

SUS-30 anos: um balanço incômodo?

The first 30 years of the SUS: an uncomfortable balance?

Lenir Santos¹

Abstract *This article takes stock of the implementation of Brazil's public health system in the period since the promulgation of the 1988 Constitution, which enshrines the right to health. It analyzes issues affecting the organizational effectiveness of health service provision such as funding and relations between different spheres of government. It focuses on the role of local government, the centralization of legislative powers, which has been shown to weaken the member states, and the financial dependence of local and state governments on federal government and how this has affected policy implementation. It also touches on other issues such as regionalization, poor planning, federal centralism, and Ministry of Health-local government relations, which have hampered state coordination of regional health systems. To close, we put forward some final considerations for improving the implementation of policies oriented towards the development of SUS structures.*

Key words SUS, Federalism, Funding

Resumo *O presente artigo faz um balanço do SUS a partir da Constituição da República de 1988, a qual incluiu dentre suas normas, o direito à saúde. Analisa-se a organização administrativa e sanitária do SUS, assim como o seu financiamento; as questões federativas, principalmente o papel do município na Federação, também a centralização na União de competências legislativas, fato que enfraquece o Estado-membro e permite a política do compadrio; e outros aspectos relevantes. O não desenvolvimento dos municípios, tornando-os dependentes das transferências de recursos da União, é examinado à luz de sua afetação à execução das políticas públicas. Outras questões, como a regionalização, o planejamento insuficiente, o centralismo federal sanitário, as relações Ministério da Saúde-município, que retardam a coordenação regional do sistema de saúde pelo Estado, algumas propostas de melhor execução e a efetivação das políticas estruturantes do SUS, que devem estar definidas em lei e não em portarias, são objeto do artigo que se fixou nos principais aspectos do SUS nos últimos 30 anos.*

Palavras-chave SUS, Federalismo, Financiamento

¹ Instituto de Direito Sanitário Aplicado. R. José Antonio Marinho 450, Barão Geraldo. 13084-783 Campinas SP Brasil. santoslenir@terra.com.br

Introdução

Comemorar 30 anos de Constituição nos faz lembrar uma frase de Rubem Alves “Hoje não há razão para otimismo. Hoje só é possível ter esperança”¹. Uma data que se comemora sem otimismo ante o cenário de corrosão do poder político que amargura a vida do cidadão, além dos constantes ataques à Constituição de que o mal fiscal do Estado habita as garantias dos direitos fundamentais ali consagradas. Devemos ter o ânimo dos fortes que resistem e perseveram porque a esperança e o renascimento são o fermento do processo evolutivo político-social. Não temos otimismo, mas temos esperança. E quando o otimismo falha, devemos ser mais atuantes e combatentes para a esperança se transformar em realidade.

Após 20 anos de penumbra, no final dos anos 1980, a sociedade fez os ventos soprarem a seu favor, dando luz à Constituição que primou pelo respeito à dignidade humana, à solidariedade entre as pessoas, à justiça social, abandonando os resquícios da mesquinhez e obscurantismo que assolaram o Estado por duas décadas.

Uma Carta Constitucional que na sua geografia normativa prioriza o ser humano sobre as estruturas do Estado e temas orçamentários e econômicos ao dispor primeiramente sobre os direitos e garantias fundamentais da pessoa. *A Constituição de 1988 assume como ponto de partida a gramática dos direitos, que condiciona o constitucionalismo por ela invocado*². Uma Constituição a favor dos seus cidadãos. Foi a esperança (e o medo) que fez renascer o ânimo de uma constituição-cidadã que garante direitos individuais e sociais e impõe, dentre os objetivos da República, a diminuição das desigualdades sociais e regionais e a erradicação da pobreza. O direito associado à ética fez surgir como princípio constitucional a dignidade das pessoas, num reconhecimento do valor intrínseco da natureza humana.

Infelizmente, ao chegar aos 30 anos, vive-se um período de grave perturbação da ordem política, social, moral, com os alicerces da República a carecer urgentes reparos pelas fissuras a escancarar a promiscuidade entre o público e o privado; entre os poderes Legislativo e Executivo, imiscuídos em seus papéis, levando a sociedade a se salvar no Judiciário, que por sua vez, também tem dado mostras de que os estragos estão a bater em sua porta e que algumas vezes ela se abre. O direito num Estado Democrático, não pode ser legislado para atender interesses destituídos do fundamento democrático da igualdade

de e liberdade, usando-se o poder político para benefícios seletivos numa sociedade que ainda não perdeu seu viés oligárquico porque o Brasil mal conseguiu viver o estado de bem-estar social. Com o capitalismo financeiro globalizado, que arrefece as garantias individuais e sociais, vê-se agravada a situação de quem nem chegou a vivê-lo em sua profundidade e a transformar cidadãos em consumidores, onde o poder de compra é o marco distintivo entre as pessoas em detrimento da dignidade.

Muitas crenças, talvez ingênuas pela configuração histórica do país, não se realizaram, como o fortalecimento e melhoria dos serviços públicos pela descentralização político-administrativa decorrente do federalismo trilateral, que não alcançou autonomia financeira correspondente para lastrear as obrigações definidas constitucionalmente para os municípios, mantendo-os, em sua maioria, dependentes dos repasses dos fundos de participação, sem desenvolvimento econômico capaz de alçá-los à real condição de ente político autônomo, administrativa e economicamente.

Entrevê-se em suas práticas, a reprodução da política do compadrio e apadrinhamento, subserviência política, atraso administrativo e baixa expectativa de diminuição das desigualdades sociais, que enche de brumas a justiça social e o desenvolvimento emancipador das pessoas. Não são poucos os autores que se debruçaram sobre a política do compadrio, da cooptação política, sendo destaque Raymundo Faoro que mostrou as estruturas do Estado brasileiro como um estamento burocrático à disposição de uma elite que a domina, não sendo, como deveria, o resultado de uma construção histórica cultural, social, econômica³.

Nesse cenário, a saúde foi deveras um avanço impar ainda que não tenha se consolidado plenamente, em diuturna luta pela universalidade do acesso à serviços públicos, financiamento adequado, qualidade e quantidade adequada às necessidades de saúde, combate às investidas de se vender o slogan de que direitos que custam, como a saúde, (todos custam pelos aparatos de sua proteção, conforme bem discorre Scalf⁴), não cabem no orçamento público, criando o falso dilema do capitalismo pós-moderno de que a austeridade fiscal por si só é a mola propulsora do crescimento social e que a garantia de direitos advém tão só de seu resultado.

Além do financiamento, a sua gestão não mereceu investimento para a sua modernização que aguarda uma reforma administrativa que vise à

qualidade dos serviços; não foram dados passos para melhorar os aparatos públicos necessários ao alcance de suas finalidades, privilegiando-se o controle de “papéis” e não dos resultados; parece que manter as ineficiências chega quase a ser um *projeto* de aliar “Estado” à incompetência. Por que não se nega e nada se faz contra os oportunismos dos legisladores e governantes que não querem mudança em seu sentido real e por isso a administração pública brasileira continua a se manter ineficiente?

O que este artigo pretende é fazer um balanço sobre a organização e o funcionamento do SUS; a falta de política pública estruturante do setor fundada na lei; o baixo financiamento; o planejamento insatisfatório, assim como a região de saúde e suas redes que não se cumpriram a contento, sendo crescentes e não decrescentes às desigualdades regionais. São estes os principais dilemas do SUS aqui examinados, que comportariam outros olhares como a atenção básica, a assistência farmacêutica; a incorporação de tecnologias em saúde; o público e o privado, a participação social, a judicialização, mas não são objeto do estudo.

Os entes federativos e a competência para cuidar da saúde: descentralização política e executiva

A Constituição distribuiu igualmente entre os três entes federativos a responsabilidade pelas ações e os serviços de saúde, na forma do disposto no art. 23, II. Conferiu à União e ao Estado competência concorrente para legislar sobre saúde (art. 24, XII) e definiu como diretriz organizativa do SUS a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, no sentido do princípio da subsidiariedade que pressupõe que aquilo que o município pode fazer, o estado não deve fazê-lo, tanto quanto a União em relação ao estado. Tal princípio tem pautado as administrações públicas modernas pela necessidade de se colocar próximo do sujeito quem responde pelas obrigações estatais⁵. Governar não é ficar distante da sociedade, do eleitor e da voz do povo. A proximidade facilita a transparência e a participação social e garante a verdadeira democracia que deve mesclar a representatividade popular com a sua participação direta. (Nesse passo não poderíamos deixar de chamar a atenção para essa responsabilidade comum entre os entes federativos no cuidado com a saúde que não pode ser tomada como solidária no sentido de que todos devem cuidar da saúde *do mesmo modo*, mas sim que todos devem *integrar* seus serviços e ações

em um mesmo sistema, fundados nos mesmos princípios, organizados sob as mesmas diretrizes, ainda que as responsabilidades quanto à sua execução, sejam diferenciadas para garantir equidade federativa ante as profundas assimetrias existentes).

A Constituição de 1988 visou descentralizar a execução das políticas públicas, notadamente as sociais, contudo, garantiu à União mais de 50 competências (material e legislativa), centralizando a iniciativa legislativa, em especial as tributárias, ficando os estados com a competência residual, diminuindo sua independência.

Mesmo a saúde, que tem concepção constitucional interfederativa (art. 198 da Constituição), não escapou desse centralismo. Ainda que o SUS se constitua como modelo integrativo de serviços federativos, vivendo uma interdependência sistêmica (federalismo cooperativo), que exige planejamento que contemple as necessidades locais e regionais de saúde para que o local não se perca no nacional, isso nem sempre foi fato pela dependência de transferências de recursos da União para os estados e municípios e dos estados para o conjunto de seus municípios (a política da cenoura e da vara⁶) que deveriam ser pautados, na forma da lei, por critérios previamente definidos, a divisão dos recursos ainda não cumpre com esta obrigação.

Ao lado da necessidade de se equalizar as políticas para a manutenção sistêmica dos serviços de saúde, o centralismo regulatório infralegal extrapolou esse papel, levando a União, no âmbito do Ministério da Saúde, a editar, desde os anos 1990, mais de 700 portarias normativas, definindo, em minúcias, a aplicação dos recursos das transferências, traçando as políticas de saúde, próprias do Legislativo em sua dimensão estrutural. (Por oportuno, lembro que em 2016-2017 foi elaborado em um trabalho pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fiocruz, que analisou cerca de 17 mil portarias [normativas e não normativas], tendo discriminado por volta de 700 portarias do Gabinete do Ministro de caráter normativo, afora as dos gabinetes dos Secretários que não foram objeto do estudo. Essas portarias normativas foram consolidadas em 6 de consolidação, as quais contêm mais de 10 mil artigos, por uma equipe de pesquisadores no projeto denominado SUS-LEGIS. Os conteúdos são os mesmos por se tratar de uma consolidação).

Ainda que haja pactuação tripartite no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o dono do poder pode *impor* os consensos pela cooptação política. Arretche⁷ emprega o termo

joint-decision trap (teoria defendida pelo germânico Fritz W. Scharpf⁸), que veste bem em nosso modelo político de centralização de poder na União. Alguém duvidaria do poder de influência do responsável pela transferência dos recursos, se os critérios não forem os da lei? A política da cenoura e da vara que pode em algumas situações ser boa para equalizar políticas de interesse nacional, pode também servir a outros interesses (E no SUS não poderia prevalecer por haver critérios legais para as transferências, ainda que não cumpridos).

Mesmo assim, caminhou-se no sentido da descentralização. Nos anos 1990, os municípios adotaram o lema a “municipalização é o caminho”, significando a necessidade de o Estado passar para os Municípios os serviços que estavam sob a sua responsabilidade mas que deveriam ser deles; idem quanto aos federais.

Isso deveria ter dado à União um novo papel na relação interfederativa do SUS, a quem caberia regular nacionalmente o sistema para manter a sua unidade nacional, atuando como fiel da balança na diminuição das desigualdades regionais, equalizando as diferenças federativas; avaliando e fiscalizando; fomentando estruturas informatizadas que permitissem unificar dados de saúde, bem como as vigilâncias em saúde, atuando como regulador das assimetrias federativas para diminuí-las, sem olvidar seu papel junto a Ministérios afins no sentido de se concretizar a intersectorialidade, crucial para evitar agravos à saúde.

As negociações diretas entre o Ministério da Saúde e os municípios, a partir dos anos 1990, excluindo os estados, os construtores da saúde regional ao lado de seus municípios, causou fissuras nas relações tripartites, que se firmaram com a mitigação do papel do Estado, inclusive a regulatória, que se deu em profusão no âmbito federal que agia como se as assimetrias municipais pudessem ser supridas por portarias definindo de *modo igual*, do Oiapoque ao Chuí, a organização de serviços, como se a métrica regulatória fosse capaz de abolir a desigualdade federativa. Não há região de saúde sem o protagonismo do Estado-membro e por isso a região de saúde até hoje não é uma realidade concreta. A região de saúde continua sendo um objetivo não alcançado, em que pesem as 438⁹ regiões em todo o país.

Desde a instituição do SUS, ao invés de se unirem os municípios nas regiões de saúde, muitas vezes, parte dos 5.570 municípios, dos quais 73% tem menos de 20 mil habitantes¹⁰, se debateram na arena pública, na luta pela sobrevivência financeira face às suas responsabilidades, sem

vislumbre de crescimento econômico emancipatório, sujeitando-os ao poder político federal e estadual (o mesmo se diga de determinados estados). Dados recentes do Tesouro Nacional¹¹ demonstram o alarmante nível de dependência dos municípios em relação às receitas orçamentárias de transferências federativas; 81,98% dependem das mesmas, com 1,81% independentes.

A tridimensionalidade federativa tem deixado a desejar pelo baixo desenvolvimento socioeconômico dos entes, que apartados não conseguem lograr efeito na garantia de serviços públicos que estão a seu encargo; que sofrem dificuldades por não casarem encargos com recursos financeiros e desenvolvimento compatível com a autonomia constitucional do ente municipal. E a saúde nesse cenário terá suas dificuldades acentuadas em relação às crescentes obrigações não acompanhadas dos recursos financeiros necessários, ainda mais em tempos de EC 95, de 2016, contudo, não podemos deixar de entender como admirável o esforço dos municípios na assunção de seu papel de prover políticas de saúde, ainda mais quando se sabe que a descentralização federativa não foi acompanhada das inúmeras tarefas nacionais intersectoriais para o seu melhor desenvolvimento. Os municípios têm sido o esteio do SUS para a população. Mais de 40% dos estados não aplicam o mínimo de 12% na saúde; contudo 100% dos municípios aplicam acima do mínimo de 15% na saúde, chegando a média de 26%¹². Afora a questão da modernização da Administração Pública que é criticada a quatro cantos, sem que se mova uma palha para a sua mudança. Os problemas são identificados e divulgados, ante uma paralisia absurda daqueles que detém o poder para promover mudanças nas estruturas da Administração Pública.

Da descentralização para a regionalização: o que aconteceu no caminho

Por que o SUS até hoje não conseguiu lograr qualidade em sua regionalização, com regiões de saúde demarcadas mais pelas proximidades territoriais do que pela capacidade sanitária de garantir atendimento às suas demandas? Ainda que existam 438 regiões de saúde elas não são capazes de atender as necessidades das pessoas no seu território sendo resolutivas em 90% dos casos. São regiões que referenciam para outras, demandas que devem ser de cada uma.

A Constituição, em seu art. 198, impôs a região de saúde ao determinar a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos

de modo regionalizado e em redes de atenção à saúde, sem lei regulamentando suas condições; somente em 2011 foi editado o Decreto nº 7.508, regulamentando aspectos da lei, quando tratou da região de saúde. Nesse ínterim – 21 anos – a região de saúde foi pautada por portaria ministerial, insuficiente em seus conceitos e força normativa. Lei nacional deve dispor sobre a região de saúde e o papel do Estado-membro. (Tramitam dois projetos de lei sobre o tema, um na Assembleia Legislativa do Estado de SP – Projeto de Lei nº 120 e outro na Câmara Federal, Projeto de Lei nº 1.645).

Ser sistêmico, único e descentralizado do ponto de vista político, exige aglutinação regional para garantir que o cidadão de um município de pequeno porte possa ver satisfeita a sua necessidade de saúde em rede articulada, regionalizada, contínua e delimitada em espaço regional. Ora, tal complexidade organizativa, autonomias e interconexões federativas, certamente exigem lei estatuidando limites, conformação, responsabilidades sanitárias, governança interfederativa, escala, referências e outros aspectos, conforme ocorre em muito menor escala com as regiões metropolitanas¹³ que tem lei regulando-a. O Decreto nº 7.508, de 2011, talvez tenha sido o “novo” em 21 anos de Lei Orgânica da Saúde, sem tirar o mérito da NOB 01/93, que talvez tenha sido a portaria ministerial mais inovadora depois da Lei nº 8.080.

O Decreto nº 7.508, de 2011, que preencheu lacunas organizativas no SUS, é uma baliza importante para a regionalização, como é o caso do contrato organizativo de ação pública da saúde que garante segurança jurídica e transparência nas relações interfederativas regionais, contudo não tem sido cumprido, como se fosse dado ao administrador escolher as normas que quer cumprir.

Os hospitais de pequeno porte, que em número unitário são a maioria no país¹⁴, é um exemplo de que a região de saúde e as referências nas redes não funcionaram, sustentados apenas pelo desejo de superação dos vazios assistenciais que só serão superados pelas regiões de saúde. Estas devem atender as necessidades de saúde de 90% de sua população, coibindo a construção de unidades de saúde incompatíveis com as diretrizes da regionalização, as quais deverão estar inseridas na rede interfederativa regional de atenção à saúde. E pleno século XXI esses erros são imperdoáveis.

Do planejamento regional ao nacional

O imperativo planejamento de longo prazo (horizonte de no mínimo 10 anos) que pressu-

põe conhecimentos aprofundados das necessidades de saúde sob a dimensão epidemiológica, socioeconômica, demográfica, com metas claras e precisas, como o alcance de qualidade e suficiência na atenção básica, capaz de atendimento de 85% da população, também se constitui como uma falha na organização do SUS.

As conferências loco-regionais são verdadeiramente o modo de realização do planejamento ascendente, por acontecer em todo território nacional, dando ensejo à Conferência Nacional de Saúde. Contudo, não podemos negar que seu formato executivo nem sempre incorpora as necessidades regionais para fundamentar a formulação de diretrizes nacionais. A Conferência Nacional de Saúde deve encampar no nacional as necessidades regionais de alcance local, mas de modo mais amplo, como *standards*, não podendo prever minúcias, próprias dos planos locais. A participação social é imperativa no SUS, devendo se expressar pelas conferências de saúde e conselhos de saúde quanto às estratégias para definição da política de saúde, sua aprovação e acompanhamento de sua execução, nos termos da lei.

Nesse ponto importa dizer que a falta de *macropolíticas* de saúde fundadas em lei, de diretrizes e bases sistêmicas, talvez tenha sido um aspecto que alimentou o subfinanciamento da saúde e ensejou uma judicialização fracionada, individualizada, com o Poder Judiciário definindo no individual o que deveria ser coletivo. Os representantes do povo, o legislativo, e os governantes devem decidir sobre as políticas públicas, cabendo à Administração Pública a sua execução e suas minúcias. Paula Dallari Bucci¹⁵ expressa que a interação entre Legislativo e a direção governamental na definição de diretrizes para a execução das políticas públicas pela administração pública *passa a ser mais um tipo ideal que um dado de realidade*. A autora em referência a Muller e Surel¹⁶: “Este conflito revela não só a crise entre o Executivo e o Legislativo, em termos de titularidade da iniciativa legislativa, como, também, a superação de toda organização formal do Estado liberal”.

Traçar as diretrizes das *macropolíticas da saúde, as estruturas da ação do Estado* como a política nacional da assistência à Saúde, a qual deveria contemplar a atenção básica, a atenção especializada e hospitalar, a atenção de urgência e emergência, a farmacêutica e outros aspectos, poderia ter mudado o papel do Ministério Público e do Judiciário no tocante à judicialização da saúde que se voltaria mais para o cumprimento das políticas de saúde. O Ministro Gilmar Mendes se referiu a essa necessidade na audiência pública

ocorrida em 2009¹⁷, quando se referiu à necessidade de o judiciário dar cobro às políticas públicas definidas e não cumpridas pelo executivo.

As macropolíticas do SUS quando traçadas por portarias ministeriais ficam fragilizadas e a atenção básica como estruturante do sistema, ordenando o cuidado com a saúde das pessoas nas redes especializadas, traz em si um poder de estado que caberia à lei dispor.

O financiamento passaria a ser exigido em conformidade às políticas que conformam o SUS e não o inverso, com as políticas tendo que se conformar ao orçamento. A lei dispor sobre parâmetros, diretrizes, pacto social sobre determinados temas como a incorporação tecnológica, um dos grandes gargalos no custo da saúde que precisa de mão de ferro ante seu fim que é o lucro. Tudo isso deveria decorrer da política em suas diretrizes, discutida na casa legislativa, onde o povo deve participar de modo efetivo, não apenas exercendo seu papel de cidadão pelo votar, mas pela voz em questões sociais relevantes, mediante participação em audiências, estudos, afora o seu exercício cotidiano nos conselhos de saúde.

Financiamento e gestão pública das políticas

Os maiores impasses ao longo desses anos foram o financiamento insuficiente e a gestão ineficiente que se retroalimentam, uma colocando a culpa na outra quando ambas são o resultado da falta de compromisso público com a saúde, o modelo patrimonialista e burocrata do Estado que acredita em carimbos e tráfego de papéis. O financiamento não se resolverá sem uma reforma tributária que altere o modelo centralista da Federação, com impostos progressivos e outras políticas.

A sociedade aguarda uma reforma administrativa que modernize a Administração Pública para os desafios do século XXI, e conforme diz Carlos Ari Sundfeld¹⁸, ainda estamos na era da administração dos cliques. Como integrar serviços sem informatizar essa integração? Desde os anos 1990 se discute e se propõe a implantação do cartão SUS, que nunca passou de um cartão de identidade, sem conseguir ser a chave de acesso a dados dos pacientes para os profissionais de saúde interligarem exames, diagnósticos, terapêuticas, resultados, enfim, a história sanitária do cidadão.

O subfinanciamento data do advento da Constituição em 1988. Para não discorrer sobre todos os seus eventos, que nunca se deu ao acaso, sendo deliberado para asfixiar pela rota financeira, direitos constitucionais, talvez pos-

samos apontar os cinco principais, os que mais complicaram o financiamento da saúde pública: a) A DRU que se iniciou com o Fundo Social de Emergência em 1993, retirando recursos da saúde que hoje estão em 30% o volume de permissão de seu contingenciamento; b) a vinculação de boa parte das contribuições sociais pela EC 20, em 1988 para a previdência social; c) a conversão da URV em Real com perda de 20% dos recursos originais; d) a retirada de 40% dos valores adicionais da CPMF e depois a sua extinção; f) a EC 95, de 2016. Outros houveram e foram bastante prejudiciais ao financiamento da saúde, levando a um gasto público de 4% do PIB, enquanto o nível praticado pelos países com saúde de acesso universal tem sido de 7%, minimamente.

Uma questão que gravita a gestão orçamentária do SUS, que além de a DRU ser um cheque em branco para o Tesouro Nacional, o resto a pagar também fica sob o controle da Secretaria do Tesouro Nacional que, conforme alerta de Élide Graziane Pinto, passa a ter a 'liberdade' de a STN liberar o fluxo de pagamento das suas dotações já empenhadas¹⁹. Francisco Funcia também alerta que elevados valores de inscrição e reinscrição em restos a pagar terão que 'disputar espaço' financeiro em 2018 com outras despesas (do Ministério da Saúde e de outros ministérios) no contexto do teto para as despesas primárias da EC 95/2016²⁰. Somar baixo financiamento com dificuldades próprias da Administração Pública brasileira são fatores que juntos, um agrava o outro.

A falta de resolutividade da gestão pública levou a criação de figuras jurídicas, que ainda carecem de adequada compreensão pelos gestores públicos, tendo custado 18 anos a decisão do STF sobre a constitucionalidade das organizações sociais, que, ao tempo em que se proliferaram na insegurança jurídica, também perderam a sua concepção original pelas leis estaduais e municipais que mudaram o seu escopo. O que foi julgado pelo STF nem sabemos se é o que está de fato sendo implementado pelos entes federativos.

Além do mais a gestão pública da saúde é agravada pela inadequada formação de médicos para a saúde que se manteve ao molde dos anos 1980, ou seja, para atender o modelo de saúde centrado na atenção hospitalar e ambulatorial e não na atenção básica, tendo sido necessário importar médicos para atender a população mais pobre. Sem falar na reserva de mercado do ato médico, que está a fazer estragos na execução dos serviços de atenção básica.

A judicialização que começou a dar sinal de sua intensidade no início do ano 2000 não teve a

atenção necessária dos gestores públicos e demais autoridades para entender o fenômeno e atuar solucionando as carências que afetavam as pessoas e coibindo os abusos dos oportunistas. Hoje são mais de um milhão de ações e os gestores públicos da saúde bem como as demais autoridades envolvidas com a saúde e o sistema de justiça, não sabem o que fazer.

Com a saúde sendo um dos bens mais relevantes e o século XXI, com novas descobertas diárias e exigências pessoais, sendo que a disseminação das descobertas em saúde tem elevado o conhecimento das pessoas que passam a conhecer os avanços tecnológicos e suas possibilidades, impõe-se ao Poder Público capacidade e agilidade em suas decisões para não ficar refém do mercado nem no desejo das pessoas em 'consumir' saúde.

Por que é necessário defender o SUS

Diante de tantos problemas por que defender o SUS? O mais relevante motivo de defender e lutar pela melhoria dos serviços de saúde no país, serviços públicos de acesso universal, está expresso na frase de Sérgio Arouca, de que *a Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira*²¹.

Esse projeto civilizatório levou a saúde, apesar da crônica insuficiência de recursos do SUS e muitas outras dificuldades, em 30 anos, a sair do patamar da atenção médica, ambulatorial e hospitalar garantida pelo INAMPS aos trabalhadores da Previdência Social como um benefício previdenciário, para um sistema de acesso universal.

Por isso é preciso defender o SUS da falta de financiamento adequado, banindo o dilema da saúde fiscal x saúde das pessoas, encruzilhada que mais parece uma armadilha econômica de desrespeito aos direitos constitucionais. A sociedade precisa ter pisos sociais como estruturas para sua segurança psicológica e física; sem a garantia de políticas públicas sociais, a insegurança irá afligir as pessoas mais pobres, ensejando a construção de muros pela camada social mais privilegiada para se proteger das inseguranças que as desigualdades criam²².

O SUS, que atende diretamente 150 milhões de pessoas e indiretamente 207 milhões, é um conjunto de ações e serviços do qual a sociedade

não pode abdicar porque fora dele só há saúde paga, vendida no mercado como mercadoria para os poucos que podem pagar, isso sem falar nas inúmeras ações de cunho preventivo e de promoção da saúde. Sem SUS, é barbárie sanitária.

Nesse ponto, cabe destacar algumas políticas de excelência no país (a esperança concretizada, possível e totalmente compatível com a saúde fiscal e econômica), como a política do sangue e seu controle de qualidade respeitado no mundo; a dos transplantes; a do cuidado com as pessoas com HIV; imunização; qualidade dos registros de medicamentos e demais produtos; SAMU; saúde mental.

Considerações finais

Não foram poucas as lutas para implantar o SUS num país com a proporção territorial e demográfica do Brasil e sua cultura política de negar recursos para políticas redutoras das desigualdades. Quantos hospitais desnecessários e quantos necessários não existentes?

Manter a saúde das pessoas em equilíbrio é o primeiro dever estatal, que mediante medidas socioeconômicas deve garantir qualidade de vida, provendo esgoto, saneamento, dotando a vigilância em saúde de recursos e pessoal qualificado para evitar o risco de se adoecer por causas previsíveis.

Ao pensar o SUS, temos que refletir sobre os altos custos das tecnologias nem sempre necessárias, fato a ser enfrentado como política nacional, lembrando que dados da União Europeia²³ informam que dois terços das novas tecnológicas não são inovações de fato. É preciso controlar o interesse no lucro dado que as indústrias farmacêuticas não são altruístas nem visam o bem-estar das pessoas e sim o lucro que podem alcançar.

O autocuidado precisa tomar corpo e ser uma responsabilidade de toda a sociedade, ainda mais neste século em que os conhecimentos com saúde são amplamente divulgados, sendo necessário criar uma consciência sanitária nos indivíduos e na coletividade evitando agravos à saúde que possam ser evitáveis pelo estilo de vida.

Ao impor à sociedade a EC 95, de 2016, ignorando todas as demais necessidades sanitárias nos próximos 20 anos, nosso Estado afronta os objetivos fundamentais da República, colocando em risco o direito à saúde. A saúde fiscal não pode ocasionar dano moral e físico; tampouco pode afetar apenas as políticas sociais, devendo

ser discutido de modo amplo, transparente e com responsabilidade, qualquer medida fiscal que afete a vida das pessoas. Os impostos altamente regressivos que punem a população pobre; as renúncias fiscais que são consideradas gasto público, sem o devido controle, em especial quanto ao seu retorno à sociedade, quanto à sua efetividade social e econômica precisam ser discutidas com a sociedade.

Temos que transformar o incômodo deste balanço em inquietação nacional e considerar que a efetiva participação social foi um esteio no enfrentamento dos desafios na implantação do SUS nesses 30 anos e que somente uma população participante dos destinos da nação tem o poder de promover mudanças para o alcance de justiça social, igualdade, solidariedade e, acima de tudo, garantir a dignidade de vida.

Referências

- Alves R. Sobre o Otimismo e a Esperança. In: *Concerto para Corpo e Alma*. Campinas: Papyrus; 1998. p. 159.
- Piovesan F. *Direitos humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 12ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2011.
- Faoro R. *Os Donos do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Globo S.A.; 2003.
- Scaff FF. *Crônicas de Direito Financeiro: Tributação, Guerra Fiscal e Política Públicas*. São Paulo: Editora Conjur; 2016.
- Torres SF. *O princípio da Subsidiariedade no Direito Público Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar; 2001.
- Santos L, Andrade LOM. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas: Saberes Editora; 2009.
- Arretche M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2012.
- Scharpf FW. *The Joint-Decision Trap. Lessons From German Federalism and European Integration*. Public Administration; 1988. 66(nº 2):239-78.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). [site]. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
- Brasil. Ministério da Fazenda. Tesouro Nacional. Boletim Balanço em Foco. *Balanço do Setor Público Nacional: Exercício de 2016*; 2017 ago 07. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/Boletim+BSPN+em+fo-co/4de73afb-ade7-4e3d-9bc3-c0a3a65f8d7e>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)*. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repases-financeiros/siops>.
- Brasil. Lei nº 13.089 de 12 de Janeiro de 2015. Institui o Estatuto da Metrópole, altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 13 jan 2015.
- Revista Exame*. 2017; (1148) set 27. p. 30.
- Bucci MPD. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. São Paulo: Editora Saraiva; 2002.
- Muller P, Surel Y. *L'analyse des politiques publiques*. Paris: Montchrestien; 1998.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. *Audiência Pública da Saúde*. 2009. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: www.stf.gov.br.
- Sundfeld CA. *Direito Administrativo para Céticos*. São Paulo: Malheiros; 2012.
- Pinto EG. *Decretos de contingenciamento e de desinvestimento são "cheques em branco"?* [internet]. 2017. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2017-nov-07/contas-vista-decretos-contingenciamento-desinvestimento-sao-cheques-branco>.
- Funcia F. *Recursos para o SUS em 2018: A luta começa em 2017!*. Domingueira da Saúde 024/2017 [revista virtual semanal]. 2017 nov 12. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_13367_0__2017-%C3%82%E2%80%93domingueira-da-saude-024-2017.html.
- Arouca S. In: *Manual da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência Sergio Arouca* [internet], 2003; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2003. p. 10. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf.
- Friedman TL. *Obrigado pelo atraso*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2017.
- Iñesta A. *Sistemas y Servicios Sanitarios*. Madri: Ediciones Diaz Santos; 2006.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 07/03/2018