

DEFICIÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SOLUÇÕES ESTRUTURAIS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA¹

Luiz Carlos Romero²

1. As deficiências da assistência médica como paradigma equivocado da efetividade do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é considerado um dos mais importantes sistemas públicos de proteção social e, na qualidade de política de Estado, um dos mais significativos avanços no processo civilizatório e na realização dos direitos sociais.³ A imprensa, no entanto, costuma dar destaque à má qualidade da assistência médica e hospitalar prestada no âmbito do sistema, em especial nos serviços de emergência. Filas de pacientes; longos tempos de espera para a realização de consultas, exames e procedimentos; carência de profissionais e insuficiência da infra-estrutura material dos serviços estão nas manchetes de jornais e televisões todos os dias.

Ainda que as pesquisas de opinião^{4,5} comprovem a existência e a percepção, pela população, desses problemas de acesso e a insuficiência e má qualidade do atendimento recebido em centros de saúde, hospitais e

¹ Exposição feita na audiência pública realizada pela Subcomissão Permanente de Promoção, Acompanhamento e Defesa da Saúde do Senado Federal (CASSAUDE), em 14 de julho de 2011, para discutir as deficiências do Sistema Único de Saúde - SUS e apontar soluções estruturais no intuito de promover melhorias em todas as etapas do atendimento médico. (Requerimento nº 1, de 2011-CASSAUDE, de autoria dos Senadores Eduardo Amorim e Humberto Costa) [4ª Reunião da CASSAUDE, da 1ª Sessão Legislativa Ordinária, da 54ª Legislatura]

² Médico (UFRGS, 1972), especialista em Saúde Pública (USP, 1973) e em Direito Sanitário (FIOCRUZ, 2010). Consultor Legislativo do Senado Federal. romero@senado.gov.br

³ SANTOS, Nelson Rodrigues. **SUS: qual o rumo?** Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 2010.

⁴ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003.

⁵ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**. Brasília, fev. 2011.

serviços de emergência, mostram também que, quando a pessoa é atendida, avalia bem o serviço.

Na pesquisa mais recente, publicada em fevereiro deste ano, 80% dos usuários do Programa de Saúde da Família; 70% dos pacientes que receberam assistência farmacêutica e metade dos que procuraram assistência médica eletiva no SUS avaliam o atendimento recebido como bom ou muito bom. De qualquer forma, em média, um de cada quatro usuários da rede pública avaliam o atendimento recebido como ruim ou muito ruim.⁶

Mas o SUS não é um plano de saúde e sua atuação não se limita à prestação de assistência médica. Ao lado dessas insuficiências, tem acumulado vitórias importantes: uma redução considerável do número de casos, de óbitos e de internações por doenças infecciosas⁷; a erradicação da poliomielite e o controle do sarampo e da rubéola; e programas muito bem sucedidos de imunização⁸, de controle do tabaquismo⁹ e da aids¹⁰ – reconhecidos internacionalmente como exitosos e recomendados como modelos a serem seguidos.

A estrutura de vigilância epidemiológica montada para a preparação e resposta a emergências sanitárias mostrou-se eficiente para proteger o país nos dois últimos episódios de risco sanitário internacional – as pandemias de sars e de gripe suína – e nosso sistema de vigilância sanitária garante aos brasileiros um nível de segurança que os habitantes de poucos

⁶ IPEA, 2011, *op. cit.*

⁷ BARRETO, ML *et al.* Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet (Saúde no Brasil)** maio 2011, p. 47-60.

⁸ BARRETO (2011) *op. cit.*

⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Epidemia Global do Tabaco, 2011.** OMS: Genebra, 2011.

¹⁰ LEGROUP, G *et al.* A public policy approach to local models of HIV/AIDS control in Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 99, p. 1-8, 2009.

países possuem no que diz respeito ao consumo de medicamentos, serviços e produtos de saúde, alimentos, sangue.

Parece-nos, assim, que as deficiências da assistência médica e hospitalar não podem ser tomadas como padrão e paradigma da inoperância de um sistema que vem mostrando elevada efetividade na gestão dos problemas de saúde coletiva.

Da mesma forma, não podem essas insuficiências serem tomadas como generalizadas e, menos ainda, como insuperáveis.

Como não sou um especialista na matéria, sequer tentarei mapear a complexa problemática da organização da assistência médica. Gostaria, no entanto, de contribuir para esse debate com a análise de duas questões estreitamente relacionadas a esse tema, por conta do viés que têm de serem matérias afetas à atuação desta casa legislativa.

2. A organização e operação de redes regionalizadas e hierarquizadas como solução estrutural para a melhoria da assistência médica

A primeira delas consiste na deficiência do SUS, observada até agora, em organizar e operar de forma satisfatória redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços.

Esse problema compromete a qualidade da assistência médica prestada no âmbito do sistema e sua superação é uma das soluções estruturais buscadas, na medida em que o oferecimento de uma atenção integral e resolutiva não é possível sem a organização e o funcionamento de redes territorializadas e hierarquizadas de serviços de assistência médica.

A Lei nº 8.142, de 1990,¹¹ autorizou o Ministério da Saúde a estabelecer, mediante portaria do Ministro de Estado, a organização e o funcionamento do SUS – incluindo o financiamento.

E isso tem sido feito, por meio das normas operacionais básicas (NOB), normas operacionais de atenção à saúde (NOAS), do pacto pela saúde, de 2006, e, por fim, por meio do recente Decreto nº 7.508, de 28 de junho passado. Essas normativas foram desenhando um pacto federativo em saúde para organizar, financiar e operar nosso sistema público de saúde.

Desde sua instituição, a organização do SUS se fez fortemente marcada pelo papel regulador do Ministério da Saúde, segundo uma tradição setorial de centralismo que mantinha estados e municípios dependentes do poder central no que diz respeito à formulação de políticas de saúde, à normatização, ao financiamento e, inclusive, à manutenção de serviços e à execução de ações.

Apesar disso, e em que pese o caráter centralizador e tutorial, as NOB, NOAS e o Pacto conseguiram estimular a descentralização de ações e a organização de redes de serviços por estados e municípios, mas essa configuração normativa continuava fortemente disciplinada pelo Ministério da Saúde, à luz do financiamento federal, e a se mostrar cada vez mais insatisfatória para os gestores estaduais e municipais, depois de vinte e tantos anos de uma experiência de organização e operação de redes estaduais e municipais.¹²

A reivindicação de mais autonomia por parte dos gestores estaduais e municipais, o reconhecimento generalizado de que o SUS tinha alcançado um nível de maturidade organizativa e a retração da participação da União

¹¹ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. O dispositivo citado é o art. 5º.

¹² SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. **Revista Saúde em Debate**, v. 33, n. 82, p. 201-213, maio/ago, 2009.

no financiamento do sistema permitiram avançar, no âmbito desse pacto federativo que se vinha construindo, para a formalização de contratos entre os entes federativos para operar as redes de serviços.

Essa nova forma de relacionamento entre os entes federados em área de saúde está baseada no reconhecimento de duas premissas: (i) a de que os entes federados são interconectados e interdependentes na operacionalização das redes de serviços; e (ii) a de que existe uma grande variedade de condições de saúde e de infraestrutura nos diferentes entes federados.

Além disso, quando começou a crescer o número de pacientes que, sentindo-se frustrados em seu direito à saúde, recorreram ao Judiciário, conformou-se e consolidou-se uma jurisprudência segundo a qual a garantia do direito à saúde constitui uma obrigação solidária dos três entes federados.¹³

Essa divisão de responsabilidade passa, assim, a ser feita de forma pactuada entre os gestores das três esferas de governo, de acordo com a capacidade da rede de serviços localizada no território do ente federado, e o pactuado, a ter caráter de contrato.

O fato de o processo de redistribuição de responsabilidades de cada gestor passar a ser desenhado sob novos critérios não exclui, no entanto, a necessidade de instrumentos jurídicos que dêem garantia de cumprimento a esses contratos, prevendo sanções para os gestores públicos responsáveis pelo seu descumprimento injustificado.

Dessa forma, se as normativas até agora elaboradas no âmbito do Poder Executivo têm avançado sobremaneira no estabelecimento de regras

¹³ TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. A saúde nas barras da Justiça: um estudo do posicionamento recente do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, v. 11, n. 2, p. 224-236, jul./out. 2010.

e mecanismos de cooperação entre União, estados e municípios, essenciais para a construção e operação das redes territorializadas e hierarquizadas de serviços de saúde, não possuem, no entanto, poder coercitivo nem estabelecem mecanismos de controle mútuo.

Nos últimos anos, a atuação insuficiente, a omissão de gestores e o descumprimento de acordos foram associados a episódios que afetaram a vida e a saúde de várias comunidades e tornaram evidente a insuficiência dos instrumentos legais disponíveis, no âmbito e fora do sistema de saúde, para apurar responsabilidades e sancionar os gestores envolvidos.

A iniciativa da proposição desses instrumentos legais não tem partido do Poder Executivo, mas do Congresso Nacional – e dessa Casa em especial, onde tramitam dois projetos de lei objetivando instituí-los, com base em um princípio de ‘responsabilidade sanitária’.

Eles são elementos essenciais para a construção e operação de redes de serviços, por sua vez a única forma de materializar o princípio da integralidade da atenção à saúde e de dar uma solução estrutural à melhoria da qualidade da assistência médica prestada no âmbito do sistema.

Essa – ao que tudo indica – deverá ser uma contribuição do Senado Federal para o encaminhamento dessa matéria.

3. A produção legislativa pode contribuir para uma atenção fragmentada

A partir da última legislatura, um fenômeno tem chamado a atenção dos estudiosos do Direito Sanitário: o crescimento do número de proposições e de leis aprovadas com o propósito de obrigar o SUS a elaborar políticas para o atendimento de determinadas doenças ou agravos, fornecer determinados medicamentos e outros insumos terapêuticos, e disponibilizar determinados procedimentos e tratamentos, não obstante o mandamento constitucional definir o atendimento integral como diretriz do

sistema e a legislação infraconstitucional prever, também, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde.^{14,15}

A produção dessas “leis específicas” existe desde 1990, no entanto, identifica-se uma tendência, que se confirma a partir da última legislatura, à proposição e aprovação de novas leis com essas características. Os autores que estão estudando esse fato alertam para o risco de esse fenômeno produzir um ordenamento jurídico sanitário muito fragmentado, já que segmentos populacionais e, principalmente, grupos e associações de pacientes mais organizados e com mais recursos têm tido sucesso em obter a apresentação, por parlamentares, de leis específicas que contemplem seus interesses, em detrimento de outros setores menos organizados.

Para Lucchese¹⁶, isso caracteriza uma tendência ao agravamento da desigualdade da atenção à saúde dos brasileiros ou, em outras palavras, uma afronta ao princípio da equidade.

Essa tendência, afeta a assistência médica prestada no âmbito do SUS ao priorizar a atenção a determinados grupos e ao incorporar acriticamente novas tecnologias de saúde e não contribui para a melhoria do atendimento médico, que viria exatamente da proposição de soluções estruturais e não casuísticas.

Brasília, 14 de julho de 2011.

¹⁴ LUCHESE, Geraldo. **A Concretização do direito à saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos**. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz/Diretoria Regional de Brasília, 2009.

¹⁵ GODOI, Alcinda Maria Machado. **Executivo e Legislativo na Produção Legal em Saúde, de 1988 a 2008**. Monografia (especialização) – Universidade do Legislativo Brasileiro / Universidade Federal de Mato Grosso, 2008.

¹⁶ LUCHESE, 2009. *op. cit.*