



**BOLETIM DE
DIREITO ADMINISTRATIVO**

**DOCTRINA – PARECERES – JURISPRUDÊNCIA – LEGISLAÇÃO
TRIBUNAIS DE CONTAS (DECISÕES E ORIENTAÇÕES)**

EDIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO EXCLUSIVAS PARA TODO O BRASIL

EDITORA **NDJ** LTDA.

NOVA DIMENSÃO JURÍDICA

DDG: 0800-775-7000 Tel.: (11) 3225-7000 Fax: (11) 3225-7001

E-mail: ndj@ndj.com.br Internet: www.ndj.com.br

R. Conselheiro Crispiniano, 344 4º andar

01037-908 São Paulo/SP

Vinte Anos de SUS: O Sistema de Saúde no Brasil no Século XXI

Lenir Santos

Advogada Especialista em Direito Sanitário pela USP

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Secretário de Saúde do Município de Fortaleza – CE

I – Introdução. II – O nascimento da saúde pública no Brasil. III – O direito à saúde e o Sistema Único de Saúde. IV – A conformação organizativa do SUS por normas operacionais do Ministério da Saúde. V – O SUS no século XXI; 1 – O que foi feito nestes vinte anos; 2 – O que precisa ser feito. VI – Conclusões. VII – Bibliografia.

I – INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde – SUS, implantado pela Constituição de 1988 e regulado pelas Leis n^{os} 8.080/90 e 8.142/90, completou duas décadas em outubro de 2008, com muitos problemas e avanços.

Primeiramente, convém lembrar que a universalidade do acesso à saúde somente aconteceu em 1988, com a Constituição da República determinando, em seu art. 196, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas 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”.

Anteriormente a esse sistema, não se reconhecia a saúde pública como direito individual (direito público subjetivo); somente a saúde coletiva era de acesso universal, em razão da necessidade de o Estado proteger a sociedade dos perigos e riscos sociais. As ações de cunho curativo somente eram garantidas, de acordo com a le-

gislação vigente à época, aos trabalhadores integrantes do regime geral de previdência social.¹

O Estado garantia benefícios “previdenciários” de assistência à saúde ao trabalhador com a finalidade de proteger a mão-de-obra e, conseqüentemente, o capital. Não era intenção do Estado garantir a todos serviços de assistência à saúde curativa. O que se buscava era proteger a força de trabalho, por isso a assistência curativa se enquadrava dentre os benefícios da previdência social; por outro lado, o Estado havia de proteger a sociedade dos riscos epidêmicos que poderiam atingir toda a estrutura social. Assim, a vigilância sanitária, as campanhas de combate às doenças epidêmicas, como febre amarela, tuberculose, hanseníase, varíola e outras medidas de saneamento e higiene coletivas eram atribuições do Estado (época denominada de “era campanhista”).

O Poder Público mantinha hospitais públicos, principalmente os de atendimento de urgência e emergência (pronto-socorro), e alguns hospitais gerais, sem, contudo, ser um *dever* do Estado e um *direito* do cidadão.

1. Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos, *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*, 4^a ed., Campinas, Editora da Unicamp, 2006.

A Reforma Sanitária brasileira, promovida por profissionais de saúde, em especial médicos da medicina preventiva e social, iniciou-se na década de 70, sendo o médico sanitário Sérgio Arouca um de seus mais ilustres formuladores e promotores das mudanças que se iniciavam.

Defendia-se, na ocasião, que todas as ações e serviços de saúde deveriam ser unificados em conceitos, princípios e diretrizes (os dos Municípios e Estados brasileiros com os da União Federal), bem como os recursos que os financiavam. Também se propugnava a descentralização dessas ações e serviços, que deveriam ser executados pelos Municípios e Estados (princípio da subsidiariedade), cabendo à direção nacional (União Federal) o papel de manter a unicidade conceitual e operativa do SUS – não permitindo, assim, sua fragmentação –, atuar como elo entre os demais entes federados e exercer, ainda, o papel de ente de cooperação técnica e financeira, além de responder por parte do financiamento dessas ações e serviços.

O sistema de saúde anterior à Constituição de 1988, denominado Sistema Nacional de Saúde, era fragmentado na própria esfera federal, que mantinha cinco Ministérios para cuidar do tema da saúde: Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho, da Educação e do Interior.

Além disso, o Ministério detentor de grande parte dos recursos que financiavam a saúde era o da Previdência e Assistência Social, integrante, na época, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas, composto de autarquias e de duas fundações.²

O sistema de seguro social no Brasil teve início com a era getuliana, quando o País começou a se industrializar e urbanizar. Formalmente, em 1923, tivemos a edição da lei denominada

Lei Elói Chaves, que criou o sistema de previdência social brasileiro, o qual passou a garantir assistência ambulatorial e hospitalar aos trabalhadores dos sistemas previdenciários (eram diversos deles, conforme a categoria profissional do trabalhador: industrial, comercial, bancária etc., denominados de Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs). Era o trabalho o agente introdutor da pessoa à assistência médica, desde que fosse um trabalhador *formal*.

II – O NASCIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Luiz Odorico Monteiro de Andrade³ muito bem retratou o nascimento da saúde pública no Brasil, conforme abaixo:

“Durante todo o período colonial, e mais precisamente até meados do século XIX, no Brasil, os problemas de saúde e higiene ficavam sob responsabilidade das localidades. Elas tomavam medidas contra a imundície das ruas e quintais. A assistência à população pobre e indigente estava sob cuidados da filantropia, de figuras de importância econômica e social, de instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica, como Santas Casas de Misericórdia. Buscava-se o socorro de médicos ou de cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiros e curiosos (Costa, 1985).

Uma característica desse período foi o predomínio das chamadas doenças pestilenciais, notadamente varíola, febre amarela, malária e tuberculose. Predominava uma precária organização dos serviços de saúde, pois a sociedade colonial não se armou com medidas capazes de enfrentar o perigo da morbidade e da mortalidade (Machado, 1978).

Em 1897, foi criada a Diretoria-Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que foi reformulada em

2. As autarquias que integravam o Sinpas eram: Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, responsável pela garantia dos benefícios previdenciários aos trabalhadores; Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – Iapap, responsável pela administração dos recursos da previdência social; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, responsável pela garantia dos serviços de assistência à saúde curativa; Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA, com a atribuição de garantir mínimos sociais; Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – Funabem, com a atribuição de proteção à criança e ao adolescente privados do mínimo social; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – Dataprev; Central de Medicamentos – Ceme, na condição de órgão autônomo (Lei nº 6.439, de 1º.9.1977).

3. Luiz Odorico Monteiro de Andrade e Yvana C. H. C. Barreto, *O SUS Passo a Passo*, São Paulo, Hucitec, 2007, p. 25.

1904, sob a coordenação do sanitarista Oswaldo Cruz, quando foram desenvolvidas as campanhas sanitárias, a produção de soros e vacinas, e a instalação dos Institutos Butantan e Manguinhos, associados a institutos e serviços já existentes.

No início da República, ocorreu um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias, que, embora de forma embrionária, contribuiu para a adoção de uma legislação sanitária incorporada ao incipiente e emergente aparelho estatal brasileiro (Luz, 1979).

Foi neste período, no começo da República Velha, que a sociedade brasileira iniciou a constituição do seu Estado moderno, marcado pelo predomínio dos grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira. Foi aí que se deu o nascimento da saúde pública no Brasil, o que representou profunda mudança nas práticas dominantes até então. Em relação ao saber médico-sanitário destacou-se a adoção dos saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia e o questionamento dos saberes tradicionais baseados na teoria dos miasmas (Merhy, 1992).

Garcia (1989) ressalta que este fenômeno foi comum não só ao Brasil mas em toda América Latina, e que nele predominaram: 'a) hegemonia do modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais vetores; b) concentração da investigação em instituições estatais; c) influência do modelo organizativo, do Instituto Pasteur, da França, para as instituições científicas'.

Este processo foi marcante em dois estados brasileiros, Rio de Janeiro e São Paulo, por possuírem as oligarquias estaduais hegemônicas na

época. Neste período dois personagens tiveram papel estratégico no desenvolvimento destas políticas, Oswaldo Cruz no Rio, e Emílio Ribas em São Paulo.

Ambos, formados na 'Escola Pasteuriana', tinham como meta superar uma perspectiva que consideravam como não científica – a que via na teoria miasmática a base para pensar o processo saúde/doença, pela teoria bacteriológica, considerada como científica e mais adequada para organizar a intervenção no campo da saúde (Merhy, 1992).

Neste período podemos destacar algumas realizações importantes que marcaram profundamente a sociedade brasileira dessa época: a) reforma urbana do Rio de Janeiro; b) reforma urbana da cidade portuária de Santos em São Paulo; c) criação do Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro; d) criação do Instituto Vital Brasil; e) leis e códigos que davam vida à política de saúde (Oliveira & Teixeira, 1989).

Luz (1979) enfatiza que nessa época tem início uma reestruturação do Sistema de Saúde, que pode ser denominado 'sanitarismo campanhista', e que predominou do início do século até meados dos anos 60. O modelo agroexportador vigente na economia brasileira, nesse período, exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação. Nesse sentido o sanitário brasileiro, do início do século, guarda uma relação muito próxima com a idéia de polícia médica desenvolvida na Alemanha e com a medicina urbana desenvolvida na França.

Resumo do nascimento das políticas de saúde pública no Brasil de 1920 a 1975		
	Marcos no campo da saúde pública	Marcos no campo da assistência
1920	É criado o Departamento Nacional de Saúde.	
1923-1926	Regulamento Sanitário Federal (referenciou um processo de institucionalização da Saúde Pública na República).	1923: Lei Elói Chaves – Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). 1926: Início da Assistência Médica em nível das CAPs.
1930-1945	É criado o Ministério da Educação e Saúde Pública – Departamento Nacional de Saúde e do Departamento Nacional da Criança. 1942: É criada a Sesp.	1934: São criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

1953	É criado o Ministério da Saúde. Destaque para o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).	1950-1960: São fortalecidos os IAPs.
1954	São aprovadas normas gerais sobre a Defesa e Proteção da Saúde.	
1956	É criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais.	
1960-1975	É instituída a Fundação das Pioneiras Sociais "com o objetivo de prestar assistência médica social, moral e educacional à população pobre". É criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, por transformação do antigo Sesp, destinada a operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar, saneamento básico e educação sanitária, basicamente no interior do país.	1967: Unificação dos Institutos (IAPs). Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). 1975: Lei nº 6.229, de 17 de julho. Oficializa a dicotomia no setor: ao Ministério da Saúde as ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social as ações de caráter individual.

Fonte: Brasil, 1975; Braga & Paula, 1981; Oliveira & Teixeira, 1989; Merhy, 1992; Almeida, 1995⁴.

Por sua vez, Lenir Santos⁵ discorreu sobre as normas que regularam a saúde pública da era getuliana até os anos setenta, da seguinte maneira:

No Brasil, em 1923, foi editado o Decreto n. 16.300 aprovando o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1937, o Ministério da Educação e Saúde (Lei n. 378, de 13/01/37) foi reestruturado, criando-se o Conselho Nacional de Saúde. As atribuições do Conselho Nacional de Saúde deveriam ser objeto de lei específica. Em 1954, mediante o Decreto n. 35.347, de 8 de abril, foi aprovado o regimento do Conselho Nacional de Saúde. É desse mesmo ano a Lei n. 2.312, de 3 de setembro, que dispôs sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde. A regulamentação da lei ocorreu em 1961, Decreto n. 49.974-A, de 21 de janeiro, com a denominação de Código Nacional de Saúde.

Nessa época, as atividades relativas à saúde pública, principalmente o poder de polícia sanitária, estavam sob a responsabilidade do Estado Federal. Vários serviços públicos, como os Serviços destinados à Investigação e os Serviços do Distrito Federal, tratavam da saúde.

As obras de caridade, as santas casas de misericórdia, cuidavam da saúde curativa

de cunho individual, tanto que o Estado Federal garantia subvenção às entidades privadas que assumiam essas atividades como obra assistencial e caritativa (Lei n. 1.493, de 13.12.51).

A ampliação da assistência curativa surgiu com os institutos previdenciários – IAPs –, que mantinham dentre os seus benefícios, serviços médicos e hospitalares para trabalhadores filiados aos institutos previdenciários. Com a unificação desses institutos em um único instituto nacional de previdência social, com financiamento tripartite – trabalhador, empregador e Estado –, surgiu, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde (Lei n. 6.229, de 17.7.1975) e em 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas (Lei n. 6.439, de 1.9.77).

A saúde pública continuava sendo marcadamente de responsabilidade federal, cabendo ao Estado-Membro manter centros de saúde e, ao Município, responder pelo pronto socorro local. Somente os trabalhadores integrantes do regime geral de previdência social pública tinham acesso aos serviços curativos mantidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

4. Luiz Odorico Monteiro de Andrade e Ivana C. H. C. Barreto, ob. cit., p. 30.

5. "Saúde e meio ambiente. Competência. Intersetorialidade", in *Revista de Direito do Trabalho*, vol. 120, São Paulo, Revista dos Tribunais, 2005.

Vários foram os programas – no âmbito da Reforma Sanitária pretendida por especialistas e defensores de uma saúde pública descentralizada e universalizada – que buscaram romper com esse sistema de saúde centralizado, envolvendo Estados e Municípios, devendo ser destacados as AIS – Ações Integradas de Saúde e o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

Esses foram os antecedentes do sistema público de saúde brasileiro, organizado de maneira fracionada, centrado na dicotomia “prevenção” e “doença”, sendo públicas as ações e serviços voltados para as atividades de prevenção coletiva, vinculada sempre aos riscos sociais de epidemias, meio ambiente contaminado, produção (bens e serviços que pudessem oferecer perigo à saúde coletiva se não mantivessem um padrão de higiene), saneamento básico, sendo as atividades voltadas para a recuperação da saúde uma preocupação do Estado em relação à garantia da força de trabalho que deveria proteger a produção industrial e, conseqüentemente, o capital.

Desde a Revolução Industrial a saúde do trabalhador passou a ser uma preocupação do Estado em razão da necessidade de proteger a mão-de-obra, que precisava ser o mais sadia possível; isso interferia na produção e, conseqüentemente, no capital. A saúde individual passou a ocupar o cenário político quando se entendeu que a força de trabalho na era industrial deveria ser protegida em razão das conseqüências advindas da produção. Tanto que se protegia a saúde pessoal dos “trabalhadores”, e não a das *peças* individualmente consideradas.

Aos trabalhadores informais, aos seus familiares e às demais pessoas não havia nenhuma garantia pública de assistência à sua saúde individual, de cunho curativo.

E os serviços públicos de assistência à saúde individual colocados à disposição da população não eram considerados um direito de cida-

dania, mas, sim, um serviço *assistencialista* do Estado garantido às pessoas pobres que eram atendidas pelos serviços privados filantrópicos, sob financiamento público.

III – O DIREITO À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Durante a Assembléia Nacional Constituinte (1987 e 1988), instalada para votar a nova Constituição brasileira, depois de vinte anos de regime totalitário, foi criado em 1987, mediante decreto do Poder Executivo federal, o programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS (Dec. federal nº 94.657, de 20.7.1987), o qual, mediante convênio de cooperação entre a União e os Estados, e com a adesão dos Municípios, iniciou um processo de unificação e descentralização das ações e serviços de saúde, com financiamento trilateral e abertura dos hospitais e postos ambulatoriais do INAMPS à população em geral (Santos/1994).⁶

A criação do programa SUDS tornou-se viável, à época, porque atores da Reforma Sanitária brasileira ocupavam cargos no Poder Executivo federal ou uma cadeira no Congresso Nacional.

O SUDS foi um programa exitoso, principalmente no Estado de São Paulo. Esse sucesso foi fundamental para que se garantisse, no novo Texto Constitucional, o direito à saúde.

Com a Constituição de 1988, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito público subjetivo, no reconhecimento de que o sujeito é detentor do direito e o Estado é seu devedor, além, é óbvio, da responsabilidade do sujeito, que também deve cuidar da própria saúde e contribuir para a saúde coletiva.⁷ Hoje, compete ao Estado garantir a saúde do cidadão e da coletividade.

Um novo sistema de saúde pública nacional foi criado, o Sistema Único de Saúde, com responsabilidades públicas e com a definição de saúde não mais como fenômeno puramente biológico, mas como resultado de condições socioeco-

6. Lenir Santos, “Distribuição de Competência no Sistema Único de Saúde: o papel das três esferas de governo no SUS”, Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil, Brasília, 1994.

7. Art. 2º, § 2º, da Lei nº 8.080/90: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. O direito à saúde obriga todos, indistintamente, por envolver questões de cunho coletivo e direitos difusos. Ninguém tem o direito de prejudicar a saúde de outrem.

nômicas e ambientais. A doença passa a ser considerada, conforme Giovanni Berlinguer,⁸ também um sinal, estatisticamente relevante e precocemente calculável, de alterações do equilíbrio homem-ambiente – induzidas por transformações produtivas, territoriais, demográficas e culturais, com conseqüências incontrolláveis –, além de sofrimento individual e desvio da normalidade biológica ou social.

Diante do conceito trazido pela Constituição de 1988 de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas 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” (art. 196), abandonou-se um sistema que considerava a saúde pública dever do Estado apenas no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade (prevenção da transmissão da malária, da hanseníase, da tuberculose e cuidados que competiam à polícia sanitária, por exemplo), e assumiu-se que o dever de o Estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de recuperação, promoção e prevenção.

A visão epidemiológica da questão saúde/doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidade, passou a integrar o direito à saúde.

Esse novo conceito de saúde leva em conta suas determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação e transporte, e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de *identificar* esses fatores e

formular uma política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, política condizente com a elevação das condições de vida da população.

Assim, o direito à saúde, de acordo com a definição do art. 196 da CF, pressupõe: a) o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação; e b) a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos.

A saúde, hoje, no Brasil, é considerada um direito fundamental do ser humano. E, como direito fundamental e elo entre saúde e vida, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado, em todas as suas nuances.

Depois de consagrado o direito à saúde na Constituição, os mesmos atores da Reforma Sanitária, juntamente com os secretários de saúde e outros especialistas na área, passaram a exigir que o Poder Executivo federal encaminhasse ao Congresso Nacional projeto de lei para regulamentar o SUS, conforme previsto no art. 198 da CF.

Por iniciativa de um grupo de especialistas da Reforma Sanitária, entre eles o médico Eleutério Rodriguez Neto, o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC, da Universidade de Brasília, começou a discutir o primeiro projeto de lei da saúde, tendo sido integrados nesse grupo, pela primeira vez, juristas – até então não incorporados ao debate.⁹ Esse projeto foi encaminhado ao Ministério da Saúde e, depois de muitas negociações, foi enviado pelo Governo Federal ao Congresso Nacional.¹⁰

Importa destacar que a competência para cuidar da saúde e legislar sobre ela, nos termos do art. 23, II, da Constituição, é comum a todas as

8. *Medicina e Política*, 3ª ed., São Paulo, Hucitec, 1989.

9. Guido Ivan de Carvalho foi quem viabilizou juridicamente o convênio SUDS, tendo significativa atuação na organização e no funcionamento do SUDS no Estado de São Paulo. Por decreto estadual, esse convênio foi reconhecido como o sistema de saúde no Estado. Carvalho trabalhou intensamente no texto original da lei orgânica da saúde, apresentado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e depois encaminhado ao Ministério da Saúde. Após intensas negociações, das quais Guido Ivan de Carvalho, Nelson Rodrigues dos Santos e outros participaram, o Ministério da Saúde encaminhou projeto de lei ao Congresso Nacional.

10. Fica aqui nosso reconhecimento a Raimundo Bezerra, médico sanitário, deputado federal, secretário de saúde e Prefeito de Crato, no Ceará, que foi um grande articulador, no Congresso Nacional, do projeto de lei do Sistema Único de Saúde.

esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). A competência legislativa é concorrente entre a União e os Estados e o Distrito Federal (art. 24, XII, da CF), cabendo aos Municípios legislar sobre saúde no interesse local e complementar a legislação federal e a estadual, no que couber (art. 30, I, II e VII, da CF).

Com a edição da Lei nº 8.080/90,¹¹ conhecida no Brasil como Lei Orgânica da Saúde – LOS, iniciou-se uma fase de negociação entre os Municípios e os Estados federados visando à implementação do SUS.

Principiou-se, a partir daí, a era das normatizações infralegais federais, de autoria do Ministério da Saúde, denominadas *Normas Operacionais Básicas – NOBs* e *Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS*. No ano de 2006, em substituição a essas normas, foi editada a Portaria nº 399 do Ministério da Saúde, com o Pacto pela Saúde 2006, documento de consenso entre o Ministério e as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios brasileiros.

IV – A CONFORMAÇÃO ORGANIZATIVA DO SUS POR NORMAS OPERACIONAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os autores trataram desse tema na obra *SUS: o Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos*:¹²

Primeiramente, cabe esclarecer o que vem a ser uma Norma Operacional Básica. As normas operacionais eram regras de organização e financiamento do SUS ditadas pelo Ministério da Saúde, mediante portarias com anexos que detalhavam os procedimentos a ser observados pelos estados e municípios interessados nas transferências financeiras federais. As NOBs sempre se faziam acompanhar por um conjunto de outras portarias.

A primeira NOB foi aprovada pela Resolução 258/91, do então presidente do INAMPS. Seu objetivo era dispor sobre a nova política

de financiamento do Sistema Único de Saúde para o ano de 1991. Pretendia-se, pelo visto, editar a cada ano uma Norma Operacional Básica para regular as transferências de recursos da União para os estados e municípios.

Sucessivas normas operacionais induziram a organização do SUS. A cada edição de Portarias Ministeriais – NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 1996, NOAS-SUS 2001, NOAS-SUS 2002 –, os estados e municípios deveriam arranjar-se para organizar o sistema local e regional nos termos ali definidos, ainda que estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional – respeitadas as diretrizes e os princípios do SUS e os consensos regionais e estadual.

Foi no âmbito de uma norma operacional, a NOB nº 1/93, que se criou uma comissão de gestores da saúde com a finalidade de decidir, de forma conjunta e consensual, como o SUS deveria organizar-se administrativa e tecnicamente:

A NOB do ano de 1993 já antevia que, sem um fórum interfederativo de decisão consensual sobre questões complexas do SUS, não seria viável implementar no país um sistema único e descentralizado, que conjugasse serviços de todos os entes federados, possibilitando, assim, o atendimento integral à saúde individual e coletiva; enfatizava, ainda, que o financiamento fosse compartilhado entre todos os entes federativos e que a regionalização das ações e serviços de saúde fosse uma realidade. Somente uma ação pactuada seria capaz de manter esse sistema: “Não será possível atingir os objetivos constitucionais sem um prévio entendi-

11. A Lei nº 8.080/90 recebeu vários vetos presidenciais, e foram necessárias negociações entre parlamentares, governo e secretários de saúde estaduais e municipais para garantir que a participação da comunidade no SUS (prevista no Texto Constitucional) fosse recuperada, tanto quanto as transferências de recursos da União para os Estados e Municípios. Isso foi acordado, tendo sido editada a Lei nº 8.142/90, no mesmo ano, em 28 de dezembro.

12. Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade, *SUS: o Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos*, Campinas, Conasems/Idisa, 2007, p. 35.

mento entre os gestores das três esferas de governo”, defendia a NOB 01/93.

As normas operacionais conseguiram, ao longo do tempo, descentralizar as ações e serviços de saúde, ainda que os conformassem de acordo com o financiamento federal.

A NOAS nº 1/02 teve por fim ampliar as responsabilidades dos Municípios na atenção básica e criar mecanismos para um processo de regionalização que tivesse como estratégia a hierarquização dos serviços de saúde, visando à equidade. Buscou-se, ainda, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

Contudo, esse modelo de regulação causou sérios embaraços aos Municípios e à descentralização, uma vez que exigia o cumprimento de regramentos nem sempre compatíveis com a realidade local. Com o esgotamento de todas essas regulamentações que organizavam o SUS à luz do financiamento federal, fortemente disciplinado pelo Ministério da Saúde, passou-se a discutir, de forma conjunta (União, Estados e Municípios), um novo documento, o Pacto pela Saúde 2006.

O Pacto pela Saúde visa estabelecer novo patamar em relação à forma de financiamento, à definição de responsabilidades, às metas sanitárias e aos compromissos entre os gestores da saúde, consubstanciados em termos de metas e plano operativo.

A partir de 2006, o Pacto pela Saúde vem a ser o novo instrumento para a gestão compartilhada do SUS, e algumas das reivindicações dos gestores de Estados e Municípios, como o reconhecimento de sua autonomia, foram consideradas, deixando, assim, de existir as “habilitações” que, teoricamente, denotavam a “permissão” do Ministério da Saúde para que o Município ou o Estado fossem reconhecidos como gestores da saúde em seus territórios. Em substituição à “habilitação”, foi instituído o termo de compromisso, instrumento que irá formalizar os acordos e os pactos entre os gestores da saúde.

Com o Pacto pela Saúde 2006, que deve ser revisado anualmente, os gestores assumem o compromisso público de enfatizar as prioridades inseridas em seus três componentes, denomina-

dos Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Por que tantas dificuldades, idas e vindas para a implantação do SUS no Brasil? Deixando de lado a *grave* e importante questão do financiamento e passando a olhar o SUS como um sistema nacional de execução descentralizada, que se organiza de forma interligada, interdependente – uma vez que todos os entes federados são solidariamente responsáveis pela saúde individual e coletiva da população –, vê-se que não são poucas as dificuldades para operá-lo sem quebra de paradigmas da Administração Pública.

Um sistema de saúde próprio de um país unitário teve de ser levado a cabo num Estado Federal (federalismo cooperativo), mas de forte característica centralizadora. Entendemos que somente um sistema que se organize em *rede interfederativa*, executado por meio de *consensos interfederativos*, poderá garantir o direito à saúde e respeitar a diversidade e a autonomia dos entes federados na execução desses serviços.

Não há como operar um sistema unitário em seus conceitos, diretrizes e princípios, com financiamento tripartite, sem a criação de uma *rede nacional interfederativa* de serviços de atenção à saúde (composta de diversas redes, desde a local até a interestadual), gerida por entes federados, mediante consensos interfederativos. Somente uma rede interfederativa será capaz de garantir a *integralidade da atenção à saúde* dos cidadãos, *matriz da conformação do SUS em rede interfederativa, operada por consenso e consubstanciada em contratos interfederativos multilaterais*.

A integralidade da atenção à saúde, definida na Lei nº 8.080/90, art. 7º, II, como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, deve conformar a organização do SUS.

V – O SUS NO SÉCULO XXI

O SUS, hoje, está conformado pelos ditames do Pacto pela Saúde 2006, expresso num conjunto de portarias editadas pelo Ministério da Saúde. São muitas as dificuldades dos Estados

e Municípios para observar o pacto, ainda que todos venham envidando esforços para operar o SUS em conformidade com essas normas.

Contudo, entendemos que o Pacto pela Saúde, ainda que tenha sido um documento de consenso entre os entes federados, está fortemente marcado pelo papel regulador do Ministério da Saúde no tocante às ações e serviços de saúde executados pelos Municípios e Estados com recursos federais (Fundo Nacional de Saúde).

Para atingir verdadeiramente a maturidade, o Pacto pela Saúde necessita rever diversos paradigmas jurídico-administrativos, entre eles os que dizem respeito às transferências de recursos da União para os Estados e Municípios.

É preciso entender que o SUS, sendo um sistema único em conceitos, diretrizes e princípios, e estando obrigado a garantir a integralidade da assistência, ao mesmo tempo em que é operado por entes federados, autônomos entre si, exige que novos arranjos jurídico-administrativos sejam criados para enfrentar dilemas até agora não resolvidos, como o entendimento jurídico (principalmente do Judiciário) de que todos os entes federados são solidariamente responsáveis pelo atendimento da população, em todos os níveis de assistência, ainda que o ente em questão seja um Município de 20 mil habitantes!

Essa concepção não leva em conta que o SUS é uma rede interfederativa de serviços de assistência à saúde, composta de atividades de natureza e complexidade diversas, não cabendo a todos os entes federados responder igualmente por toda a gama de serviços de saúde, da vacina ao transplante.

A responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde, na rede interfederativa de serviços, deve ser definida em consensos inter-

federativos, uma vez que não há legislação que determine, em razão da população e das condições socioeconômicas, quais serviços cada ente federado deve executar.

A rede interfederativa de serviços de atenção à saúde deve ser definida pelos próprios entes federados reunidos nos colegiados interfederativos¹³ (de âmbito nacional, estadual e regional), os quais devem dispor sobre suas responsabilidades, em razão do porte populacional, socioeconômico, de organização de serviços e de epidemiologia.¹⁴

Essa é a forma, respeitando-se a autonomia dos entes federados, de reconhecer que, na saúde, esses entes são interconectados e interdependentes na operacionalização de uma *rede interfederativa de serviços de assistência à saúde organizada para garantir a integralidade da assistência à saúde da população residente em Municípios de porte diferente e muito desigual*.

De forma resumida, pode-se afirmar que a maturidade organizativa do SUS será o aprofundamento da regionalização e da hierarquização (conceitos constitucionais, art. 198), que deverão desaguar na construção da rede interfederativa de serviços de assistência à saúde, operada por consensos interfederativos, obtidos nos colegiados interfederativos,¹⁵ os quais têm o papel de discutir e decidir conjuntamente as responsabilidades dos entes federados nessa rede de serviços (financiamento, direitos, obrigações e demais aspectos da gestão do sistema de saúde), e substanciados em contratos interfederativos multilaterais (contratos que organizam a ação pública da saúde).

Os autores também defendem a implementação no País, a exemplo do que ocorre, hoje, na Espanha,¹⁶ da política contratualista dentro do

13. Os autores defendem a criação dos colegiados interfederativos no livro aqui mencionado: *SUS: o Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos*. Na Espanha, desde 2001, conforme disposto em lei, existe um "Consejo Interterritorial del SNS" (Sistema Nacional de Saúde) como órgão de coordenação das Administrações que têm competência para cuidar da saúde; cf. José R. Repullo e Antonio Iñesta, *Sistemas y Servicios Sanitarios*, Madri, Diaz de Santos, 2006.

14. No Brasil, 71% dos Municípios têm menos de 20 mil habitantes.

15. Integra o Sistema Nacional de Saúde, na Itália, a "Conferenza dei Sindaci" (prefeitos), que discute o projeto do plano regional de saúde e participa da verificação da realização do plano local e do plano metropolitano; cf. Partemio Locci e Roberto Locci, *Elementi di Diritto Sanitario e Amministrativo*, Pádua, Piccin, 2000.

16. José R. Repullo e Antonio Iñesta, ob. cit.

próprio Estado. Primeiramente, no âmbito do SUS nacional poder-se-iam estabelecer os contratos entre entes federados, os quais devem consubstanciar o conteúdo dos consensos interfederativos obtidos nos colegiados, definindo-se com clareza o papel de cada um na rede interfederativa de serviços de saúde (contratos de ação pública – aqueles que organizam a ação pública da saúde entre os entes federados).

No âmbito de cada Administração Pública, devem ser separadas as funções de planejamento, financiamento, regulação e avaliação das atividades de prestação de serviços de saúde. Assim, dentro do próprio setor público, quem financia, regula e avalia não deve ser o mesmo que presta o serviço, planejado e avaliado por um corpo de servidores, com garantias de vínculo diferentes daqueles que prestam os serviços (os que prestam serviços não exclusivos do Estado não precisam ser servidores estatutários). Com essa separação, será mais fácil cada um executar o seu papel: o primeiro grupo de servidores atuando em áreas que encerram poder de autoridade do Estado, e o segundo prestando serviços diretamente à população, com garantias de metas, resultados, desempenho qualitativo, prazos, humanismo. No segundo bloco, a gestão ágil é imperativa para a obtenção de resultados de qualidade.

A Administração Pública negocial-consensual¹⁷ dará espaço para melhor definir suas funções, criando condições mais adequadas para planejar e avaliar os serviços, perseguindo melhores resultados para a população usuária dos serviços de saúde.

Isso só poderá ocorrer mediante contratos entre entes públicos, sejam os contratos estatais de serviços, os contratos de gestão ou qualquer outra denominação que venham a adquirir, de acordo com seu objetivo.

Ainda que esses contratos firmados no interior da Administração Pública, conforme disposto no art. 37, § 8º, da CF, não tenham a mesma natureza dos contratos do Código Civil (uma vez que estes não podem ser exigidos administrativa ou judicialmente, por serem firmados no âmbito

da própria Administração Pública), trata-se de uma estratégia de gestão que deve considerar prioritariamente os objetivos dos serviços de saúde, suas metas, a qualidade a ser alcançada, o desempenho, a efetividade, a economicidade, o humanismo, entre outros itens.

Já os *contratos interfederativos* são aqueles que organizam a ação pública da saúde *entre os entes federados*, a partir dos consensos obtidos, definindo-se com clareza as responsabilidades de cada ente na rede interfederativa, o financiamento, direitos e deveres.

Os contratos a serem firmados *dentro* de cada esfera de governo contribuirão, como já mencionado, para separar as atividades de planejamento, financiamento e avaliação daquelas de execução, além de perseguir o objetivo de conferir maior grau de autonomia gerencial ao órgão ou ente executor dos serviços (art. 37, § 8º, da CF), com o fim de ganhar maior eficiência administrativa.

Quanto ao financiamento, podemos afirmar que *existe e persiste o subfinanciamento* da saúde, e esse é o mais grave problema enfrentado hoje pelo sistema público de saúde, que, por outro lado, consegue fazer tanto com tão poucos recursos.

De acordo com determinação constitucional (EC nº 29/00), a União deve aplicar em saúde o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB; os Estados devem aplicar o equivalente a 12% de sua receita pública; e os Municípios, o valor correspondente a 15% dessa receita. Especialistas em saúde pública; pleiteiam do Governo Federal a aplicação de um percentual das receitas correntes líquidas, e não do PIB, mas isso está em discussão no Congresso Nacional.

Ressalte-se que a União Federal fica obrigada a transferir parte dos recursos do orçamento do Fundo Nacional de Saúde ao conjunto dos Estados e Municípios, sendo dever do Estado transferir aos Municípios parcela de seus recursos vinculados à saúde. Isso está previsto na Emenda Constitucional nº 29 e nas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90.

17. Consultar obra de Odete Medauar, *O Direito Administrativo em Evolução*, 2ª ed., São Paulo, Revista dos Tribunais, 2003.

1. O QUE FOI FEITO NESTES VINTE ANOS

Muito foi feito pela saúde pública brasileira a partir da Constituição de 1988. O ponto primordial é que a saúde foi reconhecida como direito público subjetivo. A partir daí, com a edição da lei que regulamenta o funcionamento e a organização do Sistema Único de Saúde, este ganhou fôlego, e todos os 5.562 Municípios brasileiros passaram a cuidar da saúde de sua população.

A descentralização foi aprofundada, e todos os Estados federados e o conjunto de seus Municípios hoje mantêm serviços de saúde, restando apenas sua total integração à rede interfederativa de serviços de saúde, com definição clara de responsabilidades, fato que ainda não ocorreu.

A participação da população no SUS também é uma realidade, com todos os Municípios e Estados brasileiros mantendo, em suas estruturas administrativas, conselhos de saúde, palco de discussões da política de saúde local ou estadual, da aprovação dos planos de saúde, base de todas as atividades em cada esfera de governo e de sua fiscalização.

O Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, tem o papel de discutir as macropolíticas de saúde e seu financiamento, e de fiscalizar a sua execução. Ainda que existam problemas nesse setor, a participação popular na saúde tem sido um marco na implementação da democracia participativa em nosso país.

Todos os recursos que financiam o sistema de saúde devem estar alocados nos fundos de saúde e ser movimentados pelo gestor da saúde local ou estadual.

O acesso é universal, e o sistema passou a ter de garantir serviços a toda a população brasileira (186,77 milhões de habitantes) – apenas por volta de 40 milhões de pessoas não utilizam o sistema público, por terem contratos de seguro-saúde.

O SUS garante à população todos os tipos de serviços, desde ações preventivas e de promoção da saúde até serviços de recuperação, dos mais simples aos mais complexos, como transplantes.

Esses são os dados mais recentes (de 2006) sobre gastos com saúde no Brasil:¹⁸

- 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, com mais de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos (1,3 bilhão de atenção básica e 1,2 bilhão de outros procedimentos);
- 3,1 milhões de cirurgias (241 mil cirurgias cardíacas);
- 9 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia;
- 11,3 milhões de internações;
- 9,2 milhões de terapias renais substitutivas (97% das quais públicas);
- 11 mil transplantes (80% públicos);
- 130 milhões de vacinas;
- 345 milhões de exames;
- 55,4 milhões de sessões de fisioterapia;
- 212 milhões de ações de odontologia;
- 3,9 milhões de órteses/próteses;
- 1,3 milhão de tomografias;
- 11 milhões de ultra-sonografias;
- 243 mil ressonâncias magnéticas;
- 23 milhões de ações de vigilância sanitária básica;
- 87 milhões de pessoas acompanhadas por 27 mil equipes de saúde da família, presentes em 92% dos Municípios brasileiros;
- 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde, que atuam em 95% dos Municípios brasileiros.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2005 o Brasil contava com 77 mil estabelecimentos de saúde (55 mil ambulatorios e 22 mil hospitais, que ofereciam 443 mil leitos, sendo 149 mil públicos e 294 mil privados).

Observe-se que 70% dos estabelecimentos privados mantêm contrato com o sistema público de saúde, atendendo, assim, pacientes encaminhados pelo Poder Público.

18. Fonte: Ministério da Saúde, *Mais Brasil* – 2008-2011, 2007.

Os gastos com saúde no Brasil, nos anos de 1999 a 2007, são apresentados na tabela abaixo:

Estimativa de gastos com saúde, no Brasil, em 2006 (em bilhões de reais) ¹⁹		
Público 50%	Federal – 46,70%	40,78
	Estadual – 26,12%	22,81
	Municipal – 27,18%	23,73
	Total público – 100%	87,32
Privado 50%	Seguros-saúde – 51,3%	44,88
	Desembolso direto – 18,7%	16,41
	Medicamentos – 30%	26,25
	Total privado – 100%	87,54
Público-privado	Total Brasil	174,86

Fonte: MS-SPO, MS-SIOPS, ANS, IBGE, POF, Estudos GC.

Pode-se traduzir da seguinte maneira o financiamento público da saúde brasileira no ano de 2006 (somente recursos públicos aplicados na saúde pública (R\$ 87,32 milhões)):

– R\$ 1,28 por dia (R\$ 87,32 bilhões divididos por 186,77 milhões de habitantes = 467,5 divididos por 365 dias = R\$ 1,28).

Considerando, agora, o total dos recursos aplicados na saúde brasileira (recursos públicos e privados), teremos:

Total: R\$ 174,86 bilhões (recursos públicos e privados)

População: 186.770.000

Per capita/Ano: R\$ 935,69

2. O QUE PRECISA SER FEITO

O SUS necessita, ainda, de muitas ações e serviços, de financiamento, modernização e regulação de vácuos normativos existentes. Sem nos aprofundarmos em todos os detalhes, destacamos cinco pontos que julgamos fundamentais e que precisam ser resolvidos com urgência:

a) O financiamento da saúde precisa ser suficiente. Além de insuficiente, o financiamento carece, no momento, de definição de algumas fontes de receita, uma vez que somente os re-

ursos do orçamento da seguridade social e do orçamento fiscal não darão conta de mantê-lo.

No Brasil, temos três tipos de orçamento, sendo um deles o orçamento da seguridade social, responsável pela saúde, previdência e assistência social. As receitas que compõem esse orçamento não têm sido suficientes para cobrir as despesas crescentes da previdência social e da saúde. A área mais prejudicada é a saúde, uma vez que não se cumpriu a determinação constitucional inicial (1988/1989) de destinar 30% desse orçamento para essa área (art. 55 do ADCT). Se isso fosse cumprido, o orçamento da saúde seria o dobro do que é hoje.

b) O modelo jurídico-organizacional do SUS precisa ser institucionalizado. Desde a criação do SUS e de sua lei regulamentadora, esse sistema foi pautado por normas editadas pelo Ministério da Saúde que não levaram em conta as especificidades das regiões do País, desiguais econômica e socialmente, além de não ter conseguido criar redes interfederativas de serviços de assistência à saúde, com definição concreta das responsabilidades dos entes federados em relação ao porte dos Municípios (população, economia, organização de serviços e epidemiologia) e seu papel nas redes interfederativas.

Mesmo as comissões de gestores (que congregam os gestores municipais, estaduais e federal) – criadas com o objetivo de decidir em conjunto a organização, a operacionalização e o financiamento dos serviços de saúde – não estão institucionalizadas, sendo todas elas dependentes do ente federado que as cria. Não há, aqui, um ambiente de segurança jurídica.

Somente colegiados interfederativos que respeitem a autonomia dos entes federados, ao mesmo tempo em que esses entes se reconheçam como interdependentes na garantia do direito à saúde em redes interfederativas, darão conta de definir em conjunto as políticas de saúde, seu financiamento e sua execução. Os consensos interfederativos devem ser a forma de operar a rede interfederativa de serviços de assistência à saúde.

19. Ministério da Saúde – MS, Secretaria de Planejamento e Orçamento – SPO, Sistema Informações em Orçamento e Planejamento em Saúde – SIOPS, Agência Nacional de Saúde – ANS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Estudos de Gilson Carvalho (www.idisa.org.br).

c) O modelo gerencial do SUS precisa ser modernizado. As formas jurídicas ou as categorias jurídicas de Administração Pública, no Brasil, precisam urgentemente ser modernizadas, separando-se as atividades que requerem poder de autoridade, poder sancionador e que são *exclusivamente* públicas daquelas que podem ser executadas tanto pela iniciativa privada como pelo Poder Público, devendo, neste caso, ser realizada de modo mais ágil, como na maioria das vezes ocorre no setor privado.

A Administração Pública brasileira é fortemente controlada por normas que privilegiam a forma, e não os resultados; que avaliam processos, e não metas; que perseguem números, e não desempenho qualitativo.

Atualmente se discute, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei Complementar nº 92/07, de iniciativa do governo, que cria as fundações estatais,²⁰ modelo de fundação pública regida pelo Direito Privado (parcialmente regida, uma vez que o Direito Público sempre derroga normas de direito privado). É preciso implantar o modelo contratual no interior da Administração Pública, com vista a definir metas e resultados qualitativos dos serviços prestados. A Constituição Federal prevê o contrato de autonomia gerencial, que poderá ser firmado no interior da Administração Pública; contudo, desde 1998, esse modelo institucional não foi regulamentado.

d) O vácuo legislativo precisa ser suprimido. É necessário melhor regulamentação das responsabilidades dos Poderes Públicos na rede interfederativa de serviços e dos direitos e deveres dos usuários, fundamentalmente quanto ao padrão de integralidade de assistência à saúde devido pelo Estado.

São muitas as lacunas, e a principal delas é a que define o rol de prestação de serviços que o Estado deve garantir aos usuários.

Mesmo as portas de entrada do sistema não são respeitadas, principalmente pelo Poder Judiciário, que, nas ações judiciais, garante *tudo para todos*, sem respeito à regulamentação – a qual também tem sido insuficiente. É comum garantir às pessoas que têm seguro-saúde o acesso, por via judicial, às ações e aos serviços de saúde, conforme terapêutica prescrita por médicos do setor privado (em tratamento fora do âmbito público), o que contraria as normas atuais do SUS, em especial o art. 200 da CF e o art. 6º da Lei nº 8.080/90, que dispõem sobre o campo de atuação do SUS, e o inc. I, letra *d*, do art. 6º c/c o art. 7º, II, que pressupõe pacientes *em tratamento nos serviços do SUS*, e não pacientes em tratamento nos serviços privados complementando a sua terapêutica no serviço público, o que rompe com o princípio da integralidade da assistência à saúde.

Enquanto esse vácuo legislativo não for suplantado e o modelo jurídico-administrativo do sistema público de saúde não for institucionalizado, estaremos gerindo dois sistemas: um para o público em geral e outro para aqueles que, cada vez mais, recorrem ao Judiciário, prejudicando a desejável eficácia do direito à saúde, que pressupõe um conjunto de serviços (padrão de integralidade) previamente definido pelos dirigentes do SUS, em comum acordo com a sociedade representada nos conselhos de saúde.

e) A população brasileira precisa ter sentimento de pertencimento ao SUS. Não há sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS. Todos os segmentos sociais buscam para si garantir, de algum modo, um contrato de seguro-saúde, e os próprios secretários de saúde muitas vezes dirigem um sistema que não usam.²¹

Quando a classe média reivindica, mediante o Poder Judiciário, determinados procedimentos de saúde, principalmente medicamentos, fá-lo

20. Ressalte-se que na formulação jurídica da proposta de fundações estatais (inicialmente denominadas de fundações governamentais de direito privado) foi utilizada a proposta de mudança do modelo jurídico-institucional dos hospitais federais do Grupo Hospitalar Conceição, com sede em Porto Alegre, em 2005, elaborada por Lenir Santos. Esse projeto serviu de balizamento para o desenvolvimento, pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Projeto Fundações Estatais, sob o comando de Valéria Salgado. Lembremos, ainda, que não é de hoje, no SUS, a preocupação com a modernização das atividades de saúde, principalmente a hospitalar. Em 1990, Guido Ivan de Carvalho empreendeu estudos na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo com vista à criação do Estabelecimento Hospitalar Autônomo, da autarquia de regime especial (que contou com contribuição do professor Hely Lopes Meirelles) e, depois, da empresa pública da saúde (que obteve apoio do saudoso professor Geraldo Ataliba).

21. Lenir Santos, "A quem pertence o SUS?", in *Correio Popular*, Opinião, Campinas, 10.1.08.

com certo desprezo pelo sistema, sem nem sequer querer saber quais são seus deveres para com o SUS, uma vez que não existe direito sem dever correspondente.

Não lhe importa saber se, para obter um serviço do SUS, é preciso acessá-lo por suas portas de entrada e respeitar o princípio da integralidade da assistência terapêutica, que pressupõe um conjunto de ações articuladas e contínuas, e não um fracionamento de atos, descolados de diagnósticos e terapêuticas indicados pelos profissionais da saúde pública.

E o Poder Judiciário vem acolhendo todos os pedidos, sem se dar conta de que está rompendo com a organização do SUS e com o princípio da igualdade daqueles que, cumprindo seus deveres, acessam o SUS pela *porta de entrada*.

Esse ponto é de grande complexidade e pode ser estudado sob os mais variados ângulos: a formação de nossa sociedade, a cultura, a sociologia e a antropologia brasileiras. Um dado, porém, é eloqüente: enquanto os serviços de saúde forem de má qualidade, intimidando as pessoas em sua subjetividade, pelo temor prévio das conseqüências da necessidade futura (e a saúde sempre combina urgência e fragilidade emocional), viveremos essa ambigüidade de querer e ter o direito, mas não exercitá-lo.

Não temos a cultura de lutar para conferir *qualidade* a um direito – gostamos de nos apropriar de direitos *já qualificados*. Aqueles que se desqualificam são abandonados, como foi o caso da educação. Desde que o objeto de um direito desprovido da qualidade necessária possa ser adquirido no mercado, trocaremos a luta pelo direito, ou pela sua qualidade, pela luta por obtenção de renda. Enquanto isso, a fatia rica da sociedade relega à parcela pobre a reivindicação do direito à saúde qualitativo, e, ainda que esta seja maioria, sua voz não é ouvida na mesma intensidade.

VI – CONCLUSÕES

O Brasil tem uma população de 186,77 milhões de habitantes; destes, por volta de um quarto tem contrato de seguro-saúde ou plano de saúde (que cobre risco eventual e futuro). O restante

é coberto pelo sistema público de saúde, ou seja, por volta de 140 milhões de pessoas dependem da rede de serviços públicos de saúde.

Esse sistema público compreende todas as atividades de saúde: atividades de vigilância sanitária, epidemiologia, atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar, serviços de urgência e emergência, transplantes, medicamentos e outros serviços mais especializados, como saúde mental, programa da AIDS.

Os recursos do orçamento da saúde são claramente insuficientes para operar uma rede sempre crescente e onerosa, em razão da inovação tecnológica, do envelhecimento da população, da violência urbana, entre outros.

O SUS necessita, fundamentalmente, institucionalizar-se, deixando de ser pautado e operado de maneira centralizada pelo Ministério da Saúde. Precisa, ainda, garantir financiamento suficiente; inovar em sua gestão interna, introduzindo novos parâmetros administrativos, como os contratos interadministração pública, os contratos interfederativos, modelos jurídico-*institucionais* mais ágeis, como fundações estatais²² (fundações públicas regidas pelo Direito Privado), e outros elementos administrativos inovadores da gestão pública, como contratos de autonomia gerencial, contratos de metas, contratos programa, contratos de gestão, entre outros. E precisa formar, verdadeira e definitivamente, de forma madura do ponto de vista jurídico-administrativo, uma rede interfederativa de saúde.

O SUS é, hoje, no Brasil, a mais completa política pública inclusiva, universalista, igualitária, que promove a pessoa humana e conta com a participação da sociedade em sua definição e fiscalização (democracia participativa). Para se confirmar e se concretizar no século XXI, o SUS precisa vencer os desafios aqui descritos e outros que estão latentes ou que ainda surgirão.

VII – BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de e BARRETO, Ivana C. H. C. *SUS Passo a Passo*, São Paulo, Hucitec, 2007.

BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*, 3ª ed., São Paulo, Hucitec, 1989.

22. Projeto de Lei Complementar nº 92/07, de autoria do Poder Executivo, em discussão no Congresso Nacional.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Mais Brasil – 2008-2011*, 2007.

CARVALHO, Gilson. Estudos com base em dados coletados no Ministério da Saúde, Secretaria de Planejamento e Orçamento, Sistema Informações em Orçamento e Planejamento em Saúde, Agência Nacional de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (www.idisa.org.br).

CARVALHO, Guido Ivan de e SANTOS, Lenir. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*, 4ª ed., Campinas, Editora da Unicamp, 2006.

LOCCI, Partemio e LOCCI, Roberto. *Elementi di Diritto Sanitário e Amministrativo*, Pádua, Piccin, 2000.

MEDAUAR, Odete. *O Direito Administrativo em Evolução*, 2ª ed., São Paulo, Revista dos Tribunais, 2003.

REPULLO, José R. e IÑESTA, Antonio. *Sistemas y Servicios Sanitarios*, Madrid, Diaz de Santos, 2006.

SANTOS, Lenir. “Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde: o papel das três esferas de governo no SUS”, Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil, Brasília, 1994.

_____. “Saúde e meio ambiente. Competência. Intersetorialidade”, in *Revista de Direito do Trabalho*, vol. 120, São Paulo, Revista dos Tribunais, 2005.

_____. “A quem pertence o SUS?”, in *Correio Popular*, Opinião, Campinas, 10.1.08.

_____. e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *SUS: o Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos*, Campinas, Conasems/Idisa, 2007.