**SENADO FEDERAL**
**Comissão de Assuntos Sociais**

Visita da
Delegação da Assembléia Nacional da República Socialista do Vietnã
ao
Presidente da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
em 07/03/2005

# ESTUDO Nº 41, DE 2005

Referente à STC nº 200501001, da Comissão de Assuntos Sociais, que solicita a elaboração de estudo sobre a política de assistência à saúde para a população carente.

## 1. Introdução

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) solicita a elaboração de estudo sobre a política de assistência à saúde para a população carente, tendo em vista a visita da delegação da Assembléia Nacional da República Socialista do Vietnã ao Presidente da CAS, Senador Antônio Carlos Valadares.

A política de assistência à saúde para a população carente, no Brasil, é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as várias modalidades de assistência englobadas no SUS, merece destaque especial o Programa de Saúde da Família (PSF).

## 2. Histórico

O marco histórico da implantação do SUS no país é a promulgação da Constituição Federal de 1988. Até então, apenas os trabalhadores que contribuíam para o sistema previdenciário tinham direito à assistência médica previdencial. Os demais eram atendidos como indigentes ou não-pagantes, nas chamadas Santas Casas de Misericórdia ou outras entidades filantrópicas, ou como particulares, nos hospitais privados.

A Constituição de 1988 consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabeleceu o princípio da universalidade, ou seja, todos têm direito à assistência à saúde, garantida pelo Estado, independentemente de estarem integrados, ou não, ao sistema de previdência social.

O conjunto das ações e serviços públicos voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, o SUS. A assistência à saúde pode ser prestada, de forma complementar, por instituições privadas, preferencialmente entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

A denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que é a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou o SUS e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Mais recentemente, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inovaram e aprimoraram a atenção básica, antes ancorada em Unidades Básicas de Saúde (conhecidas popularmente por Postos de Saúde), que tinham baixa resolutividade.

Ainda em relação à história da assistência à saúde para a população carente, é importante destacar o combate às doenças imunopreviníveis, por meio da vacinação. O ponto culminante desse bem sucedido processo é a erradicação da poliomielite em todo território nacional, ainda na década de 90 do século passado.

## 3. Características do SUS

O SUS é organizado de acordo com diretrizes estabelecidas pelo art. 198 da Constituição Federal:

> I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
>
> II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III – participação da comunidade.

Esses e outros princípios que regem a organização do SUS merecem destaque:

a) eqüidade: todo cidadão é igual perante o sistema de saúde e será atendido de acordo com suas necessidades e a complexidade que cada caso requeira;

b) integralidade: as ações e serviços preventivos e curativos e a atenção à saúde individual e coletiva estão integrados e articulados em todos os níveis de organização do sistema;

c) resolutividade: todos os serviços, nos diversos níveis de assistência do sistema, devem ser capazes de resolver os problemas de saúde que lhes competem;

d) hierarquização: as ações e serviços de saúde estão organizados segundo diferentes graus de complexidade tecnológica, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;

e) regionalização: as ações e serviços de saúde se desenvolvem e atuam dentro de limites territoriais definidos, permitindo um planejamento adequado;

e) utilização da epidemiologia para estabelecer as prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

O financiamento do SUS é realizado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A municipalização, ou seja, a proposta de que os municípios sejam os maiores responsáveis pela assistência à saúde da população, em suas áreas de abrangência, é a principal estratégia de expansão e fortalecimento do SUS. Os municípios podem estabelecer consórcios para a execução de ações e serviços de saúde, remanejando recursos entre si. As esferas federal e estadual têm papéis definidos no sistema, não havendo, porém, relação de subordinação.

Conforme municípios e estados assumem a integralidade das ações de saúde, dentro de suas competências e em suas respectivas áreas de abrangência, recebem *status* diferenciados, denominados condições de gestão (plena ou semiplena). A partir daí, têm o direito de administrar verbas federais de maneira independente, planejando e gerindo a totalidade de suas ações e serviços de saúde. Cabe lembrar que, apesar de uma participação crescente de estados e municípios, as verbas federais ainda representam a porção mais expressiva do orçamento destinado à saúde.

O controle social é uma característica importante do SUS, sendo expresso pelos Conselhos de Saúde, sem prejuízo de outras formas controle, nos vários níveis e esferas de governo. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS e dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As atribuições constitucionais do SUS, estabelecidas pelo art. 200, são:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

## 4. Assistência hospitalar e ambulatorial

Os serviços hospitalares que constituem os SUS são, na sua maioria, privados (cerca de 60% dos leitos hospitalares). Além deles e dos prestadores de serviços hospitalares públicos municipais, estaduais e federais merecem destaque os filantrópicos e os universitários, que são responsáveis pelo atendimento dos casos de maior complexidade.

A rede ambulatorial é formada, na sua maioria, por serviços públicos municipais (mais de 75%), com exceção dos serviços de alta complexidade e alto custo. A atenção básica ou

atendimento primário é a porta de entrada para o sistema público de saúde e é eminentemente pública.

**5. Programa de Saúde da Família**

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) são estratégias estruturantes, que se propõem a reorganizar a atenção básica e o modelo de atenção à saúde da população. Os dois programas nasceram a partir de experiências anteriores nas regiões Norte e Nordeste, em especial no Ceará, e internacionais (Cuba, Inglaterra e Canadá). O PACS foi criado em 1991 e o PSF em 1994, ambos pelo governo federal. A partir daí, o PACS, passou a ser incorporado pelo PSF.

O PSF vem sendo implantado em todo o Brasil e prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. O programa é fundamentado em equipes de saúde da família, que são equipes multiprofissionais compostas, no mínimo, por médicos generalistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe trabalha em um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população-alvo vinculada a essa área.

De modo geral, são efetuadas as consultas básicas dos programas de saúde pública, desde vacinação ao pré-natal, passando pelo controle da tuberculose, diabetes, hipertensão arterial e hanseníase, entre outros. São implementadas estratégias de

educação em saúde e organiza-se um serviço de pronto atendimento. O atendimento é prestado na unidade de saúde ou no domicílio. As equipes promovem visitas domiciliares periódicas programadas ou de acordo com demandas espontâneas e procuram associar-se a grupos comunitários atuantes.

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde (atenção básica) e representa a porta de entrada para o SUS. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, e referência (e contra-referência) para serviços de maior complexidade, sempre que necessário.

O ACS reside na própria comunidade em que trabalha, tem acesso fácil às famílias da vizinhança e identifica rapidamente seus problemas. Muitas vezes, sua maior contribuição se resume à orientação acerca de questões de higiene, alimentação e hábitos de vida. Uma atribuição fundamental do ACS é servir de elo entre a comunidade e o sistema de saúde Após a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, saindo do foco materno-infantil para a família e a comunidade.

É o município que opta pela implantação dos programas, promove a seleção dos agentes na comunidade e seu treinamento. Todo o processo de implantação e de funcionamento conta com recursos, orientação e apoio das três esferas de governo.

Nos municípios onde há cobertura dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, verifica-se a melhoria dos indicadores, como a redução da mortalidade infantil, o aumento do número de gestantes que recebem assistência pré-natal, a ampliação do atendimento nas unidades de saúde, além de um maior acompanhamento dos problemas de saúde da população.

## 6. Aids e Transplantes

O SUS, apesar de investir cada vez mais na Atenção Básica, tem um componente importante de programas e atendimentos de alto custo e alta complexidade. O Programa DST/AIDS [doenças sexualmente transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida] é um exemplo mundial de eficiência, fornecendo gratuitamente todos os medicamentos e atendimentos necessários para esses pacientes. O Brasil possui, também, um dos maiores programas de transplantes do mundo. Igualmente, merece destaque a Assistência ao Paciente Renal Crônico, cuja cobertura de serviços de diálise é muito ampla.

## 7. O SUS em números

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), extraídos em 6 de março de 2005, os hospitais públicos e privados vinculados ao SUS possuem 466.748 leitos clínicos e cirúrgicos, sendo que 362.812 leitos estão disponíveis para pacientes do SUS. Não estão incluídos nesses números 31.552 leitos de UTI, Unidades Intermediárias e Unidades de Isolamento, sendo que destes, 20.730 leitos estão disponíveis para

pacientes SUS. Os hospitais gerais e especializados, vinculados ou não ao SUS, perfazem um total de 6.166 unidades.

Dados fornecidos pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), que foi substituído, em parte, pelo CNES, referentes ao mês de junho de 2003, apontavam uma relação de 2,5 leitos por mil habitantes, no Brasil. Esse sistema apresentava, na mesma data, um total de 5.864 hospitais vinculados ao SUS, com 441.591 leitos. Esses hospitais geraram, em 2003, 11.638.194 internações, cujo valor total foi de R$ 5.861.712.487,36. O valor médio das internações foi de R$ 503,66 e a média de permanência dos pacientes hospitalizados foi de 6,1 dias. A taxa de mortalidade hospitalar foi 3% (347.130 óbitos). Em 2003, foram realizadas 6,6 internações por 100 habitantes.

Em relação aos procedimentos ambulatoriais, segundo dados fornecidos pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) foram realizados, em 2003, 2.030.497.240 procedimentos ambulatoriais (entre Procedimentos de Atenção Básica, Procedimentos Especializados e Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade), que totalizaram um valor aprovado de R$ 7.022.901.976,20.

As ações e os serviços da Atenção Básica, no ano de 2003, apresentaram uma cobertura populacional descrita no quadro 1. O percentual de crianças que apresentavam o esquema vacinal básico em dia era de 90,9%, e 67% das crianças até 6 meses de

idade recebiam aleitamento materno exclusivo. Outros indicadores da Atenção Básica estão sumarizados no quadro 2.

**Quadro 1 – Cobertura da Atenção Básica**

| Modelo de Atenção | População coberta | % população coberta pelo programa |
|---|---|---|
| PACS | 33.402.088 | 18,9 |
| PSF | 58.097.639 | 32,8 |
| Outros | 1.534.004 | 0,9 |
| **Total** | **93.033.731** | **52,6** |

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2003.

**Quadro 2 – Indicadores da Atenção Básica**

| % de cobertura de consultas de pré-natal | Taxa de mortalidade infantil por diarréia (1) | Prevalência de desnutrição (2) | Taxa de hospitalizaçã o p/ pneumonia (3) | Taxa de hospitalização p/ desidratação (3) |
|---|---|---|---|---|
| 85,6 | 3,5 | 7,5 | 95,0 | 21,4 |

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2003.
Notas: (1) por 1.000 nascidos vivos.
(2) em menores de 2 anos, por 100.
(3) em menores de 5 anos, por 1000.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, publica, anualmente, indicadores de saúde construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional. Os quadros 3 e 4 apresentam alguns desses indicadores de recursos e cobertura do SUS.

**Quadro 3 – Indicadores de gasto público e federal com saúde.**

| Indicador | Ano | % |
|---|---|---|
| Gasto público com saúde, como proporção do PIB | 2001 | 3,37 |
| Gasto federal com saúde, como proporção do PIB | 2002 | 1,87 |
| Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total | 2002 | 3,7 |

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), 2003.

**Quadro 4 – Indicadores de cobertura**

| Indicador | Ano | % |
|---|---|---|
| Número de consultas médicas (SUS) por habitante | 2002 | 2,55 |
| Número de internações hospitalares (SUS) por habitante | 2002 | 6,71 |
| Proporção de partos hospitalares | 2001 | 96,45 |
| Proporção de partos cesáreos (SUS) | 2002 | 25,18 |

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), 2003.

A estimativa da despesa pública em ações e serviços de saúde revela que, em 2000, houve um aporte de R$ 34 bilhões pelos governos federal (R$ 20,4 bilhões), estaduais (R$ 6,3 bilhões) e municipais (R$ 7,4 bilhões), perfazendo um gasto em saúde de R$ 201 por habitante/ano. Foi considerada, neste cômputo, apenas a despesa realizada com recursos próprios.

## 8. Considerações finais

A amplitude do tema proposto para esse estudo – a assistência à saúde para a população carente no Brasil – é quase que

ilimitada, uma vez que o SUS é um sistema dinâmico, que se desenvolve constantemente.

Os mais recentes avanços do SUS, no âmbito do atual governo, estão relacionados com deficiências apontadas por pesquisas, como a Pesquisa Mundial de Saúde, feita pela Fundação Oswaldo Cruz e pela Organização Mundial de Saúde: a assistência farmacêutica e a saúde bucal. Para tanto, foram criadas as Farmácias Populares, com a finalidade de diminuir o custo e aumentar o acesso a medicamentos, e o projeto Brasil Sorridente, uma vez que o Brasil é, paradoxalmente, um dos países com maior número de odontólogos, mas com péssimos indicadores de saúde bucal. Cabe lembrar que a questão da assistência farmacêutica já havia sido abordada anteriormente, com a introdução dos medicamentos genéricos no País, o que barateou bastante o custo de grande parte dos principais medicamentos consumidos pela população.

A Política Nacional de Qualificação da Atenção à Saúde do SUS (Qualisus) é outro projeto de grande importância do governo atual e visa garantir um atendimento de qualidade aos usuários do SUS, especialmente nas emergências dos hospitais públicos. Trata-se de um conjunto de mudanças para proporcionar maior conforto ao usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é parte integrante do Qualisus. Esse projeto prevê a implantação da

assistência pré-hospitalar de urgência/emergência (resgate) nas principais regiões metropolitanas do País e em outros grandes centros populacionais.

O SUS é um dos principais sistemas de saúde pública do mundo. Seu gigantismo somente se equipara à magnitude de suas conquistas e, do mesmo modo, aos desafios que enfrenta.

A universalização da assistência à saúde para toda a população brasileira foi um marco importante. Vale lembrar que os Estados Unidos, com toda a sua riqueza, possuem mais de quarenta milhões de excluídos, que não tem direito a nenhum tipo de assistência à saúde.

Voltando ao Brasil, a implantação do PSF foi mais um passo essencial no sentido da inclusão social, da interiorização do SUS e da extensão de sua cobertura. Porém, apesar desses fatos inegáveis, o SUS ainda tem muito que avançar em prol do pleno direito à saúde.

Colocamo-nos, por fim, à disposição da CAS para outros esclarecimentos e solicitações que seus membros julgarem necessários.

Consultoria Legislativa, 7 de março de 2005.

Denis Murahovschi
Consultor Legislativo