito de interesses e as assimetrias sociais vigentes no Brasil. O SUS é uma arena onde tem lugar as complexas relações Estado-sociedade e onde contracenam os projetos de sociedade e de nação que vigoram nas diversas forças sociais nele presentes. Os grandes interesses privados que permeiam a área da saúde, notadamente o complexo médico industrial hospitalar, a indústria de medicamentos, os serviços e seguros privados de saúde, entre outros, são também setores socialmente articulados e se contrapõem à corrente estatizante e universalista do Sistema Único de Saúde.

Segundo alguns autores, assim como Luz (1994), os interesses conflitantes no campo da saúde são manifestados tanto no nível macroanalítico do poder, buscando a ocupação de espaços políticos e econômicos nos organismos representantes do Estado como Congresso Nacional, e nos órgãos do executivo envolvidos na questão saúde, bem como no nível institucional e nas organizações destinadas aos cuidados da saúde. Muito embora a análise dessa autora focalize a década de 80, continuam válidas as contradições por ela apontadas e o jogo de interesses políticos. Afinal de contas, apesar das relevantes conquistas do campo da saúde nos últimos anos, também os grandes interesses econômicos do setor privado têm-se fortalecido. É nesse sentido que as políticas sociais requerem uma coerente articulação social dos diversos atores sociais envolvidos. Somente assim poderão ser prósperas no desenho de respostas afirmativas, inclusivas e solidárias para os desafios da saúde do ponto de vista do exercício dos direitos civis, da cidadania, e do controle social. Não custa reafirmar que cabe ao Estado a produção e a regulação das políticas sociais. É o que prevê o artigo 2 da Lei n. 8.080/1990, que diz que “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.

2 Evolução e regulação do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é componente do sistema da seguridade social brasileira. De acordo com seus fundamentos legais, estabelecidos na Constituição de 1988, em seu Título VII, denominado “Da Ordem Social”, traz em seu Capítulo II que a Seguridade Social constitui “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes

Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O sistema de seguridade social, na sua origem, exhibe um propósito fundamental que é o de desvincular o usufruto de muitos de seus benefícios e serviços em relação à obrigatoriedade da contribuição individual. O intento de criar um sistema de caráter universalista e democrático, sob gestão do Poder Público, transparece nos princípios que o legislador constituinte definiu para a implementação de nossa seguridade social, quais sejam, os que estão declarados no artigo 194:

- I. universalidade da cobertura e do atendimento;
- II. uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III. seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV. irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V. equidade na forma de participação no custeio;
- VI. diversidade da base de financiamento;
- VII. caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (CF, 1988).

A base de financiamento da seguridade social inclui as tradicionais contribuições de empregados e empregadores, como também fontes que dependem de contribuições específicas para o sistema (como a COFINS, a CSLL e a CPMF) e das arrecadações fiscais, geradas de maneira direta ou indireta por toda a sociedade, através dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Com esse modelo, consubstanciado na Constituição de 1988, foi deixado para trás o período histórico em que para ser atendido por uma unidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (o antigo INAMPS), o cidadão tinha que apresentar sua carteira de trabalho, comprovando que individualmente contribuía mensalmente para a previdência. A ênfase nos princípios de equidade, amplitude de cobertura e participação democrática estava em consonância com as demandas então apresentadas por diversos movimentos que se

organizavam em torno da noção de cidadania, englobando tanto a dimensão de direitos políticos quanto a dimensão dos direitos sociais. Tais demandas tinham em vista objetivos concretos de proteção social a serem alcançados, entre eles:

- assegurar cobertura para segmentos populacionais desprotegidos;
- estabelecer mecanismos claros e permanentes de financiamento;
- eliminar ou diminuir as diferenças entre trabalhadores rurais e urbanos, no que tange aos tipos e valores dos benefícios;
- descentralizar a gestão da saúde e da assistência;
- criar mecanismos de participação da sociedade civil (“controle social”) na formulação e no acompanhamento das políticas.

Como apontado anteriormente, a contribuição dada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que já, na Conferência Nacional de Saúde de 1986, havia proposto a unificação do sistema de saúde e a universalização dos seus serviços, em bases descentralizadas, com a fusão do Ministério da Saúde com o antigo INAMPS, estabelece as premissas organizacionais do SUS. Como resultado político-institucional, o SUS, em suas origens históricas na década de 1980, foi concebido como um sistema sob comando do Poder Público e envolvendo unidades públicas de prestação de ações e serviços de saúde. Contudo, o caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. A Constituição deixou claro, no artigo 199, que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e que a participação privada no SUS pode ser realizada de forma complementar, “mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

A Lei Orgânica do SUS (art. 24), por sua vez, estabeleceu que a participação complementar por parte da iniciativa privada é necessária em face de situações de insuficiência da capacidade instalada do setor público em determinadas áreas geográficas: “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”. Pode-se afirmar que o motivo original que justifica a inclusão da iniciativa privada no SUS é a possibilidade de o Poder Público oferecer, na vastidão e diversidade do território nacional, uma mais completa cobertura assistencial da população, atuando através de intermediários.

Com efeito, a participação privada ajuda a aumentar significativamente a capacidade de prestação de serviços por parte do SUS. Uma razão importante para isso é que o setor privado desfruta de grande capacidade instalada para a realização de serviços de saúde, especialmente em hospitais.

A dimensão da capacidade instalada para internações do setor privado, utilizável por pacientes do SUS, comparada com a do setor público, pode ser avaliada pela tabela apresentada abaixo.

Leitos disponíveis ao SUS em Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2005

LEITOS	PÚBLICO				PRIVADO			TOTAL GERAL
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Fins lucrativos	Sem fins lucrativos	Total	
NÚMERO	13.535	58.806	68.923	131.264	68.110	124.164	192.274	333.538
%	4,1	17,6	20,7	42,4	20,4	37,2	57,6	100

Verifica-se que o setor privado proporciona nada menos que 57,6% do total de leitos que podem ser usados por pacientes do SUS. O segmento privado sem fins lucrativos contribui com 37,2% do total de leitos, enquanto o segmento com fins lucrativos tem uma participação bem menor, 20,4%. Tal proporção parece corresponder à diretriz de que o gestor do SUS deve priorizar, sempre que possível, a parceria com instituições não-lucrativas.

No SUS, as relações com as unidades públicas e privadas de saúde estão debaixo do comando do Poder Público, que é único em cada esfera de governo. A ideia de um sistema único de saúde prende-se não ao fato de que todos os prestadores de serviços devam ter uma mesma natureza jurídica, mas, sim, ao preceito de que existe uma gestão unificada do conjunto dos serviços que se realiza através do Poder Público. Portanto, o SUS é único na medida em que, devido a

seu comando único nos diversos níveis de governo, é capaz de pôr em ação políticas de saúde e de gestão que preservam o interesse público.

Dois aspectos fundamentais, que simultaneamente dirigiram e viabilizaram o processo de reforma que deu origem ao SUS, foram:

- o fortalecimento da participação social na gestão do sistema, nas três instâncias de governo, através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde;
- o estabelecimento do exercício da direção do Sistema Único de Saúde por um único órgão central em cada esfera – Ministério da Saúde, no plano federal, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nos Estados e Municípios, respectivamente.

Essa medida mostrou-se crítica para que pudessem ser implementados os demais princípios orientadores do novo sistema, inviáveis caso persistisse a lógica de múltiplas redes públicas de atendimento – separadas, não integradas e não complementares –, como era regra até então. Assim, cada uma das instâncias gestoras passou a apresentar atribuições mais bem definidas, conforme o disposto na lei orgânica que define o Sistema Único de Saúde. Segundo esse documento legal, compete:

- ao nível federal: a formulação da política nacional de saúde; a regulação nacional do Sistema Único de Saúde; a elaboração de normas técnicas, o financiamento e cooperação técnica com estados e municípios; a regulação da relação público-privado; regulação de padrões e registro de produtos destinados à assistência médico-hospitalar e de bens de consumo que se relacionam com a saúde; coordenação nacional do sistema de informações, o acompanhamento e avaliação das tendências da situação sanitária nacional e do desempenho do sistema nacional de saúde; apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e ao de recursos humanos; regulação de aspectos éticos de pesquisas e articulação intersetorial no plano federal;
- à gestão estadual: a formulação da política estadual de saúde; o planejamento, a coordenação e o estabelecimento de modelos de atenção à saúde; a supervisão, financiamento e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde; a execução de serviços especializados e a responsabilidade pelo desenvolvimento de recursos humanos;

- ao nível municipal: a formulação da política local, o planejamento, contratação (quando for o caso), avaliação e controle dos estabelecimentos de saúde e a execução direta dos serviços.

A associação do peculiar arranjo federativo brasileiro – em que União, Estados e Municípios são entes federativos politicamente autônomos e sem vinculação hierárquica – às reordenações impostas por essas atribuições, passaram a implicar discussões, acordos e ajustes contínuos entre as três esferas de governo. Foi assim estabelecida uma câmara de negociação com representação dos órgãos gestores das três esferas de governo, formalizada em 1993 como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ela passou a ser responsável pela definição das normas relativas às relações entre as esferas de governo e aos instrumentos para a sua operacionalização, especialmente no que se refere aos aspectos da organização do sistema de saúde e critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs), de 1991, 1992, 1993 e 1996, publicadas em portarias de responsabilidade do Ministério da Saúde, foram instrumentos fundamentais no relativo à estruturação e ao fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos órgãos gestores nas três esferas, para o exercício das suas novas atribuições. Elas estabeleceram critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais como indutores da reorganização do sistema, atuando como redefinidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia/capacidade gestora de cada Estado e município.

As NOBs de 1991 e 1992, bastante assemelhadas entre si, inauguraram a metodologia de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Isso foi feito através de cláusulas que condicionavam a descentralização da gestão de estabelecimentos e os valores a serem transferidos, ao aferimento, ainda que cartorial, da criação de planos, fundos e conselhos de saúde, entre outros. Por sua vez, a formulação da NOB SUS 01/93 foi marcada pelo avanço da municipalização e do crescente envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde, e nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi “Sistema Único de Saúde: a

municipalização é o caminho”. Nessa norma, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por gestores do âmbito federal, estadual e municipal, foi citada pela primeira vez como uma entidade formal do SUS, e foi determinada a criação das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) no âmbito de todos os Estados (compostas por gestores representantes do Estado e dos municípios). Durante a vigência dessas três NOBs, foi ocorrendo de fato a estruturação das secretarias de saúde e a inclusão de novos protagonistas – gestores e conselheiros – na definição das políticas de saúde.

Por outro lado, a NOB SUS 01 de 1996, modificada por múltiplas portarias setoriais do Ministério da Saúde, contemplou importantes objetivos, destacando-se:

- o resgate do conceito mais amplo de saúde, envolvendo todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde;
- a definição de atribuições mais claras para os estados e previsão de financiamento para sua execução;
- o fortalecimento da CIT e das CIBs, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores, e criação de instrumentos para uma gestão mais compartilhada através da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- o aprimoramento da organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria.

Ela criou também a figura da “gestão plena do sistema”, que conferia total autonomia a estados e municípios no gerenciamento do sistema de saúde como um todo, em seu território, aí incluída a prestação de serviços médico-assistenciais.

Como um desdobramento da NOB/96, em 1999, as unidades assistenciais da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e os recursos federais destinados à epidemiologia e ao controle das doenças infecciosas e parasitárias foram também descentralizados. Diferentemente do ocorrido na assistência à saúde, um processo de estruturação das áreas de vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais e municipais de saúde foi ativamente implementado pelo Governo Federal antes mesmo da publicação da portaria, através do Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde no SUS (VIGISUS). Ao fim do ano 2000, todas as secretarias estaduais de saúde e muitas de municípios de médio e grande porte estavam certificadas para essa função.

Com o aprofundamento da descentralização do sistema de saúde e a insuficiência de recursos financeiros, uma constante na história do SUS, novos problemas passaram a ser identificados, em particular aqueles relacionados a políticas adotadas por municípios de maior porte, de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos, com redes assistenciais menos resolutivas. Assim, as duas Normas Operacionais subsequentes, de 2001 e de 2002, mantiveram os mecanismos de alocação de recursos, enfatizando as questões relacionadas à garantia de acesso de toda a população, através da implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços e da definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso. Mudaram também os critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridos. As Normas Operacionais (NOB e NOAS) tiveram em comum a característica de estabelecerem regras estruturantes, cujo cumprimento dificilmente poderia ocorrer de imediato ou mesmo no curto prazo em todo o território nacional.

Em 2004, houve um consenso entre os gestores das três esferas de governo de que essa fórmula para a indução de mudanças estava esgotada e era o momento de inovar. Foi assim concebido um “pacto de gestão” entre as instâncias, pelo qual se busca respeitar as diferenças regionais, devendo haver uma avaliação dos resultados obtidos. Finalmente, em 2006, foi publicado o novo “Pacto pela Saúde”, que se trata, na verdade, da somatória de três outros, quais sejam, o “Pacto pela Vida”, o “Pacto pelo SUS” e o “Pacto de Gestão”. O primeiro define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional, cabendo a cada CIB a sua adaptação – com possibilidades de inclusões, alterações e exclusões – às condições locais, visando reforçar o movimento da gestão pública por resultados. O segundo é a reafirmação do SUS como uma política de Estado, dos princípios que o norteiam desde sua origem – a universalidade, a integralidade e a equidade – do compromisso de todos com o seu financiamento e do propósito de reinclusão desses temas na pauta política. O terceiro pode ser visto como o mais próximo das antigas Normas por tratar dos mesmos temas e incorporar muitos dos conceitos nelas formulados, mas com uma abordagem bastante diferente. Como principais mudanças, podem ser citadas:

- o desaparecimento da figura da “habilitação” de municípios e Estados a alguma condição de gestão;
- o deslocamento do estabelecimento de critérios e regras do nível federal para as CIB em cada estado;

- o foco é dado aos acordos relativos a diretrizes e processos essenciais ao funcionamento do sistema, enfatizando a responsabilidade e as atribuições das diferentes instâncias governamentais com amplas possibilidades de adequação às especificidades regionais, sem exigência explícita de cobrança de quaisquer requisitos de estrutura, de aferimento cartorial.

3 Avanços e desafios da política de saúde em períodos de Globalização

Observou-se até aqui que o Sistema Único de Saúde, enquanto política pública, constitui um marco ou linha de orientação para a ação pública, sob a responsabilidade de uma autoridade pública sob o controle democrático da sociedade. Visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e previstos nas leis. Ou, em outros termos, os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes ao tema do direito, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços (PEREIRA; PEREIRA, 2006).

O SUS, portanto, como expressão do público deve guiar-se pelo princípio do interesse comum e da soberania popular e não do interesse particular e da soberania dos governantes, visa à satisfação das necessidades sociais e não da rentabilidade econômica privada.

Baseado nestes pressupostos e num arcabouço legal definido desde o final da década de 80, o processo de construção da política pública de saúde tem se apresentado de forma contraditória, mostrando caminhos e alternativas, bem como enfrentando desafios.

O SUS, com os avanços alcançados, tem se mostrado como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com a proposta de cobertura universal e integral para mais de 80% da população que não é assistida por planos privados de saúde. Como uma política nacional descentralizada, fortaleceu o papel e a autonomia dos níveis locais, ampliando as possibilidades de controle democrático das ações e serviços oferecidos numa rede de 63.662 Unidades Ambulatoriais e 5.864 Unidades Hospitalares, com um total de 441.591 leitos,

responsáveis por mais de 900 mil internações por mês, perfazendo um total de 12 milhões de internações/ano. Com uma estratégia de atenção básica, realizou mais de um bilhão de procedimentos ambulatoriais e outro um bilhão de procedimentos especializados, com uma cobertura de 97% em algumas áreas como hemodiálise e a realização de doze mil transplantes, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de transplante de órgão do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A possibilidade do controle democrático por parte da sociedade ficou assegurada na constituição dos conselhos gestores que ampliaram os mecanismos de democracia participativa semidireta. Com uma participação paritária na sua composição entre sociedade civil e representantes do governo e prestadores, estão presentes hoje na área de saúde em mais de 5.537 conselhos municipais, implicando na existência de cerca de 86.414 conselheiros municipais que, supostamente, devem atuar na elaboração e fiscalização das ações e serviços de saúde (CORREIA, 2005).

São ideias, ações e realizações que estão na contramão da globalização e da hegemonia das ideias neoliberais que nos remetem a redefinição do papel do Estado em relação à sociedade e ao mercado. As necessidades de financiamento e gestão da política de saúde são desafios colocados neste contexto. A reestruturação do Estado retira direitos sociais, compromete os princípios de justiça social e reduz o seu papel, comprometendo as diretrizes que orientam a consolidação do SUS.

Portanto, uma agenda de discussão para o SUS deve necessariamente recolocar a perspectiva de retomada da proteção social com modelos de desenvolvimento democráticos e participativos que reduzam as desigualdades sociais.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro, 1990a.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro, 1990b.

_____. Lei Orgânica da Saúde, Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: MUNICIPALIZAÇÃO É O CAMINHO, 9. *Relatório Final*. Brasília, DF, 1992.

_____. Ministério da Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. GED. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM / MS n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS/96 – Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, 1999a. Disponível em: www.senado.gov.br/legbras. Acesso em: 16 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM, n. 95 de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002*, Portaria MS/GM n. 373, de 27/02/02.

_____. Ministério da Saúde. Seminário Nacional de Políticas Públicas de Saúde. *Relatório Final*. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. *Resultado do Processo Avaliativo 2004-2006*. Brasília: 2006. Mimeografado. Disponível em: http://pnass.datasus.gov.br/documentos/relatorio_pnass_impressao.pdf. Acesso em: 4 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399/2006. Estabelece as diretrizes do Pacto pela Saúde, Brasília, 2006.

CAMPOS DE SOUZA, G. W. *Reforma da Reforma, repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE / CONASS. *SUS: Avanços e Desafios*. Brasília: CONASS, 2006. 164p. Disponível em: www.conass.org.br. Acesso em: 4 jun. 2008.

_____. *Avanços e Desafios*. Brasília: CONASS, 2006. 164 p. Disponível em: www.conass.org.br. Acesso em: 4 jun. 2008.

_____. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: CONASS, 2003, 244 p. Disponível em: www.conass.org.br (na opção “Publicações”). Acesso em: 4 jun. 2008.

CORREIA, M. V. C. *Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS – FBH. *Pesquisa sobre o perfil do endividamento dos hospitais do Brasil*, 2000. Disponível em: www.fbh.com.br. Acesso em: 4 jun. de 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA / IPEA. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. IPEA, 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUCCHESI, T. R. P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de Oitenta. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil*, anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará ABRASCO, 1994. p. 131-154.

NORONHA, J. C., SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

PEREIRA, P. A. A. Política Social no Contexto da Política Pública, da Cidadania e da relação entre Estado e Sociedade. *Política Social e Desenvolvimento Urbano*. Curso de Especialização à Distância. Brasília, 2006.

RONSINI, M. J. *Santas Casas de Misericórdia... Você precisa saber mais sobre elas*. Informativo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba. Disponível em: www.cmb.org.br/informativos.htm. 2005. Acesso em: 4 jun. 2008. (Site da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB).

ROSÁRIO, C. N. do; MENDES, R. J. *Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social*. Rio de Janeiro, jul. 2004. Mimeografado.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

UGA et al. Decentralization and resource allocation in the Brazilian National Health System. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003. (Sistema Único de Saúde – SUS).

VILAÇA M. E. *Distrito Sanitário*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

Financiamento público da saúde: algumas questões

Sérgio Francisco Piola¹

Este texto aborda temas relacionados ao financiamento dos serviços de saúde no Brasil. Na primeira parte, discutem-se características do financiamento público, como sua baixa participação no gasto total vis-à-vis, sistemas de cobertura universal e os subsídios diretos e indiretos ao gasto privado. São analisadas as dificuldades do Sistema Único de Saúde (SUS) em dispor de recursos minimamente compatíveis com suas necessidades e os resultados e frustrações com Emenda Constitucional n. 29. Na segunda parte, ao se tratar, ainda que de forma sumária, dos conceitos de reserva do possível, mínimo existencial e da proibição do retrocesso social, reforça-se a questão da escassez de recursos *versus* necessidades quase infinitas e a importância de se ter mecanismos democráticos e reconhecidos pela sociedade para incorporação de novas tecnologias, mesmo que isso não venha extinguir a celeuma em torno das condições de implementação efetiva do direito à saúde.

Introdução

No Brasil, os serviços de saúde são financiados com recursos do governo, das empresas e das famílias. O sistema de saúde brasileiro é pluralista também em termos institucionais² e de formas organizativas da atenção à saúde. Essa pluralidade reflete-se nas diferentes formas de provisão de serviços: (i) o SUS, de acesso universal, financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos,

1 Médico Sanitarista, consultor do IPEA e pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

2 Sua estrutura é composta por entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos).

civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários e (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto, mediante pagamento no ato (RIBEIRO et al., 2005).

Em quase todos os países, o setor público tem participação significativa no financiamento da saúde, principalmente nos países cujos sistemas prestam cobertura universal. O grau de cobertura, o leque de serviços e, principalmente, a tecnologia incorporada são, do lado da oferta, importantes determinantes do nível de gastos com os sistemas de saúde. O Brasil tem um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,4% do PIB (IBGE, 2009; WHO, 2010). Esse percentual é baixo quando comparado com o observado, por exemplo, nos Estados Unidos (15,7%), mas é bastante próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%), Canadá (10,1%) e Austrália (8,9%), que possuem sistemas universais (WHO 2010).

Nos países desenvolvidos, tomando como exemplo os países da OCDE, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema representa, em média, 70% do gasto total, variando de 67,5% (Austrália) a 84,1% (Noruega). Os Estados Unidos são uma exceção importante a essa regra por terem um gasto público inferior a 50% do total (WHO, 2010). No Brasil, com base em dados de 2007, o gasto público é inferior 3,5% do PIB e, de acordo com estimativas apresentadas na Conta-Satélite de Saúde (IBGE, 2009), a participação das fontes públicas nos gastos totais com saúde foi 42% em 2007, sendo, possivelmente, o único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público³. Ou seja, o gasto público é insuficiente para o financiamento de um sistema público de natureza universal e de atendimento integral.

Outra característica do Brasil é que o financiamento público estende-se a todos os segmentos do sistema de saúde brasileiro anteriormente referidos: em alguns, de forma mais direta e preponderante; em outros, de forma indireta e mais parcial, por meio de renúncias fiscais, que incluem as isenções concedidas às instituições

3 O gasto público estimado na Conta-Satélite ainda não inclui algumas despesas com assistência médica dos servidores civis dos três níveis de governo, com exceção do realizado pelo Ministério da Saúde (MS); com os serviços de saúde dos hospitais universitários públicos estadual e municipal e com as “despesas de órgãos vinculados às secretarias de segurança pública e defesa civil (como as redes do sistema penitenciário, de órgãos de defesa civil e de órgãos policiais civil e militar)” (IBGE, 2009).

sem fins lucrativos, as deduções no imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos.

Em 2008, a renúncia de arrecadação foi de mais de R\$ 10,5 bilhões⁴. Destes, R\$ 5,16 bilhões são referentes a isenções concedidas a Entidades não Lucrativas e a desoneração tributária de medicamentos e produtos químico farmacêuticos e R\$ 5,4 bilhões são de benefícios concedidos por meio do Imposto de Renda (IR) a pessoas físicas e jurídicas que deduziram despesas com saúde da base de cálculo do imposto de renda (SRF, 2009).

O montante de R\$ 5,4 bilhões representa menos de 5% do gasto do SUS em 2008, que foi de aproximadamente R\$ 109 bilhões. Contudo, mais do que o valor, o que deve ser discutido é a questão de prioridade e de justiça distributiva no financiamento público da saúde⁵. Esse benefício é restrito às pessoas que têm despesas de saúde dedutíveis na declaração de imposto de renda e seguramente, até pelas regras da Receita Federal, não são aquelas de menores rendimentos. Por outro lado, as deduções permitidas aos empregadores, que contratam planos de saúde para seus empregados e dependentes, são uma forma de incentivar o consumo privado desses serviços.

Outra forma de subsídio público indireto à atividade privada ocorre quando o SUS atende a pacientes que são usuários de planos e seguros de saúde e não é ressarcido pelos serviços prestados, conforme previsto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entre setembro de 1999 e junho de 2006, foram identificados 992.110 atendimentos hospitalares do SUS prestados aos beneficiários de planos e seguros de saúde⁶. O valor desses atendimentos superou R\$ 1,4 bilhão. Contudo, quase 73% dos atendimentos

4 Neste artigo, é criticada apenas a renúncia fiscal decorrente da dedução de despesas médicas na base cálculo para o imposto de renda, por ter implicações negativas mais visíveis sob o aspecto redistributivo.

5 Sobre esta questão ver PIOLA S. F. et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M. e RIBEIRO, J. A. C. *Tributação e equidade no Brasil* – um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009. Brasília: Ipea, 210. 514p e ANDREAZZI, M.; OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

6 Observe-se que este registro de procedimentos com vistas ao ressarcimento envolve, até o momento, apenas as internações hospitalares. Não estão incluídos atendimentos ambulatoriais.

identificados tiveram seu pedido de ressarcimento impugnado pelas operadoras. Dos considerados passíveis de ressarcimento (473.540 atendimentos), apenas 76.675, no valor de R\$ 97,3 milhões, tinham sido efetivamente ressarcidos. Os demais valores estavam pendentes de decisões administrativas ou judiciais (ANS, 2009). Dificuldades administrativas, como a falta de identificação do usuário na maioria dos procedimentos realizados pelo SUS, impedem a ANS de incluir no ressarcimento os demais tipos de atendimento.

Uma das alegações utilizadas para não ressarcir o SUS tem sido a garantia constitucional de acesso aos serviços públicos de saúde por todos os brasileiros. Contudo, o STF já se demonstrou favorável ao ressarcimento com base no princípio do enriquecimento sem causa, de acordo com parecer do Ministro Carlos M. S. Velloso. Ademais, existem outros conceitos jurídicos que, segundo outros autores, poderiam embasar a propriedade do ressarcimento ao SUS como o da aplicação do princípio de reintegração de externalidades e da solidariedade, muito utilizados na área de meio ambiente (TIBÚRCIO, 2011).

1 Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição de 1988, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela seria financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de contribuições sociais. No âmbito do Governo Federal, os recursos seriam divididos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Essa lei deveria definir, a cada ano, qual seria o percentual destinado à saúde.

Segundo Vianna (1992), o percentual de 30% não foi cumprido em 1990 e 1991. Em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram

de ser utilizadas para o financiamento da saúde⁷. Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da saúde (MENDES; MARQUES, 2009). A perda dos recursos que vinham da Previdência Social, associada à política de ajuste fiscal promovida pelo Governo Federal no ano de 1994 (UGÁ; MARQUES, 2005), fez o Ministério da Saúde buscar empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e iniciar penoso processo no Congresso Nacional para aprovar um tributo adicional, vinculado à saúde e posteriormente também à previdência social: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) (Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996), que passou a vigorar em 23 de janeiro de 1997 e que foi renovada sucessivamente até ser extinta em dezembro de 2007. A CPMF, no seu período de vigência, foi uma das principais fontes de financiamento federal da saúde. No período entre 1997 a 2007, a CPMF foi responsável, em média, por 1/3 do total dos recursos do Ministério da Saúde (SERVO et al., 2011). O seu caráter provisório, no entanto, levou à busca de solução mais abrangente e definitiva para o financiamento do SUS. Desta forma, propostas de vinculação começaram a tramitar no Congresso Nacional, algumas delas anteriores à própria criação da CPMF, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A. Essa proposta, encaminhada em 1993, foi sendo alterada e aglutinada a outras iniciativas de lei, o que redundou, em 2000, na aprovação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29).

A EC 29 assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos. No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita própria ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação⁸.

7 No início dos anos 1990, a Contribuição sobre Folha de Salário, então recolhida pelo Ministério da Previdência, representava quase um terço das fontes de financiamento do Ministério da Saúde.

8 Para ver como está definida constitucionalmente a participação mínima das esferas de governo no financiamento de ações e serviços públicos de saúde (SUS), veja CF, Art. 198, 2o §, Incisos I, II e III.

1.1 Evolução do gasto público total – Efeitos da Emenda Constitucional 29

A EC 29 teve impactos diferenciados em cada ente da Federação. Foi mais bem-sucedida na elevação da participação de estados e municípios no financiamento do SUS. Em 2000, quando começou sua vigência, a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Em 2010, essa participação situou-se em cerca de 45%. Em contrapartida, nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 26,7%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 28,6%, de acordo com os dados do SIOPS.

Com a EC 29, o gasto público com saúde saiu de R\$ 64,8 bilhões, em 2000, para R\$ 138,7 bilhões, em 2010, em termos reais. Como desdobramento, o gasto per capita das três esferas com o SUS passou de R\$ 378,27, em 2000, para R\$ 717,70, em 2010, apresentando crescimento real de 89,73% no período. Em relação ao PIB, o gasto do SUS passou de 2,89%, em 2000, para 3,77%, em 2010. A primeira vista, o incremento nos gastos públicos foi bastante significativo, mas, apesar de todo o esforço, o crescimento representou uma elevação de menos de 1 (um) ponto percentual do PIB, e o gasto per capita do SUS continua sendo mais de duas vezes inferior à disponibilidade per capita de recursos do segmentos de planos e seguros privados de saúde⁹.

De qualquer forma, o aporte de recursos para o SUS poderia ter sido ainda maior caso a União e os estados cumprissem a EC 29 de acordo com os critérios da Resolução 322 do CNS. O Governo Federal e os governos estaduais têm utilizado diversos expedientes para aplicar menos do que o previsto na Emenda¹⁰. Estudo apresentado à Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS, 2011) e documento do Ministério Público Federal (2009), seguindo a Resolução n. 322 do CNS, demonstram que, em determinados anos, a União e parte dos estados e municípios não teriam aplicado o mínimo exigido pela EC 29. No caso dos estados, as análises de balanço feitas pela equipe do SIOPS têm indicado que, em média, a aplicação alcançou 9,6% da receita vinculada, quando deveria ser no mínimo de 12%.

9 Em 2010 a receita per capita das Operadoras de planos e seguros de saúde foi de R\$ 1.594,00/ano, enquanto a estimativa de gastos do SUS foi de R\$ 717,70 por habitante.

10 A discussão dessa questão já foi feita à exaustão por vários autores como Ipea (2007 e 2009), Ribeiro, Piola e Servo (2005), SIOPS (2010), entre outros. Apesar de o Conselho Nacional de Saúde ter publicado, como dito, a Resolução 322, tentando normatizar o que se entende por ações e serviços públicos de saúde, ainda permaneceram controversas diversas questões.

A estimativa de déficit de aplicação dos Estados – quando os valores empenhados em ações e serviços públicos de saúde (SUS) não alcançam os 12% da receita desses entes da federação – atingiu cerca de R\$ 6 bilhões no período 2004 a 2008, com base nos dados declarados ao SIOPS (antes da verificação baseada na análise dos balanços). Depois da análise, para ver se as aplicações estão de acordo com o estabelecido na Resolução 322 do CNS, o déficit sobe para R\$ 16 bilhões no período.

Da mesma forma, conforme demonstra análise realizada por subgrupo da Câmara Técnica do SIOPS (SIOPS, 2011), nem sempre o Ministério da Saúde teria cumprido a Emenda 29, no período 2000 a 2008, o déficit de aplicação teria sido de R\$ 3,08 bilhões. Existiriam ainda problemas com restos a pagar cancelados, estimados em R\$ 2,6 bilhões entre 2000 e 2008 e a inclusão de gastos com assistência médica a servidores – mais de R\$ 1,0 bilhão no mesmo período. Muitos desses problemas, é verdade, devem ser suprimidos com a Lei Regulamentadora da EC 29, aprovada no final de 2011¹¹.

Desde 2003 foram apresentados diversos projetos de lei de regulamentação da EC 29. Além da definição do que deve ser considerado ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento da Emenda, o que, por si só, já pode trazer mais recursos para o SUS, nas propostas que tramitaram pelo Legislativo, também se buscava aumentar o montante de recursos federais para o SUS. Com esse objetivo, propostas foram apresentadas vinculando o mínimo a ser aplicado pela União a um percentual da receita corrente bruta (RCB) ou a percentual da receita corrente líquida (RCL). Também foi votada proposta que criava Contribuição Social para a Saúde (CSS), cujos recursos passariam a integrar, adicionalmente, os recursos federais aplicados em saúde, mantendo-se a regra de vinculação baseada na variação nominal do PIB.

Contudo, como se sabe, a regulamentação da EC 29 foi feita sem previsão de recursos adicionais para o SUS, além daqueles decorrentes da definição legal do que pode ser considerado gastos com ações e serviços público de saúde e da elucidação de outros pontos como, por exemplo, do tratamento a ser dado aos restos a pagar cancelados. Desta forma, a luta por um volume maior de recursos

11 Quando este texto foi escrito, a regulamentação da EC 29 estava aguardando sanção da Presidência da República.

para o SUS continuará na agenda política dos defensores do sistema. Porém, toda essa celeuma, que se desenvolve por mais de uma década, seria desnecessária se saúde fosse efetivamente prioridade de Governo. Se fosse, a vinculação de recursos não seria necessária. O que aconteceu com o Governo Federal, até o momento, em relação à sua participação no financiamento do SUS, foi que o piso estipulado passou a ser o teto e a discussão passou a ser se a União estava ou não cumprindo a Emenda, sem um debate mais fundamentado sobre as reais necessidades de recursos para o SUS cumprir os objetivos estabelecidos na Constituição.

2 A Saúde e os princípios do mínimo existencial, reserva do possível e proibição do retrocesso social

No Brasil, o direito à saúde ganhou nova estatura ao transformar-se em mandamento constitucional, conforme reza o artigo 196 da Constituição de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A efetivação desse direito, em situações concretas, geralmente traduzido como direito à assistência à saúde, tem sido objeto, por vezes, de demandas judiciais. Essa nova realidade tornou familiar conceitos como o da reserva do possível, que expressa o entendimento que nem todos os direitos estão sujeitos à tutela imediata. Alguns direitos, como os sociais, por demandarem recursos financeiros para sua efetivação, estariam sujeitos à disponibilidade orçamentária (CANOTILHO, 2003). Para muitos juristas, o princípio da reserva do possível se aplicado sem maiores limitações pode levar a não efetivação de direitos sociais. Em contraponto a essa situação, tem sido defendida a tese de que haveria um núcleo básico de direitos sociais e econômicos vinculados à noção de garantia da dignidade humana, que deveriam ser sempre e de imediato tutelados. Este é o princípio do mínimo existencial. Outro princípio que também tem sido evocado nas discussões sobre a garantia de efetivação dos direitos sociais e, em particular, do direito à saúde é o da proibição do retrocesso social, que exprime a preocupação com

a possibilidade de norma infraconstitucional vir restringir direitos ou comprometer a integralidade do direito estatuído.

O princípio da reserva do possível fundamenta-se na ideia de que os recursos públicos, necessários à efetivação de direitos sociais, não são ilimitados. Aliás, tanto os recursos financeiros, como os recursos humanos e físicos são limitados e, diante dessa situação, muitas vezes, devem ser feitas escolhas.

A ideia da escassez relativa e, em algumas situações, absoluta de recursos e da demanda com elasticidade quase infinita por alguns tipos de bens e serviços é uma discussão familiar ao campo da economia e, em especial, da subárea da economia da saúde. Na verdade, por trás da discussão a respeito da alocação de recursos escassos versus necessidades virtualmente infinitas estão alguns pontos que merecem ser objeto de reflexão mais aprofundada.

O primeiro está referido à leitura equivocada que considera direito à saúde e direito à assistência médica como conceitos unívocos. A assistência médica é um dos determinantes da saúde, nem sempre o mais importante¹². Aliás, a própria Constituição Brasileira espousa esse entendimento mais abrangente da determinação da saúde ao incluir, no artigo 196, que trata do direito à saúde, as políticas sociais, como forma de viabilizar a garantia desse direito, além do acesso aos serviços de saúde propriamente ditos.

O segundo diz respeito aos potentes interesses comerciais e industriais que se estabeleceram na área da assistência à saúde: médicos e outros profissionais, indústria farmacêutica, de medicamentos, pesquisadores e todos aqueles cujos rendimentos dependem da ampliação do campo de intervenção da assistência à saúde. Para esses interesses, o que importa é a maximização do lucro, pouco importando a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Desta forma, a impossibilidade fática de prover tudo o que a medicina tem de mais moderno, mas não necessariamente mais eficaz e efetivo, a todos as pessoas que necessitam de cuidados de saúde cria necessidade de se estabelecerem mecanismos democráticos e transparentes de incorporação de novas tecnologias nos sistemas públicos, sobretudo, naqueles de caráter universal. Newhouse

12 A esse respeito, recomenda-se a leitura de EVANS, R. G; BARER, L. M e MARMOR T. R. *Por qué alguna gente está sana y otra no – los determinantes de la salud de las poblaciones*. Espanha: Ediciones Diaz de Santos S.A., 1996, 411p.

(1992) e Cutler (1995) consideram as mudanças na tecnologia médica como o principal impulsionador dos gastos com saúde, muito mais do que o aumento da renda das populações ou a expansão de sistemas de seguridade social. Nos países em que saúde é direito social e que possuem sistemas com acesso igualitário e universal, deve haver cautela na incorporação de novas tecnologias. Além de eficácia comprovada, a incorporação de novas técnicas e produtos deve passar por avaliações de custo/efetividade. De qualquer forma, deve ficar claro, a avaliação econômica é apenas mais um elemento para a decisão – que deve sempre ser democrática, transparente e bem informada – sobre quando incorporar ou não novas tecnologias ou assumir novos protocolos de atenção.

O conceito de mínimo existencial tem relação com o leque de serviços de saúde a que a população teria direito de forma incontestável, mas é difícil definir de forma genérica qual seria esse mínimo. Existem os que defendem que o mínimo existencial se configuraria em cada caso, mediante comprovação da necessidade, da inexistência de tratamentos alternativos eficientes e da possibilidade do pleiteante de prover com recursos próprios a sua saúde pessoal, não havendo uma regra geral definindo o que seria o mínimo existencial (SALERT, 2008). Seguindo essa interpretação, na saúde, especialmente na assistência médica, o mínimo essencial pode ser o máximo em termos tecnológicos, a depender da situação concreta, principalmente quando estiver em questão a preservação da vida. Fugindo dessa polêmica, o importante tanto para a população como para o sistema público é, como dito anteriormente, ter a lista de ações, serviços e produtos de assistência à saúde a que todos têm direito, além de critérios, aceitos pela sociedade, de como se faz a atualização dessa lista. No ano passado, 2011, o Ministério da Saúde, por meio do Decreto n. 7.508, em seu artigo 20, criou a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Essa relação, ainda em fase de elaboração, definirá todas as ações e serviços do SUS e deverá ser atualizada a cada dois anos. No artigo 20, também é redefinida a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que “compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”, que também deverá ser atualizada a cada dois anos.

Ainda na área da assistência terapêutica foi aprovada a Lei n. 12.401, de 2012. Essa Lei acrescenta ao Título II da Lei n. 8.080 (DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) um capítulo (VIII) que estabelece regramentos para a assistência terapêutica e para a incorporação de tecnologia em saúde. A Lei n. 12.401 regulamenta o conceito

de assistência terapêutica integral a que se refere a alínea “d” do inciso I do artigo 6º da Lei n. 8.080. Também define mecanismos e procedimentos necessários “à incorporação, à exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica [...]” (Art. 19-Q), dando maior suporte jurídico às atribuições da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Como dito anteriormente, a incorporação de novos produtos e serviços é aspecto crítico para os sistemas de saúde, pois, se de um lado, podem aumentar a efetividade e qualidade da atenção, de outro, podem, quando não são adequadamente avaliados e selecionados, causar impactos importantes sobre os custos dos sistemas e também sobre a igualdade de atendimento.

A falta de um contorno legal mais explícito para essa questão era um dos vácuos da legislação do SUS. A Lei n. 12.401 tem por objetivo estabelecer esses regramentos, principalmente os mecanismos administrativos para análise e inclusão de novos produtos e serviços à atenção da saúde.

Certamente, a Lei n. 12.401 não extinguirá ou evitará o acolhimento de pedidos feitos à Justiça. Esse não é seu objetivo principal, que é, na verdade, estabelecer regulamentos para o acesso à assistência farmacêutica e para a incorporação de tecnologia no SUS, de forma mais racional, oportuna e transparente.

Referências

ANDREAZZI, M.; OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação Fiscal; subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS*, v. 5, n. 1, julho, 2009.

CANOTILHO, J. J. G. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CUTLER, D. M. *Technology, Health Costs, and the NIH*. Paper prepared for the National Institute of Health Economics Roundtable on Biomedical Research, September 1995.

IBGE. *Contas Nacionais nº 29*. Conta Satélite de Saúde. Brasil 2005 - 2007. Rio de Janeiro, 2009.

IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, n. 13, edição especial, 2007.

_____. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vinte Anos da Constituição Federal. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, v. 1, n. 17, 2009.

MENDES, A.; MARQUES, R. A Saúde Pública sob a Batuta da Nova Ordem. In: MARQUES, R.; FERREIRA, M. (Org.). *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2009.

NEWHOUSE, J. P. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives*, v. 6, n. 3, Summer 1992.

OMS. *Informe de Estadísticas Sanitárias Mundiales*, 2008.

PIOLA, S. F. et al. Gasto Tributário e Conflito Distributivo na Saúde. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M e RIBEIRO, J. A. C. *Tributação e Equidade no Brasil – um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009*. Brasília: Ipea, 210. 514p.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F. e SERVO, L. M. *As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil*. Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, dez., 2005. Publicado na revista *Divulgação em Saúde para Debate*, CEBES: Rio de Janeiro, s/d.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. In: SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (Org.). *Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SERVO, L. M. S, et al. Financiamento e Gasto Público de Saúde: histórico e tendências In: MELAMED, C., PIOLA, S. F. *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, IPEA, s/d.

SIOPS. *Minuta de Análise dos Gastos da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período 2000 a 2010*. Documento elaborado por subgrupo da Câmara Técnica do SIOPS, Brasília, outubro 2011, mimeo.

SIOPS. *Nota técnica 10/2010*. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>> Acesso em: 12 dez. 2011.

SRF. *Imposto de Renda Pessoa Física*. Manual de Preenchimento da Declaração de Ajuste Anual Modelo Completo. Ano-Calendarário 2008. Brasília, 2009.

TIBÚRCIO, D. R. *Ressarcimento ao SUS: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do art. 32 da Lei n. 9.656/98*. Âmbito Jurídico, Rio Grande, 90, 01 jul. 2011 [Internet]. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9879> Acesso em: 12 jan. 2012.

UGÁ, M. A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

WHO. *World Health Statistics 2010*. Genebra, 2010.

Sites de interesse

Organização Mundial de Saúde – Relatório anual com as mais recentes estatísticas de saúde para os estados membros – World Health Statistics. Na parte II, que apresenta indicadores de saúde, a Tabela 7 mostra indicadores de gasto em saúde de todos os países membros em US\$ a preços de mercado (câmbio médio) e em US\$ PPP (Paridade de Poder de Compra) Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics>

OPAS – lista de artigos e publicações relacionados a diversos temas de interesse da política de saúde. Disponível em: <<http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html>>

Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Orçamento Público da Saúde (Siops). Informações sobre o gasto das três esferas do governo com ações e serviços públicos de saúde e indicadores correlatos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br//PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671>

IBGE – Contas de Saúde do Brasil - retrato econômico do setor saúde no país, incluindo a saúde pública, o mercado de serviços privados de saúde e a fabricação e venda de medicamentos e equipamentos de saúde. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/default.shtm>

Biblioteca Virtual em Saúde – Tema Economia da Saúde: informações, artigos e endereços de sites de economia da saúde. Disponível em: <<http://economia.saude.bvs.br/php/index.php>>

CONASS – Informações de apoio aos gestores do Sistema Único de Saúde. Coleção para Entender a Gestão do SUS, edição 2011, revisada e ampliada e atos normativos do SUS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>

IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado - artigos, legislação e informações sobre saúde pública. <<http://www.idisa.org.br>>

Leituras recomendadas

EVANS, R. G.; BARER, L. M.; MARMOR T. R. *Por qué alguna gente está sana y otra no* – los determinantes de la salud de las poblaciones. Espanha: Ediciones Diaz de Santos S.A., 1996. 411p.

MOSSIALOS, E. et al. (Ed.). *Funding Health Care: options for Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems Series).

Modelos assistenciais no SUS e modelos assistenciais do SUS

Jairnilson Silva Paim

Apresentação

Nesta unidade serão revistas certas formas de prestação da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), sistematizando algumas definições sobre modelos assistenciais, com exemplos da experiência brasileira. Espera-se que, após o estudo do texto, o leitor seja capaz de identificar os principais modelos assistenciais existentes **no** SUS e certas propostas alternativas, discutindo características, vantagens e desvantagens, bem como analisando os desafios para as mudanças.

1 Modelos assistenciais como componentes dos sistemas de serviços de saúde

Na reorientação de sistemas de serviços de saúde, podem ser destacados cinco componentes principais: 1) desenvolvimento de recursos de saúde (desenvolvimento da infraestrutura de recursos materiais, humanos e tecnológicos); 2) organização dos recursos; 3) prestação da atenção; 4) apoio econômico (financiamento); 5) gestão (KLECZKOWSKI et al., 1984).

Neste texto, toma-se como foco a **prestação da atenção**, embora se deva ressaltar que esses componentes encontram-se inter-relacionados, de modo que problemas de financiamento, infraestrutura, organização e gestão repercutem na atenção e esta pode influir, também, nos demais componentes. Nesse componente, configuram-se os modelos assistenciais, referindo-se ao cuidado, à assistência, às

ações de saúde, às intervenções, enfim, às práticas de saúde (PAIM, 2008). Expressam a dimensão técnica ou tecnológica das práticas de saúde, conformando o **conteúdo** do sistema de saúde, enquanto os outros componentes correspondem ao seu **continente**.

As ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, que integram os modelos assistenciais, representam o **conteúdo** de um sistema de saúde, embora parte delas deva ser realizada em parceria com outros setores, como educação, previdência, assistência, ambiente, segurança, trabalho, esporte, cultura, lazer, entre outros. Do mesmo modo, embora as práticas de saúde sejam executadas por agentes legalmente reconhecidos ou legitimados pela sociedade, certos cuidados são realizados pelas pessoas, famílias e comunidades. E na medida em que o sistema de saúde amplia a sua atuação para além de danos (doenças, agravos, carências, sequelas etc.) e riscos, intervindo, também, sobre os **determinantes sociais**, certamente vai exigir uma participação maior de outros agentes e setores (Organización Mundial de la Salud, 2008; Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

O que são determinantes sociais em saúde ?

São as condições sociais em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Influem no *modo de vida* da população, compreendendo o *estilo de vida* e as *condições de vida*.

Acesse: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>>

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf>

As pessoas, individualmente, e a população precisam de atenção ou cuidado para resolver seus problemas e terem satisfeitas as suas necessidades de saúde. E o juízo que fazem do SUS geralmente não passa pelas questões relativas ao financiamento, à organização, à gestão ou à infraestrutura, mas pelo modo do atendimento e pelos resultados obtidos na solução dos **problemas de saúde** e no seu **bem-estar**.

Problema de Saúde: definido como a discrepância entre a realidade e a norma. Podem-se distinguir problemas do *estado de saúde* de um indivíduo ou uma população (morte, doença, sequela, agravo, risco, vulnerabilidade etc.) e problemas do *sistema de serviços* de saúde (filas, falta de recursos, insuficiência de profissionais etc.). Segundo a Organização Mundial da Saúde, saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

Daí que, por mais importante que sejam os componentes relativos ao **contínente**, os sistemas de saúde contemporâneos tendem a valorizar o **conteúdo**, destacando a acessibilidade, a qualidade, a humanização, a integralidade e a efetividade das ações.

3 Modelos assistenciais ou modelos de atenção: algumas definições

As primeiras reflexões sobre modelos assistenciais no Brasil vincularam-se a um conjunto de pesquisas sobre tecnologias e a experiências de **distritos sanitários** e de **programação em saúde** (MENDES-GONÇASVES, 1988, 1992; SCHRAIBER, 1990; PAIM, 1993).

Os **modelos assistenciais** foram inicialmente definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais etc.) para resolver problemas de saúde. Essas formas de organização de serviços no território, reunindo ações de saúde, individuais e coletivas, para resolver os problemas identificados, vinculavam-se às propostas de distritalização e de municipalização.

Antes do SUS, foram identificados o **Modelo Assistencial Sanitarista (MAS)** e o **Modelo Médico-Assistencial Privatista (MMAP)**. O primeiro correspondia à saúde pública convencional que enfrentava os problemas de saúde da população por meio de campanhas sanitárias, programas especiais (controle da tuberculose, saúde da criança, saúde

mental etc.), vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. O segundo voltava-se para a “demanda espontânea”, atendendo os indivíduos que, na dependência do seu sofrimento ou conhecimento, buscam, por “livre iniciativa”, os serviços de saúde.

O MAS tem suas origens na polícia sanitária e na saúde pública norte-americana (PAIM, 2011). Apresenta traços autoritários e cartoriais, geralmente utilizando termos militares, tais como: campanhas, operação, ataque, controle, vigilância, entre outros. O MMAP, apesar da denominação, não era exclusivo do setor privado. Teve origem na assistência filantrópica e na medicina liberal, foi fortalecido com a expansão da assistência médica previdenciária e consolidou-se com a capitalização da medicina por meio das empresas médicas. Estava presente, também, nos serviços públicos, quando esses não se organizavam para atender as necessidades de uma população definida. Trata-se do modelo mais conhecido, difundido e prestigiado pelos médicos, pela mídia e pela população, seja nos serviços de pronto atendimento, urgência e emergência, seja nos centros de saúde, consultórios e ambulatórios de hospitais. Todavia, como tinha dificuldade de alterar, significativamente, os níveis de saúde de uma população, as políticas de saúde recorriam ao MAS (PAIM, 2003). Ambos os modelos têm sido criticados pelas suas limitações (Quadro 1) e por não atenderem certos **princípios e diretrizes do SUS**.

Quais são os princípios e as diretrizes do SUS?

- universalidade;
- integralidade;
- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física;
- direito à informação, às pessoas assistidas sobre a sua saúde;
- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- descentralização;
- participação da comunidade;

- divulgação de informações;
- regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Quadro 1 – Limitações dos modelos assistenciais antes do SUS

Sanitarista	Médico-Assistencial Privatista
<p>Não contempla a totalidade da situação de saúde.</p> <p>Concentra a atuação no controle de certas doenças e agravos ou em grupos populacionais específicos.</p> <p>Negligencia os problemas do sistema de saúde.</p> <p>Ignora os determinantes mais gerais da situação sanitária.</p> <p>Não enfatiza a integralidade da atenção.</p> <p>Não estimula a descentralização dos serviços.</p> <p>Não se integra, geralmente, com a assistência médica ambulatorial, especializada e hospitalar.</p> <p>Não valoriza a autonomia dos sujeitos.</p> <p>É, fundamentalmente, preventivo.</p> <p>Não se empenha na garantia da satisfação dos usuários.</p>	<p>Não considera os problemas de saúde da totalidade da população.</p> <p>Não alcança os indivíduos que não integram a “demanda espontânea”.</p> <p>Reforça a atitude das pessoas de procurarem os serviços somente quando se sentem doentes.</p> <p>Pressão desordenada da demanda é o que condiciona a organização dos recursos.</p> <p>Oferta distorcida em relação às necessidades determinando o consumo de serviços.</p> <p>É predominantemente curativo.</p> <p>Não se compromete com o impacto sobre os níveis de saúde da população.</p>

O **Programa de Saúde da Família (PSF)** foi admitido pelo governo como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial **do** SUS, embora a forma que foi organizado e implantado não diferisse daquela

dos programas especiais. Como os problemas e as necessidades de saúde são diversos e apresentam distintas complexidades, soava estranho imaginar um único “modelo assistencial **do** SUS”. No entanto, o uso do termo **modelo** no senso comum induzia a busca de algo exemplar, padrão ou norma.

No sentido de contornar essas dificuldades, foram utilizadas certas concepções de modelo adotadas no âmbito científico, a saber: a) racionalidade ou razão de ser capaz de orientar as intervenções em saúde; b) representação esquemática da realidade na qual são retidos os traços principais (modelo matemático, modelo pictórico, modelo teórico etc.). O entendimento de modelo, seja como racionalidade, seja como representação diagramática, em vez de padrão ou algo exemplar (PAIM, 2008), permitia recorrer ao seu uso no plural (modelos assistenciais). Portanto, cabia conceber **modelos assistenciais**, tendo em conta a heterogeneidade da situação de saúde, respeitando os princípios e as diretrizes do SUS.

Na década de 1990, pelo menos três concepções foram identificadas na definição de **modelos assistenciais**. A primeira enfatizava a organização dos serviços, a gestão e o planejamento (BRASIL, 1990). A segunda destacava certas mediações entre o técnico e o político (CAMPOS, 1994). E a terceira considerava a dimensão técnica das práticas de saúde na organização social da produção de serviços (SCHRAIBER, 1990), referindo-se à combinação de tecnologias, materiais e não materiais, utilizadas nos processos de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES et al., 1990).

Esta última concepção, baseada na teoria do processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1988), ao entender tecnologia como um *meio de trabalho* utilizado na aproximação e transformação de um dado objeto, fornecia elementos para uma definição mais fundamentada de modelos assistenciais. Ela apontava para combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde de uma dada população e das necessidades de saúde, historicamente definidas (PAIM, 1996). Evitava-se, desse modo, confundi-los com norma, padrão, molde, forma ou exemplo a ser imitado.

Diversos textos têm utilizado as noções de modelos de atenção, modelos assistenciais ou modelos técnico-assistenciais como sinônimos, sem se importarem com definições ou precisão conceitual. Outros fazem restrições ao adjetivo *assistencial*, associado à ideia de assistência médica ou odontológica individual, preferindo o termo

atenção, porque, além de contemplar a assistência, abrangeria outras ações, individuais e coletivas, nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Mais recentemente tem-se empregado a expressão “modos tecnológicos de intervenção em saúde” (PAIM, 2009), justamente para contornar o significado normativo do termo modelo e a ambiguidade das palavras *assistencial* e *atenção*, além de ressaltar o caráter tecnológico inscrito nas suas racionalidades. Contudo, para os fins desta unidade, as expressões **Modelos Assistenciais e Modelos de Atenção** são utilizadas com o mesmo significado, adotando-se a seguinte definição:

Modelo Assistencial ou Modelo de Atenção

É um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender necessidades de saúde, individuais e coletivas, ou seja, uma maneira de organizar os ‘meios de trabalho’ (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde (PAIM, 2009, p.168).

4 Modelos hegemônicos e propostas alternativas de Modelos assistenciais

A razão de ser ou a racionalidade que orienta essas combinações tecnológicas pode estar voltada, prioritariamente, para o atendimento da demanda ou das necessidades. Presentemente, podem ser identificados o **modelo médico hegemônico** (MMH), voltado para a **demanda**, e o **modelo sanitaria** dirigido ao atendimento de **necessidades de saúde**, mesmo que não se expressem em demanda ou procura por serviços.

Modelo Médico Hegemônico

Apresenta as seguintes características: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) a-historicidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (MENÉNDEZ, 1992).

No SUS o MMH superpõe-se ao MMAP. Já no sistema de saúde suplementar o MMH se expressa, também, no *managed care* (atenção gerenciada).

No Brasil, apresentam-se como predominantes o MMH (composto pelo MMAP e pela *atenção gerenciada*) e o MAS, ainda que subalterno ao MMH.

Demanda
Noção originária de uma corrente da economia que valoriza o mercado na alocação dos recursos. Em saúde expressa busca por serviços, geralmente por motivo de doença ou agravo (PAIM, 1980).

A noção de **necessidade** pode trazer, também, a ideia de “projeto” na medida em que o trabalho humano que justifica o seu atendimento supõe, previamente, uma finalidade (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

Necessidades
Entendidas como condições necessárias para o gozo da saúde (determinantes socioambientais) ou como carências, sofrimentos, doenças, agravos, enfim, impedimento ou interdição ao modo de “andar a vida” (PAIM, 1980).

A necessidade pode ser conceitualizada como “aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que um ser continue sendo um ser” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 19). Inclui uma necessidade de serviço de saúde (PAIM, 1980) uma vacinação, um tratamento ou uma reabilitação, mas também um projeto de qualidade de vida e bem-estar não redutível ao sistema de serviços de saúde.

Na medida em que o sistema de saúde avance para a promoção da saúde e os governos assumam o compromisso da *saúde em todas as políticas* (DECLARAÇÃO POLÍTICA DO RIO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2011), as necessidades de saúde poderão ser redefinidas e incluir a ideia de *projeto* ou de “ideais de saúde”, tendo como finalidade o bem-estar e a qualidade de vida, em vez de se reduzir a doenças e riscos.

Acesse a **Declaração Política do Rio** sobre determinantes sociais de saúde por meio do sítio: <<http://www.cmdss2011.org>>

Como se constatou no tópico anterior, o MMAP e o MAS precedem o SUS e apresentam problemas diversos, entre os quais os altos custos (sobretudo do MMAP), a separação entre prevenção e cura, a dicotomia individual-coletivo e a centralização. No entanto, os princípios e as diretrizes que orientam o SUS apontam para outras perspectivas, em que se destacam a integralidade, a descentralização, a participação da comunidade, a universalidade, a qualidade, a equidade e a efetividade.

Diante dessas limitações, têm sido formuladas propostas alternativas visando à integralidade da atenção e ao impacto sobre a situação de saúde. Mesmo assim, ainda é possível verificar a persistência do MAS e do MMAP, acrescido contemporaneamente do **managed care** (atenção gerenciada), que orienta a chamada saúde suplementar.

Managed care

Fundamentado na economia (análises de custo-benefício e custo-efetividade) e construindo um modo de produção do cuidado centrado em distintos atores sociais: financiadores, provedores, consumidores, captadores de recursos e administradores (MERHY, 2002).

As **propostas alternativas** têm sido elaboradas e experimentadas pelos serviços de saúde e pela academia, combinando distintas tecnologias. Podem ser consideradas “modelos assistenciais **do SUS**”, pois foram formuladas no contexto de construção do SUS. Para os modelos assistenciais hegemônicos que precederam o SUS ou negam seus princípios e diretrizes, mas se mantêm e se reproduzem no seu interior, pode-se acatar a expressão “modelos assistenciais **no SUS**”. Trata-se, apenas, de uma distinção metódica capaz de estimular propostas e pesquisas sobre combinações tecnológicas mais orgânicas ao projeto da **Reforma Sanitária Brasileira**.

A **Reforma Sanitária Brasileira**, de acordo com Sérgio Arouca, representava “uma totalidade de mudanças” para além dos limites do setor saúde, embora sejam reconhecidos como conquistas o capítulo saúde da Constituição de 1988 e a construção do SUS. Encontra-se disponível na Universidade de Brasília um conjunto de vídeos em DVDs sobre a História das Políticas de Saúde no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Processo Constituinte e os Caminhos da Reforma Sanitária e do SUS. <<http://www.NESP.unb.br>>

Essas propostas alternativas, com diversas denominações, estão voltadas para a demanda, para as necessidades de saúde e, às vezes, para a articulação entre ambas.

No primeiro caso, podem ser mencionadas a **oferta organizada, o acolhimento e as linhas de cuidado**. A **oferta organizada** recorre à epidemiologia e ao planejamento, buscando relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea na perspectiva da integralidade e da efetividade, a partir da utilização de normas, rotinas e protocolos voltados à atenção individual e coletiva na unidade e no território. O **acolhimento** foi formulado com as seguintes orientações:

“a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe profissional; c) qualificar a relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347). Já as **linhas de cuidado** são entendidas como conjunto de saberes, tecnologias e recursos acionados para enfrentar riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida a partir da demanda. Encontram-se estruturadas por projetos terapêuticos, enfatizando a continuidade e a integralidade da atenção (a partir do vínculo do usuário com a rede básica), a regulação pública, os fluxos assistenciais centrados no usuário, a referência e contrarreferência e a responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Entre as propostas com foco sobre as necessidades, podem ser lembradas a **vigilância da saúde, as ações programáticas de saúde, a promoção da saúde e as cidades saudáveis**. A **vigilância da saúde** tem como características a intervenção sobre problemas de saúde, distinguindo danos, riscos e determinantes socioambientais; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a utilização do conceito epidemiológico de risco; a articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial; as ações sobre o território; e a intervenção sob a forma de operações. As **ações programáticas em saúde** resultam da redefinição de programas especiais no nível local, por meio do trabalho programático, aproximando-se da proposta da oferta organizada, embora concentrando suas ações no interior das unidades de saúde (PAIM, 2008). Já a **promoção da saúde** envolve medidas que se aplicam à melhoria das condições e dos estilos de vida, apoiando-se na formulação de políticas intersetoriais, a exemplo das **cidades saudáveis** que implicam uma atuação diferenciada da gestão governamental, com envolvimento de organizações comunitárias no planejamento e na execução de ações intersetoriais (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; PAIM, 2009).

Na articulação de intervenções sobre necessidades e demandas, cabe mencionar a **estratégia da saúde da família**, que, em certas situações (GOULART, 2007; SOLLA, 2011), tem conseguido assimilar distintas propostas alternativas, como vigilância da saúde, ações programáticas e acolhimento. Apesar dos seus inegáveis êxitos, continua ilustrando as tensões entre as lógicas da demanda e das necessidades, a exemplo dos conflitos entre as equipes das unidades básicas convencionais e das unidades de saúde da família.

5 Desafios para as propostas alternativas de modelos assistenciais do SUS

Embora nos últimos 24 anos a Constituição da República, a Lei Orgânica da Saúde, as Normas Operacionais e o *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006) tenham proposto o **atendimento integral** e a **organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde**, resistências diversas têm dificultado a incorporação de novos modelos assistenciais e impedido a implantação das redes.

O Decreto Presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto.pdf>> estabeleceu um conjunto de ferramentas potencialmente capazes de reordenar a atenção, tais como: região de saúde, portas de entrada, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, protocolo clínico e diretriz terapêutica. Algumas dessas tecnologias já se encontravam presentes em propostas alternativas de modelos assistenciais. Resta verificar se as modificações formalizadas neste decreto, especialmente as referentes à regionalização e ao uso sistemático de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, terão um destino mais promissor que as iniciativas anteriores.

Portanto, os **modelos assistenciais** não são meras receitas que podem ser usadas do jeito que se quiser, por mais racionais, adequados e cientificamente fundamentados que sejam. A sua adoção não depende, simplesmente, de “vontade política” ou do marco legal, pois as tecnologias não podem ser entendidas como coisas em si, descontextualizadas, a-históricas, despolidizadas (MENDES-GONÇALVES, 1988, 1992). Expressam relações sociais, econômicas, políticas, ideológicas e culturais, de modo que as propostas alternativas de modelos assistenciais passam pelo crivo da seletividade estrutural do Estado capitalista, quando uma parte é rejeitada e outras são filtradas ou assimiladas, embora muitas vezes desfiguradas.

Do mesmo modo que o maior desafio do sistema de saúde brasileiro é político (PAIM et al., 2011), as possibilidades técnicas criadas pelas propostas alternativas de modelos assistenciais terão sua viabilidade definida pela correlação de forças e pela tendência

que se afirmar como hegemônica na organização do SUS: a lógica da demanda (mercado) ou a lógica das necessidades (direito à saúde).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/SESUS. *Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1990. 60p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: Conass, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida*, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.pactopelavida.pe.gov.br/wp-content/uploads/pacto_pela_vida1.pdf> Acesso em: 20 out. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994. p. 53-60.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais sobre as iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>> Acesso em: 20 out. 2010.

DECLARAÇÃO POLÍTICA DO RIO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2011, *Anais...* Rio de Janeiro, 18 a 21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.cmdss2011.org>> Acesso em: 1 nov. 2011.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GOULART, F. A. A. *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EDUFU, 2007. 238p.

KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M.; WERF, A. V. D. *Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la Salud para todos. Pautas para una política*. Washington: OMS, 1984. 134p. (Cuadernos de Salud Pública, 77.).

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde e tecnologias: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: OPS, 1988. 68p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 6.).

_____. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p. (Cadernos CEFOR, Texto 1.).

MENDES-GONÇALVES, R. B.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre ação programática de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. Saúde em Debate. São Paulo: Editora HUCITEC, 1990. p. 37-63 (Série Didática).

MENÉNDEZ, E. L. Public Health: state sector, applied science, or ideology of the possible. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington, D. C.: PAHO, 1992.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002. 189p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [en línea]. OMS-Ginebra, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf> Acesso: 3 nov. 2010.

PAIM, J. S. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. *Planejamento*, Salvador, v. 8, n. 1/2, p. 39-46, 1980.

_____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 455-466.

_____. A Situação de Saúde no Brasil e os Modelos Assistenciais. Semi-Árido: no terceiro milênio, ainda um desafio. 4ª Reunião Especial da SBPC. In: JORNADA UNIVERSITÁRIA DA UEFS, 11., 1996, Feira de Santana-Ba. *Anais...* Feira de Santana-Ba, 24 a 28 de novembro de 1996. p. 249-253.

_____. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

_____. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZRESNIA, D. (Org.) *Programação da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 165-181.

_____. *Desafíos para la Salud Colectiva em el siglo XXI*. 1. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011. 152p.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, n. 377, p.1778-1797, May 21, 2011. Disponível em <<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>> Acesso em 23, maio, 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em Saúde hoje*. Saúde em Debate. São Paulo: Editora HUCITEC, 1990, 226p. (Série Didática).

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *A Saúde do Adulto*. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. p. 29-47.

SOLLA, J. *Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia)*, 1997-2008. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010. 347p.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006. 237p.

Atenção primária à Saúde no Brasil¹

Lígia Giovanella

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas. No Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizou-se a denominação *atenção básica à saúde* para essas práticas, no sentido de reorientar o modelo de atenção à saúde, especialmente, pela adoção da Estratégia da Saúde da Família. Nos dias atuais, na perspectiva internacional, a atenção primária à saúde é considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão. Por cidadão entende-se todo indivíduo que exerce plenamente seus direitos civis, políticos e sociais, tendo acesso a padrões razoáveis de consumo de bens e serviços sociais e uma condição de vida de qualidade.

Este texto discute os conceitos e abordagens de atenção primária à saúde e suas transformações ao longo do tempo, destacando-se os atributos de uma atenção primária abrangente, integral, e em sequência, analisa a trajetória histórica das políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com realce para a Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica. No final, discutem-se os desafios para a consolidação do SUS como um sistema de saúde orientado pela atenção primária à saúde.

¹ Este texto é uma adaptação do trabalho preliminarmente publicado em: Giovanella L. Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA et al. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 575-625.

1 Atenção primária à saúde: conceitos e abordagens

A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é, em geral, denominada de Atenção Primária à Saúde (APS).

O emprego da expressão ou conceito de atenção primária à saúde (*primary health care*) na organização dos serviços nacionais de saúde segue diversas abordagens ou linhas de interpretação, como se destaca no quadro a seguir:

Quadro 1 – Abordagens da Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
<p>APS Seletiva</p> <p><i>Selective primary care</i></p>	<p>Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno infantil, as ações mais comuns são: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.</p>	<p>Conjunto restrito de serviços de saúde para população pobre.</p>

<p>Primeiro nível de atenção</p> <p><i>Primary care</i></p>	<p>Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, incluindo ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população. Trata-se da concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos. Em sua definição mais estreita, refere-se à disponibilidade de médicos com especialização em medicina geral ou medicina de família e comunidade (médicos generalistas ou <i>general practitioners-GP</i>).</p>	<p>Um dos níveis de atenção do sistema de saúde.</p>
<p>APS abrangente ou integral de Alma-Ata</p> <p><i>Comprehensive primary health care</i></p>	<p>A declaração de Alma-Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e a participação social.</p> <p>Os princípios fundamentais da APS integral são: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos.</p>	<p>Estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde.</p>

Direito humano à saúde	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde como preconizado na Declaração de Alma-Ata. Defende que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde.
-------------------------------	--	--

2 A Conferência de Alma-Ata e as bases para uma APS abrangente

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978, em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética, é, sem dúvida, um marco histórico mundial da atenção primária à saúde. Essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista. Essas críticas buscavam refletir diferentes limites e possíveis desafios para a organização de sistemas de saúde de modo a contrapor-se à medicalização da sociedade, no caso dos países desenvolvidos que já tinham universalizado seus sistemas de saúde, e a estender a cobertura para grupos populacionais em situação de pobreza, no caso dos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos.

A conferência realizada em Alma-Ata, em 1978, contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Ao final, aprovou a “Declaração de Alma-Ata” ratificada em 1979 pela Assembleia Geral da OMS, que lançou, em âmbito mundial, a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000.

A Declaração de Alma-Ata afirmava a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais, cuja realização demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Conclama a todos para o alcance de um nível de saúde que permitisse vida social e economicamente produtiva.

A concepção de atenção primária expressa na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores, de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. Destaca ainda a preocupação com os custos crescentes da assistência médica em decorrência do uso de novas tecnologias, que permanecem, em grande parte, sem a avaliação adequada de benefícios para a saúde das populações, razão pela qual se introduziu o termo *tecnologias apropriadas*: tecnologias relevantes para as necessidades de saúde da população que fossem corretamente avaliadas e tivessem elevada relação custo-benefício.

Na Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo “praticantes tradicionais” (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo do conhecimento médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação. A Declaração de Alma-Ata enfatiza a necessidade de ações de outros setores, todavia, destaca que as ações de cuidados de saúde é um conjunto mais restrito de ações (educativas, tratamento

das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento básico).

Um ano após Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu uma reunião na Itália com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas, o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para Pesquisa e Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento, onde foi discutida uma nova perspectiva: atenção primária à saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Atenção primária seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então, destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento.

O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela. Um dos principais problemas desse enfoque é que as ações seletivas, ainda que custo-efetivas, somente são realmente implementadas na presença de estrutura assistencial que suporte o acompanhamento dos grupos de risco regularmente, e, para tal, devem estar integradas a um sistema de saúde universal, o que não é a realidade na maior parte dos países onde foi implementada.

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de pobreza extrema, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial. Na América Latina, teve ampla difusão com ações organizadas em programas verticais focalizados, em especial, aqueles direcionados à proteção materno-infantil, aumentando a fragmentação e a segmentação, características dos sistemas de saúde latino-americanos (CONILL et al., 2010; CONILL; FAUSTO, 2007).

Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo “atenção básica”, para designar a atenção primária no SUS, buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais.

3 APS e o Direito Universal à Saúde

Após Alma-Ata, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva. Contudo, a discussão da saúde ampliou-se. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde.

O Movimento para a Saúde dos Povos (*People's Health Movement*, <<http://www.phmovement.org/es>> congrega parte dessas iniciativas. Reúne ativistas de saúde de todas as partes do mundo para compartilhar experiências e fomentar a ação de organizações da sociedade civil na luta pelo direito universal à saúde. A primeira Assembleia de Saúde dos Povos, realizada em Bangladesh, no ano 2000, com participantes de organizações da sociedade civil de 92 países, lançou a Carta dos Povos pela Saúde, conclamando um movimento internacional de cidadãos comprometidos com a realização do sonho de Alma-Ata. A Carta insta os movimentos populares a exercerem pressão sobre os governos, exigindo que: incorporem saúde e direitos humanos na constituição e legislação de cada país; incidam sobre os determinantes sociais da saúde; implantem políticas sociais abrangentes com participação social; garantam direitos sociais e humanos.

A Carta dos Povos pela Saúde chama para ações locais e globais para garantia do direito à saúde de forma abrangente, que inclui a proteção do meio ambiente com redução do excesso de consumo e estilos de vida não sustentáveis; a promoção da paz mundial; a exigência de transformação do sistema de comércio global a fim de que deixe de violar os direitos sociais, ambientais, econômicos e de saúde dos povos. Defende a atenção primária à saúde integral, seguindo os preceitos de Alma-Ata, com acesso universal e equitativo, independente da capacidade de pagamento de cada pessoa, a um sistema de saúde democrático provido de recursos suficientes. Além disso, desmistifica as tecnologias médicas e de saúde (inclusive medicamentos) e exige que sejam submetidas às necessidades de saúde dos povos e não aos interesses econômicos do complexo produtivo da saúde (PHM, 2000).

4 Renovação do debate sobre atenção primária à saúde nas Américas

Recentemente, observa-se um movimento de renovação da atenção primária, impulsionado pelas agências internacionais de saúde – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) –, como forma de alcançar os Objetivos do Milênio acordados nas Nações Unidas.

Em 2003, seguindo a iniciativa da OMS, a Opas aprovou uma resolução que insta os Estados membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS. Em 2005, divulgou o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (Opas/OMS, 2005), no qual defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente, por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008 “**Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca**” deu novo impulso à revitalização da APS. Comemorando os 30 anos da Declaração de Alma-Ata, o Informe aponta a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa “pobre para pobres”, mas integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social. Reconhece que a atenção primária integral de qualidade requer mais investimentos, e que deve ser priorizada, pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. O Relatório propõe uma atenção primária centrada na pessoa, que responda as necessidades de saúde individuais e coletivas, estabeleça uma relação duradoura, garanta atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade – mulheres e homens, jovens ou velhos – ao longo de todo o ciclo vital, do nascimento até a morte, promova a autonomia e participação das pessoas e enfrente os determinantes da má saúde.

As características da APS que renovada propostas no informe da OMS estão destacadas no quadro 2.

Quadro 2 – Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada, OMS, 2008

Primeiras tentativas de implementação da APS (Atenção primária seletiva).	Preocupações atuais das reformas pró-APS (Atenção primária integral).
Acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e de medicamentos essenciais para as populações rurais pobres .	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com objetivo de acesso universal e de proteção social da saúde.
Concentração em saúde materno infantil .	Preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade.
Focalização em pequeno número de doenças selecionadas, principalmente infecciosas e agudas.	Resposta integral às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças cobertas.
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades.	Promoção de condições e estilos de vida saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais.
Tecnologias simples por trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários .	Equipes de trabalhadores da saúde para facilitar o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos.
Participação vista como mobilização de recursos locais.	Participação institucionalizada da sociedade civil nas políticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas.
Gestão de recursos escassos e redução de postos de trabalho.	Aumento dos recursos para a saúde para alcance de cobertura universal.
Atenção primária como a antítese do hospital .	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada em todos os níveis – garantindo continuidade da atenção e enfrentamento de problemas crônicos .
APS é barata e requer apenas um modesto investimento.	APS não é barata: requer investimentos consideráveis, mas é mais eficiente do que qualquer outra alternativa.

Fonte: Adaptado de OMS. Relatório sobre Saúde no Mundo, 2008. *Atenção Primária à Saúde: Agora mais do que nunca*, p. XVI.

A APS tem sido também reiterada como estratégia para a universalidade, que alcançou proeminência no debate internacional desde 2005 quando a 58ª Assembleia Geral da OMS aprovou uma resolução instando os países a promoverem cobertura universal (WHO, 2005), mesmo que sem precisar o significado da cobertura universal almejada e do escopo da APS enquanto estratégia. A renovação proposta pela OPAS e OMS subentende uma atualização da concepção abrangente de APS como estratégia para reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde. Sua implementação, contudo, dependerá da adesão dos governos nacionais e da tradução dos princípios abrangentes enunciados em práticas concretas.

Como mencionado, no processo mundial de renovação da atenção primária, observa-se disputa de distintas concepções de atenção primária pelas agências internacionais com importantes repercussões sobre a equidade e o direito à saúde, principalmente entre a abordagem seletiva e a abordagem integral. As concepções seletiva e abrangente de APS compreendem questões teóricas, ideológicas e práticas muito distintas, com consequências diferenciadas sobre a garantia do direito universal à saúde.

Para desenhar novas políticas e reorientar os sistemas de saúde pela APS, é necessário analisar os principais atributos de uma atenção primária à saúde abrangente.

Uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de atenção primária, bastante reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, é de Barbara Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense. Ela considera como características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

A perspectiva de Starfield está presente em boa parte das proposições que buscam no Brasil definir a Estratégia da Saúde da Família, adotada desde 1996, no âmbito da política nacional de saúde, e que vem se consolidando por meio de diversos aperfeiçoamentos regulatórios, como se tratará a seguir.

5 Políticas de atenção primária à saúde no Brasil

No Brasil, a adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou no debate da agenda de reforma setorial em meados da década de 1970, acompanhando o movimento internacional. Contudo, seus antecedentes são mais remotos: desde a década de 1920, foram implantados serviços que hoje poderiam ser chamados de atenção primária.

5.1 Antecedentes históricos

A saúde pública no Brasil tornou-se uma função estatal no início do século XX, tendo por base práticas normativas de prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias de saúde pública e da organização de serviços rurais de profilaxia. A organização das ações e dos serviços de saúde para a atenção de caráter curativo e individual realizava-se pela assistência médica urbana, com base em especialidades, por meio de Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criados nas décadas de 1920 e 1930, seguindo o modelo de seguros sociais (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

No Brasil, como em boa parte dos países em desenvolvimento, difundiu-se um modelo de centro de saúde, limitado a serviços preventivos. Esse modelo separava funções clínicas e de saúde pública. O centro de saúde atuava com foco em serviços prioritariamente preventivos, e os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para ambulatórios de hospitais.

Nas décadas de 1930 e 1940, a Fundação Rockefeller fomentou esse modelo de centro de saúde como instituição exclusivamente de saúde pública, o que inspirou no Brasil, na época, a criação de centros

de saúde e unidades do Serviço de Saúde Pública (Sesp) com apoio desta Fundação. Exceto para certas doenças transmissíveis – como doenças venéreas e tuberculose, para as quais eram realizados tratamentos como medida para prevenir contágio –, esses centros de saúde não prestavam atendimento clínico nem para os pobres, os quais eram tratados nos ambulatórios de hospitais filantrópicos (de caridade) após comprovarem sua indigência.

A ideia de um centro de saúde responsável pela prestação de serviços abrangentes para a população voltou a ser revisitada nas Américas somente na década de 1960, com a expansão da medicina comunitária nos EUA. No Brasil, as escolas médicas, em especial as cadeiras de medicina integral, preventiva e comunitária, mediante convênios com as secretarias municipais de saúde, projetaram o atendimento médico em comunidades, realizando atividades de atenção primária. Assim, desenvolveram propostas de reforma da saúde, como política social, por meio de atividades de extensão acadêmica, ou seja, da prestação de serviços de saúde em comunidades urbanas e rurais, nas quais as condições de vida eram precárias, atingindo grupos populacionais sem acesso ao consumo direto ou indireto (via seguro social) de cuidados médicos ou de outros serviços sociais (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

A participação da universidade foi fundamental no desenvolvimento dessas experiências e de sua difusão no setor saúde. O projeto postulava uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo, e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não poderia se limitar ao ato isolado de um agente – o médico –, mas deveria buscar a cooperação entre as diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviço social, creches etc.

No caso da atenção à saúde, as experiências tenderam a estimular a participação de membros da população nas atividades dos programas a partir do treinamento em atividades de saúde, os quais, assim, se constituíram em agentes, para atender a comunidade e oferecer soluções para as suas dificuldades. Essas práticas, ao intervir sobre a população não integrada ao processo produtivo, promoveram nova diferenciação no campo médico-social, que se caracterizou pela

extensão dos serviços médicos por meio de técnicas simplificadas e massificadas, as quais ampliavam o consumo e se compatibilizavam com a necessidade de reduzir custos.

As formas como tais práticas efetivaram-se no Brasil responderam a distintas demandas ainda marginais na década de 1970 do ponto de vista da cobertura populacional e da reorientação dos gastos públicos – interiorização dos serviços de saúde, hierarquização e regionalização de atenção médica. Ademais, abriram o debate nacional para a atenção primária à saúde, quando essa recebia suporte da decisão política traçada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, referida anteriormente.

Desse modo, a adesão a proposições de atenção primária à saúde entrou na pauta da agenda brasileira na década de 1970, com base nas experiências relatadas e com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O PIASS, financiado com recursos do Fundo de Apoio Social administrados pela Caixa Econômica Federal, destinava recursos tanto à construção de unidades básicas de saúde quanto a convênios entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, no âmbito federal, e as secretarias municipais de Saúde, visando implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte. Tais serviços foram organizados em lógica similar à estratégia da APS nas regiões Nordeste e Sudeste com vistas à expansão da cobertura.

5.2 Sistema Único de Saúde e redefinição do modelo de atenção à saúde

A reorganização dos serviços básicos inscreveu-se no projeto de Reforma Sanitária brasileira desde a década de 1970, quando, no processo de democratização do país, o movimento sanitário, envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social, além de técnicos engajados dos ministérios setoriais, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção (SCOREL, 1999).

A Reforma Sanitária foi contemporânea à reestruturação da política social brasileira, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A definição constitucional da saúde como “um direito social e um dever do Estado garantido, mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco

de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federativa de 1988, art. 196) reconheceu nova correlação de forças no plano da sociedade e no cenário político de luta por ampliação da cidadania (FLEURY, 1994).

As bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram fixadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Foram complementadas na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (I e II), de 1990, que criaram o Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, que garante a participação social.

Formou-se então novo aparato institucional de gestão da política de saúde que consolidou a esfera pública no Brasil, apoiado na concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde. O papel do Estado na regulamentação, na fiscalização e no controle da execução de ações e serviços de saúde privados, quando complementares ao setor público, foi também preservado.

O princípio da equidade em saúde, um valor fundamental da Reforma Sanitária, permitiu que, na construção do SUS, se buscasse reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades. Todavia, na década de 1990, a tensão entre o avanço do projeto neoliberal – ou contrarreforma, por propugnar a redução dos gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde via mercado – e a preservação do SUS e suas diretrizes fez o Ministério da Saúde – ao qual foram incorporados estruturas, serviços e profissionais da assistência médica previdenciária em 1990 – adotar mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão. Tais mecanismos transferiam a responsabilidade da atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da “atenção básica”, organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população.

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendeu às demandas de combate e controle da epidemia de cólera e das demais formas de diarreia, com foco na reidratação oral e na orientação à

vacinação infantil. A implementação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica.

Outro objetivo foi atender à demanda política das secretarias municipais de Saúde por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica. A institucionalização dos agentes comunitários de saúde envolveu o entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executadas fora das unidades de saúde. Implicou também a ruptura do preconceito quanto à realização de serviços de atenção à saúde por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sob a responsabilidade de um supervisor.

A avaliação contínua do PACS indicou a necessidade de maior articulação entre esse modelo e os serviços de saúde para evitar o esgotamento e o desgaste da atuação dos agentes. O PACS, integrado ao sistema municipal de saúde, poderia garantir maior efetividade em seu trabalho com as comunidades, facilitando também a articulação com órgãos e instituições não setoriais, ampliando o leque de intervenções e melhorando seu desempenho (HEIMAN; MENDONÇA, 2005).

A formulação do Programa Saúde da Família foi estimulada por esses antecedentes e se materializou com a Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção.

A Saúde da família foi incentivada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído e disciplinava o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extrasetoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

A NOB 96 dá à atenção básica em saúde a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998). A NOB 96 teve entre

suas principais determinações: 1) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios (até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços) por nova modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais; 2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica (para reduzir desigualdades do acesso), avançando para além da seletividade (que focaliza a atenção em razão do risco) e propondo a Saúde da Família como estratégia; 3) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ, LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB 96 estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes: fixo com base em valor *per capita* para cobertura e variável com base na adoção de programas estratégicos.

6 Estratégia da saúde da família

Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada em documento do Ministério da Saúde, de 1997, intitulado “Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial”.

Passa a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas:

pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados [...] Propõe-se a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.” (MS, 2007, p. 9).

Em tese, dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e morrer, o Ministério da Saúde, com a experiência do PACS/PSF, propôs-se a atuar na esfera da equidade e, promovendo a atenção primária, contribuir para a construção de um sistema de saúde voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, permitindo-

lhes o acesso aos serviços de saúde locais. Ainda assim, mantinha características de uma APS seletiva, pois o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres, com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia deu à APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema.

A concepção de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada preferencial ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por em média 3.000 pessoas residentes em área geográfica delimitada. Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando, assim, a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

A construção de uma APS abrangente exige, além da prestação adequada de serviços de saúde, ações intersetoriais em resposta aos determinantes sociais e para promoção da saúde. A saúde da população é inseparável do desenvolvimento econômico e social. Depende das condições de vida e trabalho das pessoas, do acesso à renda, à educação, ao lazer, à alimentação saudável, à moradia, ao transporte, do acesso a serviços de saúde. Para enfrentar esses

determinantes sociais dos processos saúde-doença, é necessário uma articulação de todos os setores de políticas públicas em uma ação conjunta chamada intersetorial.

A realização rotineira do diagnóstico do território e a preparação de um projeto de intervenção são instrumentos para a ação comunitária das equipes e para a mediação de ações intersetoriais.

Os ACS por conhecerem a comunidade na qual atuam podem identificar as necessidades e demandas da população e são muito importantes no estabelecimento das parcerias intersetoriais. O agente comunitário de saúde é o agente facilitador para a identificação de problemas coletivos e para a mobilização comunitária.

A implementação do PSF foi lenta nos grandes centros urbanos, pois se deparou com questões de maior complexidade, relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, aos agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SCOREL et al., 2007).

A partir de 2003, a ampliação da Estratégia de Saúde da Família passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), estratégia negociada pelo Ministério da Saúde, para vigência de sete anos com financiamento internacional, visando à organização e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes).

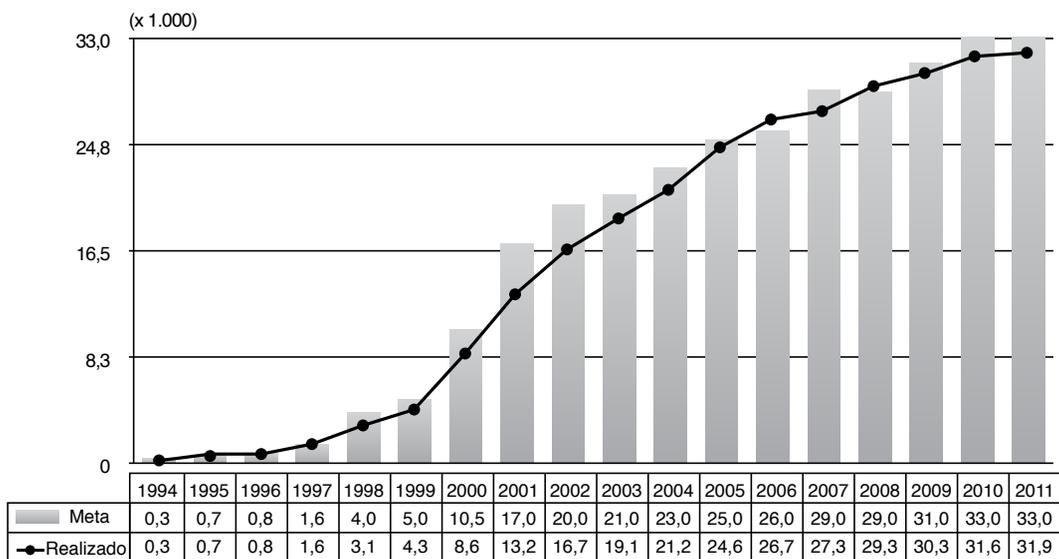
Na trajetória desses programas de estruturação da atenção primária de caráter abrangente no país, observa-se forte associação entre sua experimentação e o processo de descentralização em diferentes dimensões, como na reorientação do modelo médico-assistencial e na revisão da condução da atenção primária. Assim, tais programas possibilitaram às experiências municipais ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral e contínua da saúde, as quais transformam gradualmente as práticas sociais em saúde.

Todavia, sua implementação ocorre de diferentes modos, e ainda são poucos os estudos que permitem saber se mudanças substanciais foram efetivamente implementadas no modelo assistencial. Estudos recentes indicam resultados de desempenhos mais positivos dos serviços de Saúde da Família em comparação

com aqueles de atenção básica tradicional (ELIAS et al., 2006; FACCHINI et al., 2006). Outros estudos mostram associação positiva entre redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e implementação da Estratégia Saúde da Família (MENDONÇA et al., 2011; MACINKO et al., 2011).

O PSF expandiu-se ao longo da década de 2000 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde – por meio dos incentivos financeiros do PAB variável, que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento –, atingindo, em 2011, mais de 90% dos municípios brasileiros, com 32 mil equipes e cobertura populacional de 52% (cerca de 100 milhões de habitantes). Todavia, um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade vis-à-vis às imensas disparidades inter e intrarregionais e às enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira.

Gráfico 1 – Evolução do número de equipes de saúde da família, Brasil, 1994- 2011



Fonte: <www.dab.saude.gov.br>

7 Política Nacional de Atenção Básica

Em 2006, o Ministério da Saúde, levando em consideração as evidências apontadas, editou a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria ministerial n. 648/GM, de 28 de março, mediante a qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Com isso, reviu as funções das unidades básicas de saúde (UBS), considerando diferentes modalidades, segundo o modelo de atenção predominante – UBS com ou sem PSF –, assim como propôs uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Reforça a necessidade de que a expansão desse modelo garanta a sua integração à rede de serviços de saúde municipal no sentido de organizar o sistema local de saúde, detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, saúde bucal e o programa de agentes comunitários de saúde. A atenção básica é designada, então, como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. [...] É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes [...] e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006, p. 10).

Essa proposição da Política Nacional de Atenção Básica incorporou os princípios e atributos de uma concepção de atenção primária à saúde abrangente, alinhando-se com o processo da renovação de APS nas Américas, tal como preconizado pela OPAS (OPAS/OMS, 2005), como se pode observar no Quadro 3.

Quadro 3 – Fundamentos da Atenção Básica Brasileira na Política Nacional de Atenção Básica de 2006

- Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.
- Efetivação da integralidade em suas várias dimensões, articulando ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e coordenando o cuidado na rede de serviços.
- Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade.
- Valorização dos profissionais de saúde por meio de formação e capacitação.
- Realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados.
- Estímulo à participação popular e controle social.

Fonte: Brasil, 2006.

Entretanto, observa-se também que as ações estratégicas definidas “visando à operacionalização da Atenção Básica” (MS, 2006, p. 13) estão voltadas para um conjunto limitado de ações como o controle e eliminação de determinadas doenças (tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*) e para a saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal e promoção da saúde, a serem especificadas na pactuação de indicadores em geral epidemiológicos. Assim, evidencia-se uma contradição entre os fundamentos da Atenção Básica, que apontam para a responsabilização com a saúde de toda a população de determinado território, o estabelecimento de vínculo, a participação popular, a coordenação do cuidado, entre outros, e àquilo que é indicado para operacionalização da Atenção Básica, que se restringe, em sua maioria, à redução da morbimortalidade de agravos específicos e de grupos prioritários. Ademais, seus resultados devem ser expressos por indicadores quantitativos, que, em geral, são incapazes de traduzir os fundamentos acima referidos (VALE; SILVA, 2011).

Mais recentemente, em 2008, para ampliar a resolutividade das equipes de saúde da família (EqSF), o Ministério da Saúde incentiva financeiramente a criação de **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

O NASF compõe-se de oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

A organização do processo de trabalho do NASF tem por fundamento o **apoio matricial**, atuando em parceria com os profissionais das EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF, no qual o NASF está cadastrado. Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado que se pretende pela saúde da família. O apoio às EqSF inclui: (a) Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas; (b) Intervenções específicas dos profissionais do NASF, com usuários e famílias encaminhados pela EqSF; (c) Ações comuns nos territórios desenvolvidas, de forma articulada com as EqSF, outros setores governamentais e organizações. Em agosto de 2011, existiam 1.500 NASFs implantados no país.

Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu um componente de qualidade no PAB variável, relacionado ao desempenho das equipes, avaliado em processo de certificação de equipes com base em um conjunto de critérios. Neste programa, reitera-se a concepção abrangente da atenção básica brasileira:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MS/DAB, PMAQ-AB, Instrutivo, 2011).

Quadro 4 – Princípios e diretrizes da atenção básica segundo o Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB), Brasil, 2011

Princípios e diretrizes da atenção básica segundo o PMAQ-AB

- I. Territorialização e Responsabilização Sanitária.
- II. Adscrição dos Usuários e Vínculo.
- III. Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial.
- IV. Cuidado Longitudinal.
- V. Ordenação da Rede de Atenção à Saúde: A Atenção Básica deve ser organizada como base da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir papel chave na ordenação da RAS. Deve ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado, e resolutividade. A maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico devem ser elaborados e implantados a partir das necessidades de saúde identificadas pelos serviços de AB.
- VI. Gestão do Cuidado Integral em Rede.
- VII. Trabalho em Equipe Multiprofissional.

8 Estrutura da oferta de serviços de Atenção Primária

A Política Nacional de Atenção Básica implementa-se por meio de um conjunto de unidades de saúde que prestam serviços assistenciais.

No SUS, a garantia de atenção básica em saúde, denominação da atenção primária no país, é de responsabilidade da administração municipal. São ofertados serviços ambulatoriais de primeiro nível por postos e centros de saúde, genericamente denominados de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou de Unidades de Saúde da Família (USF), quando a Estratégia Saúde da Família está implantada, e em unidades de pronto atendimento (UPA).

O acesso à atenção nas unidades básicas de saúde, assim como em todos os serviços do SUS, é universal e gratuito, não existindo copagamento. Em 2011, o SUS contava com 42.081 unidades básicas de saúde (Postos, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família), dessas 27% correspondem a postos de saúde, 60% são Unidades de Saúde da Família (USF), e em 85% dessas USFs atua apenas uma equipe de saúde da família, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (www.datasus.gov.br).

Os serviços de atenção primária, ou de primeiro nível, para cumprir com seus atributos devem estar integrados a uma rede assistencial. A Rede de Atenção à Saúde, conforme definido pelo Decreto Presidencial n. 7.580/2011, constitui-se por um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Nessa rede, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária, que deve coordenar a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população por meio de uma equipe multidisciplinar. A partir do Decreto Presidencial n. 7.580/2011, o acesso aos serviços especializados e hospitalares está condicionado à referência, ao encaminhamento formal pela atenção básica conforme a necessidade.

A organização dos fluxos de usuários visando à garantia de acesso a serviços e ações especializados de acordo com as necessidades de saúde é responsabilidade do governo municipal. Nos últimos anos, intensificaram-se os processos de organização da rede assistencial do SUS. Hoje, parte das cidades organiza os serviços do SUS em rede e integra serviços básicos, especializados e hospitalares. Tendo como porta de entrada preferencial as unidades de atenção básica, condicionam o acesso a ações especializadas ao encaminhamento pelos médicos da atenção básica/saúde da família.

A integração dos serviços de atenção básica à rede assistencial e garantia do acesso à atenção especializada com estabelecimento de sistema de referência e contrarreferência é um fator decisivo para o exercício pelas equipes de atenção primária da coordenação dos cuidados (ALMEIDA et al., 2010). A recente constituição de redes assistenciais regionalizadas poderá contribuir, neste sentido, e facilitar o acesso à atenção especializada.

No SUS, em geral, não há liberdade de escolha do médico pelo paciente. Nos territórios cobertos por equipes de saúde da família, a adscrição é automática por local de moradia, e cada equipe de saúde da família cadastra as famílias de uma determinada área e se responsabiliza pela sua atenção. Para pacientes segurados privadamente, a escolha é possível, porém, na maior parte dos casos, restrita a um plantel de profissionais credenciados pelo plano de saúde.

Parte dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) corresponde a serviços de APS e são ofertados pelo SUS em serviços próprios ou por meio de contratos com prestadores privados. É no setor de diagnose e terapia que a característica da estrutura de oferta de serviços de saúde no país, com predominância da participação de prestadores privados, é mais evidente. A participação de serviços do SUS no conjunto de estabelecimentos de diagnose e terapia é a mais baixa de todos os setores.

Dentre os profissionais de nível superior que trabalham nas unidades ambulatoriais, a referência maior é o médico, mais, precisamente, o clínico geral, seguido pelo dentista e pelo enfermeiro. O quantitativo médio desses profissionais por unidade, entretanto, é baixo, sendo próximo a um. Trabalham também nessas unidades: pediatras (0,55/unidade de saúde) e gineco-obstetras (0,41/unidade de saúde). A atuação de outros profissionais de nível superior de outras áreas sociais nas unidades de saúde é pouco frequente, destacando-se os assistentes sociais (IBGE AMS, 2002).

8.1 Desafios para a Atenção Primária à Saúde

Em síntese, uma análise das abordagens de atenção primária à saúde nas políticas formuladas e implementadas a partir do SUS no Brasil permite identificar a presença simultânea das diversas concepções de APS em disputa, com períodos de predomínio de uma ou outra concepção, e o uso de diferentes termos para qualificá-la.

No período anterior à criação do SUS, a atenção primária à saúde abrangente – com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país – representou a alternativa de mudança do modelo assistencial e foi referência para experiências desenvolvidas em universidades e naqueles municípios com governos de tendência social-democrata, de oposição à ditadura militar, engajados no movimento da Reforma Sanitária brasileira.

Nos anos 1990, no processo de implementação do SUS e do desenvolvimento de mecanismos financeiros e operacionais para que os municípios se responsabilizassem pela atenção à saúde, de modo a concretizar os princípios constitucionais de universalidade do direito à saúde, o termo atenção básica passou a ser empregado como referência aos serviços municipais ambulatoriais de primeiro nível (GIL, 2006).

A preferência pelo termo “atenção básica” no Brasil durante a implementação do SUS, como mencionado, pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Assim, gradativamente, o termo APS foi substituído por “atenção básica à saúde”.

Ao mesmo tempo, uma abordagem de APS muito seletiva esteve presente no PACS, desenvolvido com pessoal leigo – cujas funções eram restritas e dirigidas à população em extrema pobreza – e supervisionado por profissional enfermeiro, responsável por conduzir a organização do processo de trabalho. Essa abordagem esteve presente também no Programa Saúde da Família, em sua concepção e implementação iniciais como programa paralelo, focalizado em população de menor renda e unidades sem articulação à rede assistencial, com funções delimitadas a alguns agravos prioritários. Desse modo, pode-se afirmar que no PSF observou-se a superposição de abordagens, passando de um enfoque seletivo restrito a uma estratégia abrangente de mudança do modelo assistencial.

No final da primeira década do século XXI, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente. Atenção básica passa a ser entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Tem como função ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a integralidade da atenção e proporcionando a longitudinalidade da atenção e a coordenação dos cuidados – atributos essenciais da APS. A Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da atenção básica e do sistema local de saúde; assim, o modelo brasileiro de atenção básica incorpora os outros elementos da atenção primária à saúde abrangente, de centralidade na família e direcionamento para a comunidade.

Todavia, entre a intenção e o gesto, entre a letra da lei ou portaria e a implementação real da política, sempre ocorrem defasagem e diferenciação. Em virtude disso, observa-se diversidade de modelos implementados nas diferentes experiências de APS no país. A tensão entre concepções de APS e a competição entre modelos assistenciais de APS persiste, e os termos atenção básica e atenção primária à saúde permanecem sendo utilizados com diferentes interpretações, ora como sinônimos, ora como termos que se contrapõem (GIL, 2006). Há ainda um longo caminho a se percorrer até a hegemonia de novo modelo assistencial.

Ao ser assumida como estratégia, a Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências sugerem essa potencialidade. Contudo, o sucesso da implementação da estratégia para a maioria da população brasileira, afora os incentivos financeiros federais, dependerá da política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais de saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país (GIOVANELLA et al., 2009).

O exercício do papel de condutor da assistência pelo generalista requer maior profissionalização do trabalho gerencial do cuidado e qualificação para as novas funções, como se pode observar em alguns países europeus.

No Brasil, a formação de generalistas é pouco frequente, bem como é baixo o reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas. Somente em 2002, a Medicina de Família e da Comunidade foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, fomentando-se a abertura de cursos de residência e de especialização *lato sensu*.

Outro desafio crucial para a implementação de uma atenção primária integral no país é o desenvolvimento de ações comunitárias e a mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais e promover a saúde. A ação comunitária das EqSF, e em especial as ações de mobilização social dos ACS, com identificação

dos principais problemas no território, o chamamento das diversas organizações e serviços sociais para a ação conjunta no território, buscando a articulação de todos os setores de políticas públicas, são cruciais para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde. Sua efetivação é fortalecida por uma atuação do executivo municipal que toma como eixo o enfrentamento articulado dos problemas sociais nos territórios (GIOVANELLA et al., 2009).

No Brasil, a essas questões político-operacionais, para efetivação de uma atenção primária abrangente, somam-se os desafios de ela se contrapor às persistentes pressões das agências multilaterais, década após década, para a implantação de uma atenção primária focalizada e seletiva.

Importa ainda destacar que os recursos financeiros alocados à APS no Brasil são muito baixos. Os desafios a serem superados para implementação da APS integral não são apenas de gestão, são também financeiros. O SUS, desde sua criação, passa por pressões financeiras importantes e hoje é consensual que sofre de um processo de desfinanciamento crônico. Os gastos públicos com saúde das três esferas de governo no Brasil representam apenas 3,7% do PIB. Na comparação internacional, são muito baixos. Em países com serviços nacionais de saúde – sistemas universais financiados com recursos fiscais, similares ao que o SUS deseja ser –, como Espanha e Reino Unido, os gastos **públicos** em saúde correspondem a 7% ou 8% do PIB. Nesses países, cerca de 80% dos gastos totais de saúde são públicos, enquanto no Brasil apenas a metade dos gastos é pública. Esses dados de comparação internacional demonstram que empregamos poucos recursos públicos em saúde, considerado o nosso nível de riqueza. Não se trata de uma situação de escassez de recursos, mas de prioridade política na alocação. Ou seja, se queremos prosseguir na construção de um sistema público universal de saúde e fortalecer a atenção primária como ordenadora da rede assistencial, temos que aumentar substantivamente os gastos públicos em saúde no Brasil.

Nossa riqueza nacional e nossa carga fiscal nos permitem, no mínimo, **dobrar** os gastos públicos com saúde no país. Recursos adicionais são cruciais para melhorar o acesso com qualidade. E a forma melhor e mais eficiente para aplicar esses recursos e receitas federais é dar prioridade à construção de redes integrais ordenadas pela APS.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro orientada por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de

atenção com boa integração da rede de serviços, e com orientação comunitária no enfrentamento de determinantes sociais, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país.

Referências

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006 (Série Pactos pela Saúde).

_____. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, n. 10 (Supl. 1), p. s14-s27, 2010.

CONILL, E.; FAUSTO, M. *Análisis de la integración de la atención primaria en salud en la red de servicios en Europa y América Latina*. Eurosocial Salud/ Ensp/Fiocruz: Madrid/ Rio de Janeiro, 2007.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. Washington: *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, p. 1.864 -1.874, 2004.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, p. 6-12, set. 1978. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Acesso em: mar. 2012.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Washington: *Pan American Journal of Public Health*, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 696-681, 2006.

FLEURY, S. M. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

GIL, C. R. L. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1.171-1.181, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA P.F.; SCOREL S.; SENNA M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; PACHECO, C. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HEIMAN, L.; MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em: mar. 2012.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Chicago, *Health Services Research*, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007 Washington, *American Journal of Public Health*, Feb 17, 2011.

MENDONÇA, C. S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN B. B.; NUNES, L. N.; LEYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. Oxford, *Health Policy and Planning*, p. 1-8, 2011.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. *Imprevidência Social: 60 anos de história da previdência social*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Renovação da Atenção Primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005 (publicado em 2008). Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>> Acesso em mar. 2012.

PHM – PEOPLE´S HEALTH MOVEMENT. Carta dos Povos pela Saúde. Bangladesh, 2000. Disponível em: <<http://www.phmovement.org/es.>> Acesso em: ago. 2011.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VALE E SILVA, J. Comunicação pessoal do professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) em setembro de 2011.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca*. World Health Report 2008. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/rms.pdf>> Acesso em: mar. 2012.

Leituras recomendadas

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. World Health Report 2008. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/rms.pdf>> Acesso em: mar. 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO A. I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 575-625.

Sites recomendados

<<http://www.rededepesquisaaps.org.br>>

<<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>

<www.sbmfc.org.br>

Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Vera Lúcia Edais Pepe

Cláudia Garcia Serpa Osório-de-Castro

Introdução

Os medicamentos têm papel fundamental para a manutenção da saúde e qualidade de vida dos cidadãos, mas podem ser também potenciais fontes de agravos e danos à saúde quando utilizados de forma indevida. É consensual que o acesso adequado aos medicamentos deve considerar a sua qualidade intrínseca, que se relacionam aos benefícios e aos riscos. Deve-se prover aos pacientes tratamentos que lhe sejam benéficos e não os submetam a riscos desnecessários à saúde. Movimentos internacionais que pautam a qualidade da assistência à saúde, como a Medicina Baseada em Evidências e os fundamentos da segurança e da regulação sanitária, têm se preocupado em dar crescente importância e emprego a critérios de incorporação e uso de tecnologias. Esses movimentos nada mais são que respostas às consequências do uso intensivo e não racional de tecnologias, entre as quais os medicamentos, nos sistemas de saúde.

Por estes motivos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) há anos dedica-se a disseminar os conceitos e a promover o uso racional de medicamentos, a prescrição racional, a seleção de medicamentos essenciais e a disponibilização de informações científicas e independentes aos profissionais de saúde. Neste sentido, o “acesso a medicamentos”, no âmbito desses conceitos, significa o acesso, especialmente, a medicamentos essenciais de qualidade, mediante a real necessidade de saúde da população. Significa, também, que os medicamentos essenciais devem estar plenamente disponíveis nos sistemas de saúde, de forma tempestiva, de modo a potencializar acesso universal e igualitário. Finalmente, significa que o uso deve ser pautado por uma favorável relação benefício/risco, para a indicação terapêutica em questão, e efetivado por critérios cuidadosos relativos à dose, à posologia, à duração do tratamento e ao monitoramento dos desfechos pretendidos e dos eventos adversos, por profissionais de saúde qualificados.

O setor de medicamentos, no Brasil, é ainda dependente da importação de insumos, caracteriza-se pela internacionalização de empresas e pela concentração crescente. O mercado brasileiro constitui-se um oligopólio diferenciado e apresenta concentração em segmentos específicos de mercados, como é o caso das classes terapêuticas (GADELHA, 2009). A patente de medicamentos e a propaganda para prescritores e usuários são importantes instrumentos utilizados, pelo setor produtivo, para garantir, respectivamente, o lucro e a incorporação/manutenção de seu produto no mercado e, por consequência, no “mercado do Sistema Único de Saúde”. Estratégias como a propaganda – distribuição de amostra grátis, financiamento de jantares, participação em eventos em locais turísticos, viagens e, mais recentemente, a “educação continuada” para prescritores, costumam induzir a prescrição, nem sempre racional, de novidades terapêuticas que podem se mostrar a médio/longo prazo mais maléficas do que benéficas. Um exemplo típico dessa “incorporação” e uso que se mostrou prejudicial foi o do anti-inflamatório não esteroidal rofecoxibe (Vioxx), que, estima-se, foi responsável por cerca de 88.000 a 140.000 casos de doença cardíaca grave, e 55.000 mortes, nos EUA, quando de seu uso entre 1999 e 2001. Em 2004, o produto foi retirado do mercado em todo mundo (GRAHAM et al., 2005).

Internacionalmente, a indústria farmacêutica, na última década, teve mercados e lucros ampliados, mediante estratégias como concentração industrial, indução ao aumento de consumo e aumento de preço, o que em muitos países tem comprometido o acesso a este importante bem de saúde. Nosso país encontra-se entre os 10 maiores mercados de medicamentos, sendo considerado um mercado emergente (*pharmergingmarket*). Em 2006, as vendas nominais chegaram a cerca de 26 bilhões de reais (R\$ 25.908.217.000,00) (GADELHA, 2009). O gasto com medicamentos é regressivo, comprometendo mais as famílias de baixa renda. Algumas estratégias, como a Política de Medicamentos Genéricos e a Farmácia Popular do Brasil tem buscado facilitar o acesso e estimular a indústria nacional.

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos, de 1998, objetivou garantir o acesso da população a medicamentos que possuam segurança, eficácia e qualidade, bem como promover a racionalidade de seu uso. Consoante com amplo debate social ocorrido na I Conferência Nacional de Medicamentos, em 2003, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004, considera a *Assistência Farmacêutica* (AF) um conjunto de ações voltado à promoção, à proteção e à recuperação

da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e o acesso a ele como diretriz fundamental. Engloba, portanto, não apenas o mero fornecimento do medicamento, mas uma série de ações que incluem, dentre outras, a seleção de medicamentos essenciais, respeitando-se os critérios estabelecidos pela OMS, o investimento na produção pública de medicamentos, a melhoria da gestão da Assistência Farmacêutica, a contratação/qualificação de profissionais de saúde que atuem na AF, o fornecimento de informações qualificadas aos usuários e o acompanhamento dos efeitos do uso destas tecnologias na saúde do usuário.

Ambas as políticas, com suas diretrizes e prioridades, resultaram em importantes avanços na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, inclusive com a implementação/criação de serviços de Assistência Farmacêutica nas três esferas de gestão. Sendo componente essencial do Sistema Único de Saúde, a Assistência Farmacêutica, no setor público, deve se pautar nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente, a universalidade, a equidade e a integralidade.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

BRASIL. Portaria GM n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos.

Para refletir

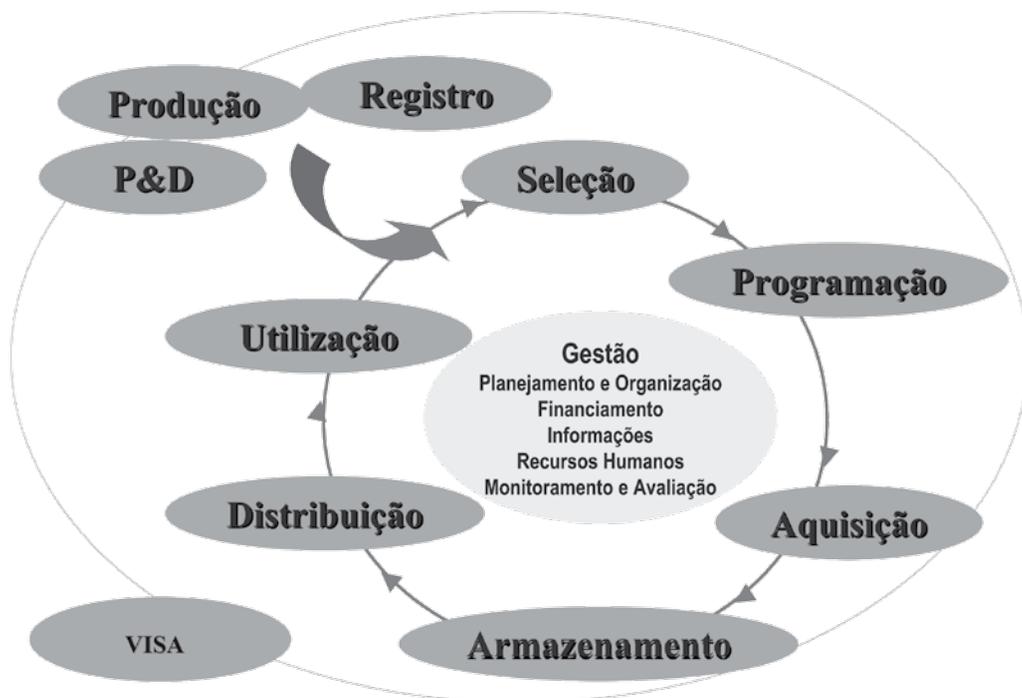
Que princípios deveriam nortear o acesso a medicamentos no Brasil?
Como se espera que esta efetivação se concretize?

1 O fundamento teórico-prático da AF no Brasil: o ciclo da AF

A Assistência Farmacêutica (AF) pode ser considerada um conjunto de atividades sistêmicas articuladas como um ciclo, conforme a figura 1. As atividades próprias deste ciclo se sucedem e precisam que a atividade anterior tenha sido adequadamente realizada. São elas: a

seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento, a distribuição e a utilização dos medicamentos. Além destas atividades “*core*” do ciclo da AF, atividades anteriores, reguladas pela Vigilância Sanitária (Visa), especialmente pela sua esfera federal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são necessárias para que a oferta de medicamentos seja de qualidade. São elas: a Pesquisa & Desenvolvimento (P&D), a produção e o registro sanitário de medicamentos.

Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: OLIVEIRA et al (2007).

A Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) de fármacos¹ inclui não apenas seu desenvolvimento (isolamento, síntese, purificação, caracterização físico-química, determinação e modificação da estrutura-atividade, formulação, entre outros), mas também a realização de testes farmacológicos e toxicológicos. Estes testes incluem os ensaios não clínicos, realizados *in vitro* e em animais, e os ensaios clínicos de Fases I, II, III e IV, que visam estimar além do perfil farmacocinético e farmacodinâmico da nova substância, a eficácia, a efetividade e a segurança dos mesmos. É nos ensaios clínicos controlados (Fase III), que se estabelece o valor terapêutico do novo fármaco, em razão de seus benefícios (eficácia) e segurança (perfil de efeitos adversos), em função da doença a ser tratada, ou seja, da sua indicação clínica. A Fase IV (estudos de farmacovigilância e pós-comercialização) tem o propósito de determinar a efetividade do medicamento, ou seja, confirmar se os benefícios obtidos na fase III permanecem na vida real. Na Fase IV, são identificados os efeitos adversos mais raros e tardios, bem como as interações medicamentosas com outros medicamentos.

Os medicamentos devem obter o **registro sanitário do medicamento** no País para que possam ser produzidos em larga escala e comercializados. A Anvisa, mediante a avaliação dos ensaios clínicos controlados (Fase III), pode (ou não) conceder o registro para que o medicamento seja comercializado no País. Este é o momento no qual é realizada a análise, pelo órgão regulador, de segurança e eficácia dos medicamentos, visando sua introdução no mercado

1 Importante diferenciar o que é o **fármaco** (ou substância ativa) e o medicamento. O fármaco é o princípio farmacologicamente ativo (Portaria n. 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998). O **medicamento** é definido como “[...] produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico [...]” (Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973). A Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 define três medicamentos. O medicamento **de referência** é aquele considerado o produto inovador, que foi registrado na ANVISA após comprovação de sua eficácia, segurança e qualidade. O medicamento **genérico** é aquele que, similar a um medicamento de referência, pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI. O medicamento **similar** é aquele que contém os mesmos princípios ativos, concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, e que é equivalente ao medicamento registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e à forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículo, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca.

brasileiro. A concessão de registro pode ser retirada caso os estudos de pós-comercialização e farmacovigilância identifiquem novos efeitos adversos que não mais justifiquem seu uso ou que o medicamento não tenha demonstrado ser efetivo na prática clínica. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o órgão federal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, é a principal responsável pela avaliação final e concessão do registro de medicamentos. Cabe a ela, igualmente, decidir sobre a manutenção ou retirada de medicamentos do mercado brasileiro, de acordo com as informações sobre seus benefícios e riscos, ou mesmo danos à saúde, advindas dos estudos pós-comercialização. O fato de o medicamento ter sido registrado no País não significa que o mesmo será, posteriormente, incorporado ao arsenal terapêutico do Sistema Único de Saúde. A incorporação ao elenco do SUS pressupõe que ele seja selecionado por instâncias federal, estadual ou municipal de saúde, mediante critérios de eficácia e segurança, além de outros, aplicados internacionalmente. No Brasil, a incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde insere-se no âmbito da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), que tem como objetivo garantir que tecnologias seguras e eficazes sejam usadas de forma racional. A PNGTS preconiza que a incorporação de novas tecnologias considere sua comparação em relação às já incorporadas quanto: à existência de evidência científica de benefícios; aos custos para o sistema, à população-alvo, às necessidades de infraestrutura na rede de serviços de saúde e aos fatores de promoção da equidade.

A incorporação de novos medicamentos, bem como de novas tecnologias ao SUS, é, de acordo com a Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011, competência do Ministério da Saúde, sob assessoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec). Versa o artigo 19-Q da Lei que:

[...] A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I – as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível....”

O Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011, dispõe sobre a Conitec, que passa a ser órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde. O referido decreto dispõe também sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS. A Conitec objetiva assessorar o Ministério da Saúde tanto nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Além disso, o artigo 4 refere-se à competência de “[...] propor a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename nos termos do art. 25 do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 [...]”.

A composição de seu Plenário, fórum responsável pela emissão de relatórios e pareceres conclusivos destinados a assessorar o Ministério da Saúde, passa a ser prioritariamente de representantes do executivo da saúde. São 13 titulares com 1º e 2º suplentes, representando as seguintes entidades/órgãos: 1) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); 2) Secretaria-Executiva (SE/MS); 3) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); 4) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); 5) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); 6) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); 7) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); 8) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 9) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); 10) Conselho Nacional de Saúde (CNS); 11) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); 12) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e 13) Conselho Federal de Medicina (CFM).

A atuação definida para a Conitec pressupõe a extinção de outras instâncias de seleção de medicamentos do SUS, por exemplo, a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare) que até então era responsável pela atualização da RENAME, seguindo os preceitos e critérios da Organização Mundial da Saúde. A Comare possui composição substancialmente diferente da Conitec. Ainda que com oito representantes do Ministério da Saúde e de duas instâncias gestoras do SUS (Conass e Conasems), a Comare tem vinte e dois membros, estando nela representadas também oito universidades brasileiras e quatro entidades de classe e científicas. A Comare vinha atuando com processo de trabalho organizado de acordo com Regimento Interno (Portaria SCTIE n. 1, de 22 de janeiro de 2008), com publicização de seus Pareceres e com rigoroso Termo de Declaração de Interesse, expressando desta forma a ausência de impedimentos de cada membro para atuar na Comissão, de forma a manter a independência de sua decisão.

A Conitec ainda não divulgou sua agenda e seu processo de trabalho. De acordo com o Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011, ela tem como diretrizes (art. 3) a universalidade e a integralidade das ações de saúde no SUS, com base no melhor conhecimento técnico-científico disponível; a proteção do cidadão nas ações de assistência, prevenção e promoção à saúde por meio de processo seguro de incorporação de tecnologias pelo SUS; a incorporação de tecnologias por critérios racionais e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade adequados às necessidades de saúde; e a incorporação de tecnologias que sejam relevantes para o cidadão e para o sistema de saúde, baseadas na relação custo-efetividade. O art. 4 prevê a possibilidade de solicitar a realização e a contratação de pesquisas e estudos, a celebração de acordos de cooperação técnica com entidades públicas e privadas e hospitais de ensino para a realização de estudos avaliativos de tecnologias em saúde e a constituição de subcomissões técnicas. Há previsão de termo de confidencialidade e declaração de eventual conflito de interesse para seus membros e colaboradores (arts. 9, 12 e 13) e de publicidade dos atos da Conitec “[...] *ressalvados aqueles protegidos por sigilo, nos termos da lei* [...]” (art. 14). Há definições sobre o processo administrativo de incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que prevê que o relatório elaborado pela Conitec considere as evidências científicas sobre a eficácia, efetividade e segurança, além de avaliação econômica comparativa em relação às tecnologias já incorporadas e o impacto da incorporação

(art. 18). Há previsão de realização de Consulta Pública e Audiência Pública (arts. 19 a 21) e a definição de prazo de 180 dias, prorrogáveis por 90 dias, para a conclusão do processo administrativo (art. 24).

Caso a intenção seja favorecer a unificação de processos de seleção baseados em evidências, as consequências podem ser vantajosas para o sistema e, conseqüentemente, para a AF no Brasil. Caso contrário, a pressão por incorporação de “novas” tecnologias, sobre o executivo da saúde pode dar origem a uma lista de compras de medicamentos pelo setor público, sem que contribua para o uso racional de medicamentos.

A **seleção de medicamentos** é a atividade que inicia o ciclo da Assistência Farmacêutica propriamente dito, e tem como objetivo decidir, com base nas evidências científicas existentes, os medicamentos que devem ser disponibilizados pelo sistema considerando-se o perfil de morbidade e mortalidade da população. São principalmente utilizados os critérios de qualidade intrínseca dos medicamentos para a seleção: o benefício que ele apresenta nos ensaios clínicos controlados (eficácia) e no uso rotineiro da prática clínica (efetividade), bem como os malefícios que pode causar, representados pelo seu perfil de efeitos adversos (segurança). Alguns outros critérios, como as apresentações farmacêuticas que atendam às necessidades; a facilidade de uso (comodidade posológica), o custo e a disponibilidade do medicamento no mercado.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), preconizada pela Organização Mundial da Saúde e pela Política Nacional de Medicamentos, é um exemplo de produto da seleção de medicamentos baseada em evidências científicas, constituindo-se em uma lista de medicamentos considerados essenciais para atender o contexto no qual se insere. No âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias deverá elaborar e atualizar a seleção de medicamentos a serem incorporados no Sistema Único de Saúde, baseadas nas melhores evidências científicas.

PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO C. G. S.; LUIZA, V. L. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: um instrumento da Política Nacional de Medicamentos na garantia do acesso. In: *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 319-334.

A **programação de medicamentos** determina a quantidade suficiente do medicamento a ser adquirido, de forma a garantir sua disponibilidade no momento necessário. Esta etapa é importante, pois define a alocação de recursos disponíveis e evita a descontinuidade no abastecimento. A **aquisição de medicamentos** envolve a compra dos produtos, considerando a garantia de sua qualidade em todo o processo. Os processos de compra no setor público devem ser realizados em consonância com a Lei Federal n. 8.666/1993. A etapa de **armazenamento de medicamentos** segue as boas práticas de armazenamento que objetiva organizar os materiais, preservando suas características originais, que garantem sua qualidade, subsidiando também a melhor forma de distribuição e de descarte, evitando-se perdas. A **distribuição dos medicamentos** envolve o transporte dos locais de armazenamento até as unidades de saúde. São três os componentes da última etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica, que é a **utilização dos medicamentos**: a prescrição, a dispensação e o uso. A prescrição e a dispensação de medicamentos, feitas por profissionais de saúde, incluem fornecer ao usuário a informação sobre os efeitos, positivos e negativos, dos medicamentos a serem utilizados. Um tratamento será exitoso quando houver a conjugação de fatores que propiciem o Uso Racional de Medicamentos (URM). O URM é considerado, pela OMS, como um dos maiores desafios no âmbito dos medicamentos, e implica um conjunto de práticas que propiciam, inclusive, a adesão ao tratamento. Ele depende não apenas de uma prescrição racional, mas do fornecimento de todas as informações necessárias, bem como do acompanhamento do paciente, para que sejam conhecidos os efeitos, positivos e/ou negativos, do tratamento estabelecido.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. *Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 112p.

Para refletir

Os medicamentos são tecnologias terapêuticas complexas. Produzem benefício, mas também são fonte de riscos. O que mais, além do medicamento em si, é necessário para que se alcance o desfecho adequado da terapêutica medicamentosa?

2 O financiamento da AF

No Pacto de Gestão, em 2006, ficou estabelecido que o financiamento referente à Assistência Farmacêutica é de responsabilidade dos três gestores do SUS. Por sua vez, a Portaria MS/GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica em 3 (três) componentes: o componente básico, o componente estratégico e o componente de medicamentos de dispensação excepcional (este componente foi posteriormente transmutado em componente de medicamentos especializados, o que veremos adiante). A partir de então, uma série de normas tem sido publicadas, para estabelecer a forma de financiamento deste componente, as atribuições dos gestores e os elencos das listas oficiais públicas.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde, seja baseado no elenco de referência nacional para o tratamento dos agravos que ocorrem mais comumente no nosso País ou no âmbito de agravos e programas de saúde específicos. A Portaria MS/GM n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010, define a execução e o financiamento deste componente, e define o Elenco de Referência de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde. O Elenco de Referência Nacional (Anexo I) é feito com base na Relação Nacional de Medicamentos (Rename) elaborada com base nos critérios de seleção preconizados pela Organização Mundial da Saúde. No Anexo II, figuram os fitoterápicos. No Anexo III, figuram os medicamentos para as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e do Programa Nacional de Suplementação do Ferro. Há autonomia dos gestores estaduais e municipais para pactuarem na CIB a definição do Elenco de Medicamentos de Referência Estadual, de acordo com seu perfil epidemiológico. É importante lembrar que, na pactuação na CIB, o gestor municipal não precisa incorporar no seu Elenco de Referência todos os medicamentos que o gestor estadual incluiu no Elenco Estadual e pode, também, inserir outros não constantes deste. Os medicamentos não constantes na Rename devem ser financiados pelo município. O financiamento deste Componente Básico é tripartite sendo, no mínimo:

R\$ 5,10 por habitante/ano do MS, R\$ 1,86 por habitante/ano das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e R\$ 1,86 por habitante/ano das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), totalizando R\$ 8,82 habitante/ano. O elenco de medicamentos e insumos, disponibilizados pelo SUS, para os portadores de diabetes *mellitus*, foi definido na Portaria MS/GM n. 2.583, de 10 de outubro de 2007 e, nos termos da Lei Federal n. 1.1347, de 27 de setembro de 2006.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos utilizados para tratamento das doenças endêmicas. O financiamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se às ações de assistência farmacêutica dos programas de saúde estratégicos: I. Controle de Endemias Focais: Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; II. Controle da Tuberculose; III. Controle da Hanseníase; IV. DST/AIDS (Ver também Nota Técnica Programa Nacional de DST/AIDS); V. Sangue e Hemoderivados; VI. Alimentação e Nutrição; VII. Controle do Tabagismo; VIII. Doença Enxerto x Hospedeiro; IX. Lúpus Eritematoso; X. Mieloma Múltiplo. Cabe à esfera federal a aquisição e a distribuição aos Estados e ao Distrito Federal, que devem armazená-los e distribuí-los às regionais ou aos municípios.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS n. 2.981, de 26 de novembro de 2009) destina-se ao tratamento de doenças raras ou de baixa prevalência e a doenças de alta prevalência nos quais o paciente apresentou intolerância, refratariedade aos medicamentos de primeira linha do tratamento ou quando da evolução para quadro clínico de maior gravidade. Os medicamentos do componente especializado estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- 1. Grupo 1** – formado por medicamentos sob responsabilidade da União e composto pelos medicamentos: 1) de maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; 2) refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento; 3) medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.
- 2. Grupo 2** – formado por medicamentos sob responsabilidade dos Estados e Distrito Federal: 1) menor complexidade da

doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1 e 2) refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento.

- 3. Grupo 3** – formado por medicamentos sob responsabilidade dos Municípios e do Distrito Federal. Constituído por fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente. Os medicamentos deste componente têm sua dispensação realizada após a análise e autorização de Laudo para a Solicitação, a Avaliação e a Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME).

Os medicamentos utilizados no tratamento de câncer constituem-se em regulamentação à parte e são financiados em conjunto com os demais procedimentos terapêuticos para esta condição patológica, de acordo com cada tipo específico de câncer.

3 Perspectivas

O panorama da AF no Brasil parece passar por importantes modificações, sinalizadas pela entrada em vigor de recentes marcos legais. Essas mudanças vêm como consequência de fenômenos, como a judicialização do acesso a medicamentos que, muito embora se caracterizem como exercício de cidadania e de busca de direitos legítimos, distorcem o sistema, oferecendo risco à sustentabilidade do financiamento da AF em estados, municípios e no próprio âmbito do governo federal.

Os recentes marcos legais são a Lei n.12.401, de 28 de abril de 2011, que altera e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990. No que diz respeito à Assistência Terapêutica no SUS, pode-se arrolar como principais determinações destas normas:

1. Adeliimitação da integralidade aos medicamentos presentes na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases),

a ser definida em âmbito nacional e atualizada a cada 2 anos, pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, e a responsabilidade dos gestores pactuada nas respectivas Comissões Intergestores. A dispensação de medicamentos será realizada de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) definidos no âmbito do SUS e, na sua ausência, com base nas relações de medicamentos definidos de forma complementar por estados, Distrito Federal e/ou municípios;

2. A vedação ao pagamento, a inclusão nas listas oficiais públicas ou dispensação de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sob pesquisa clínica ou na indicação terapêutica não aprovada pela ANVISA;
3. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente, que – além de a prescrição estar de acordo com as listas oficiais públicas e os PCDT –, o usuário seja assistido por ações e serviços de saúde do SUS, que a prescrição seja feita por profissional de saúde que esteja no exercício regular de suas funções no SUS (que tem sido denominada “receita SUS”) e que a dispensação se dê em unidades indicadas pelos gestores do SUS. Pode haver ampliação do acesso pelos entes federativos, bem como o Ministério da Saúde pode estabelecer regras diferenciadas de acesso aos medicamentos do Componente Especializado.

Sob aspecto da gestão do sistema, é importante estabelecer como se identificam, nas unidades conveniadas aos SUS, que possuem dupla porta de entrada (privada e pública), as “receitas SUS”. A Portaria n. 2.928, de 12 de dezembro de 2011, estabelece que podem ser aceitas “documentações oriundas de serviços privados de saúde” no âmbito SUS, respeitando as regulamentações e as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) (art. 2) e no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (art. 3).

No tangente à questão conceitual, é preciso ponderar as consequências a médio e longo prazo dessas determinações legais. Medicamentos essenciais constituem-se em um dos principais instrumentos para a efetivação de uma política de AF. Esses medicamentos servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população e por isso precisam estar sempre

disponíveis, em quantidade adequada, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar. Os medicamentos essenciais são a âncora do uso racional. Não existe uso racional sem que haja uma seleção racional, pautada em critérios de relevância para a saúde, firmemente embasada em evidências de eficácia e segurança e, preferencialmente, por estudos comparados de custo-efetividade. Listas de medicamentos essenciais cumprem, portanto, um papel estruturante nos sistemas de saúde. Orientam as prioridades de pesquisa e desenvolvimento, orientam a produção e as etapas logísticas do ciclo da AF.

As políticas de medicamentos e de AF, que tanto avançaram nos últimos anos, poderão enfrentar retrocessos importantes. A Lei n. 12.401 e o Decreto n. 7.508 oportunizam a introdução de medidas que já estão tendo impacto sobre conquistas importantes, como a Rename, que passa a figurar, na prática, como lista positiva e não mais como lista baseada em critérios de essencialidade.

A Resolução CIT n. 03, de 29 de setembro de 2011, que estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), utiliza a denominação “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais” para a lista oficial de medicamentos ofertados pelo SUS. A adoção equivocada do termo essencial distorce o conceito sedimentado pela OMS há mais de 30 anos, internacionalmente aceito e adotado. Esta denominação fere o conceito de medicamentos essenciais, pois traduz o conceito de “essencialidade” em “disponibilidade” para o sistema. A ideia não contribui para promover a estratégia de seleção de medicamentos com base em critérios de essencialidade.

Listas oficiais que apontam os medicamentos ofertados pelo sistema de saúde de um país não são necessariamente delimitadas pelo conceito de essencialidade preconizado pela Organização Mundial de Saúde. O perigo que se assoma é a cessão a critérios pouco técnicos ou a pressões de diversas naturezas. O Estado é um importante comprador de tecnologias do país, para utilização no SUS. Os recursos empregados em medicamentos nas três esferas de governo estão entre os mais importantes gastos do setor saúde no Brasil. Caso não se privilegie o caminho da seleção baseada em evidências, cedendo a dispositivos políticos ou à influência de setores privados, as determinações em curso poderão incorrer em dificuldades, quanto à já combatida sustentabilidade, da provisão pública de medicamentos no SUS, tendo impacto sobre a efetivação dos próprios princípios do nosso sistema de saúde.

A associação entre uma lista única e o nome Rename expõe a fragilidade conceitual de uma normativa que pode vir a regular o futuro próximo da Assistência Farmacêutica no Brasil, difundindo o entendimento equivocado de que essencial significaria ofertado. Em vários países da Região das Américas, as listas de compras/fornecimento do sistema são erroneamente traduzidas como lista de medicamentos essenciais, sem que os medicamentos nelas contidos sejam produto de processo de seleção baseado na essencialidade.

WANNMACHER, L. *Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto*. URM. Temas selecionados, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2006.

Para refletir

Que critérios devem nortear uma lista de medicamentos para um país?
Que influências e interesses podem comprometer o processo de seleção?
Existem formas de proteger o sistema de saúde dessas influências?

Referências

BUSS, P. M.; CARVALHEIRO JÚNIOR; CASAS, C. P. R. (Org.). *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 440p.

ANGEL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Como nos enganam e o que fazer. São Paulo: Record, 2007.

GRAHAM, D. J. et al. Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non selective non-steroidal anti-inflammatory drugs; nested case-control study. *Lancet*, v. 9.456, n. 365, p. 475-481, 2005.

GADELHA, C. A. G. (Coord.). Relatório final do estudo do sistema produtivo Saúde, integrante da pesquisa. In: *Perspectivas do investimento em saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 2009. 217p.

WANNMACHER, L. Quanto é evidente a evidência na saúde? *URM. Temas selecionados* (ISSN 1810-0791), v. 5, n. 3, p. 1-6, 2006.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO C. A.; SCHMIDT M. I.; PAIM J.; BASTOS, F. I.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; TRAVASSOS, C.; REICHENHEIM, M.; BARROS, F. Candthe Lancet Brazil Series WorkingGroup. *Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward*. May 9, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X. Disponível em: www.thelancet.com Published.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE/CONASS. *Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (*Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7.*).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p. (*Série B. Textos Básicos em Saúde*).

TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 951-964, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Medicines Situation*. Geneva: WHO, 2011.

PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Prescrição de Medicamentos. In: *Formulário Terapêutico Nacional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. p. 23-31.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components - WHO Policy Perspectives on Medicines*, n. 005, September 2002.

PEPE, V. L. E. et al. *Assistência Farmacêutica em Foco: normas e documentos para ação* (mídia eletrônica), 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/apresentacao>>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/Ministério das Relações Exteriores, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Continuity and Change*. Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013, 2010.

CONRAD, P. *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, 2007.

SAÚDE: QUESTÕES POLÊMICAS

O direito fundamental à saúde e a atividade legislativa.

Roger Raupp Rios¹

O direito à saúde, do ponto de vista jurídico, tem suscitado inúmeras reações e diversificadas respostas em variados ambientes e contextos. Desde a defesa vigorosa de uma compreensão extensa e generosa desse direito como um dever estatal diante do qual praticamente não há limites, até concepções que reduzem o direito à saúde à mera execução correta daquilo que a política pública houver por bem definir e delimitar, apresenta-se uma intensa arena de debates e posições políticas. Um dos elementos imprescindíveis para a adequada compreensão deste debate diz respeito à tarefa do legislador em face da previsão constitucional do direito à saúde.

O leitor atento deverá, ao final de seu estudo, articular as **categorias que possibilitam entender este debate**, especialmente quanto às **dimensões** e ao **conteúdo** do direito à saúde, tanto para a concretização legislativa do direito, quanto acerca dos **limites do legislador**.

O que se propõe aqui é o exame da relação entre a afirmação do direito à saúde como direito fundamental e a atividade legislativa decorrente. Como será visto, a **missão do legislador na concretização do direito à saúde é imprescindível**. Para tanto, este texto será dividido em quatro partes. A primeira parte cuida do significado e de conteúdos mínimos decorrentes da afirmação do direito à saúde como direito fundamental, em especial para o legislador. Na segunda parte, serão expostas algumas das mais importantes dimensões normativas do direito à saúde, uma vez que a legislação delas deve tratar do modo mais integrado e completo. Na terceira parte, trata-se de classificar as mais importantes modalidades de atuação legislativa, apontando sua incidência no campo do direito à saúde. Por fim, a quarta e última parte alertam para a necessidade de garantir que a atividade legislativa não acabe por restringir de modo inadequado o direito à saúde, vale dizer, da garantia jurídica do conteúdo essencial do direito à saúde.

¹ Roger Raupp Rios, Juiz Federal, Mestre e Doutor em Direito (UFRGS), Professor do Mestrado em Direitos Humanos da UniRitter (Porto Alegre/RS). Pesquisador nas áreas de direito da antidiscriminação e direitos sexuais. Autor, dentre outros trabalhos, de *Direito da Antidiscriminação* (Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008) e organizador de *Homossexualidade e direitos sexuais: reflexões a partir da decisão do STF* (Porto Alegre: Sulina, 2011).

O elenco destes tópicos demonstra, de imediato, que o estudo da atividade legislativa em face do direito à saúde não se limita a um inventário legislativo, arrolando leis, decretos, regulamentos, instruções e portarias. Antes disso, ele requer a compreensão das categorias jurídicas que informam a interpretação e a aplicação de tal conjunto de diplomas normativos. Com efeito, há muitas formas de estudar o direito à saúde e a legislação. Nesta tarefa, pode-se vislumbrar, ao menos, a predominância de duas perspectivas, que podem ser agrupadas sob a denominação de “**perspectivas descritivas**” e de “**perspectivas operacionais**”. Enquanto a primeira pretende uma compilação e uma sistematização da legislação até hoje editada, abrangendo as esferas federal, estadual, distrital e municipal, a segunda sistematiza e discute os principais elementos jurídicos para a compreensão da relação entre o direito à saúde previsto na Constituição e a atividade legislativa. Esta exige desenvolver, a partir dos cânones hermenêuticos consagrados na teoria do direito, interpretações da Constituição e da legislação vigente, destacando a maior eficácia possível em benefício do direito à saúde, o que tem impacto direto no trabalho do legislador diante do direito à saúde.

1 O Direito à Saúde como direito fundamental: vinculação legislativa e princípios constitucionais informadores

Da consideração do direito à saúde como direito fundamental decorrem inúmeras consequências, em especial para o desenho das políticas públicas e para a atividade legislativa. Nesta primeira parte, delineiam-se os traços fundamentais do direito à saúde na Constituição de 1988, com ênfase na **eficácia direta e imediata** dos direitos fundamentais e nos **princípios constitucionais informadores do direito à saúde**.

Essa caracterização é fundamental para que se entenda o conteúdo jurídico do direito à saúde, ao qual a atividade legislativa está vinculada.

1.1 A Saúde como norma de direito fundamental tipo princípio e concretização legislativa

Dizer que o direito à saúde é um direito fundamental significa dizer, em primeiro lugar, que ele **vincula** os Poderes Públicos (Legislativo, Executivo e Judiciário) e que ele **não pode ser subtraído** da Constituição, nem mesmo por emenda constitucional; também implica afirmar que, no exercício desses poderes e dentro dos limites da realidade, o Estado está **obrigado a promover a saúde na maior medida do possível**. Com efeito, direitos fundamentais, instituídos por normas tipo princípio, tais como o direito à saúde, ordenam que os Poderes Públicos façam todo o possível para efetivá-los, uma vez que sua observância só ocorre quando tudo aquilo que é possível, fática e juridicamente, é realizado. São, como resume a doutrina, mandatos de otimização (ALEXY, 1997, p. 86).

A consequência disso é que a Constituição impõe aos Poderes Legislativo e Executivo, de modo imediato, direto e em primeiro lugar, o fornecimento **da maior prestação possível** em face do direito à saúde. Significa que esses Poderes têm o dever de desenvolver e executar as políticas públicas de saúde mais eficazes e abrangentes possíveis, atividades dentre as quais está inserida a elaboração legislativa.

Trata-se, por parte dos Poderes Legislativo e Executivo, do cumprimento de tarefas de **concretização** dos direitos fundamentais, propiciando aos cidadãos o gozo e o exercício dos denominados direitos derivados, ou seja, de “direitos dos cidadãos a uma participação igual nas prestações estaduais concretizadas por lei segundo a medida das capacidades existentes” (CANOTILHO, 1999, p. 479).

1.2 Universalidade, gratuidade e integralidade: princípios informadores do Direito à Saúde e Legislação

No exercício da tarefa de concretização do direito à saúde por meio da atividade legislativa, o **Legislativo está vinculado** aos conteúdos que a Constituição explicita.

Diversas normas constitucionais, cuidando de variados aspectos, dispõem sobre o direito à saúde. Elas abrangem desde o custeio e a participação social até o direito à informação e a distribuição das competências e responsabilidades administrativas. Do universo de tais normas, destacam-se os princípios da universalidade e da integralidade.

a) Universalidade e gratuidade

O princípio constitucional da universalidade nas políticas públicas de saúde requer que **a prestação de serviço público alcance** todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país (artigo 5º, *caput* da CF/88). A elaboração legislativa, portanto, tem o dever de observar esta **dimensão subjetiva**, tanto do ponto de vista individual, quanto do ponto de vista coletivo.

Formulado como garantia de “acesso universal e igualitário” às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (CF/88, artigo 196), também está presente no inciso I do artigo 194 a universalidade da cobertura e do atendimento pela seguridade social. No direito brasileiro, à universalidade relaciona-se a **gratuidade** no acesso aos serviços, configuração expressamente atribuída à política pública instituída por meio do SUS (CARVALHO; SANTOS, 1995).

Associadas universalidade e gratuidade, a política pública de saúde **afasta-se da “focalização”**, segundo a qual o acesso aos bens e serviços no sistema de saúde público deveria atender somente aos mais pobres. A opção pelo caminho da saúde pública e universal, aponta Octávio Ferraz, prestigia objetivos de “maior coesão social (todos, independentemente da condição econômica, compartilham os mesmos serviços) e [...] evita ainda a estigmatização e a queda de qualidade que necessariamente acompanham os serviços públicos destinados exclusivamente aos mais pobres” (FERRAZ, 2008).

Ademais, ao ordenar o “acesso universal igualitário” (art. 196), a Constituição reclama o **respeito a e observação das diferentes situações** experimentadas pelos indivíduos e grupos quando do desenvolvimento das políticas públicas, sob pena de discriminação (RIOS, 2008). Numa sociedade plural e diversa, cumprir a obrigação de propiciar acesso universal igualitário significa, na medida do possível, considerar a diversidade cultural, social, econômica, geográfica presente nos indivíduos e grupos destinatários das políticas públicas de saúde, tornando o sistema de fornecimento de bens e serviços pertinentes à saúde capaz de atendê-los. Nessa linha de pensamento, pode-se falar num **direito difuso a um sistema de saúde que conjugue medidas genéricas e medidas específicas** (que considerem a especificidade de cada grupo) de prevenção e promoção da saúde, como aponta, por exemplo, a ideia de redução de danos entre usuários de drogas (BASTOS; MESQUITA; MARQUES, 1998). Outras situações também podem ilustrar essa realidade, como também demonstram campanhas dirigidas a profissionais do sexo e homossexuais.

Esse último sentido da universalidade pode ser relacionado a um dos sentidos do princípio da integralidade, como será visto a seguir.

b) Integralidade

Outro dos princípios constitucionais informadores das políticas públicas de saúde que demanda uma compreensão adequada é a integralidade. Na previsão constitucional, está registrada a expressão “atendimento integral”. Ela objetiva chamar a atenção para a compreensão da integralidade tanto para **evitar uma atitude médica fragmentada** diante dos pacientes, como para apontar a **coordenação dos diversos serviços** médicos, assistenciais e sociais, sem deixar de lado a organização administrativa e a cooperação entre as diversas esferas de ação governamental envolvidas no desenvolvimento do SUS (MATTOS, 2008).

Nesse sentido, a integralidade requer racionalização do sistema de serviço de modo hierarquizado, buscando articular ações de baixa, média e alta complexidade, bem como humanizar os serviços e as ações do SUS (BRASIL, 2000).

Não se deve, portanto, confundir observância da integralidade com uma **visão reducionista** do direito à saúde ao fenômeno da chamada “**farmaceuticalização**” da política de saúde. A “farmaceuticalização”, ao contrário da perspectiva da integralidade, aprofunda os riscos da fragmentação contra os quais esse se contrapõe de modo direto e explícito, sendo, ao mesmo tempo, incapaz de promover a efetiva melhoria das condições de saúde e altamente dispendiosa para os cofres públicos (BIEHL, 2008).

2 Dimensões normativas e titularidade do Direito à Saúde: a amplitude da legislação

A responsabilidade legislativa na concretização do direito à saúde é crucial. E isto não só no que diz respeito às referidas diretrizes da universalidade, da gratuidade e da integralidade, ou ao controle social e à participação popular, o legislador não pode esquecer-se das

dimensões (objetiva e subjetiva) e da titularidade (individual e coletiva) do direito à saúde.

a) As dimensões objetiva e subjetiva do direito à saúde

Os direitos fundamentais têm dimensões objetiva e subjetiva. No primeiro caso, cuida-se de **determinados conteúdos que a norma de direito fundamental agrega ao ordenamento jurídico estatal**, sem depender de sua titularidade em concreto por qualquer indivíduo ou grupo em uma relação social e jurídica específica; no segundo caso, trata-se de identificar quais os direitos e deveres, prestações e encargos que **determinado indivíduo ou grupo experimentam subjetivamente** em relações intersubjetivas concretas. A relevância dessa dupla dimensão é muito grande.

O direito fundamental à saúde, protegido de **modo objetivo**, implica a existência de deveres dos Poderes Públicos na **organização e no desenho institucional** das políticas públicas de saúde, não só em relação às atribuições dos entes federados relativas à participação de cada um no SUS, mas também aos deveres e à responsabilidade da iniciativa privada quando atuante na área da saúde (exemplo disto é a legislação que determina dever de ressarcimento ao SUS por prestadores de saúde privado quando seus clientes são atendidos pelo sistema público). A dimensão objetiva também implica, por exemplo, a **proibição de legislação que venha a excluir determinada dimensão** do conceito constitucional de saúde das políticas públicas (por exemplo, uma opção exclusiva pela medicina curativa estritamente farmacêutica em detrimento de medidas preventivas mais amplas). Atinge, também, a inclusão dos princípios constitucionais informadores das políticas públicas, como a integralidade, a universalidade e a não discriminação.

Já a **dimensão subjetiva**, relativa aos direitos e deveres dos titulares à saúde, sejam eles indivíduos ou agrupamentos, tem incidência cotidiana e decisiva na vida de inúmeros cidadãos que se utilizam dos serviços de saúde, especialmente públicos. No âmbito da saúde, os direitos subjetivos apontam para **atos negativos e direitos a ações positivas**. Exemplo do primeiro grupo é a liberdade de pesquisa e de informação sobre redução de danos em certas práticas que impactam a saúde, típico caso de não intervenção estatal em situações subjetivas; já no segundo agrupamento incluem-se as inúmeras prestações concretas

de saúde em favor de indivíduos e grupos, previstas pelo SUS, desde a assistência farmacêutica até campanhas de saúde pública, visando à prevenção de epidemias.

b) a titularidade do direito à saúde

As normas constitucionais relativas ao direito à saúde indicam sua pertinência subjetiva direcionada a **indivíduos, a grupos e a toda a sociedade**. Esta amplitude subjetiva não pode ser ignorada, em nenhum momento, pelo legislador, sob pena de esvaziamento do direito fundamental, o que caracteriza situação de violação.

Com efeito, nosso ordenamento jurídico prevê, a par da formulação tradicional, que confere a cada indivíduo o direito à saúde (seja pela não intromissão, seja pela ação estatal positiva), **direitos transindividuais**, que podem ser de dois tipos: direitos **coletivos** e direitos **difusos**.

Direitos coletivos à saúde são aqueles de natureza indivisível, titularizados por grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base (por exemplo, direito à inclusão de procedimentos de transgenitalização, dentre aqueles ofertados pelo SUS, em benefício de transexuais); **direitos difusos** à saúde, por sua vez, são aqueles transindividuais, de natureza indivisível, titularizados por pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato (por exemplo, direito à qualidade da água distribuída pelo sistema público a toda comunidade; direito às políticas preventivas de epidemias).

3 As modalidades de atuação legislativa e o Direito à Saúde

No cumprimento de sua tarefa, o legislador desenvolve e concretiza o direito à saúde, exercendo papel imprescindível para a realização desse direito, tanto do ponto de vista técnico, quanto do ponto de vista democrático. Identificam-se, basicamente, duas modalidades de atuação legislativa: configuração e intervenção (GAVARA DE CARA, 1994).

3.1 Configuração legislativa do Direito à Saúde

A atividade legislativa de configuração dos direitos fundamentais diz respeito à produção de normas de organização e procedimento, editadas em função da ausência ou insuficiência do conteúdo material do direito fundamental, diante da abstração e do caráter genérico da respectiva previsão constitucional. Ela se sujeita em conformidade ao texto constitucional e se justifica pela necessidade de concretização. A atuação configuradora tem sua razão de ser na impossibilidade de exercício do direito fundamental, se ausente tal regulação.

A configuração pressupõe que se verifiquem quais os direitos que demandam uma configuração processual ou de organização, bem como a obrigação da fixação desse regime por parte do Poder Legislativo. Para tanto, deve-se ter em mente a necessidade da legislação para a realização do direito fundamental e a regulação das relações entre os diversos titulares do direito fundamental, que carece de conteúdo material efetivo. Nesses casos, a legislação deve dar conta das possibilidades de colisão entre tais direitos e da efetividade dos direitos fundamentais. A configuração legislativa atende, de modo ainda mais importante, à determinação e à regulação do objeto de proteção do direito fundamental.

No direito à saúde, **a missão legislativa configuradora é das mais desafiadoras**. Basta pensar na organização das diversas esferas que compõem o SUS, na eleição delas e de que modo as diversas demandas voltadas ao sistema de saúde serão incorporadas, na instituição de procedimentos que possibilitem o controle e a participação social, na definição de direitos e deveres de prestadores de saúde e de cidadãos, dentre tantos, para deixar muito clara a necessidade da atividade configuradora.

3.2 Intervenção legislativa no Direito à Saúde

A **legislação interventiva** respeita as medidas legislativas conforme à Constituição, cujo objeto é a **restrição do campo de ação dos titulares de direitos fundamentais**, mediante a intervenção no âmbito de proteção do direito fundamental. Com efeito, os direitos fundamentais demarcam um campo no qual uma série de ações de seus titulares é resguardada por força da própria Constituição, bem como designam certos bens como objeto de proteção jurídica fundamental.

A intervenção no âmbito de proteção, promovida pela legislação restritiva, dá-se pelo **estabelecimento de limites** ao campo de ação, a princípio, protegido pela norma de direito fundamental, dada a amplitude e indeterminação de sua redação. Esses limites são definidos pela atuação legislativa, ao dispor sobre o objeto de proteção do direito fundamental. Tal intervenção **não pode ser aleatória ou arbitrária**, sob pena de esvaziar o direito em questão. Assim, sua **justificação** só pode se dar a partir da própria Constituição, nas hipóteses de regulação de **colisões de direitos fundamentais** e de proteção de outros princípios e bens constitucionais.

No direito à saúde, essa responsabilidade legislativa coloca-se de modo intenso. A necessidade, por exemplo, de dispor sobre os direitos e deveres de agentes de saúde e de pacientes quando está em jogo a liberdade religiosa (exemplo: transfusão de sangue e testemunhas de Jeová) e a atribuição de deveres de cuidado e de limitação publicitária para certas atividades comerciais lícitas (como a comercialização de produtos derivados do tabaco) exemplificam o quão desafiadora e imprescindível é a intervenção legislativa neste domínio.

4 O conteúdo essencial do Direito à Saúde e a atividade legislativa

A importância capital da atividade legislativa para a concretização do direito à saúde põe a questão sobre os **limites** dessa atividade. De fato, configuração e intervenção não podem ser ilimitadas, dada a **possibilidade do esvaziamento** do direito à saúde, a pretexto de regulamentá-lo. A teoria do conteúdo essencial **objetiva evitar esse perigo**, desdobrando-se em duas formulações.

4.1 A teoria absoluta do conteúdo essencial do Direito à Saúde

Esta teoria defende a existência de um **núcleo duro** para cada direito fundamental, cuja afetação jamais poderia ocorrer. Esse núcleo essencial seria um conteúdo **mínimo, estável e intangível** pela legislação; assim, devassada tal esfera, considerasse inconstitucional a legislação.

O grande desafio reside na determinação de tal núcleo. Definilo pressupõe a interpretação do texto constitucional, em que não raro é admissível mais de uma compreensão da mesma norma de direito fundamental. A multiplicidade de significações das normas constitucionais, por sua vez, decorre da dinâmica da interpretação constitucional e da própria abertura da Constituição. Neste momento, portanto, a hermenêutica constitucional é decisiva. No direito constitucional contemporâneo, cada vez mais, é aos tribunais constitucionais confiada a tarefa da guarda da Constituição e da interpretação, em última instância, de suas normas. Disso decorre que a adoção de uma teoria objetiva do conteúdo essencial dos direitos fundamentais implica o desenvolvimento da jurisprudência constitucional para o desvelar desse núcleo protegido.

Aplicada ao direito à saúde, **a teoria absoluta** requer uma **definição apriorística** de um conteúdo mínimo do direito à saúde, cujo não atingimento revela-se como violação injustificável. Deste modo, se concebido como preservação da vida em qualquer circunstância, diante de qualquer outro direito, o núcleo duro impediria que a legislação conferisse ao indivíduo submetido a tratamento médico, com grande sofrimento e sem perspectiva de cura, a possibilidade de suspensão do procedimento.

4.2 A teoria relativa do conteúdo essencial do Direito à Saúde

A teoria relativa rejeita a existência, *a priori*, de um núcleo mínimo e intocável próprio de cada direito fundamental. Para ela, **o conteúdo essencial é atingido pela limitação desnecessária do direito fundamental**, além da justificação constitucional da intervenção. Toda intervenção desnecessária e injustificada, que avance além da menor intensidade possível e que não preserve, na maior medida possível, o exercício do direito fundamental, viola o núcleo essencial. Este não é, portanto, um conteúdo fixo e imutável; em vez disso, ele resulta da relação entre a norma de direito fundamental e a justificação constitucional da legislação configuradora ou restritiva do direito.

Na prática, a teoria relativa conduz a uma identificação da garantia do conteúdo essencial ao princípio da **proporcionalidade**, como conclui Robert Alexy. Assim, quanto maior for a intervenção legislativa no regime do direito fundamental, mais intensa deve ser a justificação da conduta do legislador, circunstância que conduz a situações em que se pode dizer que não há razões suficientes para a intervenção.

Tomando o exemplo utilizado na seção anterior, admitir-se-á a ponderação das circunstâncias e de outros direitos (como a dignidade humana), concluindo-se pela inexistência de violação do direito à saúde, diante da opção pela suspensão do tratamento.

Referências

ALEXY, R. *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997.

BASTOS, F.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília, DF: Coordenação Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde, 1998.

BIEHL, J. *Pharmaceuticalization: Aids treatment and global health politics*. Disponível em: <http://mail-b.uol.com.br/cgi-bin/webmail/Biehl_-Pharmaceuticalizationpdf?ID=ILLHg0cLOKr2oo9EeHBS_7uL1vBmQT7Rpybr4X9sOqbLe&Act_View=1&R_Folder=aW5ib3g=&msgID=28880&Body=2&filename=Biehl_-Pharmaceuticalization.pdf> Acesso em: 14 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

CANOTILHO, J. J. G. *Direito constitucional e teoria da constituição*. Coimbra: Almedina, 1999.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde, L. 8.080/90 e L. 8142/90*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

FERRAZ, O. L. M. *De quem é o SUS?* Disponível em: <<http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/staff/academic/ferraz/press/artigofolhasus.doc>> Acesso em: 14, set. 2008.

GAVARA DE CARA, J. *Derechos Fundamentales e desarrollo legislativo: la garantía del contenido esencial de los derechos fundamentales en la Ley Fundamental de Bonn*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1994.

MARQUES, S. B. M.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. Disponível em: <http://mail-a.uol.com.br/cgi-bin/webmail/Garantia_do_direito_social_a_assistencia_farmaceutica_no_estado_de_sao_paulo.pdf?ID=lc8bljxbN_gfwxdAhMBpocQDY0d9b4EdFuQFoAX7duAT&Act_View=1&R_Folder=YXJ0aWdvcw==&msgID=62&Body=4&filename=Garantia_do_direito_social_a_assistencia_farmaceutica_no_estado_de_sao_paulo.pdf> Acesso em: 14 set. 2008.

MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=180&tpl=view_participantes>. Acesso em: 14 set. 2008.

RIOS, R. R. *Direito da antidiscriminação*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil

Maria Célia Delduque

Silvia Badim Marques

Álvaro Ciarlini

Espera-se que, após o estudo do texto, o aluno compreenda o fenômeno da judicialização no Brasil, bem como a formulação e implementação das políticas públicas de saúde, e que as excessivas demandas judiciais de caráter individual em desfavor do sistema de saúde inviabilizarão sua racionalidade coletiva, conforme previsto constitucionalmente.

Introdução

O acesso a prestações de saúde pela via judicial no Brasil evidencia que o exercício do direito à saúde pelos cidadãos, positivado em nosso ordenamento jurídico pela Carta Magna de 1988, traz à tona a dificuldade de se conjugar a atuação dos sistemas político e jurídico em prol da garantia dos direitos sociais. Ao garantir uma determinada prestação sanitária em juízo, como parte integrante do direito à saúde, o Poder Judiciário é acusado de exorbitar de suas funções de aplicar a lei ao caso concreto e interferir, reflexamente, nas políticas públicas que se destinam a garantir esse direito sob a perspectiva coletiva.

Isto porque cresce exponencialmente em nosso país o número de decisões judiciais que obrigam, coercitivamente, o Estado a fornecer os mais diversos medicamentos e prestações de saúde solicitadas em juízo pelos mais diversos cidadãos, com base, cada qual, nas suas necessidades individuais, atestadas pelo parecer de seu médico assistente. Necessidades essas que, por diversas vezes, se chocam com as determinações da política pública de saúde, formalizada para atender as necessidades terapêuticas de toda a sociedade brasileira, de acordo com dados e prioridades cabíveis para a escolha da melhor oferta terapêutica a todos que delas necessitarem.

O conflito entre as necessidades individuais e coletivas, que permeia a garantia de um direito complexo como o direito à saúde, vem mostrando que os sistemas político, jurídico e médico-sanitário precisam avançar, conjuntamente, para responderem às demandas de saúde. Como destaca Lopes (2004), um dos temas contemporâneos de discussão entre juristas, filósofos e cientistas sociais e políticos tem sido a politização do sistema judicial, ou o que se convencionou chamar de Judicialização da Política.

Esse fenômeno vem deflagrando debates pungentes entre acadêmicos, operadores do direito, gestores públicos e sociedade civil, focados em como resolver a garantia da prestação individual sem ferir o planejamento coletivo. No centro dessa arena, encontram-se, assim, os questionamentos sobre os contornos da atuação do Poder Judiciário em relação à garantia do direito à saúde.

E é sobre esse conflito, que se convencionou chamar de *Judicialização das políticas de saúde*, que este artigo se debruça, objetivando construir caminhos de entendimento e enfrentamento do problema.

A ***Judicialização das políticas de saúde*** representa não só um conflito, como também um fenômeno político-social, que hoje vem ganhando importância teórica e prática no Brasil. Carvalho (2004) salienta que o termo “Judicialização” é polissêmico, sendo tratado por diversos autores de formas distintas. Desta forma, algumas abordagens iniciais são necessárias, para a utilização do termo no decorrer deste texto.

Tate e Vallinder (1996), em obra expoente sobre o tema, consideram que “judicialização da política” é uma expressão equivalente à “politização da justiça”, e traduz a expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias contemporâneas. Judicializar a política, para esses autores, é valer-se de métodos típicos da decisão judicial em disputas e demandas políticas em dois contextos: a) no que se refere à reação do Judiciário, quando provocado, no sentido de revisar a decisão dos Poderes Legislativo e Executivo do Estado, com base na Constituição Federal (controle jurisdicional de constitucionalidade); b) no que se refere, como salientam Maciel e Koerner (2002), à intromissão do *staff* judicial ou de procedimentos judiciais no âmbito do Poder Executivo (como nos casos de tribunais e juízes administrativos) e no âmbito do Poder Legislativo (como é o caso das comissões parlamentares de inquérito conduzidas pelo Parlamento).

Vianna et al. (1999) utilizam o termo para descrever o alargamento das relações sociais como objetos do direito, passíveis de serem trazidas à discussão jurídica e, também, judicial. Apontam os autores as transformações trazidas pela Constituição Federal de 1988 no Brasil, que alargam as possibilidades de ações junto ao Poder Judiciário, para que este decida sobre os mais diversos temas sociais, políticos e também econômicos, que passam a ser abrigados pelo direito.

Campilongo (2002), ao trabalhar este tema na realidade brasileira, traz uma abordagem baseada na teoria dos sistemas elaborada pelo filósofo alemão Niklas Luhmann. Nesse sentido, sustenta que ocorre a “judicialização” da política quando o Poder Judiciário, órgão central do sistema jurídico, passa a atuar para além dos limites estruturais desse sistema, operando com ferramentas próprias do sistema político, sem ter capacidade para tanto, exercendo, assim, a função que só o sistema político pode exercer na sociedade, qual seja: a tomada de decisões coletivamente vinculantes. Em outras palavras, trata-se da sobreposição das decisões judiciais às decisões políticas, elaboradas por esse sistema de acordo com a sua função específica na sociedade. A Judicialização, sobre esse ponto de vista, seria temerária por representar um desequilíbrio entre os sistemas sociais.

Para Maciel e Koerner (2002), a expressão judicialização da política recebe um sentido de processo social e político quando é usada para se referir à “expansão do âmbito qualitativo de atuação do sistema judicial, do caráter dos procedimentos de que dispõem e, ainda, aumento do número de processos no Tribunal” (p. 115-116). Salientam esses autores, além disso, que o termo Judicialização aplica-se não só à atuação dos juizes, como à de outros profissionais de carreiras judiciais, especialmente aos membros do Ministério Público, que utilizam as suas atribuições para levarem “excessivamente” conflitos à justiça, ou para resolvê-los extrajudicialmente, “tendo a lei e seu *savoir-faire* como referência” (p. 116).

Nessa direção, abordaremos neste artigo a Judicialização como um fenômeno político-social, no sentido do alargamento das possibilidades de ação junto ao Poder Judiciário, e o aumento exponencial do número de demandas, de caráter individual, interpostas junto a esse poder, que versam sobre questões de saúde. E, conseqüentemente, a interpenetração do direito no campo político e sanitário, que intrinsecamente permeiam a garantia do direito social à saúde.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a consolidação da saúde como um direito social a ser garantido de forma integral e universal pelo Estado, os cidadãos brasileiros passaram a ter a prerrogativa de reivindicarem este direito em juízo, acionando legitimamente o Estado para a garantia de suas pretensões sanitárias. Como nenhuma lesão ou ameaça a direito pode ser excluída da apreciação do Poder Judiciário, as questões que envolvem conflitos relacionados ao direito social à saúde podem ser levadas a juízo, e podem ser objeto da atuação judicial. E, uma vez acionado, o Poder Judiciário tem o dever de proferir uma resposta.

Por mais complexas que sejam as questões postas em juízo, e por mais que essas se misturem com outras questões além das estritamente jurídicas (questões econômicas, políticas e até mesmo técnico-científicas), o Judiciário deve se pronunciar a respeito delas. E deve, ao final da etapa processual correspondente, proferir uma decisão que colocará fim ao processo, e que atenderá, ou não, a pretensão do autor. Essa decisão, principalmente quando proferida no julgamento de demandas que envolvem os direitos sociais, pode extrapolar os contornos tradicionais do sistema jurídico e se imiscuir nas questões oriundas de outros sistemas, como o político e o econômico. Nesse sentido, segue a constatação de Faria (2002a) de que os direitos sociais e a complexidade das questões que envolvem a garantia desses direitos na contemporaneidade “estão modificando as formas e práticas jurídicas e, com isso, afetando radicalmente a estrutura, a funcionalidade e o alcance do direito positivo” (p. 59).

Especificamente em relação ao direito social à saúde, temos que o exercício desse direito está intrinsecamente relacionado à elaboração de políticas de saúde e à prestação de serviços públicos de saúde, que, por sua vez, são permeados por questões de ordem política, social, econômica e técnico-científica. Como destaca Faria (2002b), os direitos sociais necessitam de uma ampla e complexa gama de programas governamentais e políticas dirigidas a segmentos específicos da sociedade. Em suas palavras, necessitam de políticas e programas especialmente formulados, implementados e executados com o objetivo de concretizar esses direitos e atender as expectativas por eles geradas com a sua positivação. A inexistência dessas políticas e desses programas, é evidente, acaba implicando automaticamente a denegação desses direitos (p. 273).

A elaboração de uma política pública de saúde demanda uma série de conhecimentos e questões que ultrapassam, e muito, os limites

do campo jurídico, tal como esse está hoje disciplinado em nossa sociedade. Todavia, faz-se necessário que essas políticas públicas sejam conhecidas e inseridas no sistema jurídico, para que o direito à saúde seja exercido e garantido na sua complexidade. E o que, de fato, vem a ser essa política pública?

A língua portuguesa não distingue as diversas acepções do termo política e muito menos política pública. Na língua inglesa, os termos *polity*, *politics* e *policy* têm diferentes conceitos que definem, de modo mais apropriado, as dimensões que os termos representam. A expressão *polity* significa a natureza política do Estado ou a sociedade como uma unidade política, ou como se refere Couto (2006, p. 98) “a política constitucional consubstanciada no ordenamento normativo superior do Estado”. É a ordem do sistema político delineada pelo sistema jurídico e a estrutura institucional do sistema político-administrativo. O termo *politics* está mais afeito a atividades que envolvem relações de poder que influenciam a pacificação de conflitos quanto à alocação de bens e recursos públicos. Para Couto (2006), refere-se ao jogo de vitórias, derrotas, empates, cooperação, alianças, ganhos e perdas da vida social. As *policies*, que, em uma tradução literal, designariam diretriz ou orientação política, concernem ao produto da atividade política que tem lugar nas instituições de Estado, é o conteúdo material das decisões políticas, ou seja, as políticas públicas.

Essas categorias diferenciadas, no entanto, têm apenas fundamentação teórica, porque na prática essas realidades são entrelaçadas e se influenciam mutuamente. Couto, por exemplo, (2006) esclarece que a produção das políticas públicas (*policies*) está condicionada tanto pela política competitiva (*politics*), como pela política constitucional (*polity*). Isso se mostra muito evidente nas políticas setoriais como a saúde, bastando ver, como exemplo, a política de reavaliação de registro de agrotóxicos levada a cabo pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nesse caso, é possível ver como as dimensões da *policies* e *politics* influenciam-se de maneira recíproca. Os atores, as condições de interesses e a tomada de consciência sobre o risco desses produtos na saúde humana reforçam os conflitos entre os interesses econômicos e os sanitários sobre o uso de agrotóxicos. Eventualmente, tais interesses econômicos exercem uma pressão bastante forte dentro do sistema político-administrativo, até com a intervenção do Poder Judiciário, de modo que essas novas condições da *politics* podem levar à revisão do plano da *policy* original.

Saravia (2006, p. 28-29), em uma perspectiva operacional e não descritiva, define a *policy* “como um sistema de decisões públicas” ou como um “fluxo de decisões públicas orientado a manter o equilíbrio social”. Villanueva (2006, p. 49) descreve a política pública como um comportamento propositivo, intencional, planejado e não simplesmente reativo e casual. “É uma ação com sentido” e lhe atribui significados. Para Rua (1998, p. 1), “a política pública envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estratégicas para implementar as decisões tomadas”. Isto quer dizer que as políticas públicas envolvem as demandas do ambiente (*inputs*), entendendo-se como demandas a expressão de um problema ou “estado de coisas” que um determinado ator social, por mobilização e ação política, faz com se torne prioritário na agenda governamental, exigindo uma decisão a partir da escolha de alternativas.

Certamente a política pública visa produzir efeitos, realizar objetivos e proporcionar bens e serviços à população, mas ela não se resume aos fins, nem à simples solução de problemas. A política pública tem uma função maior, que é a de realizar um objetivo de ordem pública e concretizar um direito fundamental.

As políticas públicas apresentam-se com desafios diferenciados para a sua formulação e implementação, especialmente quando se contextualizam as políticas públicas setoriais e inter-setoriais, diversas em sua natureza, abrangência e grau de complexidade.

As políticas públicas setoriais básicas requerem instituições e serviços próprios isolados, ou seja, as chamadas políticas setoriais. Essas são um corte transversal tematizado, restritas a setores. Têm sentido no seu campo de abrangência delimitado por uma temática. O fato é que no campo setorial inserem-se os problemas reais dos brasileiros e, no setor tematizado, encontram-se as possibilidades de dar melhor acesso à população a bens essenciais.

Saúde, saneamento, alimentação, habitação, segurança, transporte e energia têm mercados, instituições e políticas próprias. A lógica da setorialidade expressa-se tanto na forma organizacional das estruturas temáticas de governos como também na cultura do funcionamento setorial, na discussão dos respectivos programas, como também nos mecanismos de alocação dos recursos.

Na área da saúde, por exemplo, as transferências de recursos, em sua maioria, são destinados a fortalecer as ações setorializadas, o orçamento anual é baseado em programas e subprogramas. É no

foco setorial, e não apenas nas políticas gerais de desenvolvimento, que se devem concentrar os esforços para a crescente inclusão da população na renda e no consumo do país. Para Saravia (2006) toda política pública está integrada no conjunto de políticas governamentais e constitui uma contribuição setorial para a busca do bem-estar coletivo. “As políticas públicas são influenciadas, a partir de sua incorporação ao elenco de ações setoriais do governo” (p. 35).

No âmbito setorial da saúde, especialmente em vista do entendimento de que são múltiplos os fatores e diversos os determinantes que constituem o mais alto nível de indicadores de saúde de uma população¹, é imprescindível a formulação de políticas públicas multissetoriais que contribuam para o atingimento do completo bem-estar físico, mental e social da população. Veja-se o médico que atua no atendimento de uma determinada coletividade. O seu trabalho perde efetividade se detecta que o indivíduo que está sob seus cuidados, mora em condições de insalubridade ambiental, possui baixa ou nenhuma escolarização, não tem acesso ao lazer ou a atividades culturais e encontra-se em situação de risco em face da violência e da falta de segurança. Mesmo considerando apenas as

1 Ao longo do século XIX, o paradigma da relação saúde-doença, desenvolvido especialmente na Universidade John Hopkins (BUSS; PELEGRINI, 2007), deu preponderância à construção da saúde pública com um viés na bacteriologia e no sistema médico-biológico. Com o passar do tempo, a Organização Mundial da Saúde passa a inserir no modelo algumas alterações. A própria construção do conceito de saúde inscrita na Constituição da OMS, em 1948, declara que a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças. Passa-se, então, a vislumbrar uma tensão entre a saúde pública e a medicina, ou seja, entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença, isto é, enquanto a Saúde Pública identifica-se com o campo das ações de saúde que tem em perspectiva a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva, através das intervenções coletivas, a Medicina tem se pautado pela recuperação do indivíduo, o que permite que “um fenômeno, aparentemente o mesmo, produza conhecimentos diversos, auxiliares da formulação de políticas diferenciadas” (MERHY, 2006, p. 15). A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 1970, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Nos anos 1980, o debate sobre as Metas do Milênio, novamente, dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirmam com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005. No Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi fundada em 13 de março de 2006. “A CNDSS está integrada por 16 personalidades expressivas de nossa vida social, cultural, científica e empresarial. Sua constituição diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público, construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira” (BUSS; PELEGRINI, 2007, p. 88). Para a Comissão, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

condições para a efetividade da atuação desse médico, tem razão Aranha (1999) quando afirma:

A plena fruição do direito à saúde em suas diversas dimensões de devido diagnóstico, prognóstico e tratamento médico encontra-se relacionada com as disposições concretas de financiamento da educação universitária médica e de áreas afins, de financiamento das pesquisas universitárias relativas ao desenvolvimento de equipamentos e métodos laboratoriais, de construção de uma rede de energia elétrica confiável para preservação dos equipamentos auxiliares, de edificação de redes nacionais e internacionais de banda larga para telemedicina, do devido equacionamento e acompanhamento da liquidez de sistemas de saúde suplementar, enfim, de uma lista abrangente de atuação estatal e não-estatal concertada segundo uma batuta unificada na figura interventora, mesmo que indireta, do Estado (não do governo) como espaço público de construção de soluções.

No entanto, o estudo das políticas públicas é muito recente e bastante esporádico no Brasil, onde predominam abordagens contextualizadas e dissociadas dos macroprocessos, isto é, enfocam basicamente estudos de casos e seus resultados, fazendo com que alguns críticos contestem sua cientificidade por falta de teorização (FREY, 2000). O fato é que a política pública vem sendo objeto analítico de várias áreas do conhecimento, como a Ciência Política, a Economia, a Administração, mas também o Direito. Nesse sentido, o estudo da política pública é uma “comunidade epistêmica”, como se refere Schmidt (2007, p. 2017), ou seja, é um núcleo de observação e estudo comum a diferentes áreas e diferentes profissionais.

No Brasil, o trabalho pioneiro e sistemático sobre as expressões jurídicas da política pública é de autoria de Bucci (2006), que dá à política pública um formato que seja reconhecível pelo sistema jurídico. As políticas públicas a fim de se tornarem inteligíveis para o Direito devem estar consubstanciadas em um formato coincidente com o código comunicacional do sistema jurídico. Por isso, afirma a autora que as políticas públicas têm suporte legal, estão expressas em disposições constitucionais e em leis, decretos, portarias e em contratos firmados para a concessão de serviços públicos, entre outros instrumentos jurídicos.

Certamente, uma análise das políticas públicas que leve somente em consideração a perspectiva jurídica teria o condão de limitar e tornar insuficiente a compreensão da riqueza e diversidade das variáveis que compõem as *policies* como fenômeno estatal e suas relações com a

vida nacional e internacional. A incorporação dessa visão ampliada para uma comunidade arraigada nos fundamentos do direito e nas filosofias do Estado e do direito não é fácil. É preciso a abertura da Ciência do Direito à interdisciplinaridade.

Ademais, filia-se ao entendimento (BUCCI, 2006; COMPARATO, 1997) de que a política pública não é uma nova categoria do direito a exigir um regime jurídico próprio, nem tampouco uma norma, mas um fluxo de decisões públicas no âmbito de um programa de ação, cujo conteúdo incorpora normas e regramentos além de atos administrativos, a fim de tornar materiais os direitos fundamentais postos na Constituição.

Massa-Arzabe (2006), ao descrever a dimensão jurídica das políticas públicas, chama a atenção para o fato de que, na contemporaneidade, as *policies* se inscrevem no direito, porque elas são decididas por leis financeiras e leis-programas. Para ela, há uma ordenação prospectiva definidora de diretrizes e metas a serem alcançadas pelo Estado, e isso pode ser compreendido como o “direito das políticas públicas” (p. 52). Ressalta a autora ainda que uma ação governamental ou programa isolado não pode se constituir em uma política, visto que é necessária a articulação de vários programas e ações continuadas no tempo para a realização de um objetivo. Reconhece, no entanto, que ações governamentais e decisões administrativas isoladas, embora não sejam consideradas *policies* em si, podem ter caráter contributivo de relevância para uma política pública determinada.

Reforça esse entendimento a lição de Comparato (1989, p. 102), o qual afirma que o *government by law* cedeu lugar ao *government by policies*, ou seja, “governar não se restringe à administração da conjuntura, mas planejar o futuro por meio de políticas de médio e longo prazos”. A lei deixou de ter a função de criar direitos e impor obrigações e ser a expressão máxima da soberania popular. Passou a ter função instrumental dos governos e das políticas governamentais.

Derani (2006, p. 135), nesta linha de pensamento, compõe um conceito de políticas públicas com fortes tintas jurídicas. A autora as define como “um conjunto de ações coordenadas pelos entes estatais, em grande parte por eles realizada, destinadas a alterar as relações sociais existentes. Como prática estatal, surge e se cristaliza por norma jurídica. A política pública é composta de ações estatais e decisões administrativas competentes”. Como visto, a rigor, uma decisão política

é expressa no âmbito de uma arquitetura jurídica², afinal, como bem assevera Dallari (2002), o interesse público, no moderno Estado de Direito, está definido nas leis, isto é, a vontade da sociedade está expressa em textos normativos. Sendo a política pública uma expressão de uma vontade social, ela reclama o arcabouço legal que lhe possibilite a transformação do fático ao normativo. Bucci (2006) e Aith (2006) concordam que toda política pública tem um suporte legal que pode ser expresso na Constituição, na lei *stricto sensu* ou em qualquer outro elemento da família normativa. E Derani (2006, p. 135) defende que “a base da política é o direito”.

Bucci (2006) faz uma interessante análise de algumas leis federais que instituem políticas públicas setoriais, revelando que não se tem uma ordem racional estabelecida para a disposição dessas políticas no texto normativo como os fins, objetivos, princípios, diretrizes, instrumento e sistema, mas conclui que há um marco definidor comum, a “impressão digital governamental” (BUCCI, 2006, p. 13) de uma política pública na norma legal: a definição de metas e resultados. Por fim, constrói um conceito de política pública, afirmando ser ela *in verbis*:

Programa ou quadro de ação governamental, porque consiste num conjunto de medidas articuladas (coordenadas), cujo escopo é dar impulso, isto é, movimentar a máquina do governo, no sentido de realizar algum objetivo de ordem pública ou, na ótica dos juristas, concretizar um direito (BUCCI, 2006, p. 14).

De um ponto de vista conceitual, as políticas públicas podem ser divididas em políticas públicas de Estado e políticas públicas de governos. Para Bucci (2006), o traço distintivo entre elas é meramente temporal: as políticas de Estado têm um horizonte calculado em décadas ao passo que as de governo ocorrem em curtos intervalos de tempo e compõem programas maiores. Aith (2006) adota a objetividade como critério para a distinção entre a política de Estado e a política de governos. Essas últimas cumprem objetivos pontuais, enquanto as primeiras têm objetivos mais amplos como a organização política do Estado, a garantia da soberania e da ordem pública.

É forçoso reconhecer, igualmente, que as políticas públicas ditas de Estado estão conformadas na Constituição e em leis federais, posto que tais normas de direito têm como característica sua perenidade,

² “Todo o jurídico aspira ao político e todo político pressupõe e reclama de alguma forma o jurídico. Ambos confluem num mesmo e único objecto [sic] de observação: o Estado é um sujeito simultaneamente político e normativo” (QUEIROZ, 1990).

sendo bastante complexa sua revogação ou alteração. Tal característica do instrumento normativo garante uma vida longa à política pública.

O maior exemplo deste tipo de política é o Sistema Único de Saúde, a mais importante política pública para a garantia do direito fundamental social à saúde. Estando descrita em sede constitucional e complementada por leis federais, tem sua perenidade garantida apesar dos governos e do transcurso do tempo.

Ao revés, as políticas públicas de governos, que devem ser entendidas como aquelas que veem complementar as primeiras, estão geralmente conformadas em normas jurídicas de hierarquia inferior, como as portarias, instruções e outras normas infralegais, o que lhes confere uma maior facilidade de revogação e alteração, adaptando-se a política pública governamental às expectativas dos sucessivos governos e à conjuntura temporal econômica e social.

Como visto, existem diferentes visões doutrinárias na conceituação de políticas públicas. Todas as formulações conceituais, no entanto, apontam o seu foco para um único núcleo: os governos.

Claro está que o conceito de política pública exige ser esta empreendida pelo Estado, até porque não faria sentido uma política pública elaborada pelas organizações privadas ou pelo mercado, desprovidos de legitimidade social e organização jurídico-legal. Sua dimensão é essencialmente pública e seu caráter, imperativo. Todas as decisões tomadas em função de uma política pública são revestidas de autoridade soberana do poder público, embora estudos demonstrem, na experiência brasileira, que grupos de interesse e mesmo organizações não governamentais podem ser entidades realizadoras de políticas públicas, mas há de se concordar de que é atributo exclusivo do Estado a definição das *policies*. O fato é que este campo do conhecimento das chamadas políticas públicas coloca o governo em ação, analisa essa ação e propõe mudanças no rumo dessas ações, quando necessário. É um campo holístico, um espaço multidisciplinar, tanto no seu estudo acadêmico como também na sua práxis.

Importa salientar que as políticas públicas devem submeter-se à concretização dos direitos fundamentais elencados na Constituição, notadamente os direitos sociais que delas necessitam para a plena fruição. Além disso, as políticas públicas devem ser, permanentemente, acompanhadas pela sociedade quando não submetidas ao controle social, nos fóruns constituídos para esse fim, a exemplo do que ocorre com a política pública de saúde, entre

outras, mas, devem, essencialmente, estar definidas com clareza na norma legal, pois, de outra forma, impede sua apreciação pelo Poder Judiciário, que devem observá-las rigorosamente, a fim de não construir uma judicialização desestruturante.

É evidente que a partir de 1988, a política pública para a saúde no Brasil está essencialmente inscrita na Constituição Federal, mas também em inúmeros outros dispositivos normativos. Essa situação não é suficiente, pois ainda existem lacunas que necessitam ser preenchidas e que estão aguardando a ação legislativa para sua concretização. Como política pública para a saúde, a mudança fundamental empreendida pela Constituição de 1988 foi a de alterar o padrão anterior para garantir um sistema único de saúde com acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde. Nenhum outro direito social recebeu chancela constitucional semelhante ao da saúde: a relevância pública atribuída às ações e aos serviços de saúde. Esta relevância pública garantiu à saúde um lugar de destaque na Carta Política brasileira.

Embora seja evidente que o SUS precisa de algumas alterações na sua proposta original, ao longo dos quase 24 anos de sua existência³, o fato é que é inerente a qualquer política pública sua permanente reformulação, em função de necessários aperfeiçoamentos, da alternância de poder e do permanente conflito entre os grupos, que em razão de janelas de oportunidades, inserem alterações na política pública de acordo com seus interesses, inclusive com a participação do Poder Judiciário. É forçoso que se diga, no entanto, que a saúde nunca foi o foco central das políticas de Estado brasileiras. Ao revés, sempre foi deixada na periferia da agenda política institucional, sendo foco das atenções apenas quando das recorrentes epidemias com repercussão econômica ou social.

A conquista do direito à saúde e a permanente busca de melhor atenção à saúde têm sido uma bandeira de luta permanente de trabalhadores e cidadãos que, ora reunidos em grupos de pressão, se organizam para buscar efetivação do direito à saúde, ora, em um movimento espontâneo, buscam o Poder Judiciário para obrigar o Poder Público a cumprir as promessas constitucionais e o dever de prestar ações e serviços de saúde para a população.

No entanto, na trajetória da política de saúde, a implantação do SUS notabiliza-se por ser um processo cheio de contradições, em que,

³ Sobre o assunto vide Minayo (2001); Romero (2008); Santos (2008).

no mesmo momento em que o sistema se institucionaliza e se transforma em realidade, o faz em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando-se da sua concepção original. Duas lógicas operam na implementação da política pública de saúde: uma pública baseada no Sistema Único de Saúde e outra baseada nos planos e nos seguros privados de saúde. A política então se constrói em uma forma híbrida.

Menicucci (2007) considera que o ambiente político nacional não favoreceu a implantação do SUS, especialmente porque os governos pós-1988 estavam perfeitamente alinhados com um compromisso de redefinir o papel do Estado traduzido nos novos modelos para as políticas sociais, no contingenciamento nos gastos públicos, em vista da crise fiscal, e no fortalecimento de posições voltadas para o mercado. Estavam, igualmente, comprometidos com uma política internacional de estabilização econômica, reformas estruturais e freios nos gastos públicos, tudo na contramão da ampliação dos deveres governamentais de materialização dos direitos sociais ditados pela Carta Política.

Além disso, a baixa adesão dos trabalhadores organizados, que preferiram buscar a assistência médica nos planos privados de saúde, acabou por incrementar a demanda por uma assistência médica diferenciada da pública entre diversas categorias de trabalhadores, constituindo-se uma *cultura de planos de saúde*, em detrimento do modelo público e universal. Tal panorama viu-se replicado nos municípios em que “funcionários locais das prefeituras e até membros dos conselhos de saúde estavam cobertos por planos de saúde” (MENICUCCI, 2007, p. 310).

As conjunturas políticas e econômicas vêm marcando negativamente a implantação efetiva dessa política pública para a saúde norteada pela Constituição de 1988 – o SUS –, que, nos últimos anos, vem sendo pressionado pela judicialização. Mas compreendemos que judicializar excessivamente e em desfavor das políticas públicas de saúde e, em especial, de maneira individual, desestrutura o setor da saúde.

O que é esperado do Ministério Público é que conheça as políticas públicas de saúde e verifique a sua prestação pelos governos, atuando, firmemente, quando verificar sua omissão, pois seu *mister* com a saúde recebeu um sopro inspirador em 1988 pelo legislador constituinte, quando determinou que o Ministério Público tem como atribuição zelar pelos serviços de relevância pública e outorgou apenas à saúde esse imperativo de solidariedade social e essencialidade.

Podemos entender, no entanto, a despeito dessas considerações já lançadas, que o delineamento e a execução das políticas públicas de saúde estabelecem o fundamento de um direito subjetivo inscrito na Constituição Federal.

É importante lembrar que prepondera entre nós a ideia de que os direitos fundamentais, na órbita subjetiva, consistem na tutela da liberdade, autonomia e segurança dos cidadãos, não só perante o Estado, mas também em face de outros cidadãos (LUÑO, 2005).

Os direitos fundamentais podem ser classificados em dois grupos, sendo o primeiro constituído pelos “direitos de defesa”, e o segundo pelos “direitos a prestações”. Fazem parte dos direitos de defesa, sob essa ótica, os clássicos direitos de liberdade e igualdade, bem como as garantias individuais, as liberdades sociais e os direitos políticos (SARLET, 2001, p. 238). Os direitos a prestações são classificados em direitos a prestações em sentido amplo e direitos a prestação em sentido estrito. Aqueles são formados pelos “direitos à proteção e à participação na organização e procedimento”; estes, pelos “direitos sociais de natureza prestacional” (op.cit. p. 238).

Nesse passo, convém ressaltar que, ao lado dos direitos a prestações, que têm natureza positiva e demandam um comportamento ativo dos respectivos destinatários, surgem também os direitos de defesa, sabidamente negativos (SARLET, 2001).

O direito à saúde se encontra respaldado na pretensão de obter do Estado uma prestação ou um comportamento comissivo. Nesse caso, é importante ressaltar a peculiar eficácia dos preceitos constitucionais que os disciplinam, pois esses invariavelmente são positivados “sob a forma de normas programáticas, normas-objeto, imposições legiferantes mais ou menos concretas, enfim, de tal forma a exigir – ao menos em princípio – uma interposição do legislador para que venham a adquirir sua plena eficácia e aplicabilidade” (op.cit, 2001).

Outra peculiaridade merece registro, sendo importante destacar que a Constituição Federal, ao situar os direitos sociais em seu art. 5º, § 1º, acabou por denotar o claro intento de realização, em nosso país, de uma diretriz própria ao “Estado de Bem-Estar Social”.

Como sabemos, o Estado de Bem-Estar Social tende a promover ao mesmo tempo a realização das expectativas sedimentadas nas estruturas sociopolíticas do Estado Social, bem como os princípios políticos liberais que se afirmaram no Ocidente a partir do término da Segunda Grande Guerra.

Muito embora o Estado de Bem-Estar Social não tenha sido adotado no Brasil com o mesmo entusiasmo visto em algumas sociedades ocidentais industrializadas, é inegável que seu modelo influenciou a criação de estruturas no sentido de atender a algumas demandas de parcelas da população socialmente menos prestigiadas.

Digna de nota, entre nós, é a criação de uma estrutura voltada à prestação de serviços públicos de saúde e previdência social, merecendo destaque, no particular, a instituição do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)⁴, a proposição das Ações Integradas de Saúde (AIS)⁵ e, finalmente, a promulgação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶, com o estabelecimento dos Conselhos de Saúde⁷. Todas essas iniciativas revelaram a franca adoção, no Brasil, dos critérios de universalização dos direitos sociais, no que se reporta especificamente ao direito à saúde⁸.

Ao mesmo tempo em que estabelece a fundamentalidade do direito social à saúde, a Constituição Federal confere ao Estado a atribuição de promover um conjunto de ações e serviços públicos indispensáveis à redução dos riscos de doenças, prescrevendo assim a garantia à população do “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 55).

É certo também que a execução, a fiscalização e o controle desses serviços são atribuições do poder público e que as atividades inerentes a sua consecução devem ser procedidas por determinadas instituições jurídicas do Estado, a quem incumbe a promoção, proteção e recuperação da saúde (op.cit., 2006). Essas finalidades, no entanto, devem ser levadas adiante, de acordo com o art. 198 da Constituição Federal, mediante a adoção da descentralização, “com direção única em cada esfera de governo”, do atendimento integral, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais”, da participação da comunidade e, finalmente,

4 Decreto n. 86.329, de 02 de setembro de 1981.

5 Resoluções n. 06/1984 e 07/1984, MS/MPAS/MEC/CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 de maio de 1984.

6 Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (SUS), NOB/SUS 1996, aprovada pela Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 1996 e NOAS/SUS n. 1/2002, aprovada pela Portaria GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.

7 Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CONASS e CONASEMS).

8 O tema da universalização dos serviços de saúde mereceu expressa previsão nos artigos 196 a 198 da Constituição Federal, contando ainda com os seguintes textos normativos: Lei n. 9.782/1999 (ANVISA), Lei n. 9.961/2000 (ANS), Lei n. 6.259/1975, Lei n. 6.437/1977, Lei n. 5.991/1973, entre outros.

do financiamento permanente, “com vinculação de recursos orçamentários” (CIARLINI, 2009, p.17).

O atendimento integral propugnado no texto constitucional como diretriz do sistema abarca, prioritariamente, a adoção de atividades preventivas de proteção da saúde⁹, sem, no entanto, descurar-se da necessária intervenção curativa, sempre que essa se mostre necessária (CIARLINI, 2009). Desse modo, objetivando a realização dos escopos de “redução do risco de doenças e outros agravos” e do “acesso universal igualitário às ações e serviços”, essas atividades objetivam a promoção, proteção e recuperação da saúde (SCHWARTZ, 2004, p. 101).

O atendimento integral propugnado nos respectivos textos normativos refere-se a “todos os procedimentos terapêuticos reconhecidos pela ciência e autorizados pelas autoridades sanitárias competentes”, que, por certo, devem ser “disponibilizados para a proteção da saúde da população”, independentemente do nível de complexidade envolvido, pois abarca os procedimentos ambulatoriais mais singelos, até “os transplantes mais complexos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 75).

A outra diretriz que merece registro é a participação da comunidade na formulação, gestão e execução das ações e dos serviços públicos de saúde¹⁰, o que se dará por intermédio das conferências e dos conselhos de saúde¹¹, sem prejuízo da criação de outros mecanismos de participação da sociedade civil na gestão do sistema.

A participação social, nesse contexto, é de primordial importância, pois fundamenta a ideia de pluralismo, em um ambiente democrático participativo (SCHWARTZ, 2004). Tal modalidade de gestão adota, para tanto, um procedimento instituidor de “debates, pressões e propostas, numa convivência democrática de atores da sociedade com atores governamentais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 209).

Ao lado dos critérios de universalização dos direitos fundamentais sociais, emerge ainda o tema dos custos dos direitos e sua relação com o processo de exclusão social gerado pela falta das efetivas condições econômicas e fiscais aptas a concretizá-los.

Em verdade, segundo a tese de Stephen Holmes e Cass Sunstein (1999), o tratamento da questão dos direitos constitucionais não pode prescindir de uma reflexão que tenha em conta a peculiaridade de que

9 Art. 7º, incisos I e II, da Lei n. 8.080/1990.

10 Art. 7º da Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/1990.

11 Lei n. 8.142/1990.

os direitos têm custos. A proposta desses autores é justamente indagar quanto custa um direito, certamente com o propósito de demonstrar que a realização e observância de direitos constitucionais dependem da alocação estratégica dos recursos públicos aptos para tanto.

Assim, fica denotado aspecto decisivo da crua realidade de uma sociedade liberal, qual seja, a constatação de que a realização de direitos subjetivos constitucionais caminhará para a efetividade na mesma medida em que for devidamente implementada a organização política dessa sociedade (op.cit).

Diante dessa diretriz, ao ostentar posição diametralmente oposta à que orienta a clássica distinção entre direitos positivos e negativos, a tese de Holmes e Sunstein sustenta-se na consideração de que todos os direitos são positivos, pois, para a realização desses, é imprescindível, além da alocação de recursos, a efetiva concretização de ações estatais aptas à observância de sua eficácia. Por esse enfoque, há uma correlação entre a possibilidade de atendimento aos direitos fundamentais, no sentido de afirmar sua efetividade, e a própria capacidade do Estado, diante de sua disponibilidade financeira de alocar, insista-se, os recursos financeiros aptos ao seu adequado atendimento.

Tal proposição leva-nos também a considerar a existência de uma tensão entre a ocorrência de um *deficit* na efetividade dos direitos fundamentais (HOLMES; SUNSTEIN, 2006), tendo em conta a *lei da escassez* e as expectativas nutridas pelos sujeitos de direito, na seara constitucional, pela observância de suas conquistas históricas.

Não devemos ainda nos esquecer de que os princípios e as regras jurídicas que tratam do direito à saúde podem colidir com outros preceitos normativos que tratam de prerrogativas ou interesses do poder público (op.cit). Sendo assim, a concretização dos direitos sociais, por ser dependente das condições financeiras do Estado, não pode ser executada de forma irrestrita, sendo certo ainda que os direitos sociais, embora prescritos na Constituição, não podem ser atendidos todos ao mesmo tempo.

Nessa medida, considera-se que os direitos têm custos e que esses custos constituem uma limitação ao seu efetivo exercício, em virtude da potencialização dos critérios seletivos em face do aumento de sua demanda, tendo-se em conta a disponibilidade financeira do Estado.

Esse posicionamento não deve ser visto, no entanto, como adesão ao princípio da reserva do financeiramente possível. Convém insistir que a Constituição Federal previu em seu art. 6º o “direito à

saúde” como direito social, sendo que o disposto no art. art. 5º, § 1º, da Constituição Federal, permite considerá-los direitos fundamentais de “segunda dimensão” (SARLET, 2001, p. 189), que por isso mesmo teriam aplicabilidade imediata.

O intento desses preceitos normativos que tratam de direitos fundamentais é o de dar certa efetividade e eficácia vinculante a determinados princípios e regras constitucionais.

Do ponto de vista da execução de políticas públicas para o fim de tornar efetivos tais direitos subjetivos constitucionais, foram previstas as regras dos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal, com a criação das diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade em uma rede regionalizada e hierarquizada.

As diretrizes normativas constitucionais afirmam prerrogativas dos sujeitos de direito, e, nessa medida, convém indagar se os dados fáticos concernentes ao mundo da vida, que limitam a efetiva observância dos direitos subjetivos constitucionais, poderiam ser vistos como referências deontológicas obstativas a essas prerrogativas dos cidadãos.

Do ponto de vista formal, a resposta deve ser negativa, pois considerar tais limitações, que concernem ao plano fático, portanto, ao mundo do *ser*, como autênticas restrições à eficácia normativa, sabidamente pertencentes ao mundo do *dever ser*, consistiria em um duro golpe contra a pretensão de normatividade da Constituição, que, ao estabelecer esses direitos fundamentais sociais, produz “vinculatividade normativo-constitucional” (CANOTILHO, 1998, p. 435), não podendo ser suas respectivas normas consideradas meros “programas” ou “linhas de direção política” (op.cit., p. 436).

Para Canotilho (1998), tais preceitos consistem em normas de legislar e normas garantidoras de direitos sociais, funcionando como verdadeiras imposições ao legislador, a justificar, inclusive, no caso de seu descumprimento, a declaração de inconstitucionalidade por omissão ou mesmo a sujeição das normas infraconstitucionais que eventualmente restrinjam a observância desses comandos ao controle de constitucionalidade. Da mesma forma, o Mestre de Coimbra deixa claro que o delineamento de uma “garantia do mínimo social” (op.cit) deduz-se de um dever do Estado em garantir a dignidade da pessoa humana, mas não se afirma, em verdade, como uma autêntica concretização de direitos sociais.

No Brasil, no entanto, a ênfase presente na maioria das decisões proferidas no âmbito do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal é no sentido de que as normas constitucionais garantidoras do direito à saúde têm, sim, aplicabilidade imediata, à vista da preponderância do direito à vida e da fundamentalidade das pretensões à saúde, o que se compatibiliza com o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

Nesse particular, merecem destaque as seguintes situações diferenciadas, representativas das principais linhas argumentativas sustentadas nos respectivos votos que tratam do tema. A primeira delas denota a regra geral que hoje tem sido adotada pelos tribunais brasileiros, no sentido de que o direito à saúde, à vista de seu caráter fundamental e indisponível, consoante o preceito constante nos artigos 5º, *caput*, e 196, ambos da Constituição Federal, deve ter primazia sobre outros interesses do Estado, inclusive no que se reporta às suas diretrizes financeiras e fiscais¹².

12 As diversas ementas ilustrativas desse entendimento estão assim configuradas: Ementa. PROCESSUAL CIVIL E CONSTITUCIONAL. RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA. SUS. FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTO, PELO ESTADO, À PESSOA HIPOSSUFICIENTE PORTADORA DE DOENÇA GRAVE. OBRIGATORIEDADE. LEGITIMIDADE PASSIVA. SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE. POSSIBILIDADE. APLICAÇÃO DO DIREITO À ESPÉCIE. ART. 515, § 3º, DO CPC. INEXISTÊNCIA DE SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. EFETIVIDADE. AFASTAMENTO DAS DELIMITAÇÕES. PROTEÇÃO A DIREITOS FUNDAMENTAIS. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER CONSTITUCIONAL. ARTS. 5º, CAPUT, 6º, 196 E 227 DA CF/1988. PRECEDENTES DESTA CORTE SUPERIOR E DO COLENDO STF. 1. A proteção do bem jurídico tutelado (vida e saúde) não pode ser afastada por questões meramente formais, podendo o Secretário de Estado da Saúde figurar no pólo passivo de ação mandamental objetivando o fornecimento de medicamento à hipossuficiente, portadora de doença grave (hepatite B crônica). 2. A necessidade de dar rápido deslinde à demanda justifica perfeitamente o julgamento da ação pelo mérito. O art. 515, § 3º, do CPC permite, desde já, que se examine a matéria de fundo, visto que a questão debatida é exclusivamente de direito, não havendo nenhum óbice formal ou pendência instrumental para que se proceda à análise do pedido merital. Não há razão lógica ou jurídica para negar a esta Corte Superior a faculdade prevista pelo aludido dispositivo legal. Impõe-se, para tanto, sua aplicação. Inexistência de supressão de instância. 3. “Uma vez conhecido o recurso, passa-se à aplicação do direito à espécie, nos termos do art. 257, RISTJ e também em observância à regra do § 3º do art. 515, CPC, que procura dar efetividade à prestação jurisdicional, sem deixar de atentar para o devido processo legal” (REsp n. 469921/PR, 4ª Turma, DJ de 26/05/2003, Rel. Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira). 4. Os arts. 196 e 227 da CF/88 inibem a omissão do ente público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) em garantir o efetivo tratamento médico à pessoa necessitada, inclusive com o fornecimento, se necessário, de medicamentos de forma gratuita para o tratamento, cuja medida, no caso dos autos, impõe-se de modo imediato, em face da urgência e conseqüências que possam

As pretensões que sustentam as ações representativas dessa primeira análise referem-se à obrigação do Estado em custear o tratamento de pessoa acometida por doença grave. Os casos considerados dizem respeito a doenças como a AIDS, tuberculose, hepatites B e C, diversas manifestações de tumores cancerosos etc.

No caso em exame, o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul impetrou Mandado de Segurança contra decisão administrativa que negou aos beneficiários da medida, portadores do vírus HIV, os medicamentos indispensáveis ao tratamento da doença. A sentença de primeiro grau utilizou basicamente o fundamento do direito à vida e seu corolário direito à saúde, preconizados no artigo 5º e 196 da Constituição Federal, reprisando a fórmula já referida no texto constitucional, segundo a qual a saúde é dever do Estado, devendo, por isso, ser garantida mediante a instituição de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Diante desse pressuposto, concluiu a sentença que tal dever consiste em garantir o direito à saúde a todos os cidadãos. A própria norma infraconstitucional, reguladora da espécie, no caso, a Lei n. 9.313/1996, prevê, em seu artigo 3º, a distribuição gratuita de medicamentos a pessoas portadoras do vírus HIV por meio do Sistema Único de Saúde.

Como reforço à linha de argumentação utilizada na referida decisão, a alegada falta de previsão orçamentária do Estado foi tratada como “interesse financeiro secundário”, a representar “valor

acarretar a não-realização. 5. Constitui função institucional e nobre do Ministério Público buscar a entrega da prestação jurisdicional para obrigar o Estado a fornecer medicamento essencial à saúde de pessoa carente, especialmente quando sofre de doença grave que se não for tratada poderá causar, prematuramente, a sua morte. 6. O Estado, ao negar a proteção perseguida nas circunstâncias dos autos, omitindo-se em garantir o direito fundamental à saúde, humilha a cidadania, descumpra o seu dever constitucional e ostenta prática violenta de atentado à dignidade humana e à vida. É totalitário e insensível. 7. Pela peculiaridade do caso e em face da sua urgência, não padecendo de ilegalidade a decisão que ordena à Administração Pública a dar continuidade a tratamento médico. 8. Legitimidade ativa do Ministério Público para propor ação civil pública em defesa de direito indisponível, como é o direito à saúde, em benefício de pessoa pobre. 9. Precedentes desta Corte Superior e do colendo STF. 10. Recurso provido - RMS 23184/RS, Recurso Ordinário em Mandado de Segurança 2006/0259093-6, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO (Primeira Turma), Julgado em 27/02/2007, publ. DJ 19.03.2007, p. 285. (Ressalvam-se os grifos)

constitucional de somenos densidade em comparação com o direito à saúde”, e que, longe de consubstanciar uma indevida ingerência do Poder Judiciário no Poder Executivo¹³, a atividade judicial necessária à preservação desses direitos tem em conta, em verdade, “o único meio de salvar uma vida, bem fundamental para onde deve ser direcionada a ação do poder público”.

A decisão em sede de Recurso Especial utilizou-se desses mesmos argumentos no sentido de afirmar a primazia do direito à vida e à saúde previstos na Constituição Federal, respaldando-se em outros precedentes em sentido idêntico, inclusive do Supremo Tribunal Federal¹⁴.

O segundo caso envolve certa sofisticação quanto aos limites da atividade jurisdicional no sentido de dar efetividade aos comandos constitucionais garantidores do direito à vida e à saúde¹⁵. O caso

13 As decisões examinadas, que negam a ingerência do Judiciário no Executivo, não contêm fundamentação a esse respeito. Limitam-se apenas a afirmar, como argumento da não ingerência, que tal atitude judicial tem por escopo o atendimento a valores mais nobres contidos no texto constitucional.

14 Do STJ, exemplificativamente: AgReg. no AG n. 246642/RS, 1ª Turma, Rel. Min. Garcia Vieira, Publ. DJ de 16.11.99; AgReg. no AG nº 253938/RS, 1ª Turma, Rel. Min. José Delgado, Publ. DJ de 28.02.00; RESP n. 325337/RJ, 1ª Turma, Rel. Min. José Delgado, Publ. DJ de 03.09.2001. Do STF, exemplificativamente: AgReg no RE n. 255627/RS, 2ª Turma, Rel. Min. Nelson Jobim, Publ. DJ de 23.02.01; RE n. 195192/RS, 2ª Turma, Rel. Min. Marco Aurélio, Publ. no DJ de 31.03.00.

15 A ementa do acórdão paradigma, no presente caso, tem o seguinte texto: Ementa - FAZENDA PÚBLICA - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS - BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS - CABIMENTO - ART. 461, § 5º, DO CPC - PRECEDENTES. 1. A hipótese dos autos cuida da possibilidade de bloqueio de verbas públicas do Estado do Rio Grande do Sul, pelo não-cumprimento da obrigação de fornecer medicamentos à portadora de doença grave, como meio coercitivo para impor o cumprimento de medida antecipatória ou de sentença definitiva da obrigação de fazer ou de entregar coisa. (arts. 461 e 461-A do CPC). 2. A negativa de fornecimento de um medicamento de uso imprescindível, cuja ausência gera risco à vida ou grave risco à saúde, é ato que, *per sí*, viola a Constituição Federal, pois a vida e a saúde são bens jurídicos constitucionalmente tutelados em primeiro plano. 3. Por isso, a decisão que determina o fornecimento de medicamento não está sujeita ao mérito administrativo, ou seja, conveniência e oportunidade de execução de gastos públicos, mas de verdadeira observância da legalidade. 4. Por seu turno, o bloqueio da conta bancária da Fazenda Pública possui características semelhantes ao seqüestro e encontra respaldo no art. 461, § 5º, do CPC, posto tratar-se não de norma taxativa, mas exemplificativa, autorizando o juiz, de ofício ou a requerimento da parte, a determinar as medidas assecuratórias para o cumprimento da tutela específica. 5. Precedentes da Primeira Seção: REsp 787.101, Rel. Min. Luiz Fux, DJ 14.8.2006; REsp 827.133, Rel. Min. Teori Albino Zavascki, DJ 29.5.2005; REsp 796509, Rel. Min. Francisco Peçanha Martins, DJ 24.3.2006. Recurso especial improvido. REsp 857502/RS, Recurso Especial 2006/0138024-6, Rel. Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, julgamento em 17/10/2006, publ. DJ 30.10.2006,

vertente diz respeito à possibilidade de haver bloqueio de valores em contas públicas, no sentido de assegurar o atendimento aos interesses jurídicos em jogo. O RESP em questão foi interposto contra Acórdão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, que negou provimento a agravo interposto em face de uma decisão judicial interlocutória que havia determinado o bloqueio de valores existentes em conta bancária da Fazenda Pública Estadual, no sentido de dar efetividade à ordem judicial, para que fossem fornecidos os medicamentos necessários ao tratamento de paciente acometido por doença respiratória.

A decisão de primeira instância havia imposto ao Estado do Rio Grande do Sul, em sede de antecipação de tutela jurisdicional, o custeio do referido tratamento. Diante do não atendimento do Estado à ordem judicial, a decisão interlocutória, objeto do agravo conhecido e desprovido pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, determinou, com respaldo no art. 461, § 5º, do CPC, o bloqueio dos valores suficientes para financiar os meios terapêuticos necessários, pelo prazo de um mês. Depreende-se do inteiro teor do acórdão que o Recurso Especial interposto foi fundamentado na assertiva segundo a qual o sequestro de valores depositados em contas da fazenda estadual gaúcha fere o princípio da legalidade.

Nessa linha argumentativa, o recurso encontra-se ainda embasado na inaplicabilidade das tutelas antecipadas e inibitórias previstas, respectivamente, nos artigos 273 e 461, ambos do CPC. Tal restrição justifica-se pelo caráter aberto e, portanto, passível de discricionariedade judicial, da previsão contida no comando do § 5º do mencionado art. 461.

A fundamentação do acórdão que julgou o RESP, no entanto, levou em conta a primazia dos direitos fundamentais em face de outros interesses do Estado, firmando o entendimento também adotado no julgamento do RESP 832.935¹⁶ e RESP 796.509¹⁷, no seguinte sentido:

Em situações de inconciliável conflito entre o direito fundamental à saúde e o regime de impenhorabilidade dos bens públicos, prevalece o primeiro sobre o segundo. Sendo urgente e impostergável a aquisição do medicamento, sob pena de grave comprometimento da saúde do demandante, não se pode ter por ilegítima, ante a omissão do agente

p. 284 REsp 857502/RS, Recurso Especial 2006/0138024-6, Rel. Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, julgamento em 17/10/2006, publ. DJ 30.10.2006, p. 284. (Ressalvam-se os grifos)

16 STJ. Rel. Min. Teori Albino Zavascki, publ. DJ 30.06.2006.

17 STJ. Rel. Min. Francisco Peçanha Martins, publ. DJ 24.03.2006.

estatal responsável, a determinação judicial do bloqueio de verbas públicas como meio de efetivação do direito prevalente.

O terceiro caso digno de destaque diz respeito à tensão existente entre o proclamado direito à saúde e à vida e a disponibilidade de recursos públicos aptos ao atendimento dessas demandas¹⁸.

18 A decisão, ora adotada como paradigma representativo do posicionamento do Supremo Tribunal Federal sobre o caso, é a seguinte: RE 393175/RS - RELATOR: MIN. CELSO DE MELLO - Ementa - PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE E DOENÇA MANÍACO-DEPRESSIVA CRÔNICA, COM EPISÓDIOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO. PESSOAS DESTITUÍDAS DE RECURSOS FINANCEIROS. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. NECESSIDADE IMPERIOSA DE SE PRESERVAR, POR RAZÕES DE CARÁTER ÉTICO-JURÍDICO, A INTEGRIDADE DESSE DIREITO ESSENCIAL. FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS INDISPENSÁVEIS EM FAVOR DE PESSOAS CARENTES. DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO (CF, ARTS. 5º, “CAPUT”, E 196). PRECEDENTES (STF). RECONHECIDO E PROVIDO. **DECISÃO:** O presente recurso extraordinário busca reformar decisão proferida pelo E. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, consubstanciada em acórdão assim ementado (fls. 94): “CONSTITUCIONAL. DIREITO À VIDA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. FALTA DE PROVA IDÔNEA QUANTO AO RISCO DE VIDA. IMPOSSIBILIDADE. 1. É desnecessário, para acudir à via jurisdicional, esgotar ou pleitear na instância administrativa. O fornecimento gratuito de medicamentos, pelo Estado, exige que o remédio seja excepcional e indispensável à vida do paciente. 2. APELAÇÃO DESPROVIDA. SENTENÇA REFORMADA.” (*grifo*) Entendo assistir plena razão aos recorrentes, que são irmãos, pois o desacolhimento de sua pretensão recursal poderá gerar resultado inaceitável sob a perspectiva constitucional do direito à vida e à saúde. É que – considerada a irreversibilidade, no momento presente, dos efeitos danosos provocados pelas patologias que afetam os recorrentes (que são portadores de esquizofrenia paranóide e de doença maníaco-depressiva crônica) – a ausência de capacidade financeira que os aflige impede-lhes, injustamente, o acesso ao tratamento inadiável e ao fornecimento dos medicamentos a que têm direito e que se revelam essenciais à **preservação** da integridade do seu estado de higidez mental e de sua própria vida, porque os seus antecedentes pessoais registram episódios de tentativa de suicídio. Na realidade, o cumprimento do dever político-constitucional consagrado no art. 196 da Lei Fundamental do Estado, consistente na obrigação de assegurar, a todos, a proteção à saúde, representa fator, que, associado a um imperativo de solidariedade social, impõe-se ao Poder Público, qualquer que seja a dimensão institucional em que atue no plano de nossa organização federativa. A impostergabilidade da efetivação desse dever constitucional autoriza o acolhimento do pleito recursal ora deduzido na presente causa. Tal como pude enfatizar em decisão por mim proferida no exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, em contexto assemelhado ao da presente causa (Pet 1.246/SC), entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, “caput” e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas. Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas

pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar.

O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro (JOSÉ CRETELLA JÚNIOR, “Comentários à Constituição de 1988”, vol. VIII/4332-4334, item n. 181, 1993, Forense Universitária) – não pode converter-se em promessa constitucional inseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. Nesse contexto, incide, sobre o Poder Público, a gravíssima obrigação de tornar efetivas as prestações de saúde, incumbindo-lhe promover, em favor das pessoas e das comunidades, medidas – preventivas e de recuperação –, que, fundadas em políticas públicas idôneas, tenham por finalidade viabilizar e dar concreção ao que prescreve, em seu art. 196, a Constituição da República. O sentido de fundamentalidade do direito à saúde – que representa, no contexto da evolução histórica dos direitos básicos da pessoa humana, uma das expressões mais relevantes das liberdades reais ou concretas – impõe ao Poder Público um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação efetiva da determinação ordenada pelo texto constitucional. Vê-se, desse modo, que, mais do que a simples positividade dos direitos sociais – que traduz estágio necessário ao processo de sua afirmação constitucional e que atua como pressuposto indispensável à sua eficácia jurídica (JOSÉ AFONSO DA SILVA, “Poder Constituinte e Poder Popular”, p. 199, itens ns. 20/21, 2000, Malheiros) –, recai, sobre o Estado, inafastável vínculo institucional consistente em conferir real efetividade a tais prerrogativas básicas, em ordem a permitir, **às pessoas**, nos casos de injustificável inadimplemento da obrigação estatal, que tenham elas acesso a um sistema organizado de garantias instrumentalmente vinculadas à realização, por parte das entidades governamentais, da tarefa que lhes impôs a própria Constituição. Não basta, portanto, que o Estado meramente proclame o reconhecimento formal de um direito. Torna-se essencial que, para além da simples declaração constitucional desse direito, seja ele integralmente respeitado e plenamente garantido, especialmente naqueles casos em que o direito – como o direito à saúde – se qualifica como prerrogativa jurídica de que decorre o poder do cidadão de exigir, do Estado, a implementação de prestações positivas impostas pelo próprio ordenamento constitucional. Cumpre assinalar, finalmente, que a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse, como prestações de relevância pública, as ações e serviços de saúde (CF, art. 197), em ordem a legitimar a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário naquelas hipóteses em que os órgãos estatais, anormalmente, deixassem de respeitar o mandamento constitucional, frustrando-lhe, arbitrariamente, a eficácia jurídico-social, seja por intolérável omissão, seja por qualquer outra inaceitável modalidade de comportamento governamental desviante. Todas essas razões levam-me a acolher a pretensão recursal deduzida nos presentes autos, ainda mais se se considerar que o acórdão ora recorrido diverge, frontalmente, da orientação jurisprudencial que o Supremo Tribunal Federal firmou no exame da matéria em causa (RTJ 171/326-327, Rel. Min. ILMAR GALVÃO – AI 462.563/RS, Rel. Min. CARLOS VELLOSO – AI 486.816-AgR/RJ, Rel. Min. CARLOS

VELLOSO – AI 532.687/MG, Rel. Min. EROS GRAU – AI 537.237/PE, Rel. Min. SEPÚLVEDA PERTENCE – RE 195.192/RS, Rel. Min. MARCO AURÉLIO – RE 198.263/RS, Rel. Min. SYDNEY SANCHES – RE 237.367/RS, Rel. Min. MAURÍCIO CORRÊA – RE 242.859/RS, Rel. Min. ILMAR GALVÃO – RE 246.242/RS, Rel. Min. NÉRI DA SILVEIRA – RE 279.519/RS, Rel. Min. NELSON JOBIM – RE 297.276/SP, Rel. Min. CEZAR PELUSO – RE 342.413/PR, Rel. Min. ELLEN GRACIE – RE 353.336/RS, Rel. Min. CARLOS BRITTO – AI 570.455/RS, Rel. Min. CELSO DE MELLO, v.g.): ‘PACIENTE COM HIV/AIDS – PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS – DIREITO À VIDA E À SAÚDE – FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS – DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) – PRECEDENTES (STF) – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. – O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. – O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. – O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. – O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF.” (RTJ 175/1212-1213, Rel. Min. CELSO DE MELLO). Sendo assim, pelas razões expostas, e acolhendo, ainda, o parecer da douta Procuradoria-Geral da República (fls. 131/132), conheço e dou provimento ao presente recurso extraordinário (CPC, art. 557, § 1º - A), em ordem a julgar procedente a ação ordinária ajuizada pela parte ora recorrente, restabelecendo, desse modo, por inteiro, a r. sentença proferida pelo magistrado estadual de primeira instância (fls. 64/69). Publique-se. Brasília, 1º de fevereiro de 2006. Ministro CELSO DE MELLO – Relator (Informativo STF, n. 414, de fevereiro de 2006).

A ementa referida, da lavra do Ministro Celso de Mello, segue a mesma orientação já descrita precedentemente, no sentido de afirmar a primazia do direito social à saúde, à vista de sua fundamentalidade, em relação aos demais princípios constitucionais incidentes. Segundo o texto do acórdão, devem ser afastados esses últimos, notadamente no que se reporta ao que foi considerado chamar “outros interesses do Estado”, designados como “secundários”; ou seja, a inteligência dos dispositivos constitucionais, pela Suprema Corte Brasileira, de acordo com a adoção de referências valorativas ético-políticas, leva à afirmação de que entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, “caput” e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entende-se – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas.

A abordagem suscitada em tal decisão traz ainda a afirmação de que “o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República”, e que, por determinar a garantia aos cidadãos ao “acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar”, o caráter programático dessas normas “não pode converter-se em promessa constitucional inseqüente”, pois, ao contrário, o Poder Público, fraudaria “justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado”.

Finalmente, a decisão registra, sob o ponto de vista do Estado de Bem-Estar, a obrigação da entidade de direito público respectiva de dar efetividade às “prerrogativas básicas” dos cidadãos, para que permita o seu efetivo acesso aos serviços de saúde. Não basta, portanto, que o ente estatal se limite a proclamar “o reconhecimento formal de um direito”, devendo também providenciar que tal direito seja “integralmente respeitado e plenamente garantido”. Disto se infere que, nessa seara, o cidadão exercerá seu poder em face do respectivo ente estatal a fim de exigir a “implementação de prestações positivas impostas pelo próprio ordenamento constitucional”.

Em posição diametralmente oposta à orientação majoritária do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, foi proferida a decisão no Pedido de Suspensão de Tutela Antecipada n. 91/2007¹⁹.

19 A decisão monocrática, subscrita pela Ministra Ellen Gracie, foi assim fundamentada: [...]. Inicialmente, reconheço que a controvérsia instaurada no mandado de segurança em apreço evidencia a existência de matéria constitucional: alegação de ofensa aos arts. 23, inc. II e 198, inc. I da Constituição da República e aos princípios da dignidade da pessoa humana e da solidariedade. Dessa forma, cumpre ter presente que a Presidência do Supremo Tribunal Federal dispõe de competência para examinar questão cujo fundamento jurídico é de natureza constitucional (art. 297 do RISTF, c/c art. 25 da Lei 8.038/90), conforme firme jurisprudência desta Corte, destacando-se os seguintes julgados: Rcl 475/DF, rel. Ministro Octavio Gallotti, Plenário, DJ 22.4.1994; Rcl 497-AgR/RS, rel. Ministro Carlos Velloso, Plenário, DJ 06.4.2001; SS 2.187-AgR/SC, rel. Ministro Maurício Corrêa, DJ 21.10.2003; e SS 2.465/SC, rel. Min. Nelson Jobim, DJ 20.10.2004.

5. A Lei 8.437/92, em seu art. 4º, autoriza o deferimento do pedido de suspensão de execução de liminar para evitar grave lesão à ordem, à saúde, à segurança e à economia públicas.

Verifico estar devidamente configurada a lesão à ordem pública, considerada em termos de ordem administrativa, porquanto a execução de decisões como a ora impugnada afeta o já abalado sistema público de saúde. Com efeito, a gestão da política nacional de saúde, que é feita de forma regionalizada, busca uma maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários. Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde. No presente caso, ao se conceder os efeitos da antecipação da tutela para determinar que o Estado forneça os medicamentos relacionados “[...] e outros medicamentos necessários para o tratamento [...]” (fl. 26) dos associados, está-se diminuindo a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade. Ademais, a tutela concedida atinge, por sua amplitude, esferas de competência distintas, sem observar a repartição de atribuições decorrentes da descentralização do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 198 da Constituição Federal. Finalmente, verifico que o Estado de Alagoas não está se recusando a fornecer tratamento aos associados (fl. 59). É que, conforme asseverou em suas razões, “[...] a ação contempla medicamentos que estão fora da Portaria n.º 1.318 e, portanto, não são da responsabilidade do Estado, mas do Município de Maceió, [...]” (fl. 07), razão pela qual seu pedido é para que se suspenda a “[...] execução da antecipação de tutela, no que se refere aos medicamentos não constantes na Portaria n.º 1.318 do Ministério da Saúde, ou subsidiariamente, restringindo a execução aos medicamentos especificamente indicados na inicial, [...]” (fl. 11). 6. Ante o exposto, defiro parcialmente o pedido para suspender a execução da antecipação de tutela, tão somente para limitar a responsabilidade da Secretaria Executiva de Saúde do Estado de Alagoas ao fornecimento dos medicamentos contemplados na Portaria n. 1.318 do Ministério da Saúde. STF – Suspensão de Tutela Antecipada nº 91. Origem: AL – Relatora: Min. Ellen Gracie – DJU nº 43 de 05.03.2007.

No caso em evidência, a Procuradoria-Geral do Estado de Alagoas sustentou a ocorrência de grave lesão à economia pública, pois a liminar concedida em sede de ação civil pública generalizou a obrigação do referido Estado em fornecer “todo e qualquer medicamento necessário ao tratamento dos transplantados renais e pacientes renais crônicos, impondo-lhe a entrega de medicamentos, cujo fornecimento não compete ao Estado dentro do sistema que regulamenta o serviço”.

O fundamento do pedido de suspensão de tutela consiste na afirmação de que, consoante o teor da Lei n. 8.080/90 e da Portaria n. 1.318 do Ministério da Saúde, é atribuição da respectiva unidade da federação o fornecimento dos medicamentos relacionados no Programa de Medicamentos Excepcionais e de Alto Custo. Nesse sentido, o Estado de Alagoas afirmou a existência de grave lesão à ordem pública, uma vez que o fornecimento de medicamentos, além daqueles relacionados na mencionada portaria e sem o necessário cadastramento dos pacientes, inviabiliza a programação orçamentária do estado e o cumprimento do programa de fornecimento de medicamentos excepcionais.

Em sua decisão, a relatora do pedido de suspensão reconheceu estar configurada a lesão à ordem pública, uma vez que a execução da decisão impugnada afetaria “o já abalado sistema público de saúde”. Reconheceu, assim, que a gestão da política nacional de saúde é feita de forma regionalizada, buscando “maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários”.

A referida decisão, portanto, levou em conta uma peculiar interpretação do artigo 196 da Constituição Federal no sentido de que, ao assegurar o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas com alcance à população como um todo, “assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não em situações individualizadas”. O estado de Alagoas, por sua responsabilidade em fornecer recursos necessários à reabilitação da saúde dos cidadãos, não poderia inviabilizar o sistema público de saúde, para dar atendimento a pretensões individualizadas, o que aconteceria no caso de atendimento à antecipação de tutela em referência.

É importante ressaltar, no caso, o argumento adotado na decisão do STF de que a atendimento a uma pretensão individual por saúde

importaria na impossibilidade “de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade”²⁰.

A decisão em destaque deferiu parcialmente o pedido, diante da constatação de que o poder público não se recusou a fornecer tratamento aos seus pacientes daquela unidade da federação, e que, em verdade, deve ser “limitada a responsabilidade da Secretaria Executiva de Saúde do estado de Alagoas ao fornecimento dos medicamentos contemplados na Portaria n. 1.318, do Ministério da Saúde”.

Com isso, esse posicionamento adotado pelo STF tem em mira a possibilidade de imposição de limites à obrigação do Estado em fornecer medicamentos diante de uma demanda individual por saúde, uma vez que isto poderia inviabilizar as ações estatais, orientadas por políticas públicas, aptas a dar atendimento à população por intermédio do sistema público de saúde.

Insta ainda ressaltar o posicionamento do Supremo Tribunal Federal adotado no Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada 175 do Ceará²¹, em que foi relator o Ministro Gilmar Mendes, então presidente da Corte Constitucional. Esse julgamento serviu como subsídio para diversos outros julgados do STF²². É inegável que esse entendimento firmado, após a Audiência Pública convocada pela Presidência do Supremo Tribunal Federal²³, trouxe à luz vários elementos que ressaltam a complexidade da matéria, possibilitando, sobretudo, a reflexão acerca da análise das peculiaridades do caso concreto a exame do Poder Judiciário.

Santos (2010) sintetiza o entendimento do STF após a realização da audiência pública de saúde ao analisar as ações de antecipação de tutela: das Suspensões de Tutela (STA) 175, 211 e 278; das Suspensões de Segurança 3.724, 2.944, 2.361, 3.345 e 3.355; e da Suspensão de Liminar (SL) 47, que diziam respeito ao fornecimento de remédios de alto custo ou tratamentos a pacientes de doenças graves que recorreram ao Poder Judiciário.

20 STF. Pedido de Suspensão de Tutela Antecipada n. 91/2007.

21 Brasil. STF. STA-AgR 175/CE, julgado em 17.03.2010, Publ. DJe-076, div. 29.04.2010.

22 Dentre os quais se destacam: SS 3941, julgada em 23.03.2010; SS 3852, julgada 07.04.2010; SS 4045 e SS 3962, julgadas em 07.04.2010; STA 283, julgada em 20.04.2010, todos de competência da Presidência do STF, tendo como relator o Min. Gilmar Mendes.

23 Realizada nos dias 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009.

A autora aponta que o entendimento do STF, firmado em relatório do Ministro Gilmar Mendes, nessas ações, seguem as seguintes diretrizes para o exame do caso concreto colocado em juízo: a) a exigência de suficiente produção de provas – que no caso em análise foi considerada adequada; b) produção de provas fundada cientificamente; c) adequação da prestação de saúde ao que se pretende na ação judicial; d) a aferição acerca do registro do medicamento e as possibilidades de aquisição pelo Estado; e) a existência de evidências científicas e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) adotados pelo SUS para o caso descrito nos autos; f) aferição se existente política pública que contemple o pretendido na ação judicial; g) aferição se existente política de dispensação de medicamento sustentada pela medicina baseada em evidências; h) admissão da corrente medicina baseada em evidências de modo a permitir questionamento de ordem científica acerca da adequação da prestação de saúde pretendida; i) argumentação de que a reserva do possível (escassez de recursos) por si só não elimina a obrigação do Estado (União, Estados, DF e Municípios) quanto ao fornecimento de prestações de saúde; j) necessária apreciação dos argumentos de lesão à ordem, economia e separação de poderes; e k) solidariedade entre os entes da federação quanto à política pública de saúde.

A realização da audiência pública de saúde, portanto, revelou-se um canal apropriado para que o Poder Judiciário pudesse abrir o debate sobre o direito à saúde e sobre o SUS, pois, após a realização dessa audiência, os limites do direito à saúde começaram a ganhar contornos mais definidos em seu exercício judicial.

De acordo com os apontamentos de Santos (2010), percebe-se que o Poder Judiciário vem firmando uma posição em relação à garantia do direito à saúde para além do debate em torno das teorias do mínimo existencial e da reserva do financeiramente possível, primando pela análise de cada caso concreto colocado em juízo e sua relação com a política pública estabelecida em matéria de saúde. Isso faz com que a complexidade do julgamento dessas demandas aumente, pois o Poder Judiciário não poderá encontrar uma resposta pronta, ou padronizada, para todos os casos semelhantes que envolvem o direito à saúde.

Para usar as palavras do filósofo norte-americano Ronald Dworkin (2002), o STF parece optar por “levar os direitos a sério” e, neste caso, “levar a sério” o direito à saúde. Isto por firmar o entendimento de que a resposta judicial deve vir após o exame detalhado de cada caso concreto apresentado em juízo, de acordo com suas peculiaridades

jurídicas, técnicas e políticas. Nesta direção, deve o julgador considerar as especificidades de cada caso submetido à sua apreciação, e assim buscar para esse caso uma única resposta correta no ordenamento jurídico em sua integridade.

Como salientado por Marques (2011), não se trata de sacrificar direitos, ou escolher entre valores concorrentes (que não se confundem com interesses), mas sim compreender os princípios jurídicos – como o da integralidade de assistência à saúde – como normas deontológicas que estabelecem direitos e deveres e que preexistem no momento da decisão. Normas essas que irão levar o aplicador, diante do reconhecimento das características e necessidades do caso concreto, a uma única resposta correta, a uma interpretação e aplicação corretas da lei e das normas constitucionais. Uma leitura harmônica dos princípios e das regras e textos normativos, que será única para cada caso concreto posto em juízo.

Destaca-se que os entendimentos recentes do STF apontam para a necessidade desse Poder relacionar-se de forma mais próxima com a sociedade e com os outros Poderes do Estado, visto ser necessário que os juízes conheçam a realidade político-administrativa que envolve o SUS e suas implicações para a vida dos cidadãos.

Para que criemos um novo paradigma para aplicação e garantia do direito à saúde, é preciso crescer na intersecção entre os saberes e das práticas profissionais de operadores do direito, médicos e gestores públicos de saúde, inclusive na participação da sociedade civil em todo esse processo. É preciso que o direito se dirija para além do processo judicial. E se insira, com sua especificidade técnico-jurídica, nas questões que envolvem a área sanitária, em seus âmbitos técnicos e políticos.

Unger (2004) salienta que “devemos prosseguir pacientemente com a tarefa de garantir o gozo efetivo de direitos” (p. 43). E o direito à saúde, como já apontado, só será efetivamente garantido de forma sistêmica, conjugando o coletivo ao individual, o direito à política, a medicina à gestão pública. Ost (2005) também reforça que é preciso “reivindicar o direito à lentidão de onde unicamente poderia emergir uma forma inédita de práxis social” (p. 34). É preciso que seja construída uma práxis social para enfrentar o embate entre as decisões judiciais do caso concreto e as políticas públicas de saúde, sem prejudicar os cidadãos e, tampouco, retroceder às conquistas sociais

de universalidade e integralidade do direito à saúde²⁴. Assim, é preciso que se amplie o debate já iniciado no Brasil sobre esta temática em fóruns acadêmicos e políticos que abriguem todos os atores envolvidos e interessados na proteção efetiva do direito complexo à saúde.

Dessa forma, mostra-se extremamente pertinente a criação do Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde, ligado ao Conselho Nacional de Justiça²⁵. Esse Fórum tem por objetivo elaborar estudos e propor medidas para o aperfeiçoamento de procedimentos e a prevenção de novos conflitos na área da saúde, como os relacionados a fornecimento de medicamentos, tratamentos médicos, internações e monitoramento de ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O artigo 2º estabelece como competências deste Fórum Nacional: I - o monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos, produtos ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares; II - o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde; III - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas; IV - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário; V - o estudo e a proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional. Também o artigo 4º desta Resolução deixa clara a composição multidisciplinar deste Fórum, que deverá contar com membros e especialistas do Ministério da Saúde, e demais órgãos envolvidos com a temática.

O Poder Judiciário brasileiro, com a criação do Fórum de Monitoramento da Saúde mencionado, mostra-se disponível para levar esse debate adiante, de forma mais aberta e democrática, em prol da garantia do direito à assistência à saúde de forma mais condizente com o contexto técnico e político que o envolve. Reconhece-se, assim, pela mais alta cúpula do Poder Judiciário brasileiro, a importância do exercício do direito à saúde ser penetrado por outros saberes e outras informações de ordem político-sanitária. O CNJ mostra-se, ainda, preocupado com a formação dos magistrados, para que atuem de forma mais condizente com a complexidade que envolve o direito à saúde.

24 Sobre a garantia do Direito à Saúde e o princípio do não retrocesso social cf. Cunha (2010) em *O Princípio da Proibição do Retrocesso Social e o Direito à Saúde no Brasil*.

25 Fórum criado pela Resolução n. 107, de 06 de abril de 2010, do CNJ.

Neste sentido, expediu a Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010, em que recomenda à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM), à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho (ENAMAT) e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que: a) incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados; b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do ministério público e gestores, para propiciar maior entrosamento sobre a matéria (artigo II da Referida Resolução).

Portanto, de acordo com os posicionamentos e iniciativas recentes da cúpula do Poder Judiciário em nosso país, podemos inferir que o direito à saúde deve ser discutido com parcimônia dentro de cada processo judicial, de forma a tentar confrontar o pedido individual com a política pública estabelecida em matéria de saúde. E que, também, o direito à saúde e seu exercício devem ser objetos de discussões e intervenções extrajudiciais, que prezem pelo diálogo e intersecção entre os saberes que envolvem a saúde.

E, vale apontar, que o foco é, e deve ser, a garantia da saúde humana, de forma digna. É assim que amadureceremos a nossa sociedade rumo à concretização dos nobres valores sociais arraigados em nossa Carta Magna.

Referências

AITH, F. M. A. *Curso de Direito Sanitário*. A Proteção do Direito à Saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ARANHA, M. I. *Direito Regulatório*. Curso de Especialização de Direito Público. Brasília: UnB, 2009. [mimeo], 144p.

BRASIL. Decreto n. 86.329, de 02 de setembro de 1981.

_____. Resoluções n. 06/84 e n. 07/84, MS/MPAS/MEC/CIPLAN, Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 de maio de 1984.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. NOB/SUS 1996, aprovada pela Portaria GM/MS n. 2203, de 5 de novembro de 1996, e NOAS/SUS 1/2002, aprovada pela Portaria GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 209.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CONASS e CONASEMS).

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em Direito. In: BUCCI, M. P. D. (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-49.

BUSS, P. M.; PELEGRINI, F. A. a saúde e seus determinantes sociais. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPILONGO, C. F. *Política, sistema jurídico e decisão judicial*. São Paulo: Max Limonad, 2002.

CANOTILHO, J. J. G. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, 1998.

CARVALHO, E. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 23, p. 115-126, 2004.

CIARLINI, A. L. de A. Desjudicialização da Saúde: um bem necessário? *Revista de Direito Público*, São Paulo, IOB, v. 1, n. 28, jul./ago. 2009.

_____. Direito à Saúde e Respeito à Constituição. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 89-90.

COMPARATO, F. K. *Para viver a democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1989, 214 p.

COUTO, C. G. Política constitucional, política competitiva e políticas públicas. In: BUCCI, M. P. D. (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 97-130.

CUNHA, J. R. A. *O Princípio da proibição do retrocesso social e o direito à saúde no Brasil*. 2010. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2010.

DALLARI, S. G. Direito Sanitário. In: ARANHA, M. I.; TOJAL, S. B. de B. (Org.). *Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 47-72.

DERANI, C. Política Pública e a Norma Política. In: BUCCI, M. P. D. (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 131-142.

FARIA, J. E. Estado, Sociedade e Direito. In: *Qual o Futuro dos Direitos? Estado, Mercado e Justiça na Reestruturação Capitalista*. São Paulo: Max Limonard, 2002.

_____. *O Direito na Economia Globalizada*. São Paulo: Malheiros, 2002b.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

HOLMES, S.; SUNSTEIN, C. *The Cost of Rights— Why Liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Company, 1999.

LOPES, J. R. de L. *As palavras e a lei: direito, ordem e justiça na história do pensamento jurídico moderno*. São Paulo: Editora 34/EDESP, 2004.

LUÑO, A.-H. P. *Los Derechos Fundamentales*. Madrid: Tecnos, 2005.

MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. *Lua Nova*, São Paulo, n. 57, p. 113-133, 2002.

MARQUES, S. B. *O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica*. 2011. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MASSA-ARZABE, P. H. Dimensão Jurídica das Políticas Públicas. In: *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. BUCCI, M. P. D. (Org.). São Paulo: Saraiva, 2006.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G. et al. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 303-325.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Direito Sanitário com enfoque na Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade de implementação do SUS. Prefácio. In: SILVA, S. F. da. (Org.). *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

OST, F. *O tempo do Direito*. Bauru: EDUSC, 2005.

RUA, M. das G. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, M. das G. (Org.). *O Estudo da Política: tópicos selecionados*. Brasília: Paralelo 15, 1998.

ROMERO, L. C. P. A judicialização das políticas públicas de assistência farmacêutica. O caso do Distrito Federal. Brasília, Senado Federal, n. 41, mai. 2008. Textos para discussão. Disponível em: http://www.senado.gov.br/conleg/textos_discussao.htm. Acesso em: 2 ago. 2008.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). *Políticas Públicas*. Coletânea. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SANTOS, A. de O. *A Abordagem de Temas Jurídicos na Audiência Pública da Saúde no Supremo Tribunal Federal*. 2010. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2010.

SANTOS, N. R. dos. Vinte anos do Sistema Único de Saúde: por onde manter as chamadas da utopia. In: DANTAS, B. et al. (Org.). *Os Cidadãos na Carta Cidadã*. Brasília: Senado Federal, 2008. v. 5, p. 146-168.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHMIDT, J. P. Gestão de Políticas Públicas: Elementos de um Modelo Pós-Burocrático e Pós-Gerencialista. In: REIS, J. R. dos; LEAL, R. G. (Org.). *Direitos Sociais e Políticas Públicas*. Desafios Contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007. tomo 7, p. 1.988 a 2.032.

SCHWARTZ, G. *O Tratamento Jurídico do Risco no Direito à Saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

TATE, N.; VALLINDER, T. (Org.). *The Global Expansion of Judicial Power*. New York, New York University Press, 1995.

UNGER, R. M. *O Direito e o Futuro da Democracia*. São Paulo: Boitempo, 2004.

VIANNA, L. W. et al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: REVAN, 1999.

VILLANUEVA, L. F. A. Estúdio Introdutório. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). *Políticas Públicas*. Coletânea. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

Regulação da saúde: desafios e as agências reguladoras setoriais (ANVISA e ANS)

Ligia Bahia

Introdução

No Brasil, o fenômeno que se denominou “reforma regulatória”, nos anos 1990, associou-se com o processo de desestatização. A criação de agências reguladoras espelhou a tentativa de estabelecer novos marcos normativos para a transferência da prestação de alguns serviços públicos à iniciativa privada. No início do século XXI, a alteração do cenário nacional pela derrota eleitoral da coalizão partidária que implementou as agências reguladoras e a crise econômica iniciada em 2008 expuseram as inconsistências das teorias e do arsenal de instrumentos regulatórios erigidos sob a égide do ideário neoliberal. No entanto, essas contradições não foram respondidas com a retração das agências da saúde. A ANVISA e ANS expandiram suas esferas de atuação e se consolidaram.

Para propiciar uma visão panorâmica sobre a estruturação e dinâmica das agências do setor saúde, o presente trabalho sintetiza conceitos sobre regulação e imperfeições de mercado, buscando identificar desencaixes entre determinadas teorias econômicas e a realidade das ações concretas de saúde.

1 O que é regulação: pressupostos e significados

Existem definições de regulação bastante abrangentes. Segundo a mais concisa, regulação diz respeito a uma relação social, a maneira segundo a qual essa relação se reproduz apesar de seu caráter conflitual e contraditório. Refere-se, portanto, à compatibilidade do comportamento

de distintos agentes implicados com atividades sociais que envolvem acumulação de riquezas de recursos financeiros. Para teóricos que encaram a regulação desde uma abordagem macroeconômica, as relações sociais básicas objetos da definição de regras regulatórias são a mercantil e a salarial que se desdobram em normas para a produção e o consumo. Os procedimentos e as instituições que asseguraram a rotinização ou mudança das normas de produção e de consumo constituem determinadas formas de regulação. Na época moderna, é o Estado que, ao nuclear formas institucionais e ainda formas codificadas por convenções e hábitos, regula e arbitra as relações de mercado e as salariais. Por sua vez, o reconhecimento social do valor do trabalho e a legitimidade da propriedade projetam-se na formação dos preços e rendimentos monetários.

Os denominados contratos sociais condensam uma troca entre o valor de um item de consumo (que embute apropriação de trabalho e conhecimento) e os riscos de validação mercantil dos produtores desses bens ou serviços frente à sociedade. Nesse sentido, a regulação diz respeito aos conflitos de distribuição, que poderiam ser sintetizados na fórmula “muito salário e pouca acumulação ou muito lucro e pouca demanda”. Assim, a regulação diz respeito aos preços e volume da produção (quantidade de produtos).

As formas de atuação e objetivos da regulação variam de acordo com acepções e práticas sobre o processo econômico. Aqueles que pressupõem a hegemonia de relações concorrenciais consideram que a permanência do Estado é “exterior” à organização da produção e do trabalho. Consequentemente, seus adeptos advogam uma regulação que se concentre na preservação da ordem, na defesa da propriedade privada, no mercado como lócus para ajustar salários e transferir capitais entre ramos por meio do mercado. Já para aqueles que consideram a vigência de relações monopolistas, nas quais predominam salários diretos de médio prazo acrescidos de salários indiretos (serviços sociais orientados por uma lógica não capitalista) e centralização do capital em grupos industriais e financeiros com comando sobre preços e reforço do crédito para atender às necessidades de circulação monetária, as perspectivas de regulação implicam o reforço considerável do papel do Estado, não apenas pelo peso das despesas governamentais, mas principalmente pela intervenção nas relações salariais e monetárias (FIANI, 1998).

Portanto, os distintos conceitos de regulação carregam consigo acepções opostas sobre a estrutura e a dinâmica dos processos econômicos. Para uns, “as chaves” que abrem a compreensão dos

processos econômicos são os conflitos concretos e, para outros, os modelos de equilíbrio entre oferta e demanda.

Embora proveniente de matrizes teóricas muito diferenciadas, o entrelaçamento desses conceitos ocorreu em função da necessidade de examinar situações reais nas quais monopólios e oligopólios impediam a concorrência “pura” ou “perfeita”. Assim, a noção de **imperfeição de mercado** deriva da constatação de situações de ausência ou incipiência das condições consideradas essenciais à concorrência que são:

1. existência de um grande número de empresas vendedoras, todas relativamente pequenas e agindo independentemente, de modo que nenhuma possa isoladamente afetar o preço de mercado;
2. produto homogêneo, não sendo diferenciado pelos compradores, a não ser pelo preço;
3. todos os agentes serem perfeitamente informados sobre tudo que se passa no mercado;
4. completa liberdade de acesso ao mercado (não pode haver barreiras à entrada).

2 Imperfeições de Mercado

Como no mundo real, os monopólios e oligopólios, bem como a existência de tensões e conflitos distributivos, questionam os pressupostos do equilíbrio em concorrência perfeita, sendo assim outros referenciais foram elaborados e disseminados. São relevantes para o pensamento e a ação sobre regulação a construção de uma taxonomia mais desagregada sobre a competição no mercado e o detalhamento das imperfeições, ou das denominadas falhas de mercado. A diferenciação do produto, e não apenas o preço, passa a ser tomada como variável-chave do padrão de competição e outras situações de imperfeições (ou falhas) de mercado – que não o monopólio ou oligopólio – tornam-se reconhecidas.

São as situações de imperfeição do mercado que fundamentam a intervenção do Estado nas atividades econômicas ou regulação

do mercado. O quadro 1 sistematiza quatro circunstâncias que caracterizam imperfeições de mercado com repercussões relevantes para a regulação do mercado de bens e serviços de saúde.

Quadro 1 Imperfeições de Mercado	
Indivisibilidade do produto	Diz respeito à existência de bens indivisíveis , aqueles para os quais não se pode estabelecer preços. Esses bens/produtos possuem características de não-exclusividade (a eles não se aplica o direito de propriedade) e não-rivalidade (o acesso de mais pessoas a seu consumo não implica aumento de custos). Os bens indivisíveis são os bens públicos puros e o exemplo sempre citado é a defesa nacional. Devem ser oferecidos pelo governo e constituem-se como atividades por excelência objeto da ação do Estado.
Externalidades	Externalidades ocorrem quando o bem-estar de um consumidor ou as possibilidades de produção de uma firma são diretamente afetadas pelas ações de outro agente da economia. De outra forma, as externalidades podem ser definidas como os efeitos sobre uma terceira parte derivadas de uma transação econômica sobre a qual a terceira parte não tem controle. Externalidades positivas são efeitos que aumentam o bem-estar desta terceira parte, enquanto externalidades negativas são efeitos que reduzem o bem-estar (por exemplo, aumentando os custos de produção). Um exemplo de externalidade positiva é a construção de uma rodovia que permite a redução de custos de transporte e acesso mais rápido aos consumidores. O contrário acontece quando determinadas atividades econômicas geram contaminações de uma empresa, afetando lavouras com a emissão de agentes poluentes.

<p>Assimetria de informação</p>	<p>A decisão racional <i>homo œconomicus</i> baseia-se no conhecimento perfeito de todos os aspectos que influem no mercado. Trata-se de uma condição abstrata, que não se verifica em nenhum mercado real. O conceito de assimetria de informação tem sido difundido sob uma versão restrita, a qual considera apenas os aspectos relacionados à boa ou má qualidade do produto. Assim, as imperfeições decorrem da impossibilidade de os consumidores saberem de antemão se o produto oferecido possui boa ou má qualidade. Quando alguém tenta vender um produto de má qualidade, isso afeta a percepção dos compradores sobre a qualidade desses bens, reduzindo o preço que estão dispostos a pagar e prejudicando os vendedores de produtos de qualidade. Essa situação tem dois desdobramentos: a seleção adversa e o risco moral (<i>moral hazard</i>).</p>
<p>Seleção adversa</p>	<p>A seleção adversa se manifesta quando, em um mercado competitivo, defrontam-se vendedores de bens com qualidades diferenciadas e custos igualmente diferenciados. Sendo competitivo o mercado, nenhum produtor poderá influir no preço de venda, levando todos os produtores a optar pelo menor custo e menor qualidade, ou seja, os produtos de baixa qualidade expulsam do mercado os de alta qualidade, pela impossibilidade de se dispor de antemão da informação sobre o produto. Situações como essa podem, no limite, levar à extinção desse mercado. O termo seleção adversa surgiu no mercado de seguros, para indicar situações em que as seguradoras cobram prêmios médios para populações com riscos diferenciados; isso afastará a população com menores riscos (que considerará alto o preço) e concentrará a demanda na população de alto risco (para quem o prêmio será considerado baixo).</p>
<p>Risco moral</p>	<p>Risco moral é também uma expressão originada no mercado de seguros e designa situações em que os incentivos aos indivíduos que contratam seguros para evitar os sinistros são baixos (é essa a razão pela qual determinadas modalidades de seguro cobram franquias ou copagamentos). A existência de “risco moral” implica uma “falha” no funcionamento do mercado, pois induz que a quantidade demandada do bem (seguro) será maior do que a ofertada.</p>

A ação pública na regulação dos mercados para reduzir suas imperfeições compreende um conjunto bastante amplo de dispositivos que abrangem desde os instrumentos típicos de política econômica (fiscal, monetária, cambial) até a produção direta de bens e serviços pelo Estado. As políticas tradicionais atuam por meio da indução positiva ou negativa a certas atividades (incentivos, subsídios, renúncia fiscal, política de crédito, proteção tarifária, criação de impostos), dos gastos de transferência e do próprio poder de compra do setor público. Tais instrumentos respondem pela atuação do Estado em face de externalidades, monopólios e inexistência ou insuficiência de oferta.

A produção ou, em outros termos, a oferta de bens e serviços diretamente pelo Estado ocorre quando o mercado não consegue prover, no todo ou em parte, bens e serviços considerados essenciais. Refere-se não apenas aos bens públicos, que são exclusivos do governo, mas também aos chamados bens “sociais” (saúde, educação etc.) e até bens econômicos, particularmente na área de infraestrutura e de serviços básicos. Existem ainda outros instrumentos de ação relacionados a diversas formas de regulação pelo Estado, que são os dispositivos e agências de coordenação dos mercados e a regulamentação por meio de leis e instituições de defesa da concorrência e de direitos do consumidor.

3 Saúde, economia da saúde e regulação de atividades de saúde

A vasta e crescente extensão do campo da saúde, ou seja, das teorias, dos saberes e das práticas envolvidas com a complexidade dos processos promoção-saúde-doença-cuidado associa-se com distintos padrões de intervenção estatal. De modo simplificado, podem-se identificar dois modelos a partir da amplitude e intensidade das ações governamentais. No primeiro, a saúde, o mal-estar, a doença e especialmente a assistência médico-hospitalar poderiam se expressar em unidades monetárias de troca. Em contraste, no segundo modelo, a saúde é um valor social, manifesto como direito social, integrante da cidadania. Consequentemente, o modelo de enquadramento da saúde no âmbito estatal modula o conceito de bem público. A saúde e seus correlatos (vida, risco, doença, cuidado, cura) e a organização

de sistemas de atenção (incluindo prevenção de doenças ou eventos mórbidos, saúde ambiental e ocupacional), podem ser consideradas total ou parcialmente bens públicos. Portanto, a natureza e os conteúdos da regulação estatal decorrem de valores mercantis e sociais atribuídos à saúde, em diferentes momentos históricos e distintos modos de produção social.

No mundo contemporâneo, a magnitude e crescimento das despesas do subsistema de assistência médico-hospitalar, bem como a relevância e volume de produção do “complexo industrial do setor saúde” exigiram respostas a um duplo desafio: 1) dar uma resposta econômica ao crescimento do gasto; 2) caracterizar o “mercado” (ou dos “mercados”), detalhando características dele desde a informação assimétrica até problemas relacionados com custos, eficiência alocativa e financiamento – todos essenciais para a gestão pública do setor.

Embora todos os autores afirmem que a saúde (especialmente o subsistema assistencial) possui características distintas dos demais setores e ramos industriais, a intervenção governamental nos mercados, abrigada sob a denominação regulação da saúde, apoia-se na transferência de princípios e axiomas da teoria econômica, em particular da microeconomia (TEIXEIRA, 2001). O quadro 2 sistematiza as principais imperfeições do mercado aplicadas à saúde.

Quadro 2
Principais imperfeições do mercado aplicadas à saúde

Externalidades	Externalidades negativas: aumento das doenças (por exemplo: febre amarela, malária, esquistossomose) veiculadas pela água ou transmitidas por vetores em função da construção de grandes reservatórios. Externalidades positivas: vacinas (uma cobertura populacional elevada protege inclusive quem não foi vacinado).
Assimetria de informação	Ausência de informações sobre qualidade, natureza e preço dos serviços de atenção à saúde e assimetria de informação entre médico e paciente.

Seleção adversa	Tendência de maior demanda para os seguros de saúde de indivíduos doentes, impedindo que as seguradoras não baseiem seus preços na incidência média de problemas de saúde da população. A elevação dos preços em função dos gastos com os doentes afastaria as pessoas saudáveis e concentraria a demanda por seguros nos indivíduos mais propensos a ficar doentes.
Risco moral	Tendência de aumento da demanda por serviços de saúde em função da cobertura por seguros, ou seja, a demanda é maior do que quando os próprios indivíduos pagam por eles. Haveria uma utilização de serviços de saúde estimulada não pela estrita necessidade de saúde, mas pelo fato de existir um terceiro pagador.
Monopólios, Oligopólios e Corporativismo Profissional	Barreiras institucionais à entrada nos mercados de prestação de serviços de assistência (profissões são reguladas e regulamentadas pelas entidades profissionais e instituições governamentais) e discriminação de preços (cobrança de preços diferentes pelo mesmo serviço em decorrência do prestígio e experiência do profissional). Existência de processos com custos muito elevados e rendimentos crescentes à escala, impedindo a determinação dos preços por meio de mecanismos competitivos e gerando uma tendência a processos de monopolização ou oligopolização.

Fonte: Elaboração própria com base em Greenberg (1996).

4 Redefinição do papel do Estado no desenvolvimento econômico e as Agências Reguladoras do setor saúde

A gênese e a constituição do arcabouço político institucional da ANVISA e da ANS estão inextricavelmente vinculados a dois processos políticos efetivados durante o governo FHC (1995-2003): a política de privatização de setores da infraestrutura (energia, elétrica, telecomunicações, transportes e gás natural) e reforma administrativa. Ambas as políticas articularam-se em torno da perspectiva de redefinição

do papel do Estado, que deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico para se tornar promotor das atividades econômicas e regulador do mercado. Essas diretrizes foram traduzidas em princípios que nortearam a criação de novos entes reguladores e foram atribuídas funções para as entidades de regulação no âmbito da administração federal. O quadro 3 sintetiza as características estruturantes das agências reguladoras e evidencia que as agências reguladoras foram desenhadas e criadas com o intuito original de organizar um aparato burocrático voltado à privatização e flexibilização dos monopólios existentes em determinadas áreas da infraestrutura.

Quadro 3
Síntese das Diretrizes Operacionais e Organizacionais das
Agências Reguladoras

Princípios

1. autonomia e independência decisória;
2. ampla publicidade de normas, procedimentos e ações;
3. celeridade processual e simplificação das relações entre consumidores e investidores;
4. participação de todas as partes interessadas no processo de elaboração de normas em audiências públicas;
5. limitação da intervenção estatal na prestação de serviços públicos no limite indispensável à sua execução.

Funções

1. promover e garantir a competitividade do respectivo mercado;
2. garantir os direitos dos consumidores e usuários dos serviços públicos;
3. estimular o investimento privado, nacional e estrangeiro, nas empresas prestadoras de serviços públicos e atividades correlatas;
4. buscar a qualidade e segurança dos serviços públicos aos menores custos possíveis para os consumidores e usuários;
5. garantir a adequada remuneração dos investimentos realizados nas empresas prestadoras de serviço e usuários;
6. dirimir conflitos entre consumidores e usuários, de um lado, e empresas prestadoras de serviços públicos, de outro;
7. prevenir o abuso do poder econômico por agentes prestadores de serviços públicos.

Características Básicas do Formato Jurídico-Legal das Agências Reguladoras

- a. organização sob a forma de autarquia;
- b. independência decisória do ente regulador, assegurada mediante:
 1. nomeação dos seus dirigentes pelo Presidente da República, após aprovação pelo Senado Federal, com mandato fixo não superior a quatro anos, facultada uma única recondução;
 2. processo decisório colegiado;
 3. dedicação exclusiva dos ocupantes dos cargos de presidente e membros do colegiado, não sendo admitida qualquer acumulação, salvo as constitucionalmente permitidas;
 4. recrutamento dos dirigentes da autarquia mediante critérios que atendam exclusivamente ao mérito e à competência profissional, vedada a representação corporativa;
 5. perda de mandato do presidente ou de membros do colegiado somente em virtude da decisão do Senado Federal, por provocação do Presidente da República;
 6. perda automática de mandato de membro do colegiado que faltar a determinado número de reuniões ordinárias consecutivas, ou a percentual de reuniões intercaladas, ressalvados os afastamentos temporários autorizados pelo colegiado;
- c. número de membros do colegiado do ente regulador, fixando-o sempre que possível em número não superior a cinco;
- d. participação de usuários, consumidores e investidores na elaboração de normas específicas ou na solução amigável de controvérsia relativa à prestação do serviço, mediante audiências públicas.

Fonte: Elaboração própria com base em Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1977.

Durante o Governo FHC, o uso do modelo agência reguladora para a intervenção estatal em atividades que extrapolassem o âmbito da privatização de monopólios estatais foi questionado. Para alguns estudiosos, o escopo das agências reguladoras da saúde – controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços e de planos e seguros de saúde, ou seja, atividades de bens e serviços públicos e privados e mercados existentes e consolidados – requereria ações regulatórias distintas da intervenção governamental prevista para as agências reguladoras do setor infraestrutura. Contudo, o argumento da inadequação do objeto regulado ao ente regulador foi replicado tanto em função das analogias entre a Anvisa e o **FDA** (*Food and Drug Administration*) quanto no ajuste do modelo às imperfeições do mercado de seguros de saúde.

A agência **FDA** foi criada em 1927 sob a denominação *Food, Drug and Insecticide Administration* (Administração de Alimentos, Drogas e Inseticidas). Em 1930 adotou o nome atual *Food and Drug Administration* (Administração de Alimentos e Drogas). O FDA é responsável por assegurar a eficácia, segurança de medicamentos de uso humano e veterinário, produtos biológicos, insumos médicos-hospitalares, alimentos, cosméticos e produtos que emitam radiação, bem como por estimular a inovação e acesso a produtos essenciais para a melhoria das condições de saúde. O FDA regula aproximadamente 25% de todas as despesas com consumo dos EUA e monitora 1/3 das importações. Em 2011, contava com cerca de 10 mil funcionários e um orçamento de \$ 2,7 bilhões (FDA, 2012).

No início do Governo Lula, as análises sobre a atuação das agências concentraram-se em torno das críticas à autonomia delas para a concessão de serviços e celebração de contratos (incluindo a definição de diretrizes para licitações). Essas ponderações motivaram a elaboração do Projeto de Lei n. 3.337/2004, que enfatiza a transferência do poder concedente de agências reguladoras para os ministérios (PROENÇA, 2010). Contudo, essas polêmicas, especialmente concernentes à concessão e licitação do setor de energia e comunicação, não afetaram diretamente a estrutura e a dinâmica de funcionamento das agências de regulação do setor saúde. O quadro 4 apresenta uma relação de agências reguladoras federais criadas a partir de meados dos anos 1990 e 2000 e evidencia a importância, em termos do volume de recursos orçamentários, das agências do setor saúde especialmente da ANVISA.

Quadro 4
Vinculação Institucional, Ano de Criação e Orçamento de Agências Reguladoras Seleccionadas

Órgão Superior	Nome da Agência	Ano de Criação	Orçamento em 2011 (valor pago em reais)
Ministério da Defesa/ Presidência da República	AGENCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL – ANAC	2005	354.062.042

Ministério de Minas e Energia	AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA – ANEEL	1996	171.497.761
	AGÊNCIA NACIONAL DO PETRÓLEO, GÁS NATURAL E BIOCOMBUSTÍVEIS – ANP	1998	350.142.774
Ministério da Saúde	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1999	583.231.545
	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	2000	175.269.286
Ministério dos Transportes	AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES TERRESTRES – ANTT	2001	247.927.231
	AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES AQUAVIÁRIOS – ANTAQ	2001	86.727.509
Ministério das Comunicações	AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES – ANATEL	1997	361.098.214
Ministério da Cultura	AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA – ANCINE	2001	59.296.533
Ministério do Meio Ambiente	AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS – ANA	2000	254.301.747

Fonte: Senado Federal. Portal do Orçamento, 2012; Nunes, 2007.

A ANVISA e ANS: avanços e limites na regulação

A ANVISA e ANS ampliaram e reorganizaram os espaços de atuação governamental na saúde. Contudo, os inúmeros avanços trazidos pelo novo ordenamento normativo e institucional revelaram e adicionaram tensões e conflitos às relações entre usuários (consumidores), produtores de bens, insumos e serviços e órgãos reguladores. Na tabela 1, os recursos humanos e orçamentários da ANVISA e ANS permitem uma aproximação à magnitude institucional dos dois órgãos.

Tabela 1
Número de Servidores e Previsão Orçamentária da ANVISA e ANS em 2010

Número de Servidores	ANVISA	%	ANS	%
Servidores de Carreira	2.330	84,88	568	70,30
Servidores Temporários	0	0	84	10,40
Cargo em Comissão	415	15,12	156	19,31
Número Total de Servidores	2.745	100	808	100
Orçamento (Previsão de Despesas em reais*)				
Pessoal	292.260.227,00	45,42	101.144.153,00	50,12
Capital	18.176.983,00	2,82	14.500.000	7,19
Outras	333.010.144,00	51,75	86.160.254	42,69
Total do Orçamento	643.447.354,00	100	201.804.407,00	100

Elaboração própria com base no Relatório de Gestão 2010 ANVISA e Relatório de Gestão 2010 ANS.

*Os dados sobre orçamento diferem daqueles apresentados anteriormente em função da mudança do exercício (2011, no quadro 4, e 2010, nesta tabela) e pelo uso do valor efetivamente pago no quadro 4.

Após mais de dez anos de funcionamento, a ANVISA e ANS consolidaram *expertise* técnica e política na regulação das distintas interfaces entre Estado-Mercado e Sociedade. Esse importante acervo de conhecimentos e técnicas, no entanto, não é isoladamente capaz de dirimir conflitos de natureza distributiva, como aqueles que dizem respeito ao acesso a bens e serviços de saúde. Os desdobramentos teóricos da ciência econômica no estudo de situações em que predominam as

chamadas “falhas de mercado”, sem a devida contextualização dessas estruturas nos casos reais em que se inserem, não resultam em uma regulação que alinhe automaticamente interesses em torno das melhores condições de saúde. Os esforços para se regularem interfaces público-privadas extensas como as existentes em “mercados” de saúde precisam ir muito além das fronteiras formais dos cânones da ciência econômica.

Assim, apesar do reconhecimento da importância da ANVISA e ANS na construção e elevação do patamar de conhecimentos e práticas regulatórias, existem lacunas e divergências cognitivas e embates políticos que geram avaliações dissonantes sobre a natureza e direcionalidade da regulação. A ênfase na defesa da concorrência, no estímulo a fusões e aquisições de empresas não resulta necessariamente na ampliação do acesso e utilização de bens e serviços de saúde. Uma regulação decididamente voltada à resolução de problemas de saúde exige a construção sistemática de uma agenda interinstitucional que leve em conta o “complexo industrial”, incluindo-se aí seus suportes financeiros e políticos. O complexo industrial da saúde compreende não só prestadores de serviços, usuários e intermediários, como todos os segmentos ligados à produção e comercialização de produtos e prestação de serviços, inclusive a mídia e todas as instituições vinculadas à inovação, ao ensino e à pesquisa. Se o que se entende por regulação não for apenas o conjunto de mecanismos e instrumentos legais que tem por finalidade não o equilíbrio do mercado e sim a adequação das condições da oferta às da demanda e vice-versa, de modo a permitir maior acesso e resolutividade, é preciso que a regulação deva ter um alcance global e não segmentado.

O debate sobre os encaixes e desencaixes das agências da saúde e demais agências reguladoras com a agenda de desenvolvimento social recrudescer diante do esgotamento da agenda neoliberal. O retorno das teses sobre a relevância do Estado, em um contexto de crise mundial provocada por agentes do mercado financeiro, ensejou interrogações sobre a precariedade das instituições e dos instrumentos regulatórios. Nesse contexto, a noção “falhas de governo” adquiriu grande visibilidade. Os conceitos fundamentais para a análise das falhas de governo são os de *rent seeking* ou “busca de rendas” e *captura*, que significam, respectivamente, a obtenção de rendas ou vantagens econômicas não derivadas do livre jogo do mercado, que geralmente resultam da manipulação de agentes governamentais do ambiente regulatório, e a sujeição de legisladores e burocratas à cooptação de grupos de interesse (das atividades reguladas) interessados em garantir renda ou prestígio extraordinários.

Dentre as críticas às agências, destacam-se: 1) uso de forma incompleta e até improvisada do “modelo”; 2) uso deficiente dos instrumentos de transparência e consulta pública; 3) risco de captura – baixo nível de autonomia e profissionalização; 4) nível de qualidade da regulação insuficiente; 5) uso do poder concedente pelas Agências conferido por lei, que contradiz a Constituição de 1988; 6) insuficiência de instrumentos de controle social e de gestão; 7) falta de cooperação entre órgãos do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC)¹.

Até o momento, dadas as especificidades dos objetos e a natureza da ação, a ANVISA e ANS foram poupadas de muitas das censuras dirigidas às agências da infraestrutura. E, no âmbito da saúde, as avaliações negativas sobre o desempenho das agências têm sido calibradas pelas especificidades históricas e culturas institucionais próprias de ambos os órgãos e seus graus distintos de aproximação com as estruturas do Ministério da Saúde e secretarias de saúde. Entretanto, foram registradas denúncias mais ou menos intensas sobre a ocupação de cargos por executivos do mercado na ANS e favorecimento dos interesses do mercado em ambas as instituições.

A tendência de aprovação no curto prazo de uma “Lei Geral das Agências” com base no Projeto de Lei n. 3.337/2004, que procura estabelecer uma divisão de atribuições entre agências e ministérios, abre perspectivas para o aprimoramento da regulação das atividades direta e indiretamente relacionadas com a saúde. ANVISA e ANS terão que levar em conta a ampliação dos mecanismos de controle social e prestação de contas de suas instituições, bem como zelar pela qualidade e quantidade de seus quadros de servidores e dirigentes, e, sobretudo, a complexidade da regulação das fronteiras entre inovação, elevação de custos, acesso, qualidade das ações e cuidados de saúde e desenvolvimento social.

1 **SBDC**: sistema formado pelos três órgãos encarregados da defesa da concorrência no País: a Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Fazenda, a Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), autarquia vinculada ao Ministério da Justiça. A SEAE e a SDE possuem função analítica e investigativa, sendo responsáveis pela instrução dos processos, ao passo que o CADE, como tribunal administrativo, é a instância judicante do Sistema. As decisões do CADE não comportam revisão no âmbito do Poder Executivo, podendo ser revistas apenas pelo Poder Judiciário. A atuação dos órgãos de defesa da concorrência subdivide-se em três vertentes: (i) o controle de estruturas de mercado, via apreciação de fusões e aquisições entre empresas (atos de concentração), (ii) a repressão a condutas anticompetitivas e (iii) a promoção ou “advocacia” da concorrência.

Referências

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Relatório de Gestão 2010*. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorios_de_gestao/rel> Acesso em: mar. 2012.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Relatório de Gestão 2010*. Disponível em: <<http://www.regulacao.gov.br/relatorios-de-gestao-das-agencias-reguladoras-federais/relatorio-anvis>> Acesso em: mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. O Conselho de Reforma do Estado/Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1977 (*Cadernos MARE da Reforma do Estado*, 8.).

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico. *Glossário*. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/glossarios> Acesso em: mar. 2012.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico, 2012. *Central de Documentos*. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/glossarios/> Acesso em: mar. 2012.

FDA. *Food and Drug Administration*, 2012. Disponível em: <<http://www.fda.gov/AboutFDA/default.htm>> . Acesso em: mar. 2012.

FIANI, R. *Teoria da regulação econômica: estado atual e perspectivas futuras*. Rio de Janeiro: UFRJ; IE, 1998 (Texto para discussão).

GREENBERG, W. *The Health Care Marketplace*. New York: Springer, 1996.

NUNES, E. *Agências reguladoras e reforma do Estado no Brasil: inovação e continuidade no sistema político institucional*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

PROENÇA, J. D. (Org.). *Contribuições para melhoria da qualidade da Regulação no Brasil*. Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação PRO-REG. Brasília: Semear Editora, 2010.

TEIXEIRA, A. Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar. In: ANS (Org.). *Ciclo de Oficinas ANS Suplementar*. ANS: Rio de Janeiro, 2001 (Cadernos Saúde Suplementar 2.).

Democracia e Saúde: o papel do Ministério Público nas instâncias participativas sanitárias

Mariana Siqueira de Carvalho Oliveira¹

Sandra Mara Campos Alves²

Introdução

Inúmeras trilhas foram percorridas no processo de democratização das políticas e serviços de saúde brasileiros. Nessa trajetória, vários parceiros aderiram ao movimento em defesa do controle social do setor.

As instituições e os instrumentos de participação representam uma conquista dos movimentos sociais e dos diversos atores que contribuíram para o reconhecimento da saúde como um direito social e universal e, principalmente, para o reconhecimento constitucional da participação da comunidade como diretriz da organização do novo sistema de saúde.

Dentro desse contexto, este artigo propõe-se a analisar o papel do Ministério Público como uma das instituições que contribui fortemente para o processo de fortalecimento do controle social da saúde, interferindo de forma positiva na consolidação da democracia sanitária.

1 Mariana Siqueira de Carvalho Oliveira é formada em Direito pela UnB, especialista em Direito Sanitário pela USP e mestre em Direito, Estado e Constituição pela UnB. É servidora pública da carreira de especialista em políticas públicas e gestão governamental e atualmente trabalha na área de pesquisa da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).

2 Sandra Mara Campos Alves é advogada, especializanda em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz, mestre em Política Social pela Universidade de Brasília e Assessora da Coordenação do Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília.

1 Notas sobre democracia

Democracia possui significados diferentes a depender de povo, tempo e lugar. Como já ponderou Dahl (2001, p. 13), “Se ‘democracia’ significou diferentes coisas em épocas diferentes, como poderemos nós concordar sobre o que significa hoje?”. Para além de se querer definir, é tempo de uma reflexão profunda sobre democracia. É preciso examinar seu funcionamento, limites e possibilidades, sem deixar de captar seu caráter histórico.

A sociedade contemporânea exige um sistema político que consiga suportar complexidades crescentes. A democracia é o regime eleito por mais da metade do mundo, mas sua real aplicação encontra grandes diferenças entre os países. Apesar das diferenças, a democracia representativa, baseada em eleições periódicas de representantes escolhidos pelo povo, é o carro-chefe das sociedades democráticas atuais.

Esse modelo hegemônico de democracia mostra-se limitado para resolver os problemas de qualidade da democracia, dentre eles, a patologia da participação (grande abstencionismo) e a patologia da representação (grau ínfimo de identificação entre representante e representado) (SANTOS; AVRITZER, 2002). Há um resgate da discussão sobre a importância de mecanismos de democracia direta e/ou participativa no âmbito do sistema político. Experiências exitosas de espaços e processos participativos demonstram que, apesar do tamanho das populações nacionais e da multiplicidade de atores e problemas, é possível crer em soluções alternativas, sem que haja exclusão da representação política vigente.

Santos e Avritzer (2002) apontam uma recente onda democrático-participativa e levantam as seguintes teses para sua consolidação: fortalecimento da “demodiversidade”³; fortalecimento da articulação contra-hegemônica entre o local e o global, e ampliação do “experimentalismo democrático”. O Brasil insere-se nesse processo mundial de “democratização da democracia”. O sistema político nacional é composto hoje por espaços e processos participativos de realização da democracia, ainda em construção e/ou aperfeiçoamento.

3 Para Santos e Avritzer (2002, p. 78), demodiversidade é “a coexistência pacífica ou conflituosa de diferentes modelos e práticas democráticas”.

2 Espaços e processos participativos na Saúde

2.1 Notas sobre participação e políticas públicas no Brasil

Após a Constituição Federal de 1988, o país viveu um profundo processo de redemocratização. Passados mais de 20 anos, o país continua sua busca por amplo sistema descentralizado e participativo (MORONI, 2009) de gestão compartilhada de políticas públicas, em especial durante o Governo Lula (2003-2010), com o fomento à criação, reformulação e fortalecimento de canais de participação, destacando-se os conselhos e as conferências.

No âmbito da Secretaria Geral da Presidência da República, a Secretaria Nacional de Articulação Social tem atribuições de coordenação e fomento aos instrumentos de participação social. Mais informações no *site* oficial da SNAS/SG-PR:

<http://www.secretariageral.gov.br/art_social>

O artigo não pretende dissecar os diversos espaços e processos participativos organizados no âmbito da administração pública, mas registrar a diversidade de formatos, funcionamento, composição e atuação, que podem focar questões pontuais, como as audiências públicas e consultas públicas virtuais, ou estar institucionalmente vinculados ao órgão público do setor a que se referem, possuindo estrutura própria e atuação continuada, como os conselhos de políticas públicas, ou podem ser processos periodicamente convocados com etapas e regras específicas, como as conferências nacionais e as consultas para a construção do Plano Plurianual (PPA).

A administração pública, então, tem de se adequar a essas novas formas de gestão das políticas públicas, já que a sociedade cada vez mais reivindica o papel de corresponsável. E isso é um aprendizado para o governo ter que lidar com a complexidade das relações sociais e das decisões coletivas, tendo-se em mente que não se alcançam soluções efetivas para problemas sociais complexos com atuação de somente um ator, as definições dos problemas e de seus respectivos remédios

são construídas coletivamente por atores mutuamente dependentes. O governo, portanto, tem o seu papel ampliado: além de executor de políticas públicas, é visto também como articulador, coordenador e mobilizador de processos participativos de gestão.

2.2 Espaços e processos participativos na Saúde: algumas trilhas percorridas pelo Estado brasileiro

A Constituição de 1988 inseriu como diretriz constitucional a participação da comunidade nas ações e nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (art. 198, III). Antes restrita às Conferências de Saúde e aos Conselhos de Saúde, a participação na área da saúde passa a incorporar novos instrumentos como as audiências públicas e as consultas públicas.

As Conferências de Saúde são espaços de participação e negociação onde se reúnem Estado e sociedade civil – com seus diversos grupos e interesses – para avaliar a situação de saúde e propor alterações na sua política. São realizadas nos três níveis governamentais, sendo que a Conferência Nacional de Saúde congrega e sistematiza as propostas discutidas nos outros níveis – estaduais e municipais.

Essas conferências foram instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, como mecanismo do Governo Federal de se articular e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde⁴. Eram espaços estritamente intergovernamentais. Foi somente a 8ª Conferência Nacional de Saúde que se tornou um divisor de águas no que tange à participação social não só no setor da saúde, mas para todo o sistema democrático brasileiro. Na era SUS, já foram realizadas seis Conferências Nacionais de Saúde. Caracterizam-se por trazer temário mais amplo para deliberação, dentre os quais “controle social” é tema permanente. Também é constatado o crescente número de resoluções (produtos finais das deliberações da etapa nacional das Conferências), o que evidencia o aumento de importância e complexidade da composição das Conferências, bem como o impacto na absorção delas pela agenda governamental.

4 À época as duas pastas estavam unidas num mesmo Ministério; em 1953, o Ministério da Saúde foi separado do Ministério da Educação.

Atualmente na sua 14ª versão, a Conferência Nacional de Saúde é realizada a cada quatro anos e se consolidou como espaço legítimo de participação e cultura democrática. Seus relatórios finais trazem encaminhamentos que são considerados quando da elaboração e avaliação das políticas públicas de saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo e têm atuação voltada à formulação de estratégias e controle da execução da política pública de saúde. A Lei n. 8.142/1990 e a Resolução n. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde representam hoje as principais normativas que disciplinam o tema.

A Resolução n. 333/2003 foi submetida à discussão pública para atualização do seu texto. A Consulta Pública n. 2/2011 do Conselho Nacional de Saúde ficou disponível para recebimento de contribuições do dia 21 de julho até 29 de dezembro de 2011.

Os Conselhos de Saúde são compostos por representantes dos usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Nessa composição mista, aos representantes dos usuários cabem 50% das vagas, 25% para entidades dos trabalhadores de saúde e 25% divididos entre representantes do governo e prestadores de serviços. A representação paritária do segmento dos usuários com relação aos demais membros dos Conselhos foi a grande vitória alcançada na defesa da democracia participativa. Os Conselhos de Saúde, a exemplo das Conferências de Saúde, podem ser nacional, estaduais, municipais, distritais e locais.

As audiências públicas e consultas públicas são novos instrumentos de participação utilizados principalmente por órgãos administrativos com poderes normativos. Ambos os instrumentos têm funções semelhantes, viabilizar a participação direta do cidadão no processo de elaboração normativo. A diferença está principalmente no formato adotado por cada instrumento.

As agências reguladoras de saúde – ANVISA e ANS – publicam consultas públicas regularmente para receber contribuições da sociedade. Essa participação acarreta a melhoria da norma editada além de lhe conferir maior legitimidade.

A consulta pública em regra é realizada de forma virtual, exigindo dos participantes o envio das contribuições escritas. Inexiste regulamentação específica disciplinando o seu processo de realização, mas os órgãos públicos que a utilizam têm dinâmicas semelhantes: a) elaboração da proposta normativa e sua submissão para contribuições e b) análise das contribuições recebidas e resposta motivada pela Administração Pública (ALVES, 2008).

A Lei n. 9.784/1999, em seu artigo 31, faz breves disposições sobre a realização da consulta pública, estabelecendo inclusive a obrigação da Administração Pública de responder, de forma fundamentada, aos interessados.

As audiências públicas, por sua vez, têm o formato de reuniões presenciais, prevalecendo o princípio da oralidade na manifestação dos participantes. Ao final da reunião, as manifestações orais são compiladas, servindo de subsídio para a tomada de decisão (ALVES, 2008).

A Lei n. 9.784/1999 também estabelece, em seu artigo 32, que, antes da tomada de decisão, a juízo da autoridade, diante da relevância da questão, poderá ser realizada audiência pública para debates sobre a matéria do processo.

Todos esses espaços e instrumentos de participação mostram que o Brasil assumiu um caminho sem volta na busca pela democracia sanitária.

3 Ministério Público e controle social na Saúde: novos papéis e instâncias de atuação

3.1 Ministério Público e Estado democrático de direito

É no Estado democrático de Direito que a democracia fortalece-se como instrumento para a garantia do exercício desses valores eleitos pelo corpo social como supremos. Nesse ponto, os direitos sociais

– dentre eles, o direito à saúde – apresentam-se como a verdadeira espinha dorsal do Estado brasileiro.

Tais direitos têm uma importância funcional no Estado, uma vez que tem o papel de conferir igualdade material à sociedade brasileira, atuando de forma a minimizar injustiças sociais. Uma “igualdade niveladora”, volvida para situações humanas concretas, operada na esfera fática propriamente dita e não em regiões abstratas ou formais de Direito” (BONAVIDES, 1993, p. 304).

Nesse contexto de reconhecimento de direitos sociais como necessários ao alcance da justiça social, é atribuída ao Ministério Público relevância jurídico-constitucional, concedendo-lhe poderes para defender a ordem jurídica, proteger o regime democrático e velar pelos interesses sociais e individuais indisponíveis. A Constituição Federal de 1988, então, inovou ao prever, ao lado do direito social à saúde, um Ministério Público independente e autônomo, disposto a defendê-lo e torná-lo efetivo (DELDUQUE; OLIVEIRA, 2006).

3.2 A atuação do Ministério Público no controle social da Saúde

O Ministério Público tem se mostrado parceiro atuante no controle social da saúde. Criação de promotorias de saúde, grupos de trabalho, realização de seminários temáticos, constituição da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, participação nas Conferências de Saúde são apenas alguns dos exemplos dessa atuação. Sobre esse ponto, Delduque e Oliveira assim colocaram:

Membros do MP, comprometidos com a saúde, começam a romper com alguns paradigmas existentes na instituição e criam agendas de contatos rotineiros com os atores e usuários do Sistema Único de Saúde. Abrem suas portas e se estabelecem como articuladores, promovendo uma real participação da sociedade na busca de alternativas de atenção à saúde, identificam demandas, acompanham e controlam o uso de recursos públicos e responsabilizam o Estado por sua má atuação ou inação em relação à saúde (2008, p. 109).

Sobre a participação do Ministério Público nas Conferências de Saúde, salienta-se que representantes do órgão ministerial são chamados a participar dos processos conferenciais, sejam como membros de mesas-redondas para auxiliar na consolidação dos temas

propostos, sejam como convidados *strictu sensu*, que, no âmbito das instâncias participativas, significa ser um participante das discussões dos grupos de trabalho com direito à voz, mas sem direito ao voto.

Na 13ª CNS, o Ministério Público participou da mesa-redonda do Eixo 3 – “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde”. Na 14ª CNS, a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde participou da Comissão Organizadora da Conferência como convidada, de acordo com o seu regimento interno (Portaria n. 935/2011).

A qualidade da participação do Ministério Público, bem como o seu papel para a implementação adequada das políticas públicas de saúde, reflete-se no número de resoluções finais que trazem em seu conteúdo referências ao órgão ministerial: no Relatório Final da 13ª CNS, foram 25 deliberações e três moções que versavam sobre a importância do *parquet* na fiscalização das propagandas de produtos que impactam na saúde do cidadão até no seu papel de garantir a saúde do trabalhador em ambientes laborais.

O avanço da participação do Ministério Público nas Conferências de Saúde para o papel de delegados – representantes com direito à voz e ao voto – é uma questão a ser debatida, já que, em outros processos conferenciais, essa participação se mostrou frutífera. Por exemplo, na 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública (1ª CONSEG), havia uma previsão regimental para a participação de representantes do órgão ministerial tanto nas etapas estaduais como na etapa nacional com direito à voz e ao voto. O MP também tinha assento na Comissão Organizadora Nacional da Conferência e teve uma atuação firme e engajada em diversas etapas e eventos do processo⁵.

Já com relação aos Conselhos de Saúde, a participação do Ministério Público, no fortalecimento do controle social, realiza-se por intermédio de parcerias e articulações entre esses órgãos, o que vem garantindo um maior controle e fiscalização nas deliberações, na

⁵ Para mais informações, veja Regimento Interno da 1ª CONSEG – Versão Consolidada (Portaria n. 2.482/2008 e Portaria n. 903/2009).

prestação de contas e investigação de denúncias sobre irregularidades na constituição e composição desses conselhos etc.

Na 224ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em agosto de 2011, foi reafirmada, com a presença de representantes do Ministério Público, a importância da parceria entre Conselhos de Saúde e o órgão ministerial. Notícia completa sobre o que foi deliberado na reunião está no *site* do CNS:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/12_ago_parceiro_MP.html>

Apesar dessa atuação combativa do Ministério Público no apoio ao controle social, ainda são inúmeros os relatos de problemas nessa importante instância de participação (BALSEMÃO, 2003; COELHO, 2004; LABRA, 2005; MARTINS et alli, 2008).

São vários os fatores que obstaculizam o processo de participação e controle social nos conselhos de políticas públicas – tradição autoritária do Estado; fragilidade da cultura associativa; baixa adesão da sociedade a processos participativos etc. (COELHO, 2004). Os próprios relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pugnam por maior fiscalização do Ministério Público na composição dos Conselhos de Saúde e verificação de relatórios por eles emitidos etc., o que só denota a necessidade de se cuidar desse importante espaço de participação⁶.

Nesse contexto, a participação do Ministério Público no interior do próprio Conselho de Saúde pode ser uma saída para que haja maior transparência e efetividade, uma vez que é a instituição responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Não há que se falar em exercício democrático nesses espaços de participação se não funcionam em favor da política pública em questão, são *loci* propícios para a corrupção e captura da sociedade civil pelo governo e/ou pelo mercado, e com sérias falhas de coordenação.

⁶ Os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde podem ser consultados no seguinte endereço: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>

A atuação do Ministério Público intraconselhos já é realidade para a política de segurança pública. O órgão ministerial possui assento no Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP)⁷ e zela também por política pública que dialoga amplamente com as políticas de saúde, basta destacar a questão da violência e suas implicações no direito à saúde e no uso do sistema de saúde. Essa previsão de participação na esfera federal estimula previsões semelhantes em âmbito estadual e, se for o caso, em âmbito municipal.

Ademais, a instituição apresenta hoje um elevado grau de credibilidade por parte da sociedade e dos próprios atores do controle social. A participação do Ministério Público nos Conselhos de Saúde reforçaria ainda mais a confiança desse importante espaço de participação, além de funcionar como um referencial e estímulo para o engajamento de outros atores também comprometidos com a defesa desse importante bem jurídico.

Com um assento permanente, os representantes do Ministério Público poderiam acompanhar *pari passu* o funcionamento dos Conselhos de Saúde, contribuindo para a redução dos problemas inerentes à participação e das iniquidades no campo da saúde.

Nesse sentido é que se espera que o Ministério Público, instituição essencial à justiça e que tem como função zelar pelos serviços de relevância pública – como são constitucionalmente caracterizados as ações e os serviços de saúde –, promovendo as medidas necessárias a sua garantia, tenha assento permanente nos Conselhos de Saúde e contribua para o seu aperfeiçoamento.

Sugestão de leitura

Para aprofundar a discussão do conceito de relevância pública trazido pela Carta Magna, ler DALLARI, S. G. et al. *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 1992. (Série direito e saúde, 1.).

7 No Decreto n. 7.413/2010, que dispõe sobre o CONASP, o parágrafo único do art. 7º assim coloca: Parágrafo único. O Senado Federal, a Câmara dos Deputados, o Conselho Nacional de Justiça, o Conselho Nacional do Ministério Público e o Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais poderão indicar, cada qual, um representante junto ao CONASP, com direito à voz e sem direito ao voto.

4 Considerações finais

A abertura da administração pública brasileira para espaços e processos participativos parece ser um movimento que não tem volta. Nas últimas décadas, houve o fomento, a institucionalização e a consolidação desses canais na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Há, então, uma ambiência propícia para reflexão sobre seus limites, necessidade de correções de rota e balanço sobre suas reais contribuições. Avritzer questiona “Tem sido possível à sociedade civil pautar as políticas públicas no nível federal de governo por meio dos mecanismos participativos?” (2010, p. 179).

A pesquisadora Grau (2011), ao estudar a participação social na administração pública brasileira⁸, detectou déficits de governança democrática que afetam os modelos organizacionais dos órgãos públicos federais, ou seja, constatou que há problemas a serem enfrentados com a ampliação e o fortalecimento da esfera pública. Em alguma medida, é necessário rearticular as relações Estado-sociedade, tendo em vista a ampliação da influência política direta da cidadania(sociedade portadora de direitos políticos)sobre o Estado e, em particular, sobre a administração pública. Para a autora, mais especificamente, está pendente uma decisão política a respeito de qual é o papel que deve ser potencializado nos conselhos e nas conferências.

Para ilustrar os impasses dos processos participativos na saúde para alcançar resultados efetivos nas políticas públicas do setor, veja o estudo de caso “Conferências Nacionais de Saúde e Processos Participativos na Administração Pública Brasileira”. No final do estudo de caso, levantam-se questões que foram polêmicas durante a conferência: a descriminalização do aborto e as fundações estatais de direito privado.

Busque em <<http://casoteca.enap.gov.br>>

⁸ Grau fez uma pesquisa sobre “Os modelos organizacionais, controle político, controle social e participação”, componente de um estudo maior sobre “Taxonomia dos Modelos Organizacionais da administração pública brasileira” (financiado pelo Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, Banco Mundial e PNUD). Os resultados produzidos são fruto de “uma exaustiva investigação documental e empírica” sobre alguns canais de participação, incluindo as conferências nacionais (veja na Bibliografia informações sobre a publicação).

No campo da saúde, é inegável a importância dos Conselhos e Conferências de Saúde no processo de elaboração e avaliação das políticas públicas, mas também se encontram problemas e limitações na atuação desses órgãos. Nesse sentido, o Ministério Público vem se mostrando parceiro atuante no controle social da saúde, trabalhando diretamente para a superação desses obstáculos, como verdadeiro potencializador do controle social e reforço da cidadania (MEDEIROS, 2000).

Uma atuação mais próxima e focada do Ministério Público, em especial a participação nas Conferências e Conselhos de Saúde, é estratégia que pode ser adotada para impulsionar o avanço necessário nas práticas participativas. Como defensor do regime democrático, cabe ao órgão ministerial cada vez mais voltar a sua atenção para existência, funcionamento e efetividade das instâncias de controle social (MEDEIROS, 2000).

O relevo de seu papel nesse processo de aperfeiçoamento justifica-se pela importância jurídico-constitucional da instituição na defesa da ordem jurídica, na proteção do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Corrobora ainda tal escolha a sua atuação combativa na área da saúde com a criação de inúmeras promotorias nessa área, e sua credibilidade perante a sociedade brasileira como instituição que verdadeiramente atua na defesa da sociedade e na busca pela justiça social.

Os canais de democracia participativa são grandes aliados na construção das políticas públicas brasileiras. Ao se tornar cada vez mais aberta e inclusiva às contribuições dos mais diversos interlocutores públicos e privados, a administração pública permite que a política amadureça, corrigindo falhas, reavaliando pontos críticos e fortalecendo as ações.

Referências

ALVES, S. M. C. *Processo de participação da sociedade civil nas consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (2000 – 2006)*. 243 f., 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

AVRITZER, L. O Papel da Participação nas Políticas Sociais do Governo Federal. In: PROJETO PERSPECTIVAS DO DESENVOLVIMENTO BRASILEIRO. *Estado, Instituições e Democracia: democracia*. Brasília: IPEA, 2010. p. 161-184. v. 2.

BALSEMÃO, A. Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no sistema único de Saúde do Brasil. In: ARANHA, M. I. (Org.). *Direito Sanitário e Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 287-299.

BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros Editores, 1993.

COELHO, V. S. P. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 255-269.

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M. S. de C. O Papel do Ministério Público no Campo do Direito à Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Questões Atuais de Direito Sanitário*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006. p. 7-18.

_____. Tijolo por Tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: COSTA, A. B. et al. *O Direito Achado na Rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: Ed. UnB, 2008. p. 103-111.

DAHL, R. A. *Sobre a democracia*. Brasília: Editora UnB, 2001.

FERRAREZI, E.; OLIVEIRA, M. S. de C. *Conferências Nacionais de Saúde e Processos Participativos na Administração Pública Brasileira*. Estudo de caso elaborado em 2010. Casoteca de Gestão Pública, Escola Nacional de administração pública. Disponível em: <http://casoteca.ena.gov.br>. Acesso em: 09 jan. 2012.

GRAU, N. C. *Relatório n. 03 – Control y Participación Social en la Administración Federal Brasileña: Balance y Perspectivas*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil/Banco Mundial/PNUD, 19 de junho de 2011. (mimeo)

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-384.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Phisys Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008. p. 105-121.

MEDEIROS, H. J. Ministério Público: reforço do poder da cidadania e do controle social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. *Anais...* Brasília, 2000 (mimeo).

MORONI, J. A. O Direito à Participação no Governo Lula. In: AVRITZER, L. (Org.). *Experiências Nacionais de Participação Social*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 107-141.

OLIVEIRA, M. S. de C. Hacia una Construcción Democrática de Política Públicas en Salud: los instrumentos de participación social y la experiencia del Consejo Nacional de Salud. In: CONTRALORÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA GESTIÓN PÚBLICA. *Serie Concurso del Clad*. Venezuela: Clad, 2007.

OLIVEIRA, M. S. de C.. Novos caminhos para a participação social na administração pública brasileira: a experiência da 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública. In: CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO (CODE/IPEA), 2., nov. 2011, Brasília. *Anais...* Brasília, 2012. (mimeo)

SANTOS, B. de S.; AVRITZER, Le. Introdução – Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. de S. (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82. (Coleção Reinventar a Emancipação Social: para novos manifestos).

Entidades filantrópicas e a relação público/privado no SUS

*Amélia Cohn*¹

*Nivaldo Carneiro Junior*²

*Rosa Maria Ferreiro Pinto*³

O presente texto trata das principais características do sistema de saúde brasileiro na atualidade e dos desafios que o Sistema Único de Saúde enfrenta para cumprir suas diretrizes e a norma constitucional de que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. A atual tendência de nosso sistema de saúde apresenta alguns traços preocupantes que serão aqui tratados, em especial a relação entre os serviços públicos estatais e os serviços privados, com ou sem fins lucrativos, mas que possuem a rubrica de constituírem um serviço filantrópico. Serão finalmente abordados alguns aspectos dessa intrincada relação que repercutem na concepção que os usuários do SUS constroem sobre a saúde como um direito social.

O objetivo do texto é buscar traçar um quadro de fundo sobre o sistema de saúde brasileiro, em particular o SUS, sobre o qual são elaboradas as decisões sobre prioridades na saúde bem como decisões judiciais que tem como foco a defesa dos direitos do cidadão brasileiro.

1 Principais características do sistema de saúde brasileiro e do SUS

1.1 Composição

O sistema de saúde brasileiro na atualidade caracteriza-se por ser composto de dois subsistemas: um público (o **SUS**) e outro privado – o Sistema Supletivo de Assistência Médica (**SSAM**).

1 Mestre em Saúde Coletiva pela UNISANTOS.

2 Pesquisador visitante do Mestrado em Saúde Coletiva UNISANTOS.

3 Mestre em Saúde Coletiva pela UNISANTOS.

O **SUS** é constituído por um segmento público estatal complementado pelo sistema privado que para ele presta serviços sob a forma de credenciamento e convênio. Este sistema privado, por sua vez, é constituído por instituições filantrópicas de prestação de assistência médica, parceiras preferenciais do SUS, e por instituições privadas com ou sem fins lucrativos, credenciadas para prestar serviços ao SUS.

O **SSAM** é constituído por operadoras e prestadoras de serviços assistenciais na área da saúde, compreendendo instituições da mais variada natureza, desde cooperativas médicas até empresas médicas, do nível hospitalar, de diagnóstico e terapêutica, e mais recentemente de prevenção e promoção da saúde. A partir de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei n. 9.961), este subsistema de saúde passa a ser por ela regulado. Em princípio a **ANS**, vinculada ao Ministério da Saúde, tem por função regular “por meio de um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o **interesse público**”, conforme afirma o portal da agência.

Para tanto, regula inclusive – e talvez sobretudo – as operadoras setoriais, inclusive suas relações com os prestadores e consumidores, tendo por objetivo “contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país” como consta no portal.

1.2 Cobertura

Enquanto o **SUS** é responsável pela prestação da atenção à saúde para toda a população, já que a saúde é um direito e um dever do Estado, o **SSAM** cobre, aproximadamente, pois este número nunca foi e continua não sendo exato – cerca de 25% da população (em números absolutos 41 milhões de brasileiros). Cria-se assim uma segmentação na clientela, caracterizada por aqueles que tem acesso à saúde como um direito inalienável, e aqueles que a ela tem acesso via mercado, seja por meio do pagamento direto, seja por meio de seguros e planos de saúde.

É sabido, no entanto, que aqueles que possuem cobertura de planos e seguros de saúde, ou mesmo aqueles que acessam os serviços privados por meio de pagamento direto, quando necessitam de assistência médica de maior complexidade buscam os serviços do **SUS**. O mesmo ocorrendo no caso de acesso a medicamentos ainda não

credenciados pela **ANVISA** (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), condição necessária para serem incluídos na lista de medicamentos ofertados pelo **SUS**, com isso fazendo parte dos protocolos de atendimento. Tais dinâmicas acabam por gerar o que se conhece mais recentemente como processo de crescente judicialização da saúde.

1.3 Financiamento

O financiamento do **SUS** conta com recursos orçamentários das três esferas de governo – nacional, estadual e municipal. No nível federal, os recursos provem basicamente dos recursos da seguridade social e do orçamento fiscal; nos estados e municípios, eles tem origem nos recursos próprios (impostos), e nas transferências da União (Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios). Em princípio cada esfera de governo está obrigada a destinar um percentual fixo mínimo para a saúde: União, nunca inferior ao ano anterior, com correção pela variação do PIB; Estados: 12% da arrecadação própria mais as transferências do Fundo de Participação Estadual; Municípios: 15% mais as transferências.

O financiamento do **SSAM** ocorre por meio de dois mecanismos: pagamento direto (com recursos próprios do usuário mesmo via planos e seguros de saúde) e por renúncia fiscal (subsídio do Estado para esse segmento de produtores de serviços de saúde ao permitir o desconto integral na declaração do imposto de renda dos gastos efetuados no ano fiscal anterior). Com isso o Estado acaba por criar/ampliar o mercado privado da saúde, num grau muito superior ao que ocorre na área da educação, por exemplo, onde existem tetos de desconto com esse gasto na declaração de imposto de renda.

1.4 Sistema de Saúde fragmentado e população segmentada

Dadas as características acima, tem-se como resultado um sistema de saúde fragmentado entre os subsetores público e o privado na atenção à saúde e na prestação da assistência médica, que tem seu impacto na segmentação da clientela por critérios de vias de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde. Segmentação esta que se dá não somente entre aqueles que se encaminham para o **SUS** e não tem cobertura do subsistema privado de saúde, como dentre estes, que são vinculados a uma gama altamente diferenciada de planos e seguros de saúde com

acesso a distintos níveis de complexidade de serviços médicos, em que pese a **ANS** regular patamares básicos de serviços que devem ser obrigatoriamente disponibilizados pelas operadoras de saúde.

ATENÇÃO: É comum nos estudos da área da Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva utilizar o termo “**SUS dependente**” para aqueles que não possuem cobertura de planos e seguros de saúde. Essa expressão é um duplo erro: lógico, porque desmerece a dimensão do **SUS** enquanto um sistema de saúde público e universal a que todos devem ter acesso porque a atenção à saúde é um direito de todos e um dever do Estado. E um erro político e institucional porque essa expressão remete, mesmo que involuntariamente, à compreensão de que o **SUS** é para pobres, ou pelo menos para aqueles que por questão de poder aquisitivo não conseguem acessar o mercado da saúde.

2 A filantropia na saúde e no SUS

A filantropia na saúde tem seu início datado no ano de 1543, quando é fundada a Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos, considerada o primeiro hospital do Brasil. Atualmente no país existem aproximadamente 2.100 Santas casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos. No conjunto eles ofertam 175.000 leitos hospitalares, realizam quase 7 milhões de internações hospitalares, sendo que destas cerca de 4.900 mil são realizadas via **SUS** (41% das internações realizadas pelo **SUS**). E 56% do total destas instituições constituem o único estabelecimento hospitalar no município onde se localizam⁴.

Esses dados evidenciam dois fenômenos: 1) que o setor filantrópico na prestação de serviços de saúde no país é responsável por parte significativa desses serviços. Isto remete à indagação de seu papel no interior do **SUS**. E 2) que ele vem se configurando efetivamente como o segmento privilegiado, no interior do subsistema privado da saúde, para parcerias com o **SUS**, a partir de 1988, ou mais especificamente de 1990, quando da Lei 8080, que regulamenta a Constituição.

4 CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas. Dados relativos a 2008.

2.1 Filantropia, caridade, mutualidades e interesse público

Instituições filantropia, de caridade, de mutualidades e de interesse público são qualificativos que designam diferentes características dos seus fins, mas sobretudo da forma de alcançá-los.

Essas três qualidades apresentam origens distintas, apesar de as raízes históricas das duas primeiras serem marcadamente de caráter religioso. A **caridade** traz consigo a conotação de uma obra piedosa, pressupõe o anonimato e o anonimato de quem a realiza, bem como uma estreita relação com crenças e valores religiosos. Já a **filantropia**, ao contrário, traz consigo um conteúdo de utilidade, e lança mão da publicidade para ganhar visibilidade, aumentando assim seu potencial de ação no “mercado” das instituições irmãs com a mesma finalidade. Neste sentido, ela compartilha laços e redes sociais mais laicos, com uma conotação de “ajuda ao próximo” em geral por parte daqueles segmentos melhor posicionados socialmente. Quanto às **mutualidades**, elas têm origem em iniciativas de determinados grupos com identidade própria – no caso brasileiro, por exemplo, grupos de imigrantes – que constroem uma rede de auto proteção e ajuda mútua. É esta a origem no Brasil, por exemplo, dos hospitais hoje denominados de filantrópicos denominados por comunidades específicas ou nomes emblemáticos de determinadas colônias de imigrantes. Seus vínculos religiosos são nestes casos muito remotos, contemplando indiretamente a religião predominante naquelas comunidades.

No entanto, pelo que se observa na história e na prática institucional dessas entidades, elas apresentam em comum, sobretudo nos dois primeiros casos, o objetivo de “fazer o bem”, e é a partir delas que foram criados os hospitais, asilos, abrigos, dentre outros. A dimensão de utilidade pública dessas entidades é atribuída ao fato de estarem voltadas para a realização de ações que buscam amenizar as necessidades sociais não atendidas pelo Estado, ou não suficientemente atendidas por ele, dos mais pobres, ou mais necessitados.

Verifica-se, portanto, tanto em termos mundiais como nacionais, que com o século XX assistiu-se um processo de crescente laicização da participação da sociedade na assistência às necessidades sociais. No Brasil especificamente, esse processo é reforçado no final do século passado com a Constituição de 1988 que institui a assistência social como um direito, e não mais como objeto da caridade, da filantropia ou de ação de instituições de comunidades específicas, originárias do início do século passado com a imigração.

É a partir desse processo que surge um novo fenômeno, o de se conceber essas instituições, e aqui a referência é especificamente a saúde, como entidades de **interesse público**, dadas as raízes de suas origens. E aí não se fazendo distinção se a sua origem estava na caridade, na filantropia, ou na mutualidade. Convertem-se então as Santas Casas em hospitais filantrópicos, da mesma forma que é feito com hospitais da comunidade portuguesa, sírio-libanesa, judaica, nipônica, etc.

A natureza de entidades de interesse público passa então a estar vinculada, no caso dos hospitais, à “nova filantropia”, vale dizer, à natureza dessas instituições que dado estarem voltadas para o bem comum tem acesso a isenções fiscais e de encargos trabalhistas no exercício de suas atividades. O texto constitucional de 1988 nomeia distintamente, para as áreas da seguridade social – previdência social, saúde e assistência social, as entidades filantrópicas. Assim, enquanto na assistência social elas são denominadas de beneficentes de assistência social, na saúde são chamadas de filantrópicas sem fins lucrativos; já no capítulo da família, da criança do adolescente e do idoso, são tratadas como entidades não governamentais. E em 1993 é criado o Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos, por meio do Decreto n.752 de 16/02/93 que regulamenta a lei n.8212 de 24/07/91, e que trata da organização da seguridade social e de seu plano de custeio. Segundo aquele decreto as isenções fiscais eram destinadas a instituições beneficentes de assistência social, educacional ou de saúde sem fins lucrativos, tendo como contrapartida a obrigatoriedade dessas entidades de aplicarem a gratuidade de atendimento no percentual mínimo de 20% de sua renda bruta. No caso da saúde em particular aquela isenção também era aplicada quando estas ofertassem ao SUS (Sistema Único de Saúde) 60% de sua capacidade de atendimento.

Evidencia-se assim que a filantropia, na área da saúde, que tem sua origem em iniciativas da sociedade civil, no geral oriundas dos estamentos ricos, no último quartel do século passado no Brasil, conta com a intermediação ativa do Estado, que passa então a subsidiá-la através de mecanismos de renúncia fiscal e previdenciária, em nome do interesse público de sua missão.

2.2 Organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público

As **Organizações Sociais (OS)** são tidas como **instituições estratégicas** no Plano de Reforma do Aparelho Estatal Brasileiro, apresentado pelo então Ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE), durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (Lei Federal n. 9637/1998). Compõem o mesmo projeto as **Agências Regulatórias**, à área da saúde correspondendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com as **OS** se viabilizaria um dos núcleos da reforma do Estado então proposta, o denominado Núcleo de Atividades não Exclusivas do Estado: ações de relevância pública reconhecida não seriam necessariamente desenvolvidas por instituições estatais, mas por essas instituições de caráter não lucrativo. Nestes casos, configura-se uma mudança radical no papel até então atribuído ao Estado na prestação de serviços de saúde, uma vez que a produção desses serviços deixa de ser responsabilidade direta do Estado, ou da administração direta do Estado, já que este passa para agentes privados qualificados como organizações sociais de saúde a administração desses equipamentos. A proposta é que progressivamente se passasse de um modelo burocrático de gestão para um modelo gerencial de Estado, o que lhe imprimiria maior eficiência e efetividade.

A partir da instituição das **OS** no nível federal, cada ente federado é obrigado a definir regras e estabelecer a legislação própria para efetivá-las no seu âmbito de atuação. Na atualidade as **OS** são encontradas em numerosos municípios e estados como gestoras de serviços de saúde de vários níveis de complexidade tecnológica, e também em funções gerenciais, tais como regulação de vagas, administração de recursos humanos, dentre outros. Aliás, este último constitui a dimensão mais ressaltada pelo corpo gerencial e técnico-profissional das OS – a liberdade e autonomia gerencial para contratar e demitir profissionais, já que os contratos de trabalho (mas não só eles) seguem a mesma lógica das empresas privadas. Vale ressaltar que as **OSS** (Organizações Sociais de Saúde). Mas ao contrário do que ocorre no modelo de financiamento expresso na forma de pagamento do SUS aos agentes privados e públicos de assistência à saúde – pagamento por procedimentos e pela produção realizada – no caso das **OSS** elas contam com um orçamento global referido a metas a serem cumpridas, com repasses mensais de recursos, passíveis de serem negociados mediante comprovação de déficit. É a partir do cumprimento dessas metas que é feita, em tese, a regulação do poder público sobre essas entidades.

No caso das **OSCIPs** (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), elas foram instituídas pela Lei Federal n.9790/1999; e para que seja reconhecida como tal, não basta constar de seu estatuto que não tem finalidade lucrativa, mas é necessário explicitar que desempenha atividade de “interesse público” que somente o Poder Público, baseado no Direito Público, pode lhe outorgar. Elas são tidas como complementares ao Estado, nesse sentido estabelecendo-se uma relação de parceria entre essas instituições. Ao ser qualificada como tal pelo legislador, a entidade assina um termo de parceria para o desenvolvimento de atividades que visem promover ações na área para a qual se credenciou. Esse termo explicita a atividade a ser desenvolvida, o recurso a ser repassado e as formas de prestação de contas e de controle pelo Estado. A partir da sua criação houve uma proliferação de **OSCIPs** gerindo serviços públicos estatais de saúde, sejam eles de nível hospitalar ou de menor complexidade tecnológica, com destaque para os estados e municípios que concentram maiores recursos econômicos e tecnológicos na saúde.

2.3 Principais diferenças e semelhanças entre os e OSCIPs

Ambas tem natureza não lucrativa; a possibilidade de remunerar dirigentes da entidade; prestam serviços de relevância pública; possuem instrumentos próprios de cooperação: contrato de gestão no caso das OS e termo de parceria no caso das OSCIPs.

Diferenças: a qualificação de uma entidade como OS é um Ato Administrativo; no caso da OSCIP é um ato do legislador; nas OS não estão explícitos os critérios de sua desqualificação, nas OSCIPs eles são mais claros; nas OS há participação do poder público nos órgãos de direção, o que não ocorre nas OSCIPs; as OS recebem bens públicos e servidores públicos que passam a ser por elas administrados, o que não ocorre nas OSCIPs; as OS dedicam-se a uma área específica para a qual foi criada, enquanto as OSCIPs podem ter atuação em várias áreas de interesse público.

3 A nova relação público/privado na saúde e o SUS

O SUS foi instituído a contrapelo das tendências mundiais do Estado de Bem Estar Social, pois pressupõe um modelo de seguridade social em que a saúde é tida como um direito de todos e um dever do Estado. Sua implantação, a partir de 1990 vem ao mesmo tempo que apresentando formidáveis avanços no acesso à saúde e na cobertura das necessidades de saúde da população, enfrentando igualmente formidáveis desafios para que seus princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam respeitados. Haja vista que as desigualdades no acesso ao direito à saúde ainda se mostram abismais.

Dentre esses inúmeros desafios está o crônico sub-financiamento do setor, objeto de luta para a regulamentação da PEC 29, há mais de uma década em tramitação no Congresso Nacional. A partir das reformas do Estado originárias no MARE, as novas formas de gestão na área da saúde passam a ganhar corpo, a se generalizar por todo o território nacional, assim como o papel das entidades filantrópicas ganham crescente destaque no cenário de nosso sistema de saúde. De entidades privilegiadas como prestadoras de serviços de saúde ao SUS, como já visto, passam a ser essenciais ao funcionamento deste.

Por outro lado, essas novas formas de gestão dos serviços públicos estatais, às quais mais recentemente se juntam as instituições privadas de direito público e as fundações, acabam por conformar um novo perfil na relação público/privado na prestação de serviços de saúde. Não se trata mais da privatização pura e simples do sistema de saúde brasileiro, nos antigos moldes (ainda prevalecentes) de o poder público ser o maior comprador de serviços privados de saúde, e com isso garantindo-lhe mercado cativo. Trata-se agora de uma terceira onda de privatização do setor público estatal, uma vez que essas novas formas de gestão trazem para o interior desse setor a racionalidade privada da administração gerencial, baseada no cálculo do custo/efetividade, e para tanto tendo que se submeter a recortes da demanda e das ofertas de serviços, segundo os critérios orçamentários vigentes. Se potencialmente isto significa maior racionalização dos serviços e maior disciplinamento da demanda, por outro lado pressupõe a existência de um sistema de saúde absolutamente integrado, uniforme na sua oferta e capaz de regular a oferta de vagas e a referência/contra referência no fluxo dos usuários do SUS.

Assim, essa racionalidade gerencial, em nome de combater a “irracionalidade” burocrático administrativa do Estado faz com que o cálculo econômico se sobreponha à satisfação das necessidades de saúde da população, que como um direito e um dever do Estado não pode ser delimitada nem discriminada, mas pelo contrário, deveria ressaltar as estratégias de sobrevivência da população, com suas necessidades de saúde, que regem a sua busca por determinados serviços e não por outros, como demandaria a racionalidade gerencial (e a burocrático administrativa também, o que aponta para a necessidade de um olhar mais atento das políticas e dos serviços de saúde para a população usuária e sua racionalidade na busca de serviços de saúde).

Por outro lado, na outra face da moeda, evidencia-se um movimento oposto: as instituições filantrópicas, diante do sub financiamento do SUS e da baixa remuneração dos seus serviços, tendo que reservar parte substancial de sua capacidade para prestação de serviços ao SUS, buscam cada vez mais conquistar novas faixas no mercado para que possam manter um precário equilíbrio orçamentário, seja servindo produtos como provedoras de serviços de saúde, seja ofertando novos produtos, como auxílio funeral, dentre outros. Há ainda um novo mecanismo que vem sendo utilizado pelas filantrópicas para manterem sua certificação: como elas podem ser certificadas enquanto tais uma vez que tenha parcerias com o poder público na área da saúde, elas acabam firmando com o gestor da saúde prestação de atividades relacionadas como por exemplo formação de recursos humanos, apoio logístico, gerenciamento de programas, atividades de fomento à pesquisa, dentre outros, mantendo assim o certificado mas deslocando seu vínculo da prestação de serviços assistenciais para outros tipos de prestação de serviços.

4 Novas e pouco claras fronteiras entre o público e o privado na Saúde

Finalmente, um último ponto: tanto o setor público da saúde, por meio de suas políticas e programas, como o setor filantrópico e sem fins lucrativos, vem fazendo movimentos no sentido de borrarem cada vez mais a fronteira entre o subsistema público, filantrópico e privado da saúde no que diz respeito à sua especificidade econômica. O filantrópico

busca cada vez mais formas de sobrevivência e viabilidade econômica no mercado; o privado lucrativo busca cada vez mais formas de se certificar como filantrópico, para não falar do mecanismo da renúncia fiscal; e o público estatal busca crescentemente formas de gestão ou de oferta de serviços nos moldes da racionalidade privada, incluindo aí a oferta de seus serviços para fatias do mercado via provedoras (a denominada “dupla porta”).

Por outro lado, programas como a Estratégia de Saúde da Família (PSF) invade (para o bem e para o mal) a vida privada das famílias por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), normatizando seu comportamento, exercendo controle sobre uma dimensão da vida em sociedade até recentemente pouco tocada pelo Estado.

Com ambos os movimentos, na sua dinâmica e articulação, vai-se configurando um novo modelo de proteção social no Brasil, ao qual se somam programas e políticas estatais de outras áreas sociais, caracterizado ao mesmo tempo que por uma enorme e inusitada capilaridade social um alto potencial de crescentemente borrar essas fronteiras, seja elas econômicas ou sociais, entre o público e o privado em nossa sociedade. No entanto, a democracia demanda o fortalecimento do espaço público e do exercício da cidadania nesse espaço para que os direitos sociais sejam efetivamente conquistados e garantidos. Certamente não será por meio do transplante da racionalidade privada para o interior das instituições público estatais que isso se dará, até porque a racionalidade privada, própria do mercado, está pautada na naturalização das diferenças e das desigualdades, enquanto os direitos sociais estão pautados necessariamente na sua superação.

Referências

ALCÂNTARA, C. M. O modelo gerencial: organizações públicas não-estatais e o princípio da eficiência. In: *Uma visão jurídica e administrativa*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2009.

CARNEIRO Jr, N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Saúde Pública*, São Paulo, 40(5), 914-20, 2006.

COHN, A.; VIANA, A. L. d'A.; OCKÉ-REIS, C. O. Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.* , 1(1) 57-69. Abrasco. Rio de Janeiro, 2010.

IBAÑEZ, N.; VECINA Neto, G. Modelo de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, 12 (Supl): 1831-40. 2007. *Regules*, L. E. P. Terceiro setor: regime jurídico das OSCIPs. São Paulo: Editora Método, 2006.

A PROTEÇÃO
DA SAÚDE E AS
VIGILÂNCIAS

Vigilância em saúde no SUS: concepções e práticas

*Carmen Teixeira*¹

Apresentação

Esse texto aborda as concepções e práticas da Vigilância em Saúde e tem por objetivos introduzir o leitor ao debate conceitual sobre o tema, bem como identificar as propostas políticas de organização das práticas de Vigilância em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Traz inicialmente uma breve revisão do processo de construção do SUS, destacando a vinculação do tema ao debate acerca da mudança do modelo de atenção à saúde, particularmente à reorientação das práticas de promoção e proteção à saúde e à prevenção e controle de riscos e danos que afetam distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida e trabalho. Em seguida, descreve as concepções de Vigilância em saúde que vem sendo discutidas no meio acadêmico e suas repercussões nas instituições governamentais responsáveis pela formulação e implementação das políticas de saúde nas diversas esferas de gestão do SUS, nos últimos vinte anos, dando exemplos de mudanças ocorridas no âmbito federal, estadual e municipal.

Objetivos

1. Identificar as concepções acerca da Vigilância em saúde presentes na literatura científica brasileira sobre o tema.
2. Descrever as características da Vigilância da Saúde enquanto proposta de mudança da organização das práticas de saúde com vistas à integralidade da atenção à saúde no SUS.

¹ Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos – UFBA. Docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

3. Identificar e analisar as principais dificuldades enfrentadas no processo de construção do SUS para a institucionalização das práticas de Vigilância da Saúde.

1 Erradicação, controle e vigilância: estratégias e táticas de ação estatal na área de saúde pública

A **vigilância** de agravos à saúde das pessoas é uma prática relativamente antiga na área de Saúde Pública embora esse termo só tenha sido instituído e difundido mais recentemente. Desde o século XVIII existem registros da chamada “polícia médica”, ação de controle exercida pelo Estado sobre indivíduos e grupos visando a proteção contra a disseminação de epidemias, bem como relatos dos esforços realizados para a disseminação das medidas de “higiene” em diversos ambientes públicos (cidades) e privados (casas, escolas fábricas, etc.) (PAIM, 2006).

No final do século XIX, os avanços da pesquisa bacteriológica auxiliaram a compreensão das causas das doenças transmissíveis, sendo que, em vários países, o Estado passou a coletar, analisar e disseminar informações acerca da ocorrência e distribuição das doenças e óbitos na população, constituindo-se assim o embrião da Epidemiologia (TEIXEIRA, 2011), um dos eixos estruturantes da Saúde Pública, movimento de recomposição das práticas realizadas pelo Estado sobre as condições de saúde da população.

Ao longo da história da Saúde Pública na maioria dos países ocidentais durante o século passado, passou-se da realização de “campanhas sanitárias” visando a erradicação de determinadas doenças, para a elaboração de “programas de controle” e, finalmente, para a organização de “sistemas de vigilância”.

Esse processo, de certa forma tem acompanhado a própria “evolução” das estratégias e táticas de guerra, ou seja, a mudança da ênfase na “guerra de movimento”, voltada à eliminação do inimigo, para a ênfase na “guerra de posição”, isto é, o controle dos inimigos em territórios específicos, para a “guerra de informação”, quando se trata de manter o monitoramento constante, a “vigilância” sobre os movimentos do inimigo.

No caso da Saúde Pública, a mudança das estratégias e táticas de enfrentamento do “inimigo”, ou seja, dos problemas de saúde, se deu tanto pela redefinição da forma de organização das práticas sanitárias, quanto pela ampliação e diversificação dos “objetos” destas práticas. Nesse sentido, das **doenças** que se pretendia erradicar (como foi o caso da varíola), passou-se para os **riscos** que se pretende controlar (a exemplo dos riscos associados às condições de vida, trabalho e lazer das pessoas) e, atualmente, inclui seus **determinantes**, fatores genéticos, ambientais, comportamentais e sociais mais amplos (TEIXEIRA, 2002).

2 Saúde pública no Brasil: desenvolvimento da vigilância

Embora seja possível identificar o desenvolvimento de algumas ações de controle sanitário no Brasil Colônia e Império, os estudiosos do tema concordam em datar o surgimento de uma “Política de saúde” enquanto ação organizada do Estado brasileiro na República Velha, notadamente no início do século XX, com as “campanhas sanitárias” realizadas sob comando de Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

Seguindo o mesmo processo que caracterizou o desenvolvimento científico-técnico e organizacional na área, a Saúde Pública brasileira incorporou, além das **campanhas** (que ainda subsistem), a elaboração e implantação dos “**programas de controle**” de doenças específicas subsequentes ao fracasso de erradicação, como foi o caso da Malária, nos anos 50, a Tuberculose e outras doenças, como, atualmente o programa de controle de outras doenças transmissíveis como a AIDS e Dengue, avançando para programas de controle de doenças não transmissíveis como a Hipertensão, Diabetes, etc.

Paralelamente, ao longo do século, foram sendo desenvolvidas ações de “**vigilância sanitária**”, as quais eram realizadas de forma burocrática e cartorial, limitando-se, na maioria das vezes, ao fornecimento de alvarás para o funcionamento de estabelecimentos comerciais cujos produtos e serviços podem oferecer riscos à saúde, como farmácias, restaurantes, hotéis, clínicas, hospitais, salões de beleza, etc.

Em meados dos anos 70 se instituiu a legislação específica que tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas, agravos inusitados à saúde pública e situações de calamidade pública, que ofereçam riscos à saúde. (TEIXEIRA, 2011, p. 644). Desse modo, foi criado o **Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica**, no qual se pretendia incluir o conjunto de serviços de saúde públicos e privados, desde então responsáveis pela produção de informações a serem analisadas pelos órgãos específicos de Vigilância criados no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Note-se que esta iniciativa, em pleno contexto do Estado autoritário, respondia à crise sanitária ocasionada pela epidemia de meningite, em 1974, que desvelou a insuficiência das instituições de Saúde Pública no país. Esta decorria, inclusive, da ênfase que vinha sendo dada, desde a década anterior, ao desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde que privilegiava a assistência médico-hospitalar a indivíduos, famílias e grupos que pudessem pagar direta ou indiretamente (através da Previdência Social ou dos Planos de Saúde) pelos serviços.

Esta crise, além de gerar um processo de reformas no âmbito governamental voltadas à “modernização” da Saúde Pública, fomentou um amplo movimento de Reforma Sanitária, iniciado no âmbito acadêmico e logo ampliado com a adesão de um conjunto heterogêneo de lideranças e organizações sindicais, populares, associações de classe, comunidades religiosas e outras entidades que lutavam pela democratização do país (PAIM, 2008).

Esse processo passou a constituir, nos últimos trinta anos, o novo cenário em que vem se desenvolvendo o debate conceitual e político-institucional em torno das propostas de organização das ações de Vigilância em saúde. Para compreendermos os aspectos que estão sendo debatidos e as propostas que vem sendo apresentadas, é importante, portanto, revisarmos brevemente os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente no que dizem respeito à reorganização do modelo de atenção à saúde, contexto em que se insere a problemática da Vigilância da Saúde.

3 Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde: novo cenário da vigilância em saúde

As propostas da Reforma Sanitária fundamentam-se em uma **concepção ampliada de Saúde**, entendida não apenas como “ausência de doença” senão como “bem-estar físico, mental e social”, decorrente da existência de condições de vida saudáveis, isto é, acesso adequado à alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades.

Considerando que tais condições não podem ser asseguradas apenas através de esforços individuais, advoga que a Saúde é **direito social** inalienável de todo e qualquer cidadão, e deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos, nas quais se inclui uma política de saúde que garanta o acesso **universal, igualitário e equitativo a ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde.**

Essas concepções e princípios foram apresentados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, à qual compareceu mais de quatro mil delegados, representantes do Governo federal, dos estados e municípios, bem como dos movimentos sociais, sindicatos, igrejas, associações profissionais e comunitárias, que constituíam, na época, uma ampla base social de apoio às propostas de reforma.

O relatório final desta Conferência subsidiou o debate sobre saúde na Assembleia Nacional Constituinte que aprovou a nova Constituição (BRASIL, 1988) do país, que reconhece a Saúde como direito de cidadania e incorpora a proposta de criação do **Sistema Único de Saúde**, referendada na legislação orgânica da saúde, aprovada pelo Congresso Nacional em 1990 (BRASIL, Lei n. 8080/90 e Lei n. 8142/90).

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação da Política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações.

A **universalidade** é um princípio finalístico, ou seja, um ideal a ser alcançado. Para que o SUS venha a ser **universal é preciso se desencadear um processo de universalização**, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo a torná-los acessíveis a toda a população, o que supõe a eliminação de barreiras² econômicas e socioculturais que se interpõem entre a população e os serviços. Do ponto de vista econômico, ainda que a população não precise pagar diretamente pelos serviços (o financiamento é assegurado pelo Estado, mediante a utilização de fundos públicos), uma parcela da população pobre, que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou habitam a periferia das grandes cidades, não dispõe de condições mínimas de acesso aos serviços, às vezes até porque não tem como pagar o transporte necessário para chegar a uma unidade de saúde.

Do ponto de vista sociocultural a principal barreira é a comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. Grande

2 A barreira jurídica foi eliminada com a Constituição Federal de 88, na medida em que universalizou o direito à saúde, e com isso, eliminou a necessidade do usuário do sistema público colocar-se como trabalhador ou como “indigente”, situações que condicionavam o acesso aos serviços públicos antes do SUS. De fato, os trabalhadores “de carteira assinada”, fossem empregados ou autônomos, ativos ou aposentados, trabalhadores urbanos ou rurais, e seus dependentes, tinham o direito assegurado aos serviços do antigo INAMPS, na medida em que contribuíam (como contribuem ainda hoje) para a Previdência Social. Aos excluídos do mercado formal de trabalho restava a condição de “indigentes”, pobres que recorriam às instituições filantrópicas ou, mais frequentemente, aos serviços públicos mantidos pelo Ministério da Saúde ou da Educação (Centros e Hospitais universitários) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

parte da população não dispõe de condições educacionais e culturais que facilitem o diálogo com os profissionais e trabalhadores de saúde, o que se reflete, muitas vezes, na dificuldade de entendimento e de aprendizado acerca do comportamento que deve adotar para se tornar coadjuvante do processo de prevenção de riscos e de recuperação da sua saúde.

Com isso, se coloca em cena o princípio da **equidade**, que diz respeito à necessidade de se “**tratar desigualmente os desiguais**” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas³. O princípio da equidade, assim, diz respeito a duas dimensões do processo de reforma do sistema de saúde. De um lado, a reorientação do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas várias regiões, estados e municípios, e, de outro, a reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Nesse último sentido, a busca de equidade se articula, dinamicamente com outro princípio finalístico do SUS, qual seja, a **integralidade** do cuidado à saúde.

A noção de **integralidade** diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um “**modelo de atenção integral à saúde**” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, isto é, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde desde

3 A contribuição que um sistema de serviços de saúde, pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde, que se apresentam como desigualdades diante do risco de adoecer e morrer implica redistribuição e redefinição da oferta de ações e serviços de modo a se priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, os grupos “vulneráveis”, em função de determinantes sociais, especialmente suas condições de vida e trabalho. Para a discussão do conceito de vulnerabilidade, ver Ayres (2003).

as ações inespecíficas de promoção da saúde, às ações específicas de **vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica** dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de **assistência e recuperação** de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. É exatamente nessa perspectiva que se coloca o debate acerca da Vigilância em saúde, como posto a seguir.

4 O debate sobre a vigilância em saúde: concepções e propostas

Como vimos anteriormente, a implantação das ações de vigilância epidemiológica no sistema público de saúde no Brasil ocorreu nos anos 70, com a institucionalização da vigilância epidemiológica, processo que correu paralelamente à manutenção das ações de vigilância sanitária, desenvolvidas no âmbito federal e estadual por órgãos específicos do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estado e de algumas Secretarias Municipais de Saúde⁴.

Logo no início da construção do SUS, ainda na época da implantação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, no período 1987-1989 (PAIM, 2008) o debate em torno da reorganização do modelo de prestação de serviços contemplava a proposta de “integrar” as distintas lógicas existentes, quais sejam, a “**atenção**

4 Nessa época o sistema público de saúde era bastante centralizado, sendo que a grande maioria dos municípios não dispunha de condições financeiras e político-gerenciais para oferecer serviços de saúde à população. Quando muito, ofertavam ações assistenciais ou simplesmente encaminhavam pacientes para municípios maiores. O processo de descentralização, com a municipalização de ações e serviços foi desencadeado com a implementação do SUS, a partir de 1993 e prossegue até hoje embora se constitua, atualmente, um grande desafio para os gestores, na medida em que a grande maioria dos municípios são pequenos (menos de 20 mil habitantes) não dispendo de condições para garantir uma atenção integral à saúde. Daí a proposta de regionalização do SUS, em curso atualmente. Em alguns municípios grandes, de mais de 100 mil habitantes, inclusive metrópoles e megalópoles, o sistema municipal de saúde apresenta enorme infraestrutura e complexidade organizacional e gerencial, dispendo de sistemas municipais de vigilância em saúde bastante sofisticados como em São Paulo.

à **demanda espontânea**⁵ e os **“programas especiais”**⁶, herdados do modelo anterior, propondo-se a **“oferta organizada de serviços”** com base na identificação das necessidades de saúde da população de determinadas áreas de abrangência das unidades de saúde dos Distritos Sanitários” (PAIM, 1993; MENDES, 1993). Nesse contexto, colocou-se em discussão a necessidade de reorganização das ações de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária, enfatizando-se a necessidade de se promover a descentralização dessas ações, com o fortalecimento das instâncias responsáveis ao nível estadual e municipal, bem como sua articulação aos processos de mudança na forma de organização e no conteúdo das práticas de saúde nível local (Distritos Sanitários), surgindo, assim, a proposta de construção da **“Vigilância da Saúde”** (PAIM, 1993; 2003; 2003b TEIXEIRA et al. 1998; TEIXEIRA, 2002; 2003).

No início dos anos 90 este debate se intensificou, incorporando diversos atores políticos, tanto no âmbito das instituições gestoras do SUS, quanto no espaço acadêmico, principalmente parte da comunidade científica na área de **Saúde Pública/Coletiva**⁷ que havia se envolvido direta ou indiretamente com os processos de mudança na gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na conjuntura anterior. No III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em 1995, foi identificada a existência de uma **concepção restrita** da Vigilância da saúde, entendida como integração entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, e uma **concepção ampliada**, compreendida como uma proposta de mudança do modelo assistencial em seu conjunto. De fato, o debate em torno da noção de Vigilância da Saúde, envolvendo acadêmicos e profissionais dos serviços, veio a configurar três vertentes, quais sejam:

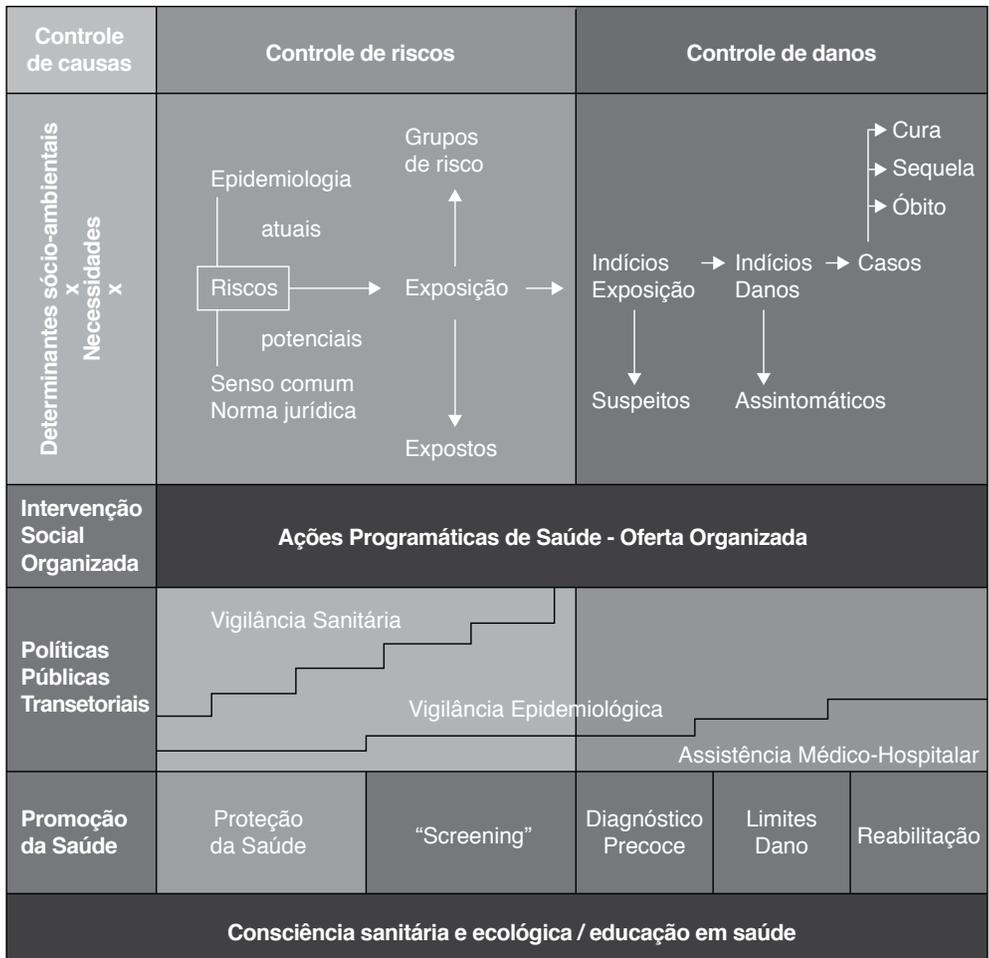
5 A lógica da atenção à “demanda espontânea” se expressa no atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde, no mais das vezes quando já apresentam sinais e sintomas de enfermidade.

6 Os “programas especiais” foram elaborados pelo Ministério da Saúde, principalmente a partir de meados dos anos 70 e contemplavam tanto o controle de doenças específicas (a exemplo de Tuberculose, Hanseníase, Esquistossomose, etc), quanto a atenção da grupos populacionais considerados prioritários (materno-infantil, pode ex) quanto incluíam campanhas e programas caracterizados pela utilização de uma tecnologia específica (a exemplo do PAI – Programa Ampliado de Imunização).

7 A Saúde Coletiva pode ser considerada um campo de saberes e práticas que engloba e redefine a Saúde Pública tradicional, na medida em que inclui atores e instituições voltadas à problematização não só do “sanitarismo” senão que das práticas de saúde em geral, particularmente a prática médica que detém, nas sociedades capitalistas, inclusive no Brasil, a hegemonia do processo de reprodução ampliada do chamado “modelo médico – assistencial hospitalocêntrico”. Ver Almeida Filho e Paim, (2000); e também Paim (2006).

- Vigilância da Saúde como Análise de Situações de Saúde.
- Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária.
- Vigilância da Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias.
- A concepção de Vigilância como “análise da situação de saúde” restringe o alcance da proposta ao monitoramento da situação de saúde não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas, implicando, todavia, uma ampliação dos objetos sob vigilância através do desenvolvimento e aperfeiçoamento da informação sobre óbitos, doenças e riscos.
- Já a concepção de Vigilância como “integração” das vigilâncias epidemiológica e sanitária, tem como ponto de partida o debate em torno das formas de organização e gestão das práticas de vigilância nas diversas instâncias do sistema de saúde, as quais podem ser pensadas de forma “integrada” ou não, questão que vem sendo enfrentada ao longo do processo de construção do SUS, gerando propostas diversificadas, como veremos a seguir.
- Finalmente, a concepção de Vigilância da Saúde como “redefinição das práticas sanitárias”, insere-se no debate sobre as estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde, desdobrando-se, inicialmente em duas vertentes: a primeira, enfatizava a dimensão técnica, ao conceber a vigilância à saúde enquanto um modelo assistencial alternativo conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos (PAIM, 1993b); e a segunda, que privilegiava a dimensão gerencial, caracterizando-a como “uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado (...) através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença (MENDES, 1993, p. 16).
- Entendida neste último significado, a noção de **Vigilância da Saúde** articula os momentos de determinação do processo saúde-doença às estratégias de promoção da saúde,

prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, enfatizando o desenvolvimento de “**Políticas públicas saudáveis**” e de “ações sociais organizadas” em defesa da saúde e das melhorias de condições de vida. Propõe, portanto, a articulação do “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (prevenção) e o enfoque clínico (assistência). Constitui assim, uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que podem assumir configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) populações em cada estado e/ou município conforme a definição dos territórios de saúde a partir do processo de regionalização/distritalização. Conforme **FIGURA V** a seguir.



Posteriormente, o amadurecimento da reflexão sobre o processo de implementação destas propostas no âmbito dos sistemas municipais de saúde, gerou o reconhecimento, por parte de alguns autores, da possibilidade de articulação das dimensões político-gerencial e técnico-sanitária da Vigilância da Saúde, conduzindo a uma concepção mais complexa e integrada que contempla o desenvolvimento de processos de Territorialização, Planejamento e programação local e Reorganização das práticas de saúde, através da implantação de práticas intersetoriais de promoção da saúde, bem como a implementação de práticas territoriais de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, bem como a redefinição das práticas assistenciais e reabilitadoras, de modo a se adequar o perfil de oferta das ações e serviços de saúde ao perfil de necessidades, demandas e problemas de saúde da população (TEIXEIRA et al. 1998; TEIXEIRA, 2002, 2003; 2006).

5 A vigilância em saúde no SUS: políticas, sistemas e práticas

O debate em torno das concepções e propostas de organização das ações de Vigilância em Saúde não ficou restrito ao âmbito acadêmico, tendo se difundido e intensificado no âmbito de várias das instituições gestoras do sistema público de saúde, ao longo do processo de construção dos SUS, ou seja, nos últimos 20 anos. A análise desse processo exigiria um estudo que extrapola os objetivos desse texto, mas é importante, ao menos, apontar alguns dos desdobramentos desse debate no âmbito federal e na esfera estadual e municipal. Nesse sentido, é importante ressaltar que o debate em torno desse tema não se deu de forma isolada, por vezes se articulando e integrando e às vezes se contrapondo, com as propostas políticas e estratégias de desenvolvimento do SUS que foram sendo implementadas ao longo desse período.

A difusão da concepção de Vigilância entendida como “**Análise da Situação de Saúde!**”, tem fundamentado o desenvolvimento dos

sistemas de informação (SIM⁸, SIAB⁹, SINAN¹⁰, etc.) bem como a montagem de processos de articulação de indicadores de saúde que vem se constituindo na base de investigações sobre múltiplos aspectos da situação de saúde da população e no planejamento mais abrangente da organização e produção dos serviços de saúde.

Já o debate em torno da configuração institucional dos órgãos responsáveis pelas ações de vigilância encontra-se na base as reformas administrativas realizadas no Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde nos últimos anos, contemplando a criação e reforma de órgãos responsáveis por ações de Vigilância em Saúde¹¹ nos vários níveis de governo.

No âmbito federal, o debate em torno da organização das ações de Vigilância em Saúde foi incluído na agenda da Reforma do Estado durante o governo de FHC, fez parte do debate em torno da descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde nesse período, integrou a elaboração de propostas em torno da implementação do Programa de Saúde da Família e incidiu sobre a capacitação de pessoal em saúde.

No que diz respeito à Reforma do Estado, a decisão política com relação à Vigilância em Saúde implicou na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, em 1999 (PINTO, 2009), operando-se assim a institucionalização da separação entre a vigilância epidemiológica e a sanitária, objeto de debates anteriores acerca da possibilidade de “integração”. A criação da ANVISA, apesar disso, contemplou o debate em torno da criação do Sistema

8 Sistema de Informação sobre Mortalidade. Ver Data SUS.

9 Sistema de Informação da Atenção Básica. Idem

10 Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação compulsória. Idem.

11 Não cabe aqui uma análise das diversas formas de configuração institucional desses órgãos, que por vezes assumem a forma de Superintendências, Secretarias, Departamentos, Coordenações, etc. O importante é destacar que esse processo de reforma administrativa tem implicado processos de separação e integração de funções e responsabilidades da Vigilância em Saúde em diversos níveis. No nível federal, ao tempo em que se criou a ANVISA (separando-se a vigilância sanitária da epidemiológica), promoveu-se a integração das práticas de vigilância epidemiológica e controle de doenças (transmissíveis e não transmissíveis, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, acidentes e violências de um modo geral, bem como, ações de controle ambiental sobre qualidade da água, do solo e do ar no âmbito do Ministério da Saúde. Já no nível estadual, estes processos de reforma administrativas são bastante diversificados, exigindo estudos mais detalhados acerca da configuração institucional adotada pela Vigilância. O debate em torno da criação de agências específicas, volta e meia reaparece na cena política mas ultrapassa os limites desse texto uma análise desse processo.

Nacional de Vigilância Sanitária, integrado ao SUS, o que implica no desenvolvimento do processo de descentralização das ações de VISA, com o conseqüente fortalecimento dos órgãos responsáveis pelas ações de Vigilância Sanitária ao nível estadual (SES) e municipal (SMS).

O processo de descentralização, através da municipalização e regionalização dos serviços, desencadeado no governo Itamar Franco com a NOB 001/93 (MS, 1993) e continuado na era FHC, através da implementação da NOB 001/96 e da NOAS 2001/2002 (MS, 1996), contribuiu para a adoção de medidas de descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, com o fortalecimento dos órgãos estaduais responsáveis, na grande maioria dos Estados (TEIXEIRA, 2002b).

Nesta área, apesar de alguns insucessos, o país vem obtendo resultados muito importantes, como o aperfeiçoamento dos sistemas de informação em saúde, a implantação de observatórios de Análise da Situação de saúde, com monitoramento de indicadores de saúde (demográficos, epidemiológicos, sanitários). Além disso, cabe destacar a implantação de campanhas e programas de sucesso comprovado no controle de doenças, como é o caso da eliminação da poliomielite, o controle do sarampo e outras doenças preveníveis por imunização, o programa de controle da AIDS e outros (BARRETO et al, 2011).

A implantação do **Programa de Saúde da Família**, por sua vez, processo iniciado em 1994, criou condições para a incorporação da Vigilância da Saúde, entendida como proposta de mudança do modelo assistencial, visando a integralidade da oferta de ações e serviços de saúde nos territórios definidos pela implantação das equipes do programa. A incorporação da proposta de Vigilância da Saúde no órgão responsável pela implementação da Política de Atenção Básica (onde se insere o Programa de Saúde da Família, logo entendido como “estratégia” de implementação desta política) possibilitou a difusão dessa noção (VISAU) através dos cursos de capacitação e educação permanente desenvolvidos pelos Polos de Formação e Capacitação em Saúde da Família, criados em vários estados (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2010).

Com isso, em vários estados e municípios, o processo de implantação do PSF em vários municípios veio a constituir espaços de experimentação do modelo de atenção integral à saúde resgatando, inclusive, parte da experiência de territorialização, planejamento, programação e reorganização da oferta de serviços no nível local, que havia sido iniciada na época de implantação dos Distritos Sanitários.

Algumas dessas experiências tem se tornado, inclusive, objetos de estudos e divulgação, inspirando a continuidade dos debates e elaboração de propostas, em diálogo com outras propostas de reorganização do modelo de atenção que vem sendo implementadas no âmbito do SUS (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Cabe ressaltar que, além dos cursos e outras atividades de capacitação promovidas no âmbito do processo de implantação do PSF, um grande esforço de capacitação de agentes de vigilância da saúde – AVISA – trabalhador equivalente ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi feito sob a liderança da Escola Politécnica do SUS, Prof. Joaquim Venâncio, da FIOCRUZ-RJ. Trata-se do PROFORMAR, programa de capacitação executado de forma descentralizada, que contemplou a produção de textos de apoio nos quais se incorpora a concepção “ampliada” de Vigilância da Saúde (TEIXEIRA, 2004).

Ainda é necessário pontuar outras iniciativas que foram desencadeadas nesse período e cujos desdobramentos se observa atualmente, como é o caso da elaboração e implementação do Programa de controle do Tabagismo¹², a formulação da Política de redução da morbi-mortalidade por causas externas¹³ e a aprovação, após longo e penoso debate, da Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁴, exemplos de políticas e programas cuja fundamentação teórica é consentânea com as concepções que inspiraram a proposta “ampliada” da Vigilância da Saúde, notadamente o movimento internacional em torno da Promoção da Saúde (BUSS, 2003; 2007) e o debate contemporâneo sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, CDSS, 2006; 2008).

6 Desafios e perspectivas

Como se pode constatar, pelo exposto, o período e, que se expandiu o debate em torno das diversas concepções e propostas da Vigilância em Saúde e se avançou com a experimentação e análise crítica dos seus conceitos e métodos, foi na segunda metade dos anos 90 e início da década seguinte. Apesar dos esforços de dirigentes e

12 Inserir *link* para consulta ao documento no *site* do Instituto nacional do Câncer (INCA).

13 Inserir *link* para consulta ao documento no *site* do Ministério da Saúde.

14 Idem.

técnicos de diversos órgãos do nível federal, estadual e municipal, empenhados em dar continuidade, aperfeiçoar e consolidar várias dessas políticas e estratégias, a análise da conjuntura institucional mais recente aponta uma série de dificuldades para a expansão e consolidação de uma concepção “ampliada” da Vigilância.

Ainda que se tenha dado continuidade a muitas das iniciativas desencadeadas naquele período, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento das estratégias de descentralização e fortalecimento da vigilância epidemiológica e sanitária, a concepção que tem vigorado é a “restrita”, subsidiária de uma tradição em Saúde Pública que vem sendo, inclusive, enfatizada no debate político-ideológico internacional na área (PAIM, 2006).

Nesse contexto, a ênfase em termos das estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS tem privilegiado certa “racionalização” do modelo hegemônico, médico-assistencial, trabalhando-se, de um lado, na organização de “redes de atenção à saúde” que permitam ampliação de cobertura, melhoria de qualidade e economia de escala, ao tempo em que se dissemina a implantação de “Unidades de Pronto Atendimento” (UPA), as quais reforçam a antiga (e não superada) lógica de atenção à demanda espontânea”, herança do sistema previdenciário (*inampsiano*) pré-SUS.

Considerando o forte processo de medicalização da saúde a que a população vem sendo exposta há décadas e o forte apelo que tem, no imaginário popular, o acesso a consumo de serviços médicos individualizados, tecnologicamente complexos, pode-se imaginar que as ações de vigilância venham a permanecer como algo secundário. Isto é, tanto as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, quanto as ações de prevenção de riscos e danos à saúde nos ambientes de trabalho, nas cidades, nas escolas, e as ações de promoção e proteção à saúde, por vezes são “esquecidas”, até mesmo pelos profissionais de saúde à exceção dos que se ocupam destas práticas em seu cotidiano.

A efetiva institucionalização das práticas de Vigilância em Saúde implica, portanto, uma mudança na concepção, na “visão de mundo” dos profissionais e trabalhadores de saúde, exigindo um esforço de redefinição do seu modo de pensar e de agir com relação à saúde e sua promoção e recuperação no plano individual e coletivo. Ou seja, supõe a incorporação de uma concepção de saúde que reconheça as

dimensões objetivas e subjetivas, individuais e coletivas, econômicas, culturais e políticas, enfim, demanda uma compreensão ampliada da vida em seus múltiplos modos e em sua infinita complexidade.

O aprendizado dessa nova forma de pensar pode ser desenvolvido a partir de uma análise crítica dos conhecimentos que dispõe e das práticas que cada profissional e cada trabalhador realiza em seu cotidiano. Exige, entretanto, um esforço de “autoreflexão”, e uma disponibilidade ao novo, uma “abertura” às possibilidades que se colocam para aqueles que pretendem fazer parte do processo de construção do futuro do sistema de saúde em nosso meio.

Comentários finais

Esse texto traz, de modo sucinto, uma revisão conceitual e metodológica da noção de Vigilância em Saúde, destacando as diversas concepções que vem sendo elaboradas no meio acadêmico no Brasil e suas repercussões no processo político-institucional de formulação e implementação de políticas voltadas à reorganização do modelo e redefinição das práticas de saúde no âmbito do SUS. O aprofundamento do estudo exige a leitura de textos complementares, bem como a consulta a documentos institucionais e *sites* que contenham informações sobre os princípios, diretrizes, políticas e estratégias, programas e práticas que vem sendo desenvolvidos na área de Vigilância em Saúde nas várias esferas de gestão do SUS.

Referências

ALMEIDA FILHO ; PAIM, J. S. *A crise da saúde pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Casa da Qualidade, Salvador, Bahia, 2000.

AYRES, JR. de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZRESNIA, D. e FREITAS, C.M. de (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003.

BARRETO, M. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*, maio de 2011, p. 47-60.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007b, p. 51-86.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. de (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Abr 2007, v.17, n. 1, p.77-93.

BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS, *Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006.

BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *Relatório*, março 2008.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. FIOCRUZ, 2003, p. 141-159.

MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993, 300 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma operacional básica 001/93*. Brasília, 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma operacional básica 001/96*. Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional da Assistência à Saúde. *NOAS. SUS 01/02*. Brasília, D. F. março de 2002, 75 p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 2003, p. 567- 586.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D. E FREITAS, C. M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003b, p. 161-174.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC/ ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.

PAIM, J. S. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva. In: *Desafios da Saúde Coletiva para o século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p.139-153.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. EDUFBA/FIOCRUZ, Salvador, Rio de Janeiro, 2008, 355 p.

PINTO. Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária. In: COSTA (Org.) *Vigilância sanitária: temas para debate*. EDUFBA, 2009, p. 171-194.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. e VILASBÔAS, A L. SUS. Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. VII (2) CENEPI/MS, Brasília Distrito Federal, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 2003. p. 515-531.

_____. (Org.) *Promoção e Vigilância da saúde*. CEPIS/ISC, Salvador, 2002, 128 p.

_____. *A mudança do modelo de atenção a saúde no SUS: desatando nós e criando laços Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003, p 257-277.

_____. *Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS*. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 2002b; v. 18 (suplemento), 153-62.

_____. *O SUS e a Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,. 60p. il. – (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde), 2004.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, Vigilância e Saúde da Família*, EDUFBA, Salvador, 2006, 236 p.

TEIXEIRA, C. F.; e VILASBÔAS, AL *Desafios da formação técnica ética dos profissionais das equipes de Saúde da Família*, In: *Família contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas*, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010, p. 133-156.

TEIXEIRA, M Gloria et al. Vigilância e Monitoramento de Eventos epidemiológicos. In: ALMEIDAFILHO; N. E BARRETO, M. *Epidemiologia & Saúde*: fundamentos, métodos, aplicações. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, p. 643-658.

O direito à saúde e a vigilância sanitária

*Geraldo Lucchese*¹

1 Antecedentes

Desde os tempos mais remotos o homem busca entendimentos sobre as causas das doenças e outros agravos que ameaçam a sua sobrevivência. **A partir de observações empíricas a respeito da ocorrência de enfermidades e de acordo com as cosmovisões e contextos históricos de cada aglomeração humana, foram se estabelecendo princípios, conceitos, e normas acerca de aspectos da vida em comunidade, visando à proteção da saúde e a continuidade da vida** de seus habitantes.

Com a noção bíblica de impurezas do corpo e da alma – entidades inseparáveis nas culturas pré-modernas –, foram instituídas normas que tanto fundamentavam os rituais de diagnóstico e purificação (cura) quanto regulamentavam a vida em sociedade. As uniões entre membros de uma família e as doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, eram energeticamente reprovadas e penalizadas porque ameaçavam a sobrevivência, comprometendo a vida futura, como se pode perceber nos escritos do Levítico, no Antigo Testamento.

Durante milênios a doença foi concebida como castigo dos deuses em decorrência do comportamento humano. Tal concepção levava à produção de normas de comportamento e da vida social, em especial sobre as relações humanas, os alimentos, rituais de cura e coisas que eram usadas como medicamentos. Em contrapartida, desenvolveu-se, na Grécia Antiga (séc. V. a C), uma escola que relacionava as doenças a fatores climáticos, raciais, alimentares e ambientais. O clima, o solo, a água, o modo de vida e, em especial, a nutrição foram identificados como causas externas de desarmonia entre os humores corporais e causadores de enfermidades (PEPE; SILVA, 2008, p. 821).

¹ Geraldo Lucchese é farmacêutico, Mestre e Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ e Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados. Este texto é baseado na tese de doutoramento do autor. Ver referência bibliográfica.

Desde o século XIV, nas cidades mais importantes do período mercantilista, já se faziam registros estatísticos de mortes, nascimentos e doenças, com fins militares. Depois das descobertas bacteriológicas, nas últimas décadas do século XIX, as ações de saúde pública foram gradativamente instituindo princípios e ações mais sofisticadas de controle, com base em observações, conhecimentos e registros também mais detalhados.

Nos séculos XVII e XVIII, essas ações foram sendo aperfeiçoadas com base nos novos conhecimentos que revolucionaram a ciência da época e acumularam os elementos essenciais para formar o que se conhece hoje como ciência moderna. Nas primeiras décadas do século XIX, os sanitaristas e administradores defendiam a necessidade de criação de leis que regulamentassem certos assuntos. As normas propostas tratavam da higiene da habitação e do ambiente, a higiene dos alimentos e das bebidas, a higiene do vestuário, a saúde e o bem-estar das mães e das crianças, a prevenção e o controle de doenças comunicáveis, humanas ou animais, a organização de quem podia exercer a medicina e as boticas, e assim por diante (ROSEN, 1994, p.177).

A intervenção do Estado no campo da saúde, no século XVIII, concretizou-se de diferentes formas na Europa: na Alemanha, absolutista e cameralista, originou-se a “medicina de Estado” (organização da formação e da prática médica) e o conceito de polícia sanitária; na França, por exigências da unificação territorial e da urbanização das grandes cidades, instituiu-se a “medicina urbana” (saneamento, grandes avenidas, deslocamento de matadouros e de cemitérios, etc.); e, na Inglaterra, da Lei dos Pobres, a medicina social construiu um componente assistencial, destinado a evitar a disseminação das doenças dos pobres e um componente administrativo, para o controle geral da saúde pública (FOUCAULT, 1979, p.79).

Nos séculos XVIII e XIX, paralelamente às descobertas relativas às causas das epidemias e às formas de intervenção nessas epidemias, que foi originando o campo da vigilância epidemiológica, o avanço da ciência e da tecnologia impulsionava a industrialização e ensejava a produção, em grande escala, de um amplo leque de produtos e de serviços dirigidos a satisfazer as exigências e as necessidades da população.

Contudo, numerosos casos de graves prejuízos à saúde coletiva com elevado número de mortes ou sequelas relacionadas ao consumo de vários tipos de produtos e serviços, foram identificando tais produtos

e serviços como novas fontes de risco à saúde e, assim, tornados objetos de regulamentação e controle sanitário.

Casos como o do elixir de sulfanilamida, que foi lançado com um componente tóxico em sua fórmula e matou mais de uma centena de pessoas e poucos dias, em 1937, nos Estados Unidos; e o da talidomida, lançada no final da década de 1950 na Europa, responsável pelo nascimento de milhares de bebês com grandes deformações, foram decisivos para a conformação de regulamentações e de estruturas administrativas para o controle e fiscalização sanitárias nos países centrais do industrialismo.

Principalmente nas primeiras décadas do século XX, **os Estados mais desenvolvidos estabeleceram leis, criando órgãos e outros mecanismos para implementá-las e para controlar a produção e a comercialização de bens e serviços com potencial de risco à saúde pública.** Frutos de construções sociais específicas de cada país, essas instituições modelaram-se ao longo da história em função de adequações aos sistemas produtivos, à realidade social e política e à cultura locais.

Nascia, assim, outro campo de promoção e prevenção dentro do espaço da saúde pública, o qual cuidaria da regulamentação e do controle sanitários de produtos e serviços, correspondendo ao que chamamos hoje de vigilância sanitária aqui no Brasil. Deste modo, embora a regulamentação sanitária tenha origens remotas, pode-se afirmar que a vigilância sanitária é filha da revolução industrial e que assume diferentes conformações em cada lugar, em função de valores culturais, políticos e econômicos, bastante relacionados com a divisão internacional do trabalho, pois o grau de desenvolvimento tecnológico da produção determina funções diferenciadas para a regulação nessa área. Pela sua natureza, é uma área que envolve conflitos de interesses de variados matizes, em especial, quando a preocupação sanitária se opõe aos interesses econômicos (VECINA NETO; MARQUES; FIGUEIREDO, 2006, p. 696).

No Brasil, foram inúmeros os atos legais expedidos pelo governo colonial, em especial depois da chegada da Coroa Portuguesa ao Brasil. Em geral eram atos que tinham o objetivo maior de aumentar a arrecadação e ficavam desconhecidos da maioria da população, pois não se exigia seu cumprimento. Segundo Costa e Rozenfeld (2000), a expressão vigilância sanitária surgiu no Regulamento Sanitário Federal, de 1923, que tinha 1.679 artigos e estabelecia as competências do

Departamento Nacional de Saúde Pública. Esta norma se referia indistintamente à vigilância de pessoas doentes ou sob suspeita de serem portadoras de doenças transmissíveis (vigilância epidemiológica) e à fiscalização dos estabelecimentos comerciais (vigilância sanitária), entre muitos outros assuntos.

2 Modernidade, inovação e riscos a saúde

O espetacular avanço científico e sua aplicação em novas tecnologias, que começou com a revolução industrial, no início do século XVIII, trouxeram conquistas que mudaram o cotidiano das pessoas e ajudaram a conformar a modernidade. Entretanto, **trouxeram também novos riscos, dúvidas e incertezas**. Atualmente, dispomos de tecnologia suficiente para mudar os fundamentos da vida, criar, destruir e desequilibrar o meio ambiente. Segundo Jonas (1994), vivemos em uma sociedade planetária de tecnologia de alto risco, que exige um novo significado da ética: ser eticamente livre para avançar no conhecimento da natureza e do universo e eticamente responsável no respeito ao mundo natural e à descendência.

Via de regra, o progresso científico traz novas tecnologias e, com elas, novos riscos, que trazem a necessidade de vigilância cada vez mais ampla e especializada. Nas primeiras décadas do século XX, os antibióticos foram inventados e significaram uma imensa conquista no campo da medicina moderna. Enfermidades letais, como a pneumonia, tornaram-se doenças banais, que podiam ser superadas com o uso dos antibióticos. Entretanto, logo se tornou conhecida a seleção natural de bactérias resistentes, fato que, a princípio, não foi visto como um problema significativo. Mas, em seguida, variedades resistentes invadiram os hospitais nas décadas de 50, 60 e 70, causando inúmeras mortes e muitos problemas aos serviços de saúde. Hoje, temos bactérias patogênicas resistentes a qualquer antibiótico. Também, logo tornaram-se conhecidos sérios efeitos adversos do uso intensivo dos antibióticos, como a surdez e a insuficiência renal crônica, entre muitos outros.

A descoberta da insulina, em 1923, é outro exemplo, no campo da saúde, de nova tecnologia que trouxe grandes benefícios, mas,

também, novos riscos. Embora o uso deste hormônio tenha permitido controlar uma enfermidade que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, a falta de precisão das doses aumentou consideravelmente os danos causados aos olhos, aos rins e ao sistema nervoso. Outra vez a tecnologia impunha o ônus de uma vigilância permanente e a necessidade de se pensar a respeito do seu uso racional.

Pode-se fazer o mesmo raciocínio com a chamada ‘revolução verde’, que permitiu a produção em larga escala de alimentos, minimizando muito a dependência das intercorrências climáticas. Tecnologias como os agrotóxicos, os fertilizantes, as máquinas de preparar a terra, plantar e colher produtos agrícolas permitiram a produção de excedentes de alimentos e trouxeram a perspectiva de solucionar o eterno problema da fome no mundo. Entretanto, o mundo viria a perceber que as populações famintas haviam aumentado desde os anos 50 até os nossos dias. Isso sem contar a poluição química do ambiente e o envenenamento dos agricultores e dos consumidores. Conforme enfatiza Dumas (1999), a fome não é um problema que depende de tecnologias para a produção dos alimentos; ela é um resultado de fatores econômicos, políticos e sociais que afetam a distribuição e o uso dos alimentos. Hoje, além da fome, temos que enfrentar os problemas trazidos pela ‘revolução verde’: os resíduos de pesticidas de vários tipos em alimentos, os resíduos de medicamentos veterinários, a contaminação dos cursos d’água, do solo e do ar, as doenças neurológicas em agricultores e assim por diante.

Em outras palavras, pode-se dizer que **o progresso tecnológico impõe uma vigilância cada vez maior**. Com algumas exceções, as tecnologias avançadas constituem-se de maior número de componentes e são sistemas mais complexos e poderosos, que intensificam a probabilidade de acontecer algo errado. Além da maior vigilância, as novas tecnologias demandam maior conhecimento dos recursos humanos que as manipulam, mais habilidade, capacidade individual e experiência.

Na sociedade global, somos cotidianamente impelidos a consumir produtos e serviços. A publicidade esconde algumas de suas verdadeiras propriedades e, muitas vezes, sonega informações importantes aos consumidores. Na dependência da eficiência dos controles sanitários, podem-se ter milhares de produtos e serviços, oferecidos ao consumo, cuja qualidade, eficácia ou segurança em relação à saúde são questionáveis.

As leis, regulamentos e normas estabelecidas ao longo da história tentam definir os limites dos direitos e interesses dos diversos sujeitos envolvidos na produção, circulação e consumo de produtos e serviços, quando esses direitos e interesses interferem na saúde dos indivíduos ou das coletividades. Uma questão crítica que então se coloca é decidir quem arbitrará os direitos desses diferentes atores na relação complexa de produção e comercialização de mercadorias, serviços e bens em geral.

3 A Vigilância Sanitária – papel social e abrangência

Uma das principais funções do Estado democrático moderno é a de proteger e promover a saúde e o bem-estar dos cidadãos. Nesse sentido, cabe a ele zelar pelos interesses coletivos, intervindo nas atividades de particulares e disciplinando-as sempre que colocarem em risco a saúde pública. **A vigilância sanitária é uma das instâncias da administração pública com poder de polícia**, que é demarcada por um ordenamento jurídico, de natureza administrativo-sanitária, o qual configura os regulamentos e as infrações e estabelece as respectivas sanções por suas transgressões.

O campo que, no Brasil, se designa como Vigilância Sanitária, abrange o cuidado com o risco à saúde inerente ao consumo de bens e serviços. Estão agrupados nesse campo, toda a cadeia produtiva dos medicamentos (desde a pesquisa até a prescrição e a dispensação); os alimentos; os produtos de higiene pessoal, perfumes e cosméticos; os saneantes domiciliares (detergentes, desinfetantes, etc.); equipamentos e dispositivos médicos, hospitalares, odontológicos e laboratoriais (desde a luva cirúrgica até o tomógrafo computadorizado); todos os serviços de saúde (ambulatórios, hospitais, clínicas, laboratórios clínicos, serviços de diagnóstico por imagem, sangue e hemoderivados, infecção hospitalar, etc.); promoção e propaganda destes produtos e serviços; todos os serviços que possam significar perigos à saúde dos usuários, como salões de beleza, piscinas coletivas, bares, restaurantes, padarias, comércio de alimentos e assim por diante; e, os portos, aeroportos, fronteiras e áreas alfandegadas.

Como se pode ver, é um campo muito amplo e diversificado, o qual é ainda mais expandido quando observamos a definição de vigilância sanitária contida na Lei n. 8.080, de 1990, em seu art. 6º, § 1º:

Art. 6º.....

§ 1º 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 à saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas as etapas e processo, da produção ao consumo; e,

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde.” (grifamos)

Como é difícil encontrar algum produto ou serviço que, direta ou indiretamente, não se relacione com a saúde, o campo de atuação da vigilância sanitária e, conseqüentemente, sua competência legal, abrange, praticamente, qualquer produto ou serviço que possa significar algum tipo de risco à saúde humana.

A vigilância sanitária está presente no cotidiano das pessoas, desde o banho matinal – sabonetes, xampus, condicionadores, hidratantes, fixadores ou modeladores de cabelos, desodorantes, perfumes, etc.; até a ceia noturna – alimentos industrializados ou não; passando pelo cabelereiro ou pela academia; ou pela limpeza da casa – detergentes, desengordurantes, desinfetantes, desinfestantes, alvejantes, etc.; ou pela eventual ida ao dentista ou ao médico, quando uma série de outros tipos de serviços e produtos podem ser utilizados (SILVA; PEPE, 2008).

A vigilância sanitária tem exatamente o propósito de implementar concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade dos arranjos produtivos, do ambiente, dos serviços e das relações entre os sujeitos envolvidos nesses processos. Por sua natureza, é um espaço de exercício da cidadania e do controle social; sua ação exige *expertise* de conhecimentos e ação interdisciplinar e interinstitucional.

Deste modo, a vigilância sanitária pode ser vista e analisada sob o ponto de vista de um espaço de intervenção do Estado, com a propriedade – por suas funções e instrumentos de ação –, de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de

interesse sanitário, bem como os ambientes, às demandas sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde, com o objetivo maior de garantir o direito à saúde dos brasileiros.

Por esse motivo é que se entende que **essa área tem potencial importantíssimo tanto para a reversão do nosso antigo modelo assistencial de saúde, quanto para enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania no país, a qual deve se refletir na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos.** Uma plena estruturação da vigilância sanitária é requisito fundamental para a implantação do SUS, principalmente em virtude de seu poder normativo e fiscalizatório dos serviços e da qualidade dos insumos diagnósticos e terapêuticos que estes consomem.

A ação da vigilância sanitária está suficientemente prevista no ordenamento jurídico nacional. A CF, em seu art. 200 estabelece que a execução das ações de vigilância sanitária é de competência do SUS. A lei que regulamenta o SUS – Lei n. 8.080, de 1990 –, por sua vez, além da definição de vigilância sanitária no seu § 1º do art. 6º, também prevê as ações de vigilância sanitária no âmbito do SUS e estabelece divisão de competências. Portanto, **a vigilância sanitária é parte inseparável do sistema de saúde. É um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde.**

Vistos como externalidades negativas de produtos e serviços, os riscos à saúde inerentes aos produtos e serviços não se circunscrevem ao território onde são produzidos. Um produto, como um medicamento, produzido em São Paulo, que carece de qualidade, eficácia ou segurança, representa um risco não apenas para a população paulista, uma vez que é distribuído por todo o território nacional. Por isso, o modelo de intervenção da vigilância sanitária somente é eficiente se abarcar todo o nível nacional. Embora o nível federal coordene as políticas nacionais e as relações internacionais, quanto menos o modelo for assimilado pelos outros entes federados, maior dificuldade haverá para uma ação coordenada e cooperativa. Considerando a diretriz constitucional de descentralização do SUS, a organização em forma de sistema é necessária para o sucesso da missão da vigilância sanitária-eliminar, diminuir ou controlar riscos.

4 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

O SUS foi instituído com o propósito maior de superar a fragmentação (assistência médica x saúde pública); a estratificação (diferenciação entre segurados da previdência social e os outros cidadãos); a descoordenação e superposição de ações e serviços entre os entes federados (sistemas municipais, estaduais e federal sem planejamento e coordenação entre si); a falta de participação social na formulação e fiscalização das ações e serviços de saúde; e, a concretização do direito social à saúde.

O conceito de **sistema contempla a ideia de um arranjo de partes, que tem diferentes funções, mas o mesmo objetivo final, e que estabelecem entre si uma determinada relação.** Como essa composição não é mecânica, ao contrário, é política, há permanente tensão entre as partes componentes do sistema, pois estas tenderão a maximizar sua importância e barganhar incentivos à sua ação.

O SUS pode ser visto como uma composição de diversos subsistemas, tanto de base territorial (subsistemas municipais, regionais e estaduais), quanto de base temática (promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência médica, reabilitação). É importante notar que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços médicos assistenciais, por isso ele não se presta a comparações com os serviços privados de assistência médica. Como bem apontam Vasconcelos e Pasche (2006), o SUS é um sistema complexo que tem a responsabilidade de coordenar ações promocionais e de prevenção e os serviços de cura e reabilitação e, além disso, coordenar as ações dos diferentes entes federados que o compõem enquanto partes do sistema.

Todo esse raciocínio se transfere ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) que, na verdade, é um dos subsistemas do SUS. Para operacionalizar a vigilância sanitária no plano federal e nacional, a Lei n. 9.782, de 1999, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), formalizou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e definiu competências.

O SNVS é constituído por todas as instituições que operam a vigilância sanitária no país. Compõe-se de uma agência reguladora (ANVISA) e um laboratório, o INCQS (Instituto Nacional de Controle de

Qualidade em Saúde), autarquia de administração indireta, na esfera da União; 27 órgãos estaduais de vigilância sanitária e 27 laboratórios estaduais de saúde pública; e, os serviços de vigilância sanitária existentes nos 5.565 municípios brasileiros (IBGE, 2009). Deve-se destacar que 73% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes; são, portanto, municípios pequenos, com precária estrutura para a realização das ações de saúde, inclusive as de vigilância sanitária.

A ANVISA, enquanto agência reguladora, executa ações de sua competência – estabelecer normas e padrões; autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, importação e distribuição; dar anuência à importação de produtos; conceder registro de produtos; interditar locais de fabricação, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos; expedir certificados de boas práticas de fabricação; entre muitas outras –, e coordena o SNVS.

As autoridades estaduais e municipais de vigilância sanitária normatizam concorrentemente à União, licenciam estabelecimentos e são as principais executoras das ações de inspeção e fiscalização em seus territórios – estabelecimentos industriais, comerciais, de serviços de saúde e serviços de interesse à saúde.

Além das dificuldades decorrentes de ser um sistema de natureza político-administrativa, o SNVS padece de sérios problemas estruturais que limitam a eficácia de sua ação. Apesar dos **nítidos avanços na estruturação e na ação do SNVS após a criação do SUS e da ANVISA** – incorporação dos municípios; aumento do financiamento federal; transferências fundo a fundo; normas mais adequadas em todos os setores sob regime de vigilância sanitária; estudos e pesquisas sobre a área –, também se observa uma nítida falta de recursos, propostas e coordenação para a sua plena operacionalização.

5 A natureza do trabalho com risco sanitário

As principais atribuições do SNVS **são identificar e avaliar o risco à saúde implícito em bens e serviços; gerenciar os riscos; e comunicar-se com a sociedade** a respeito dos riscos.

A avaliação do risco pode ser entendida em duas dimensões. A primeira, de senso comum, corresponde à avaliação que qualquer pessoa pode fazer. Sem ter exata consciência disso, em nossa vida diária, tomamos diversas decisões com base em avaliações de riscos e benefícios que uma particular atividade pode proporcionar, da mesma forma que gerenciamos essas avaliações em muitas situações, como ao atravessar a rua, ao dirigir automóvel, ao cuidar de uma criança e assim por diante. A segunda dimensão, de senso estrito, é de natureza científica, realizada em laboratórios, com animais e outros recursos altamente qualificados. Consiste no uso de bases concretas de dados para definir os efeitos de uma exposição a substâncias, materiais ou situações. A atividade de avaliação de riscos é estreitamente relacionada a capacidade de pesquisa, desenvolvimento e inovação em cada país. A avaliação de risco, atualmente, é uma disciplina científica em plena evolução.

O gerenciamento do risco tem natureza mais político-administrativa; e o processo de ponderar as alternativas de políticas e de selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação do risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide o que fazer com o risco avaliado. A fiscalização faz parte do gerenciamento do risco.

A comunicação do risco é um processo de troca de informações e de participação da sociedade nas políticas de gerenciamento do risco à saúde.

Além da vigilância sanitária, que realiza a regulação do risco no campo da saúde, existem outros sistemas em outras áreas da administração pública, que têm sérias responsabilidades em relação aos riscos à saúde: **agricultura**, que controla principalmente os alimentos *in natura*, bem como bebidas, agrotóxicos e produtos veterinários; **meio ambiente**, que monitora diversos aspectos do equilíbrio ambiental, inclusive o impacto dos agrotóxicos; **indústria e comércio**, que administra o sistema de metrologia e de avaliação de conformidade; trabalho, que gerencia as questões relacionadas aos riscos nos ambientes de trabalho; e, **nuclear**, que controla o uso da radiação ionizante em suas diversas formas. Cada uma destas áreas opera um sistema de regulação que tem evidente relação com o SNVS, tanto pela função que desempenham (controle de riscos), quanto pela possível superposição de atividades que são executadas.

A ideia de risco está relacionada à noção de perigo e possibilidade de ocorrência de efeitos negativos de variados

graus de seriedade. Entretanto, tem fundamento estatístico, probabilístico, o que nem sempre é entendido pela população. Além disso, sua percepção é amplamente subjetiva. Temos receios de agravos ou danos cujo risco/probabilidade de ocorrência, medida pela estatística, é pequena (desastre de avião, por exemplo); e não nos importamos com outros cuja probabilidade é muito maior (tornar-se diabético, por exemplo). O conceito de risco é hoje muito estudado sob diferentes enfoques disciplinares – econômico, sociológico, cultural, antropológico – todos analisando sua relação com a modernidade e a pós-modernidade (ou modernidade tardia). Para Beck (2000), vivemos sob uma constante ameaça, em um mundo cada vez mais caótico, sob riscos catastróficos relacionados com o amplo uso da tecnologia na sociedade contemporânea.

Uma visão realista define risco como expressão matemática da **probabilidade de ocorrência de um agravo ou dano, em uma dada população, em certo território e em tempo determinado.** O risco tem sempre três componentes: uma ameaça (ou perigo), que pode ser um agente químico, físico, biológico, processos industriais, tecnologias ou processo natural; elementos em perigo, ou seja, indivíduos ou populações expostos a tais agentes; e um grau de vulnerabilidade destes indivíduos ou populações. Fator de risco é toda característica ou circunstância que aumenta a vulnerabilidade e a probabilidade de ocorrência de um dano ou agravo à saúde.

Muitas tecnologias não têm a avaliação de risco conclusiva. Sua extrema funcionalidade e sua importância econômica fazem com que sejam produzidas e consumidas; são os casos dos telefones celulares, dos fornos de micro-ondas e dos organismos geneticamente modificados, entre outros. Os sistemas de regulação e controle sanitário têm o dever de acompanhar os possíveis riscos que eles podem trazer à saúde humana.

Referências

- BECK, Ulrich. *La Sociedad del Riesgo Global*. Madrid: Siglo XXI, 2000.
- COSTA, Ediná.; ROZENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DUMAS, Lloyd J. *Lethal Arrogance: human fallibility and dangerous Technologies*. New York: St. Martins's Press, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2009. Disponível em <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza> Acesso em 09/01/2012.

JONAS, Hans. *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Veja, 1994.

LUCCHESI, Geraldo. *Globalização e Regulação Sanitária – os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Brasília: Ed. Anvisa, 2008.

PEPE, Vera L.E.; SILVA, Ana Célia P. Vigilância Sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. In: GIOVANELLA, Lúcia et alii (Org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.

VECINA NETO, Gonzalo.; MARQUES, Cristina C. e FIGUEIREDO, Ana Maria. Vigilância Sanitária no Brasil. In: CAMPOS, Gastão W. et alii (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano V.; PASHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão W. et alii (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

SISTEMA
INTERNACIONAL
E SAÚDE

Regulamento sanitário internacional

Eduardo Hage Carmo¹

Apresentação

No presente módulo, a partir de análise sobre o cenário epidemiológico mundial caracterizado pela ocorrência de doenças com grande potencial de disseminação para a população em escala global, pretende-se instrumentalizar o discente sobre alguns desafios enfrentados pelos organismos internacionais e nacionais de saúde pública e as implicações geradas pelo Regulamento Sanitário Internacional para o fortalecimento das capacidades dos países para o enfrentamento de emergências de saúde pública.

1 Introdução

Nas últimas três décadas, o mundo vem sofrendo grandes transformações no cenário epidemiológico, seja no campo das doenças transmissíveis, seja relativas a outros grupos de doenças (CARMO, 2008). Dentre as doenças transmissíveis, a poliomielite foi erradicada e as demais doenças imunopreveníveis tiveram uma intensa redução na sua ocorrência nas Américas e em grande parte dos países das demais regiões. Por outro lado, cada vez mais vem sendo registradas epidemias de doenças antigas como a cólera, febre amarela e dengue, enquanto que novas doenças como Aids, febre hemorrágica pelo vírus Ebola, hantavirose, febre do Nilo ocidental, SARS e influenza passaram a afetar grandes contingentes populacionais ou vem apresentando risco de disseminação. Estas epidemias estiveram relacionadas às importantes modificações ocorridas no mundo, com a intensificação

¹ Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Consultor da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

do fluxo de pessoas, mercadorias e comércio entre os países. Além das doenças transmissíveis, os riscos associados à propagação de agentes químicos e radionucleares tem se ampliado, com potencial de acometimento de grandes contingentes populacionais, seja em virtude da utilização cotidiana de tecnologias dependentes destes agentes, pela insuficiente proteção ao meio ambiente e às populações para que esta utilização ocorra de forma segura – como recentemente verificado no acidente nuclear no Japão – ou ainda pela manipulação intencional destes agentes com fins bélicos.

Nos anos de 2002 e 2003 foi registrada a primeira pandemia das últimas décadas, com a ocorrência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (denominada SARS em inglês), que teve início na China e se disseminou para outros países do continente asiático, além dos Estados Unidos e Canadá. A velocidade em que esta pandemia se disseminou demonstrou que um agente infeccioso pode cruzar vários continentes em menos de 24 horas, limitado somente pelo tempo gasto em voos intercontinentais. Dentre as várias lições aprendidas no enfrentamento desta pandemia, podemos citar – no seu aspecto negativo – o retardamento no início das ações de prevenção e controle, em função da falta de transparência para comunicar imediatamente para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o surgimento desta pandemia. No aspecto positivo, o controle desta pandemia somente foi possível pela cooperação internacional de ações para desenvolvimento de métodos para diagnóstico e adoção das medidas de controle com base científica. Esta pandemia evidenciou que nenhum país isoladamente teria todas as condições para evitar ou controlar a disseminação de doenças com alto potencial de transmissão (CARMO, 2008).

A partir de 2004 o mundo passou a enfrentar uma ameaça de pandemia de influenza, gerada pela ocorrência da epizootia (ocorrência de doença em animais) provocada pela influenza aviária, que teve início no sudeste asiático. Os primeiros sinais deste risco tiveram início a partir do momento em que começaram a surgir casos humanos transmitidos pelo contato direto com as aves infectadas pelo vírus da influenza (denominado H5N1), sendo que, aproximadamente, metade dos casos humanos morria pela doença. A possibilidade de modificações genéticas no vírus, tornando-o transmissível entre os humanos, acendeu o sinal de alerta em todo o mundo, para que as medidas de preparação para uma eventual pandemia fossem adotadas por todos os países. Como consequência, atendendo às recomendações da OMS, os países iniciaram a preparação de Planos para enfrentamento dessa possível pandemia.

Passados cinco anos, teve início a pandemia de influenza gerada pelo vírus H1N1 (que não estava associado à ocorrência dos casos humanos pelo vírus H5N1). Os primeiros casos foram detectados nos Estados Unidos e México, mas rapidamente se disseminaram para outros países. Entretanto, os relatos iniciais de uma elevada gravidade (medida pela letalidade, ou seja, a proporção de mortes entre os que adoeceram), a ausência de imunidade na população e a inexistência de uma vacina eficaz, evocaram na população a memória da pandemia de influenza espanhola, gerando medo do que poderia ocorrer com essa nova pandemia. Com o avanço da pandemia, foi possível identificar suas características epidemiológicas e clínicas, evidenciando que a letalidade na população em geral não era mais elevada que observada durante as epidemias anuais de influenza sazonal (gripe comum) registradas em muitos países. Uma das diferenças importantes desta pandemia foi que acometeu, em grande proporção, adultos jovens, nos quais gerava um quadro grave, o que não se observava na influenza sazonal, que acomete mais idosos e crianças. Este elemento, associado a sua ampla disseminação na população, o que gerou um número de casos e mortes maior do que se observava até então, manteve a preocupação da OMS e das autoridades sanitárias nacionais, quanto ao impacto na população. No início de 2010, nos países do hemisfério norte, a pandemia já dava sinais de diminuição de sua intensidade de transmissão e em agosto de 2010 a OMS declarou finalizada a pandemia de influenza.

Portanto, o risco do surgimento de uma nova pandemia, seja de influenza, seja provocada por outro agente biológico, ou mesmo o risco da propagação internacional de agentes químicos ou radionucleares, coloca mais uma vez a necessidade de que todos os países estejam preparados para sua prevenção ou seu enfrentamento. O Regulamento Sanitário Internacional é um instrumento que tem auxiliado nesta preparação, com o objetivo de detectar estes riscos oportunamente e adotar as medidas adequadas para evitar, reduzir ou eliminar a disseminação na população.

2 O Regulamento Sanitário Internacional

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) é um instrumento legal que estabelece procedimentos para proteção contra disseminação internacional de doenças. Em sua primeira versão, foi instituído em 1951, com subsequente revisão em 1969 e algumas alterações em 1973 e 1981. Porém, com a intensificação do transporte de passageiros, bens e cargas pelo mundo e a consequente disseminação internacional de doenças, como Aids, cólera e peste, tornou-se clara a necessidade de uma nova revisão nos termos do Regulamento. Tendo em conta a estreita abrangência das medidas previstas na versão anterior do RSI apenas para três doenças (cólera, peste e febre amarela), este passou a representar um instrumento obsoleto para evitar a disseminação de doenças entre os países. Assim, a 48ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1995, adotou a Resolução WHA 48.7 solicitando que a OMS iniciasse o processo de revisão e atualização desse instrumento internacional (MENUCCI, 2006). Este processo de revisão durou dez anos e foi finalizado em maio de 2005, durante a 58ª Assembleia Mundial da Saúde, por meio da Resolução WHA 58.3, que adotou o Regulamento Sanitário Internacional (2005). Após um período estabelecido de dois anos, para eventuais apresentações de reservas a artigos do RSI que não comprometessem a sua implementação nos Estados Partes, o Regulamento entrou em vigor em junho de 2007 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005; FIDLER e GOSTIN, 2006).

O RSI (2005) compreende uma série de procedimentos relacionados ao processo de notificação e verificação de eventos que impliquem risco de propagação internacional de doenças e à adoção de medidas de controle frente a estes riscos. O foco do RSI (2005) está relacionado ao que foi denominado de **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional**, entendido como: “evento² extraordinário, o qual é determinado, como estabelecido neste regulamento:

2 “Evento significa a manifestação de uma doença ou uma ocorrência que cria um potencial para doença.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. p. 7). Estes eventos não são restritos à ocorrência de doenças transmissíveis, mas compreendem também riscos de natureza química e radionuclear.

- Por constituir um risco de saúde pública para outro Estado por meio da propagação internacional de doenças.
- Por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. p. 9).

Para a análise de um evento e classificação enquanto emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), os Estados Parte devem utilizar um instrumento de decisão (algoritmo) para a análise de cada evento, considerando todas as informações que permitam caracterizar se estão presentes as seguintes características: impacto em saúde pública; se o evento é inusitado ou inesperado; potencial para disseminação internacional; possibilidade de restrição internacional ao comércio ou às viagens internacionais. Caso o evento cumpra pelo menos dois destes critérios o evento deve ser comunicado à OMS em prazo de 24 horas.

Os eventos que deverão ser avaliados compreendem desde doenças específicas até aquelas que serão avaliadas independentemente de sua classificação prévia enquanto doença específica. Para as doenças específicas, serão adotadas duas formas de avaliação: para as doenças como varíola, poliomielite por vírus selvagem, influenza humana causada por novo subtipo de vírus e SARS, a notificação à OMS se dará compulsoriamente, independente da sua forma de ocorrência na população; para outras doenças que sob determinadas condições tem apresentado um maior risco de disseminação internacional, deve-se aplicar sempre o algoritmo quando da ocorrência de casos ou surtos, para avaliar se cumprem os critérios estabelecidos para notificação.

A partir da análise, classificação e notificação de um evento de saúde pública pelos países à OMS, serão analisadas todas as informações conjuntamente sobre este evento (OMS e autoridade sanitária do país afetado), em caráter confidencial. Para auxiliar este processo, a OMS poderá contar com a participação do Comitê de Emergência, com a participação do país afetado, para uma definição sobre se este evento constituiu uma ESPII. Caso o evento seja classificado como uma ESPII, será definida a necessidade de adoção de medidas a serem aplicadas pelo país afetado e/ou pelos demais países para evitar a propagação internacional de doenças. Estas medidas devem ser menos restritivas possíveis ao fluxo internacional de pessoas, bens e mercadorias, bem como ao comércio internacional, e devem respeitar as questões relacionadas aos direitos das pessoas.

Deve-se destacar que, diferente da forma atual de notificação de doenças, que exige a comunicação oficial, pela autoridade sanitária do país afetado, da ocorrência de uma doença em seu território, a OMS poderá levar em conta fontes não oficiais de informação para conhecimento dos eventos que poderiam constituir uma ESPII. Nesta situação, a OMS deverá consultar preliminar e confidencialmente o país onde possivelmente esteja ocorrendo o evento, para confirmar a informação.

Para que os países possam cumprir com as novas estratégias de vigilância e resposta às emergências de saúde pública, o RSI (2005) estabeleceu a necessidade do aperfeiçoamento de capacidades básicas para detectar, avaliar, notificar, comunicar e responder às ESPII. Estas capacidades deverão ser alcançadas por todos os Estados Parte até o ano de 2012 (podendo haver uma prorrogação de mais dois anos), incluindo aquelas em pontos de entrada internacionais.

Como linha de base para avaliar o cumprimento deste procedimento do RSI, o Anexo 1 estabelece que no período de dois anos após a entrada em vigor, ou seja, entre 2007 e 2009, cada Estado Parte deveria avaliar suas capacidades existentes, para definição das necessidades de aperfeiçoamento visando alcançar os níveis requeridos para detecção e resposta a uma ESPII. Essa avaliação deveria compreender os níveis nacionais, intermediários e locais, relativo às atividades de vigilância e resposta de saúde pública, incluindo os pontos de entrada internacional.

No ano de 2008, uma Resolução da 61ª Assembleia Mundial da Saúde definiu os critérios básicos para a informação pelos Estados Partes e Diretora Geral da OMS sobre a implementação do RSI, conforme previsto no artigo 54º do RSI (2005), estabelecendo a periodicidade anual para essa informação à Assembleia (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2008). Para a elaboração do informe anual à OMS, a partir de 2008, a OMS iniciou a coleta de informações dos Estados Parte sobre a implementação do RSI em seus territórios, por meio dos pontos focais nacionais, utilizando um instrumento desenvolvido por essa Organização e vem apresentando os informes anualmente à Assembleia Mundial de Saúde, sendo o último apresentado à Assembleia em maio de 2011 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2011).

Com o objetivo de organizar a implementação do RSI (2005) nos países, foi estabelecido que cada Estado Parte designe o Ponto Focal Nacional, que é um órgão central definido como representante para os propósitos previstos nesse Regulamento. As funções previstas para o Ponto Focal são: estabelecer comunicação com os Pontos de Contato da

OMS para o RSI (2005), em nome do Estado Parte, para classificação e notificação de eventos com ocorrência no território nacional que podem representar uma ESPII; estabelecer comunicações urgentes relativas à implementação do RSI (2005); disseminar informações relativas à implementação do RSI (2005) no país aos setores administrativos relevantes, assim como consolidar as informações deles oriundas, incluindo os setores responsáveis pela vigilância epidemiológica, postos de fronteira, serviços de saúde pública e outros órgãos.

Como visto, o RSI (2005) estabelece profundas modificações nos processos mundiais de monitoramento, vigilância e resposta à problemas de saúde, que impliquem risco de disseminação ou propagação internacional de doenças. Essas modificações tem implicado ainda a necessidade de aperfeiçoamento dos processos e estruturas dos organismos nacionais de saúde pública de todos os Estado Parte, assim como nos mecanismos de coordenação global para resposta às ESPII. Se por um lado, é cedo para avaliar efetivamente quais os avanços alcançados no aperfeiçoamento dos organismos nacionais de saúde pública – o que deve se tornar mais explícito a partir de 2012, quando todos deverão apresentar o nível de cumprimento no alcance das capacidades básicas estabelecidas – por outro, já existe uma experiência no enfrentamento concreto de uma pandemia, que permite avaliar o nível de desenvolvimento do sistema global de vigilância e resposta, coordenado pela OMS, e o funcionamento do RSI para o seu enfrentamento.

3 O funcionamento do RSI (2005) e a resposta global à pandemia de influenza

A 61^a Assembleia Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2008) definiu a realização de uma revisão do funcionamento do RSI (2005), conforme previsto na própria Resolução que o adotou. A ocorrência da pandemia de influenza iniciada em 2009 trouxe a oportunidade de que esta revisão leva-se em conta o enfrentamento de uma emergência de saúde pública concreta. Dessa forma, a OMS instalou o comitê de revisão em abril de 2010, que deveria cumprir

os seguintes objetivos: revisão do funcionamento do RSI (2005) em resposta à pandemia e outros eventos de importância internacional; analisar a resposta global à pandemia e identificar lições para o fortalecimento da preparação e resposta frente à futuras pandemias e emergências de saúde pública.

O Comitê foi composto por membros previamente designados pelos Estados Parte e pela OMS para compor um Painel de Especialistas, representando todas as regiões administrativas da Organização e diversas especialidades de áreas relacionadas ao RSI (2005). A nomeação do Comitê, conforme estabelece Regulamento da própria OMS, é de atribuição exclusiva da Diretora Geral e a ela deveriam ser entregues os resultados de sua revisão para apresentação à Assembleia Mundial da Saúde. Para a execução do seu trabalho o comitê contou com acesso a todos os documentos disponíveis pela OMS ou solicitados especificamente para este fim e realizou entrevistas com diversas organizações governamentais e não governamentais, além de informantes chave selecionados pelo próprio Comitê.

O Comitê apresentou as seguintes conclusões: a) a adoção e implementação do RSI pelos países e pela OMS contribuíram para uma melhor preparação global para enfrentar as emergências de saúde pública, embora as capacidades básicas previstas no Regulamento não tenham sido plenamente alcançadas, nem havia indicação, naquele momento (meados de 2011), de que seria alcançada por todos os países até 2012; b) Em relação ao papel desempenhado pela OMS durante a pandemia se identificou que esta Organização apresentou um bom desempenho, ainda que com algumas deficiências, em função de algumas dificuldades sistêmicas que teve de enfrentar; por outro lado, tendo em conta que o Comitê também analisou as críticas presentes em publicações internacionais e na mídia, que surgiram durante o período de trabalho do Comitê, este não identificou nenhuma evidência de ato ilícito por parte da OMS na adoção de recomendações durante a pandemia (especialmente referentes ao uso de antivirais e vacinas); ainda assim, identificou alguns problemas nos procedimentos adotados pela OMS, como por exemplo, relativos aos membros designados para Comitês e aos possíveis conflitos de interesse; c) o mundo estava mal preparado para responder a uma pandemia grave de influenza ou qualquer emergência de saúde pública que representasse uma ameaça semelhante de alcance global e sustentada. Identificou ainda que mais além da implementação das capacidades básicas previstas no RSI (2005), a preparação mundial poderia ser aperfeiçoada mediante

a investigação, a utilização de um planejamento multisetorial, o fortalecimento dos sistemas de prestação de assistência à saúde, o desenvolvimento econômico dos países com baixo e médio ingresso e a melhoria da situação sanitária nos países (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2011a).

O Relatório do Comitê inclui ainda 15 recomendações, tendo finalizado seu trabalho em março de 2011. O relatório foi apresentado pelo Secretariado da OMS e aprovado na Assembleia Mundial da Saúde, em maio deste ano. Como existem recomendações para a OMS e para os países, visando o aperfeiçoamento na preparação para possíveis emergências de saúde pública, este documento representa um marco para a avaliação e o desenvolvimento de ações pelos organismos nacionais e internacionais de saúde pública, incluindo o fortalecimento de suas capacidades básicas previstas no RSI (2005).

4 Implicações do RSI (2005) para os organismos de saúde pública nacionais e internacionais

O RSI (2005) estabelece a necessidade de fortalecer mecanismos de cooperação internacional entre os países, não somente para o aperfeiçoamento das capacidades básicas previstas neste Regulamento, como também em situações de enfrentamento de emergências de saúde pública de importância internacional. Desde a pandemia de SARS (2002-2003) até a pandemia de influenza a cooperação internacional entre os países e a colaboração de organismos internacionais, especialmente a OMS, foram fundamentais para a otimização de estruturas e processos de vigilância e resposta, com consequente melhor oportunidade, eficiência e efetividade na resposta às emergências.

A constituição de redes internacionais de saúde pública representa umas dessas estratégias, que tem a finalidade de integrar e aperfeiçoar esta resposta, como a rede coordenada pela OMS, *Global Outbreak Alert and Response* (GOARN). Na América do Sul existem duas organizações que também funcionam sob a forma

de rede de vigilância: a Rede Andina de Vigilância Epidemiológica (RAVE), que compreende os países da Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela; e no MERCOSUL, por meio da Comissão de Vigilância em Saúde, compreendendo Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. Em 2006 foi definido pela constituição de uma rede de Vigilância e Resposta em Saúde Pública do Conselho de Saúde da União dos Países Sul Americanos (UNASUL), que tem permitido a integração das redes existentes e a adoção de ações conjuntas por todos os países da região na preparação e resposta às emergências de saúde pública na região.

No Brasil vem sendo desenvolvida uma série de atividades para o fortalecimento da capacidade nacional para detectar, prevenir e controlar emergências de saúde pública, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde. Somadas às iniciativas estaduais e municipais, busca-se dotar o país com um nível mais adequado de proteção à população para estas emergências.

Desde março de 2006, encontra-se em funcionamento o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS) que tem a função de detectar emergências de saúde pública, propiciar o gerenciamento de informações sobre estas emergências e coordenar resposta apropriada pelo Ministério da Saúde (MS). Constituído no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), o CIEVS representa o ponto focal para o RSI (2005) realizando contato cotidiano com a OPS/OMS para comunicação sobre possíveis emergências de saúde pública que ocorrem no país, assim como receber e disseminar informações sobre emergências que ocorrem em outros países e sobre a implementação global do RSI.

Em cumprimento ao RSI (2005), o Ministério da Saúde realizou a avaliação de suas capacidades básicas de acordo com o Anexo 1 do RSI (2005), com a colaboração do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, com o objetivo de identificar a situação dos serviços de saúde pública para detecção e resposta às emergências de saúde pública, apontar as necessidades de aperfeiçoamento e identificar prioridades para investimento futuro. Esta atividade foi concluída em junho de 2009 e compreendeu os três níveis de atenção da rede de vigilância e resposta. A partir da avaliação das capacidades básicas previstas no RSI (2005), foi elaborado o Plano Diretor para o Fortalecimento das capacidades de preparação e resposta frente às emergências de saúde pública, concluído em novembro de 2010. No presente ano estão sendo elaborados Planos Estaduais, utilizando as linhas de ação previstas no Plano Nacional, o que permitirá ao país uma melhor identificação de

ações, estratégias e recursos necessários para o fortalecimento de sua capacidade para responder as emergências de saúde pública.

No campo legislativo, a SVS/MS em colaboração com o Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública – USP, a partir da revisão da legislação sanitária brasileira, identificou a necessidade de atualizar a Lei que criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei n. 6259). De acordo com esta análise, considerou-se necessário dotar os órgãos de saúde pública, em seus âmbitos de competências, de instrumentos jurídicos que possibilitem ou facilitem a adoção de medidas para prevenir e controlar a disseminação e propagação de doenças em nível nacional. Estes instrumentos seriam úteis na eventualidade da ocorrência de uma emergência de saúde pública, na medida em que incluiriam medidas que podem ser adotadas para seu enfrentamento.

Ainda que este diagnóstico também estivesse baseado na experiência internacional pós implementação do RSI (2005) (CARMO, 2007; TRUCHET, 2007; MONDIELLI, 2007; PITCHO, 2007), que considerava necessária a atualização das legislações nacionais face ao novo Regulamento, outras publicações recentes tem evidenciado que não há um consenso na comunidade científica nacional, especialmente no que se refere à adoção de medidas que possam implicar restrições às liberdades individuais (AITH; DALLARI, 2009; TEIXEIRA et al, 2009).

5 Conclusão

O Regulamento Sanitário Internacional além de estabelecer regras e procedimentos comuns aos Estados Parte e à Organização Mundial da Saúde para atuação frente a uma emergência de saúde pública, tem implicado no aperfeiçoamento das capacidades dos organismos nacionais e internacionais de saúde pública e no fortalecimento das cooperações entre estes organismos. Ao estabelecer o compromisso, pela primeira vez na história da saúde pública mundial, de avaliar, monitorar e promover o nível de desenvolvimento destas capacidades, a implementação do RSI (2005) em cada país, poderá propiciar maior proteção de sua população frente aos riscos de saúde pública com potencial de propagação internacional de doenças.

As experiências da SRAS, influenza pelo vírus H1N1 pandêmico e, mais recentemente, o acidente nuclear no Japão e a epidemia pela bactéria *E.coli* originada na Alemanha, devem ser apreendidas em todos seus aspectos positivos e negativos. Menor transparência nas informações, restrições desnecessárias sobre o trânsito internacional de viajantes, bens e mercadorias e pouca cooperação entre países, observadas em algumas destas emergências, são algumas das medidas adotadas pelos países que não tem relação com o RSI (2005). Por outro lado, o RSI favorece a cooperação internacional, o fluxo contínuo de informações, a adoção de mecanismos adequados de comunicação e de medidas apropriadas em pontos de entrada internacionais. Em conjunto com a melhoria das capacidades nacionais para detecção e resposta às emergências de saúde pública, o RSI (2005) deve ser visto além de um compromisso internacional, mas como uma oportunidade para a promoção da saúde pública global.

Referências

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância em Saúde no Brasil: Os desafios dos riscos sanitários do século XX1 e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.10, n. 2, p.94-125, 2009.

CARMO, Eduardo Hage. Regulamento Sanitário Internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, p: 61 – 64, 2007.

CARMO, Eduardo Hage. Preparação para emergências de saúde pública no Brasil. In: COSTA, Alexandre Bernardino et alli (Org.). *Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/ UNB, 2008.

FIDLER, David P.; GOSTIN, Lawrence O. The new International Health Regulations: An historic development for international law and public health. *Journal of law, medicine and ethics*. p. 85 – 94, 2006.

MENUCCI, Daniel Lins. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 7, n. 1-3, p. 54-87, 2006.

MONDIELLI, Eric. Breves considerações sobre as especificidades das normas sanitárias internacionais de forma geral e particular do Regulamento Sanitário Internacional. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, vol. 8, n. 1, p: 118-150, mar – jun 2007.

PITCHO, Benjamin. A saúde na sociedade global. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 65-92, mar - jun 2007.

TEIXEIRA, Maria Gloria et al. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.10, n. 2, p.126-144, 2009.

TRUCHET, Didier. A experiência francesa. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 1, 2007.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Revision of the International Health Regulations, WHA58/3. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf> Acesso em: 31 out.2011.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Implementation of the International Health Regulations (2005), WHA61/2. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-en.pdf> Acesso em: 31out.2011.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Implementation of the International Health Regulations (2005), WHA 64/9. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_9-en.pdf> Acesso em: 31 out.2011

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009. WHA64/10. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf>Acesso em: 31 out.2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Health Regulations*. 2nd Ed. Geneva, World Health Organization, 2008.

ÉTICA SANITÁRIA

Bioética e direito à saúde: dilemas

Swedenberger Barbosa¹

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem dois importantes desafios para o século XXI: consolidar sua inclusão efetiva no rol dos direitos humanos, por meio das políticas públicas integrais e estabelecer seu marco conceitual e interventivo no campo bioético. O primeiro é um desafio que busca superar graves problemas vividos no passado. O segundo é um desafio que se impõe diante das perspectivas abertas pela revolução no campo da pesquisa científica e tecnológica. A conjunção de ambos mostra a complexidade das tarefas do presente.

Considera-se que desafios semelhantes podem ser vislumbrados em outros países da América Latina, em especial os que compõem o MERCOSUL, onde ações e políticas a serem traçadas conjuntamente deverão ter importância para a população da região. São considerados elementos essenciais para uma correta intervenção no debate e nas ações os “determinantes sociais da saúde”. Ao mesmo tempo, uma consciência sanitária que envolva todos os atores sociais (governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e comunidade) transforma as questões da saúde e seus eventuais conflitos em direitos de cidadania.

É fundamental, para enfrentar tais dilemas, desenvolver ações e serviços orientados pelo conhecimento da realidade de saúde das mais diversas localidades. Além disso, se faz necessário buscar maior resolutibilidade em suas práticas, aliado à construção de uma “consciência sanitária”, envolvendo as comunidades, os gestores e os profissionais do Sistema Único de Saúde.

O objetivo deste texto é, portanto, apresentar parâmetros para a discussão da saúde a partir de fundamentos éticos das ações e políticas de saúde pública, tomando como referencial a bioética de intervenção.

¹ Mestre em Ciências da Saúde pela UnB.

1 O sentido da bioética

A palavra bioética deriva do grego, podendo ser entendida como o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, à luz de valores e princípios morais (REICH, 1995).

A bioética projetou-se em contexto acadêmico internacional a partir da publicação do livro *Bioethics: a bridge to the future*, do cancerologista Van Rensselaer Potter, em 1971 (POTTER, 1971). Posteriormente o Instituto Kennedy de Ética, da Universidade de Georgetown, Estados Unidos da América (EUA), reduziu a formulação original de Potter aos temas biomédicos e biotecnológicos.

Finalmente, a bioética consolidou-se nos anos 1980 e 1990 com os congressos mundiais de bioética e a fundação da *International Association of Bioethics* (IAB) (1992) (GARRAFA, 2005).

No Brasil, em 1996, foi criada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10 de outubro de 1996. Hoje, o país conta com mais de 600 Comitês Locais de Ética em Pesquisa (CEPs). Em 2003, a UNESCO decidiu iniciar a construção de uma Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, nos moldes de duas outras iniciativas imediatamente anteriores: a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (1997) e a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos (2003). Homologada por unanimidade dos 191 países participantes da UNESCO, em Paris, França, em 19 de outubro de 2005 (UNESCO, 2005), seus objetivos enquadram-se como grandes linhas de orientação das ações que devem ser buscadas com relação aos países que a subscreveram, quais sejam:

- a. Proporcionar um enquadramento universal de princípios e procedimentos que orientem os Estados na formulação da sua legislação, das suas políticas ou de outros instrumentos em matéria de bioética.
- b. Orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas, públicas e privadas.
- c. Contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres

humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos.

- d. Reconhecer a importância da liberdade de investigação científica e dos benefícios decorrentes dos progressos da ciência e da tecnologia, salientando ao mesmo tempo a necessidade de que essa investigação e os consequentes progressos se insiram no quadro dos princípios éticos enunciados na presente Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais.
- e. Fomentar um diálogo multidisciplinar e pluralista sobre as questões da bioética entre todas as partes interessadas e no seio da sociedade em geral.
- f. Promover um acesso equitativo aos progressos da medicina, da ciência e da tecnologia, bem como a mais ampla circulação possível e uma partilha rápida dos conhecimentos relativos a tais progressos e o acesso partilhado aos benefícios deles decorrentes, prestando uma atenção particular às necessidades dos países em desenvolvimento.
- g. Salvaguardar e defender os interesses das gerações presentes e futuras.
- h. Sublinhar a importância da biodiversidade e da sua preservação enquanto preocupação comum à humanidade.

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO representou um grande avanço, sobretudo por (re)construir um paradigma da bioética que leva em conta as questões sanitárias, sociais, culturais e ambientais, em correspondência com as questões biomédicas e biotecnológicas, indo ao encontro da formulação original de Potter. A influência dessas formulações de carácter mais amplo, levadas fortemente pelos integrantes dos países em desenvolvimento, especialmente os representantes dos países latino-americanos, encontrou respaldo no fórum da UNESCO e tem servido como importante referência no mundo em relação ao campo de abrangência da bioética.

No que se refere à introdução de tratamentos baseados em novas práticas médicas e no uso de recursos biotecnológicos inovadores, um dos princípios da Declaração é a de que haja pleno respeito à autonomia das pessoas submetidas a essas opções. Particular zelo é indicado às pessoas incapazes do exercício de sua autonomia, que devem ter seus direitos protegidos e seus interesses preservados.

2 Por uma bioética latino-americana

Pessini e Barchifontaine (2007) consideram que a bioética latino-americana possui um viés distinto da bioética anglo-americana. Conceitos culturalmente fortes como justiça, equidade e solidariedade deverão ocupar na América Latina um lugar similar ao assumido pelo princípio da autonomia nos Estados Unidos. Refletindo sobre esta nova realidade pós-Declaração e analisando a situação dos países do Hemisfério Sul, os autores afirmam que o grande desafio da bioética latino-americana é corrigir os exageros de outras perspectivas, resgatar e valorizar a cultura latina, no que lhe é único e singular, o que seria uma visão verdadeiramente alternativa e enriquecedora do diálogo multicultural. Desponta nessa perspectiva a “bioética cotidiana” e a defesa da dignidade da pessoa e respeito aos direitos humanos, com a prevalência do interesse público e do bem-estar de todos. Isto reforça a saúde como uma necessidade para a atuação do poder público.

Os imperativos bioéticos estabelecidos impõem que a intervenção médica, seja de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, só seja realizada mediante prévio consentimento, proporcionando às pessoas a liberdade de escolha e o mais amplo esclarecimento sobre os procedimentos a serem utilizados e as consequências conhecidas ou possíveis a esse respeito.

3 O Princípio da Equidade e suas consequências bioéticas

Um dos princípios bioéticos que apresenta uma maior complexidade de desafios é o da equidade. Exige-se a primazia da igualdade em dignidade e em direitos, o que demanda tratamento justo e equitativo. Tal aspecto destaca a discussão sobre o financiamento à saúde, a cobertura de sua prestação assistencial e a qualidade dos serviços oferecidos. Decorrem também dos princípios bioéticos a necessidade de evitar discriminação ou a estigmatização, o respeito ao pluralismo e à diversidade, a solidariedade e a cooperação em saúde entre os governos. A adoção dos Princípios

bioéticos da Declaração Universal da UNESCO (2005), como a igualdade, liberdade e autonomia, justiça e equidade, respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, é essencial para construir a ponte entre os Direitos Humanos, os Determinantes Sociais da Saúde e a bioética.

Inúmeras abordagens buscam uma relação entre a dignidade humana e a ética. Uma das mais profícuas abordagens parte da análise *da ética da responsabilidade*, com base na construção teórica do filósofo Hans Jonas, que qualificou três dimensões éticas: a ética individual: aquela que diz respeito ao papel e aos compromissos que cada um de nós deve assumir frente a si mesmo e aos seus semelhantes, seja em ações privadas ou públicas, singulares ou coletivas; a ética da responsabilidade pública: que diz respeito ao papel e dever dos Estados Democráticos frente não só a temas universais como a cidadania e os direitos humanos, mas também ao cumprimento das cartas constitucionais de cada nação, principalmente no que se refere à saúde e vida das pessoas e a ética da responsabilidade planetária: que significa o compromisso de cada um de nós, cidadãos conscientes de cada país, bem como todas as nações, frente ao desafio que é a preservação do planeta, em respeito ao futuro dos que virão (JONAS, 1991).

No conjunto das reflexões éticas, ocupa lugar de destaque a ética da saúde, pois se preocupa com questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Assim, a ética da saúde pode ser vista como profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, já que o direito à vida é o primeiro deles (FORTES et al., 2006).

Pessini e Barchifontaine (2000) analisam que a bioética no final da década de 1990 estava ampliando seu escopo de abrangência, retornando às ideias e formulações originais de Potter. Entravam em cena com mais vigor os direitos humanos, as ciências sociais e humanas. Dessa forma, iniciava-se o que eles chamam de bioética da saúde da população, caracterizada, naquele momento, segundo os autores, por várias questões que serão relacionadas:

- A perda do lugar central ocupado pela medicina de alta tecnologia, com o enfoque central passando das questões relativas ao avanço biotecnológico em direção aos determinantes da saúde. Tais determinantes compreendem os elementos vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural. A discussão sobre

os DSSs considera variáveis como crescimento populacional, fecundidade, mortalidade, migrações, urbanização, estrutura do mercado de trabalho, distribuição de renda e educação.

- Dentre os determinantes da saúde, figura o acesso aos serviços de saúde e à tecnologia neles incorporada.
- Ênfase nos cuidados à saúde, com a preocupação não apenas para quem tem acesso a determinados serviços sanitários, mas também para quem adoece ou não e o quão equitativa se mostra esta relação.
- A necessidade de um novo marco conceitual que, se apropriando de conceitos e teorias de outros campos do conhecimento humano, dê conta das demandas de reflexão geradas por esta bioética da saúde das populações.

É fato que a bioética tem se mostrado cada vez mais um instrumento legítimo e eficiente para a análise crítica da moralidade das políticas públicas na área da saúde e para as tomadas de decisão, eticamente justificadas, por ações de saúde que garantem, em princípio, a distribuição equânime, socialmente justa, dos recursos disponíveis para as várias populações necessitadas.

Um problema crucial está em assegurar que a cobertura, tanto em termos de quantidade como de qualidade dos serviços oferecidos, não prejudique o atendimento das necessidades de saúde das populações mais vulneráveis. Ao se confrontar com esse tipo de problema, a Bioética da Saúde Pública tem enfrentado um difícil desafio: o de equacionar uma série de valores e interesses legítimos pertencentes a um bem considerado essencial (a saúde) e outros bens considerados *prima facie* igualmente legítimos, tais como o exercício responsável da autonomia individual, o direito à *segurança* e à *proteção* pessoal, o direito à informação qualificada, à cultura e à educação, entre outros (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

4 A bioética e suas situações emergentes e persistentes

A bioética envolve questões polêmicas, intrincadas com problemas de ordem moral, filosófica e religiosa, entre outras. Relaciona-se, ao mesmo tempo, com as obrigações do Estado e os direitos dos cidadãos.

Dessas relações da bioética, destaca-se uma questão: o respeito aos direitos humanos em sua dimensão universal, tendo como pressuposto a dignidade humana.

Entende-se, portanto, que a aprovação da Declaração Universal de Direitos Humanos, pela ONU, em 1948, resumidamente, explicitou a existência de uma dignidade essencial e intrínseca, inerente à condição humana. Também se pode extrair do texto que o direito à saúde e vários outros ali dispostos na Declaração traduzem o compromisso dos países com a universalidade do direito à saúde.

Bastaria, nesse caso, observar-se o artigo XXV da Declaração, assim escrito:

- 1) Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Nesse caso, há que se ressaltar, positivamente, o fato do referido direito à saúde no Brasil constituir-se legalmente como obrigação do Estado e direito de todos os cidadãos, mediante um Sistema de Saúde (SUS), descentralizado, universal, integral e com participação da sociedade.

No aprofundamento dessas relações e responsabilidades individuais e coletivas, públicas e privadas e para melhor compreensão das áreas temáticas propriamente ditas e relacionadas à bioética, Garrafa e Porto (2003) a classificam em dois campos claros de atuação: a bioética das situações emergentes e a bioética das situações persistentes.

Em relação à bioética das situações emergentes que Berlinguer (2004) chama de limites ou fronteiras, essa estaria ligada principalmente aos temas surgidos mais recentemente e que são derivados do grande desenvolvimento biotecnocientífico experimentado nos últimos 50 anos.

Pode-se citar a esse respeito o projeto do genoma humano e todas as situações relacionadas com a engenharia genética, incluindo a medicina preditiva e a terapia gênica; as doações e os transplantes de órgãos e tecidos humanos, com todas suas interferências que se refletem na vida e na morte das pessoas na sociedade e a relação com as listas de espera e o papel controlador do Estado; o tema da saúde reprodutiva, compreendendo a fecundação assistida, a seleção e o descarte de embriões, a eugenia (escolha do sexo e características físicas do futuro do bebê) e as mães de aluguel; as questões relacionadas à biossegurança; as pesquisas envolvendo seres humanos e seu controle ético, entre outros.

No que se refere às situações persistentes que Berlinguer denomina de cotidianas, essas abrangem todas as situações que se relacionam à exclusão social, como as discriminações de gênero, raça e outras; os temas da equidade, da universalidade e da alocação de recursos, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde e na vida das pessoas e comunidades; o aborto e a eutanásia.

5 Bioética no Estado brasileiro

No âmbito do Estado brasileiro, a bioética tem interface direta com as atividades dos Três Poderes da República.

No Poder Executivo, perpassa a atuação de inúmeros órgãos do Estado. Relaciona-se principalmente aos Ministérios da Saúde, ao da Ciência e Tecnologia e à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Também apresenta importantes interfaces com Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Secretarias da Mulher e Igualdade Racial. No Ministério da Saúde, sua relação com a bioética está fortemente concentrada na área de ciência e tecnologia e se estrutura por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (conforme o Decreto n. 5.841/2006, art. 24).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão de controle social do SUS, exerce articulação direta com a bioética, na medida em que dispõe sobre a regulação e gestão do sistema nacional de avaliação da ética em pesquisa com seres humanos, por meio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Resolução CNS n. 196/96).

No Poder Legislativo, encontra-se em tramitação, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei n. 6.032/2005, enviado pela Presidência da República, propondo a criação do Conselho Nacional de Bioética em sua estrutura. Esse Conselho deverá se pronunciar acerca de questões essenciais dos campos da biotecnociência (células tronco e novas tecnologias reprodutivas, por exemplo), da saúde (acesso a novas tecnologias e medicamentos) e da vida humana em geral (aborto, término da vida, exclusão social, pobreza). A institucionalização da bioética, por meio de leis e normas infraconstitucionais, já havia ocorrido em outras ocasiões. Como exemplo, menciona-se a aprovação da Lei de Biossegurança e da criação da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBIO), vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT).

Para além do arcabouço normativo, a questão da bioética tem sido objeto de uma intensa atividade judicial. Em particular o Supremo Tribunal Federal tem interpretado e decidido a respeito de temas como o aborto, a eutanásia ou o uso de células tronco-embriônicas de embriões humanos em pesquisas (BARBOSA, 2010). Pode-se destacar um caso recente envolvendo a Suprema Corte do País. O STF fez uma análise não apenas jurídica, mas bioética ao aprovar, em maio de 2008, pesquisas com células tronco-embriônicas, mantendo as condições definidas pela Lei n. 11.105, de 24/03/2005 – Lei de Biossegurança (BARBOSA, 2010).

A decisão do STF é exemplo da mediação de uma questão polêmica, relativizando dogmas que pareciam dominar o debate (BARBOSA, 2010). Foi um importante passo na ordenação jurídica do país e incluiu definitivamente o pluralismo moral e outros conceitos bioéticos ao interpretar a Constituição Federal, sobretudo nos aspectos referentes ao respeito à vida humana e sua relação com a ciência.

Os temas de natureza bioética suplantam a preocupação apenas do Estado. São temas que dizem respeito ao cidadão e ao conjunto da sociedade. Por isso, a participação social é decisiva no processo de formulação, aprovação, implementação, execução e avaliação das políticas públicas também nessa área. A participação permite que setores da sociedade civil organizada atuem para a real melhoria de

sua condição de vida e de sua influência nos rumos dessas políticas; ainda pode possibilitar a efetivação das políticas e sua continuidade ao longo de diferentes governos; incide sobre o elemento de estabilidade às ações que devem ter continuidade e prioridade por parte dos governos nos diferentes níveis; insere-se num processo de construção permanente da cidadania; contempla uma lógica na qual a sociedade ocupa espaços onde seus interesses estejam sendo discutidos e permite que sejam abertos fóruns de discussão nos quais as polêmicas possam apresentar-se legitimamente, exercer o contraditório e publicizar-se mais amplamente. Isto deverá ser feito à luz de uma visão bioética, em que se discuta a saúde como direito, o papel do Estado para garantir esse direito e como a sociedade participa ou acompanha esses movimentos.

Uma nova sociedade ética só é possível com uma nova sociedade civil. Esse é, então, um grande desafio dos governos: fomentar o desenvolvimento de uma nova sociedade civil, sem instrumentalizá-la. Na área da Saúde, o controle social das políticas, fruto da participação da sociedade civil em conferências, Conselhos e outros fóruns, é imprescindível para que se consolide um Sistema de Saúde integral, igualitário, de acesso universal e equânime.

Essa mudança, portanto, aparentemente simples, envolve uma visão de trabalho multiprofissional, uma concepção de integralidade das políticas e ações de saúde, conforme apregoa o SUS. Pode ser dado como exemplo da construção dessa mudança: a área da saúde bucal no contexto das políticas e programas que compõem o SUS. Inúmeros outros exemplos também poderiam ser analisados, sob a ótica bioética, como a assistência farmacêutica, os critérios para uso de Unidades de Terapia Intensiva, a organização e o funcionamento da central de transplantes de órgãos.

6 Bioética de intervenção: exemplo do programa de saúde bucal

No Brasil, como já foi dito, a Saúde é constitucionalmente definida como direito de todos e dever do Estado. Abalizada pelo referencial da bioética de intervenção na saúde (como direito), pretende-se

um olhar sobre a política de saúde bucal do Governo Federal e sua implementação no país.

Um bom exemplo são os estudos de Gonçalves e Garrafa (GONÇALVES, 2009; GONÇALVES; RAMOS e GARRAFA, 2010) sobre o trabalho do cirurgião-dentista na estratégia do Programa “Saúde na Família” (PSF).

Com base em entrevistas a gestores municipais e cirurgiões-dentistas, foram analisadas as rotinas de acesso ao serviço, os serviços de referência, o estabelecimento de vínculo, a participação popular e o controle social.

A primeira rotina assistencial analisada foi o acesso ao atendimento odontológico, que segue as conhecidas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal por linhas de cuidado e por condição de vida, com objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças e efetivar a inserção transversal de saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde, a seguir descritas: 1) por linha de cuidado, prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, do adolescente, do idoso; 2) por condição de vida, compreende a saúde da mulher, do trabalhador, dos portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ou seja, para alcançar o compromisso da intervenção governamental com esta amplitude e abrangência, vários são os dilemas encontrados entre a bioética e o direito universal à saúde, considerando os princípios do SUS e as diretrizes do PSF. Destacam-se aqui a questão do acesso ao atendimento universal e com equidade, a integralidade da assistência, sua intersetorialidade e o controle social da Política.

Como efetivar os direitos diante das limitações institucionais, recursos escassos, a definição das prioridades e, em consequência, a não aplicação integral do direito à saúde?

Estas e outras questões, analisadas bioeticamente, indicam dilemas e opções a serem adotadas.

Ao determinar o acesso prioritário a bebês, escolares até 10 anos, gestantes e idosos, a assistência odontológica do município respeita essa diretriz e a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual as políticas e os sistemas públicos de saúde devem tentar alcançar a equidade considerando as diferenças nas

condições sociais e sanitárias das pessoas. Para alcançar esse objetivo, as ações desenvolvidas são direcionadas a eliminar, ou ao menos reduzir ao mínimo possível, as diferenças iníquas que existem entre os grupos humanos de diferentes níveis sociais (GONÇALVES; RAMOS e GARRAFA, 2010, p. 230).

No entanto, ao priorizar esse grupo, ocorre a exclusão ou, no mínimo, a maior dificuldade do acesso dos adultos normais – homens, mulheres não gestantes em idade adulta e adolescentes. O não atendimento pleno agrava os problemas existentes e eleva os casos de urgência, levando ou a perdas dentárias ou, como é óbvio supor, a pressão para que se busque o atendimento privado, que nem sempre representa uma opção para a maioria das pessoas. A população não atendida acaba se tornando também vulnerável, isto é, tais pessoas só entrarão na prioridade da Política Nacional de Saúde Bucal quando estiverem incluídas nos casos de dor, infecção e sofrimento (GONÇALVES; RAMOS e GARRAFA, 2010, p. 230). A situação ganha contornos preocupantes também no que se refere ao tratamento especializado.

Nesse sentido, uma bioética de intervenção requer uma visão ampliada da bioética, comprometida com o social, com o objetivo de diminuir disparidades e, para tanto, essa visão tem que ser crítica e politizada (GARRAFA, 2009; BARBOSA, 2010). Tais parâmetros interventivos puderam ser analisados no estudo de Gonçalves (2009) sob três aspectos essenciais: o vínculo, a construção de uma consciência sanitária e o empoderamento.

O vínculo é expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e resulta de responsabilidades assumidas pela equipe na forma de ações de acolhimento, com a devida qualidade da resposta dada ao usuário (GONÇALVES, 2009; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A construção de uma consciência sanitária concebe a busca da integralidade como direito a ser alcançado. E o conceito de empoderamento, por sua vez, estabelece-se com a participação livre e conquistada a partir de processos de luta e aprendizado coletivo.

O modelo desenvolvido em torno do Programa Saúde da Família demonstra o correto alinhamento aos princípios do SUS, presidindo seu desenho e implantação, a busca da universalidade da cobertura, a equidade no atendimento, incorporando os cuidados que tangem ao reconhecimento da diversidade e de desigualdade de condições, e o respeito aos direitos humanos.

A perspectiva da bioética de intervenção aplicada ao programa de saúde bucal do PSF, portanto, alinha princípios bioéticos ao correto entendimento dos desafios socioeconômicos e às mazelas estruturais que interferem diretamente nas rotinas do SUS.

Isso significa dizer que o correto enquadramento do programa, em termos de concepção e ampliação de sua cobertura, irá continuamente se chocar com dificuldades outras, decorrentes de problemas de financiamento, gestão, coordenação, dificuldades de acesso. Sua superação requer dos profissionais uma ética que os habilitem à percepção correta das possibilidades à sua disposição e dos fatores inibidores do fiel cumprimento de sua missão profissional. Em muitos casos, as situações irão exigir maior envolvimento dos profissionais num esforço de luta pelos direitos à saúde, seja na forma de maior cobrança sobre as autoridades responsáveis pelo setor, seja no esclarecimento aos pacientes a respeito das causas do bom atendimento ou de sua precariedade.

7 Conclusões

A implantação do SUS e da efetivação do direito universal à saúde, como direito humano, especialmente nos últimos anos, garantiu avanços importantes para a cobertura de saúde em parcela significativa da população brasileira, até então desassistida.

Há ainda desafios gigantescos no que se referem às ações e aos serviços ofertados, mas o conhecimento dos determinantes sociais que impõem características peculiares e distintas às comunidades e aos grupos sociais permite ao gestor público a busca por uma maior resolutibilidade das práticas de saúde empregadas.

A bioética está presente em todo esse debate e carrega um desafio central, que é o da construção de uma “consciência sanitária” capaz de garantir a dignidade humana frente às novas tecnologias em saúde, politizando a agenda social, de maneira que as questões da saúde pública, da biodiversidade, da miséria, entre outras, tenham relação com a autonomia, os direitos e decisões individuais. Com isto, acredita-se poder melhorar os comportamentos e os estilos de vida e envolver cada vez mais as comunidades, os gestores e profissionais com um Sistema Único de Saúde “bioético”.

Uma bioética interventiva, assentada em uma consciência sanitária crítica, permitirá o correto dimensionamento de seus determinantes sociais e o estabelecimento de tarefas que só podem ser cumpridas pelas próprias comunidades.

O modelo desenvolvido em torno do Programa Saúde da Família demonstra o correto alinhamento aos princípios do SUS, mas necessita de uma profunda análise da sua efetividade e eficácia, alinhando aspectos fundamentais como as mudanças epidemiológicas e demográficas em curso. Em outras palavras, a busca da universalidade de sua cobertura, a equidade no atendimento, deve considerar, cada vez mais, elementos de diversidade e de desigualdade de condições e o respeito aos direitos humanos.

Referências

ANJOS, M. F. Bioética: abrangência e dinamismo. *O Mundo da Saúde*, Centro Universitário São Camilo, Espírito Santo, v. 21, n. 1, p. 04-12, 1997.

BARBOSA, S. *A Bioética no Estado Brasileiro: situação atual e perspectivas futuras*. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

_____. A participação brasileira na construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. *Revista Brasileira de Bioética*– RBB, UNESCO, Brasília, n. 2, v. 4, p. 423-436, 2006.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1979.

BOBBIO, N. Gramsci e la concezione della società civile. In: ROSSI, P. *Gramsci e la cultura contemporanea*. Roma: Riuniti, 1969.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2010. p. 133-4.

_____. Decreto n. 99.438. Dispõe sobre a Organização e Atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 128, v. 152, p. 15.059-60, 8 ago. 1990.

_____. Lei n. 8.080. Lei Orgânica da Saúde – SUS. Dispõe sobre as Condições para a Promoção da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 128, v. 182, p. 18.055-59, 20 set. 1990.

_____. Lei n. 8.142. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do SUS e sobre Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 128, p. 25.694, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 147p.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, jan. 2004. 16p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos – O SUS que Queremos. *Manual da Conferência*. Brasília, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, 2003. 80p.

_____. Presidência da República. Decreto que institui a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 de março de 2006.

BUSS P.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMAPUM, R. F. Situação administrativa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). *Relatório ao Conselho Nacional de Saúde*, Brasília, 2010.

CARVALHO, A. I. Políticas Públicas e Saudáveis. In: BUSS, P. (Org.). *Promoção da Saúde – conceitos e práticas*. Organização Panamericana de Saúde, Brasília, 1999.

_____. Determinantes sociais da saúde, da doença e da intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CLOUSER, D.; GERT, B. A critique of principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 15, p. 219-236, 1990.

CNDSS. *Relatório “Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a. 216p.

CARVALHO, A. I de. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 136 p.

FABRIZ, D. C. *Bioética e Direitos Fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Org.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003.

GARRAFA, V. *De uma “bioética de princípios” a uma “bioética interventiva” – crítica e socialmente comprometida*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

_____. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP / Kellogg Foundation, 1995.

_____. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*- RBB, UNESCO, Brasília, n. 1, v. 2, p. 122-132, 2005.

_____. O novo conceito de bioética. In: GARRAFA, V., KOTTOW, M.; SAADA, A. (Org.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Editora Gaia /UNESCO, 2006. p. 9-15.

_____. OSELKA, G.; DINIZ, D. *Saúde pública, bioética e equidade*. Bioética Conselho Federal de Medicina, Brasília, v. 5, n. 1, p. 27-33, 1997.

GONÇALVES, E. R. *Em busca do profissional socialmente sensível: um estudo sobre o trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família sob o olhar da bioética de intervenção*. 2009. 197 f. Tese (Doutorado) – UFSC/PEN, Florianópolis, Santa Catarina, 2009.

GONÇALVES, E. R., RAMOS, F. R.; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). *Revista Bioética*, Conselho Federal de Medicina, Brasília, v. 18, n. 1, p. 225-239, 2010.

HOLANDA, A. B. de. *Mini Aurélio: minidicionário da língua portuguesa – escolar*. 4. ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. 790p.

HOSSNE, W. S.; ALBUQUERQUE, M. C. e GOLDIM, J. R. In: FABRI, M. e SIQUEIRA, J. E. (Org.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras/ Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

JONAS, H. *Il principio de la responsabilit *. Torino: Edit. Einaudi, 1991.

MELLO, C. de. Voto proferido em razão da A o Direta de Inconstitucionalidade 3510-0. *Diário da Justiça*. Brasília, 28 de maio de 2010.

PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/evento/2mostra/docs/apresentacoes/12_11_08_pelegrini.pdf>.

POTTER, V. R. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1971.

REICH, W. T. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed. New York: MacMillan, 1995.

SCHRAMM, F. R. 1997. Eugenia, eugen tica e o espectro do eugenismo: considera es atuais sobre biotecnociência e bioética. *Bioética*. Conselho Federal de Medicina, Brasília, v, 5, n. 1, p. 203-220, 1997.

TORO, J. B. A Constru o do Público: cidadania, democracia e participa o. In: WERNECK, C. D.; WERNECK, N. D. (Org.). 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2005. 112p. (Série Desafios Hoje, 2.)

TORO, J. B.; WERNECK, N. M. D. *Mobiliza o Social: um modo de construir a democracia e a participa o*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 104p. (Série Comunica o e Mobiliza o Social, 2.)

UNESCO. Declara o Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005. Tradu o brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: <<http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>>. Acesso em: 18 abr. 2007.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health, Education and Welfare. The National Commission for the Protection of the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1979.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília