

# DIREITO SANITÁRIO

Oportuna discussão via coletânea de textos do  
'*blog* Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'



Organizador: Neilton Araujo de Oliveira



## DIREITO SANITÁRIO

Oportuna discussão via coletânea de textos do  
*'blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania'*





### **PRODUÇÃO**

ANVISA, CONASEMS e CONASS

### **COORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

Neilton Araujo de Oliveira

### **DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES**

REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania

### **APOIO NA ORGANIZAÇÃO**

Isabella Mezzeth Filippi

### **PROJETO GRÁFICO**

Id Artes e Eventos

#### **Direção de Arte**

Helma Kátia

#### **Diagramação e Ilustração**

Jadson Alves

Pablo Valença



A opinião dos autores deste livro não necessariamente representa, nem está vinculada, à opinião do órgão/entidade em que atuam.



## Ficha Catalográfica

---

OLIVEIRA, Neilton Araujo de – Organizador.

DIREITO SANITÁRIO: Oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'. 1. ed. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília: 2012.

CONTEÚDO: Textos de discussão e comentários relativos ao Direito Sanitário, com priorização de cinco temas: 1- Defesa do Direito à Saúde; 2- Fortalecimento do SUS; 3- Cidadania; 4- Produção e Difusão de Conhecimentos em DS; e 5- Mobilização Política e Social.





# Sumário

Sumário





Prefácio .....	8
Apresentação .....	12
Agradecimentos .....	20
Preâmbulo .....	23
Posts .....	39
Índices Remissivos .....	334



# Prefácio

Prefácio



Ao focar o fenômeno jurídico quase que exclusivamente no direito instituído, ou seja, nos conteúdos normativos positivados nos textos legais, o pensamento jurídico tradicional deixa de refletir sobre a complexa e fundamental dimensão instituinte do direito. Mais do que isso, deixa de perceber que o direito é produto de tensões permanentes entre o instituinte e o instituído, entre as forças que compõe a sociedade, entre o estatal e o social.

Dessa compreensão mais aberta do direito nasceu a **REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania** (REDE DS), não para focar o direito como um todo: antes, sua vocação emerge das lutas no campo da saúde pública, e sua reflexão jurídica gira em torno do emergente Direito Sanitário.

Numa teimosa articulação interinstitucional, intersetorial e suprapartidária, produzindo mobilização dos mais diferentes sujeitos sociais e políticos, aí incluídos espaços da academia, a REDE DS e seu *blog* representam (nesses três últimos anos) o resultado de um esforço e um compromisso coletivo, assumido como tarefa muito mais de pessoas do que das instituições, mas sabendo que a forte participação destas é que vai dando concretude ao objeto, ou seja, à defesa do direito à saúde.

Mesmo consagrada na ordem jurídica positiva, Políticas de Estado como o Sistema Único de Saúde (SUS) avançam e recuam ao sabor de intensas lutas políticas. É ingenuidade perigosa crer que a sua consolidação jurídico-normativa lhe garante, de forma natural e pacífica, a efetivação plena.

Estranhos aos sistemas de regras específicas que compõem o direito codificado, arcabouços normativos em que se consagram as Políticas de Estado são de máxima complexidade tópica e axiológica, deslocando para o plano da hermenêutica jurídica muitas das batalhas travejadas no corpo social antes de sua consolidação política e administrativa. Não por outro motivo, as Políticas de Estado se abrem, via de regra, como imensos espaços de militância no plano das ideias, cuja ocupação qualifica as práticas democráticas tanto na dimensão jurídica da vida social, como no âmbito propriamente político e administrativo.

É nesse campo, portanto, que o *blog* **DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania** se apresenta, também, como instrumento estratégico de fomentação do debate e de avanço de teses, participando da construção e divulgação desse novo continente teórico que se produz pelo encontro do pensamento jurídico com o pensamento sanitário.

O presente livro “**DIREITO SANITÁRIO: Oportuna discussão via coletânea de textos do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania**”, organizado por este combativo e dedicado militante da Saúde Brasileira – o Professor e Doutor Neilton Araujo de Oliveira – e contendo uma contribuição decisiva de dezenas de outros autores, igualmente militantes da luta

cotidiana em defesa do direito à saúde, vem suprir uma importante lacuna editorial, abrindo novos horizontes a este tenso, dinâmico e contemporâneo debate sobre o Direito Sanitário, focando a Saúde como direito de cidadania e qualidade de vida e o SUS como expressão desse direito e, ao mesmo tempo, constituindo a mais ampla política de inclusão social no Brasil.

Ademais, a discussão conduzida até então no *blog DS* (e agora mais amplamente difundida por este oportuno livro) seguramente vai adquirir maior visibilidade e, com ela, maior amplitude pela força do registro que potencializa a pesquisa e a divulgação das ideias.

*Jairo Bisol*<sup>1</sup>



[1] Doutor em direito pela Universidade Federal de Pernambuco, é promotor de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e territórios, e titular da 1º Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Saúde, Presidente da AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde).





# Apresentação

Apresentação





Este livro é fruto de um esforço coletivo e do desprendimento de um grupo muito grande de pessoas, algumas autoras dos textos que compõem este trabalho, outras colaboradoras fundamentais na sua articulação e produção. Ao tempo que apresenta um conjunto significativo de contribuições e abordagens dos diversos tópicos priorizados na construção da *REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania (REDE DS)*, contempla um amplo debate em torno do Direito Sanitário, focado na defesa do direito à saúde e no fortalecimento do SUS, de forma especial. Também representa a consolidação de uma etapa importante do nosso Movimento e pretende ser uma fonte de consultas e difusão de conhecimentos em torno do Direito Sanitário.

A publicação do texto ***REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania, uma oportuna articulação e mobilização política estratégica em defesa do SUS***, (<http://blogs.bvsalud.org/ds/2009/11/30/hello-world/>), em 30 de novembro de 2009, constituindo primeiro *post*, anunciava a criação da REDE DS e inaugurava o nosso *blog DS* (<http://blogs.bvsalud.org/ds/>), localizado na BVS e resultado de uma formulação e parceria de várias pessoas e instituições. Nesses três anos, mesmo variando na frequência em que os *posts* eram publicados e na amplitude de temas ou na diversificação de autores, foram publicados 108 *posts* – o que representa uma média de três *posts* mensais, ou um *post* a cada dez dias –, com uma variedade bastante grande de “comentários”, tendo alguns desses *posts* recebido mais de duas dezenas de contribuições para o debate.

Naturalmente, um movimento plural e dinâmico comporta inúmeros focos e dimensões de debate, de estudos e de proposições, sem prejuízo da discussão sobre qualquer assunto relativo ao DS, inclusive a *judicialização*. Conforme foi acordado no Conselho Gestor da REDE DS e no Comitê Editorial do *blog*, cinco temas foram considerados prioritários para a discussão e produção dos textos e foram explicitados no *post DIREITO SANITÁRIO: para além da judicialização da saúde, um campo novo de conhecimento, uma nova articulação política e plural pela cidadania* (<http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/01/21/direito-sanitario-para-alem-da-judicializacao-da-saude-um-campo-novo-de-conhecimento-uma-nova-articulacao-politica-e-plural-pela-cidadania/>), publicado em 21/1/2010. Estes mesmos cinco temas constituem os principais focos nessa articulação e consolidação da REDE: 1- Defesa do Direito à Saúde; 2- Fortalecimento do SUS; 3- Cidadania; 4- Produção e Difusão de Conhecimentos em DS; e 5- Mobilização Política e Social.

Na organização e elaboração deste livro, utilizamos todos os primeiros 108 *posts* publicados e adotamos algumas medidas para a melhor apresentação e maior clareza dos textos, sempre tendo o cuidado de manter a originalidade dos conteúdos (tanto dos *posts* quanto dos respectivos comentários). Consideramos AUTOR cada um dos produtores dos textos, somando um total de trinta e dois autores. Ainda, essas publicações geraram

diversas discussões, que foram organizadas, assim como no *blog*, na forma de comentários, os quais somam, até o final de outubro do presente ano, um total de mais de duas centenas e meia.

Observamos que em alguns momentos, diante de algum evento/ assunto relevante no contexto do SUS ou da Saúde brasileira (ou mesmo mundial), houve uma maior produção de *posts* relacionados àquele tema/ acontecimento e, por consequência, um maior número de comentários e maior dinamização do debate. Na “nuvem de *tags*”, apresentada a seguir, tal como se observa na página do *blog DS*, o tamanho das palavras ali presentes dá uma ideia da frequência de abordagem dos diferentes assuntos nos *posts*, com uma forte presença do SUS como o assunto mais frequente.

## Nuvem de Tags

administração pública atenção primária  
Brasil Cidadania cidadão conselho de saúde  
consumidor consumo de saúde consumo  
seguro Controle social Decreto 7508/2011  
Democracia desafios do SUS Descentralização  
Desenvolvimento Determinantes Sociais da  
Saúde Direito do Consumidor **Direito**  
**Sanitário** direito à saúde equidade  
Estado financiamento fundação estatal Gestão  
gestão da saúde **gestão pública**  
integralidade Integralidade da Saúde  
Judicialização da Saúde Lei 8.080/90 luta pela  
saúde Mobilização Política modelo de atenção  
prevenção em saúde Rede Rede Consumo  
Seguro e Saúde Rede DS regionalização  
Regulação Sanitária RENAME RENASES

Saúde saúde pública STF **SUS**

Assim, a diversidade de temas e de autores enriquece muito o presente livro e, se por um lado isso mostra a variedade de assuntos em sintonia com os acontecimentos mais importantes da agenda sanitária, por outro lado evidencia a dificuldade de se manter uma regularidade na produção de textos. Em alguns períodos desses três anos do *blog DS*, ocorreu certa repetição de autores que, por sua vez, num efeito benéfico, gerou uma importante variação de assuntos, até trazendo temas novos, alguns deles ligados aos “determinantes sociais da saúde”, a exemplo de *Consumo Seguro e Saúde* e outros temas relativos à Vigilância e à Proteção da saúde da população.

No apêndice, apresentamos algumas planilhas que relacionam e identificam os 108 *posts* quanto aos diferentes temas, autores, número de comentários e localização no livro com o objetivo de orientar o leitor e facilitar

a respectiva busca do texto. Para a identificação dos temas, utilizamos como base a “nuvem de tags”; contudo, é interessante observar que poderíamos utilizar outras abordagens ou “classificações” para identificar os temas dos posts. Consultando algumas publicações e sites<sup>1</sup>, preparamos uma lista bastante abrangente em que podemos agrupar por assuntos a maior parte dos textos, descrita a seguir:

- A Constituição Federal e o Direito Sanitário no Brasil;
- As competências/responsabilidades e a relação entre os entes federativos na gestão do SUS;
- Assistência Privada à Saúde;
- Atuação do Poder Judiciário na proteção e na garantia do direito à saúde;
- Cidadania e o direito fundamental à saúde;
- Comércio e distribuição de medicamentos e produtos para saúde;
- Consumo e saúde;
- Direito Sanitário do Trabalho e da Previdência Social (aqui entram os agrotóxicos);
- Direito Sanitário e Ética Sanitária;
- Direito Sanitário Internacional;
- Direito Sanitário nos meios de comunicação;
- Estabelecimentos de Saúde;
- Funcionamento do SUS (Conselhos de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde, Conferência Nacional de Saúde, participação da sociedade);
- Gestão do SUS;
- Interação do Direito Sanitário com outras áreas do conhecimento;
- Objetivos, princípios e diretrizes do SUS;
- Orçamento e o financiamento das ações e serviços do SUS;
- Organização, direção e gestão do SUS;

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Direito Sanitário com enfoque na vigilância em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Volumes I e II. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

ROCHA. Júlio Cesar de Sá da Rocha. **Direito da saúde: Direito Sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2ª edição. São Paulo: LTDA, 2011.

**Estudos de Direito Sanitário: A produção normativa e saúde** / organizadores: Luiz Carlos Romero e Maria Célia Delduque - Brasília: Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.

- Produção legislativa e normativa em Saúde;
- Propaganda e publicidade de medicamentos e produtos de saúde;
- Reforma Sanitária;
- Relação entre órgãos de Saúde;
- Sistemas de Saúde;
- SUS (Objetivos, Princípios, Diretrizes);
- Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde.

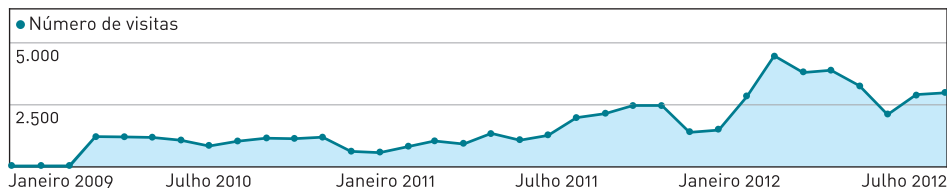
Na preparação dos posts e dos comentários, de modo a compor todo o material original (que passou depois ainda pela revisão na edição), foram realizados os seguintes procedimentos:

- Padronização do texto (maiúsculas e minúsculas; itálicos ou redondos etc.);
- Correção de erros de digitação na publicação original dos posts e comentários;
- Atribuição de estilos a fim de delimitar, à diagramação, cada parte do texto (título, corpo de texto, referências etc.);
- Questões “estéticas” como linhas órfãs, duplos parágrafos, excesso ou falta de espaços, separação de palavras, hifens e travessões etc.;
- Verificação de questões de coerência e coesão;
- Correção quanto ao uso incorreto da língua e de erros ortográficos (inclusive adequação à nova ortografia) e gramaticais (concordância, regências verbal e nominal, pontuação etc.);
- Eliminação de eventuais incoerências e repetições;
- Inserção de tradução a comentários feitos em língua inglesa; e
- Reescrita de pequenos trechos (somente em caso de extrema necessidade e sem modificar o sentido ou conteúdo), o que ocorreu especialmente em poucos dos comentários aos textos.

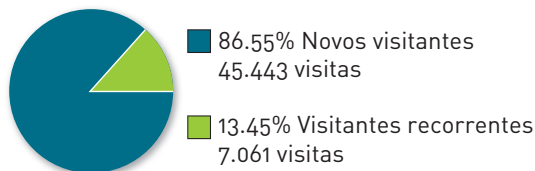
Organizamos a relação dos posts no livro (com seus respectivos comentários) na mesma ordem de publicação no *blog DS*. Este, por sua vez – na maioria das vezes – estabeleceu uma sequência de publicação conjugando critérios tais como: data de apresentação do texto pelo(s) autor(es); relevância do tema abordado; e alternância de autores. Em alguns momentos, porém, como referido anteriormente, devido à oportunidade do assunto e sua relação e/ou interface com eventos da agenda sanitária, política e social, um ou outro post “furou a fila”, o que se mostrou sempre uma decisão acertada e bem frutífera, seja pela repercussão do texto e número de comentários, seja pelo caráter democrático e colegiado da deliberação do Comitê Editorial do *blog DS*, que decidiu, sempre, ou a partir da solicitação/sugestão do(s)

próprio(s) autor(es), ou por proposição do Editor do *blog* DS. Possivelmente isso pode também ter contribuído para a elevação do interesse e acesso ao *blog* DS que, ao longo desses três anos, recebeu 52.504 visitas, o que equivale a uma média de 1.544,24 acessos mensais, como mostra os gráficos a seguir.

### Número de acessos ao *blog* Direito Sanitário: Saúde e Cidadania



### Gráfico representativo da relação entre novos visitantes e visitantes recorrentes no *blog*

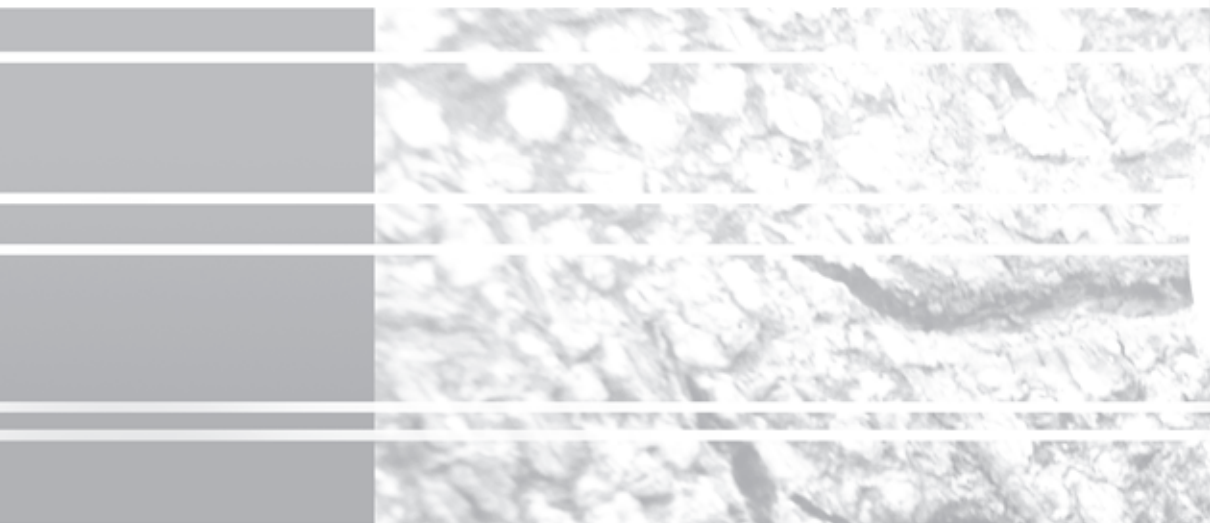


### Relação das dez cidades que mais têm visitantes ao *blog*

Cidade	Visitas	% Visitas
1. São Paulo	4,347	8.28%
2. Rio de Janeiro	4,099	7.81%
3. Belo Horizonte	3,712	7.07%
4. Brasília	3,559	6.78%
5. Recife	3,456	6.58%
6. Salvador	2,683	5.11%
7. Fortaleza	1,716	3.27%
8. Porto Alegre	1,708	3.25%
9. Curitiba	1,262	2.40%
10. Goiânia	1,194	2.27%

Nossa expectativa é que este livro possa ser utilizado como fonte permanente de consultas, tanto pelos conteúdos nele contidos, quanto pelas referências que cada autor representa, ou ainda, pela bibliografia apontada por ele na produção do *post*, ao tempo em que também espera-se, anime e mobilize diferentes sujeitos a se interessarem pelo Direito Sanitário, especialmente aqueles dispostos a integrar o Movimento da REDE DS, com o objetivo maior de ampliar a defesa do Direito à Saúde e fortalecer e construir o SUS como sistema e política pública inclusiva e de qualidade.

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>2</sup>*



[2] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.





# Agradecimientos

Agradecimientos



Organizado com a pretensão principal de difundir o tema Direito Sanitário e o Movimento da REDE DS, este livro é fruto da cooperação e de um esforço grande de pessoas e instituições que compreenderam a oportunidade e a importância de oferecer esta “coletânea de textos” como instrumento de informação e mobilização para o debate acerca do Direito Sanitário, da Saúde e do SUS. Para tanto, ele será distribuído para um conjunto muito amplo de pessoas, bibliotecas, instituições, órgãos do Executivo, Legislativo e Judiciário, nas três esferas de governo, além de Organizações Sociais e Comunitárias, incluindo ainda organismos universitários e estudantis, especialmente os das áreas da Saúde, Direito e Comunicação.

Um agradecimento muito especial aos muitos autores de posts, que prontamente autorizaram a utilização de seu texto e do seu nome na composição deste trabalho, bem como às centenas de comentaristas (alguns anônimos, mas quase todos nominados tal como consta no *blog DS*), compondo então a matéria original para este livro. Meu reconhecimento a todos, e os sinceros cumprimentos pela qualidade dos textos.

De igual forma, agradeço muito ao conjunto de instituições que compõem o Conselho Gestor da REDE DS (ABRASCO, ANVISA, AMPASA, BVS/Bireme, CEBES, CONASS, CONASEMS, IDISA, MS-SGEP, MS-SVS), aos companheiros que integram o Comitê Editorial do *blog DS*, que é formado por mim (representando a ANVISA), Lenir Santos (CONASEMS), Jurandi Frutuoso (CONASS), Nelson Rodrigues (IDISA) e Jairo Bisol (AMPASA), cujas contribuições foram decisivas, tanto para a mobilização de pessoas que produziram os posts (e, assim, mantivemos vivo o *blog DS*), quanto para a divulgação e manutenção da REDE DS como movimento plural e crescente em defesa da Saúde.

Expresso aqui um “muito obrigado” especial à BVS/Bireme que, inicialmente na pessoa de Abel Parker e depois na pessoa de Adalberto Tardelli, e o tempo todo na pessoa de Lilian Calò, foi a parceira principal na sustentação e manutenção do *blog DS*. Minha avaliação é que sem o apoio decisivo e permanente da BVS/Bireme, talvez o *blog* não existisse mais, e o presente livro seria, portanto, apenas uma vontade. Um “obrigado”, também especial, ao Lindzey Carneiro (ANVISA) e ao Raphael Gustavo Bosso (IDISA), auxiliares voluntários e competentes que, no último ano, cuidaram da publicação, respectivamente, dos posts e dos comentários do *blog DS*, na página da BVS.

Na produção deste livro, a essas contribuições significativas se somaram outras muito importantes, que também quero registrar e agradecer, e sem as quais esta obra seria apenas um projeto. Ao José Ênio (CONASEMS) e Jurandi Frutuoso (CONASS), pela ajuda fundamental na busca dos recursos necessários para a publicação do livro; à Maria Leopoldina Malta de Sá Brandão e Isabella Mezzeth Filippi (colegas da ANVISA), que não mediram esforços na compilação de textos, na articulação de pessoas, na definição de estratégias e na ajuda nas diferentes etapas de organização e estruturação deste trabalho. Ao Diretor da ANVISA José Agenor Álvares da Silva, meu reconhecimento pelo apoio e incentivo na formulação da proposta do livro, e que, desde sua condição de Ministro da Saúde, contribuiu muito para a discussão e articulação em torno do Direito Sanitário no país.

E, de maneira geral, meu agradecimento sincero aos representantes de todas as instituições que acreditaram na proposta da REDE DS e que, neste momento, nos apoiaram na organização do presente trabalho.

Todas as críticas que nesses três anos recebemos como contribuição à articulação e fortalecimento da REDE DS, tendo o *blog* como um instrumento estratégico de difusão e debate de ideias, foram bem vindas e continuarão sendo esperadas. Com este livro, e com a realização do **1º CONGRESSO BRASILEIRO DE DIREITO SANITÁRIO: Saúde, Cidadania, Desenvolvimento e Participação Social**, certamente teremos muito mais mobilização e, também, mais interessados no tema e no movimento Direito Sanitário.

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

# Preâmbulo

Preâmbulo



# SUS: Seu Desenvolvimento Instituído e Instituinte, o Direito Sanitário e Possibilidades do Processo Eleitoral

*Nelson Rodrigues dos Santos<sup>1</sup>*

## O SUS como processo de inclusão social e os desafios de sua implementação

O SUS é obrigação legal há 22 anos, com as Leis nº. 8.080 e nº. 8.142 de 1990. No seu processo histórico, esse sistema de saúde teve seu início, na prática, nos anos 70, há 40 anos, com os movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliavam e fortaleciam, por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais. Na saúde, esse movimento libertário fortaleceu-se com a bandeira da Reforma Sanitária, antecipando o que viriam, anos depois, a ser as diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade.

Também nos anos 70, a ausência de Estatuto da Terra e Reforma Agrária, no modelo de desenvolvimento, levou ao grande empobrecimento da população e provocou intensa migração da zona rural e das pequenas cidades para as periferias das cidades médias e grandes, o que gerou grande tensão social nas periferias, de difícil controle pela repressão da ditadura, e as Prefeituras Municipais iniciaram várias providências, entre as quais, atendimentos precários à saúde, com viaturas de saúde itinerantes em bairros e vilas, e também postinhos de saúde. Essas providências precárias foram se beneficiando com propostas e iniciativas de um número crescente de jovens sanitaristas, que foram qualificando os serviços municipais de saúde e aplicando, nas realidades brasileiras, as diretrizes da Atenção Primária à Saúde, inclusive com equipes compostas pelas várias profissões de saúde, integrando as ações preventivas e curativas e ganhando grande apoio da população antes excluída. Aconteceram inúmeros encontros estaduais e nacionais de troca de experiências municipais de saúde, configurando o movimento municipal de saúde, que se fortaleceu, pressionou os governos nacional e estaduais por mais recursos, e antecipou o que viriam, anos depois, a ser as diretrizes constitucionais da Universalidade, da Descentralização, da Integralidade e da Regionalização.

Os movimentos Municipal de Saúde e o da Reforma Sanitária conseguiram, nos anos 80, convênios para repasses financeiros do governo federal, que muito fortaleceram a prestação de serviços básicos e integrais

[1] Médico sanitarista, professor da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), Consultor do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) e Presidente do IDISA (Instituto de Direito Sanitário Aplicado).



de saúde à população. Conseguiram também importante apoio do Legislativo com simpósios de políticas de saúde na Câmara Federal. Como parte das lutas pelas liberdades democráticas, muito contribuíram para o fim da ditadura em 1984. No bojo do crescimento dos serviços básicos, vale lembrar que, nos anos 80, antes mesmo da criação do SUS, já se consolidava o papel decisivo dos municípios em vários estados, na erradicação da Poliomielite (paralisia infantil), e depois, do Sarampo. Deve ser lembrado que, paralelamente aos bons resultados da descentralização e dos primeiros repasses de recursos federais, o governo federal, nos anos 80, iniciava a retração da sua participação no financiamento da saúde, perante o crescimento da participação estadual e principalmente municipal. Foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que aprofundou e legitimou os princípios e diretrizes do SUS.

A força social e política desse movimento desdobrou na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta pelos governos federal, estadual e municipal, pelas instituições públicas e privadas de saúde e pelas entidades da sociedade e dos trabalhadores sindicalizados, com a atribuição de elaborar proposta de sistema público de saúde a ser debatida na Assembleia Nacional Constituinte. Foi também criada a Plenária Nacional de Saúde que congregava todos os movimentos e entidades da sociedade civil, com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde na Constituição.

É importante lembrar que, em todos os debates e posicionamentos políticos, as entidades – tanto das categorias de trabalhadores, incluindo as centrais sindicais e as entidades dos profissionais de saúde e das classes médias – assumiram, em todos os momentos e situações, a opção pelo SUS, e não pelos planos privados, que na época possuíam pequeno peso e expressão em comparação com o sistema público de saúde, que incluía o previdenciário. À época, todas as expectativas eram de adesão e primeira opção pelo SUS, na crença de que o Estado seria democratizado e cumpriria as diretrizes constitucionais sociais. Foram os princípios e diretrizes do “direito de todos e dever do Estado”, da Relevância Pública, da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação da Comunidade. Essa grande força social e política do SUS são da nossa história recente, e deve ser levada em conta para o entendimento das dificuldades e problemas que foram se avolumando desde então, de modo crescente, até que se iniciaram as primeiras avaliações e análises reveladoras de outra política de Estado, real, com rumo desviado dos princípios e diretrizes constitucionais. Ao contrário de continuar avançando a partir de 1990, exatamente quando eram esperadas e desejadas mais facilidades com a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, essas dificuldades tornaram-se verdadeiros obstáculos, que levam a quase exaustão as forças que persistem em fazer do SUS o que está na Constituição: um sistema público de saúde de qualidade e universal, comprometido com as necessidades e direitos à saúde da população. Aos

poucos, o que era avaliado há 15 anos como dificuldade e problema a ser superado foi clareando como sólida e consistente estruturação dessa outra política de Estado.

Após se identificarem 20 situações reais emergidas nos 22 anos do SUS, busca-se qual é a lógica e a estratégia subjacentes. Em tentativa sujeita a reajustes, percebem-se 4 obstáculos, 7 consequências e 5 conclusões, que parecem revelar de modo inequívoco a real política hegemônica de Estado para a Saúde. Vejamos:

### **1º obstáculo: Subfinanciamento federal.**

Em 1980, o governo federal participava com 75% do financiamento público da saúde, e os estados e municípios com 25%. Desde então, e especialmente após novo pacto federativo constitucional de 1988, os municípios e estados vêm assumindo suas novas e maiores responsabilidades, e somados, elevaram sua participação de 25% para 54% do total do financiamento público da saúde, enquanto a participação da União caiu de 75% para 46%. Em 1999, o governo federal obriga os estados e municípios a limitarem gastos na área social, reservando pelo menos 13% dos orçamentos dos estados e municípios de maior porte para a renegociação de dívidas. A seguir, com a Lei de Responsabilidade Fiscal, os municípios foram compelidos a limitar gastos com pessoal, substituindo-os por “terceiros”: cooperativas, ONGS, OSs, etc. Isso mantém o Brasil entre os países que menos injeta recursos públicos por habitante em cada ano, além de ser um país que dedica o menor percentual de recursos públicos para saúde, em relação ao PIB.

Dados da Organização Mundial da Saúde – usando o dólar como moeda padrão, de forma a comparar os países – revelam, para 15 países que implementam sistemas públicos de saúde de qualidade e universais, a média de US\$ 2.530 públicos por habitante ao ano. No Brasil, esse valor é de aproximadamente US\$ 385/habitante/ano, perdendo até para a Argentina, Chile, Uruguai e Costa Rica. Em 1981, 70% dos atendimentos de saúde em nosso país provinham de financiamento público, valor que foi caindo até 60% em 2008, apesar da vigência do SUS a partir de 1990. Nossas históricas desigualdades regionais, agravadas durante a ditadura, foram, na saúde, agravadas com este severo subfinanciamento.

**1ª consequência: Desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos,** que resulta em uma oferta desses serviços para a população 4 a 7 vezes menor do que a oferta desses equipamentos e tecnologias para os consumidores de planos privados. Esse desinvestimento, por outro lado, acarretou um crescimento desproporcional e anômalo dos serviços privados complementares no SUS (contratados e conveniados). Hoje, por volta de 65% das internações e 92% dos serviços de diagnóstico e terapia são remunerados por produção (fatura), mediante complexa e perversa tabela de procedimentos e valores. Por isso,

esses serviços perderam seu caráter complementar, tornando-se o centro nervoso do sistema. Tudo isso conflita com as diretrizes legais do SUS e confunde (ou desvia) a evolução de parceria histórica de excelente potencial com a rede das Santas Casas e outras entidades de saúde sem fins lucrativos em função das necessidades da população e da atenção integral à saúde.

**2ª consequência: Drástica limitação do pessoal de saúde e desumana precarização das relações e da gestão do trabalho em saúde.** Do pessoal terceirizado, hoje estimado em mais de 60% dos trabalhadores de saúde do SUS, e também dos estatutários e dos celetistas públicos, todos nivelados por baixo na remuneração, nos planos de carreiras inexistentes ou precários, nas condições de trabalho, na educação permanente e na participação na gestão. A limitação do quadro próprio de pessoal, imposta pela Lei da Responsabilidade Fiscal às Prefeituras, é parte estrutural desse quadro. Essa segunda consequência é a causa estrutural do predomínio dos interesses do pessoal de saúde sobre as necessidades e direitos da população usuária, no que se refere aos critérios de filas de espera, dos agendamentos de exames, consultas, encaminhamentos, internações, retornos etc., assim como das requisições de exames, das prescrições terapêuticas e do cumprimento dos horários de trabalho e da assiduidade.

**3ª consequência: O subfinanciamento federal atinge os três níveis de atenção de forma desigual:** muito mais a Atenção Básica (AB), menos a assistência de média complexidade (MC) e quase nada a de alta complexidade (AC). Os valores (corrigidos pelo Índice Geral de Preços do Mercado – IGPM) dos repasses federais para a AB (PAB – Piso de Atenção Básica – fixo e variável) e para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) entre 1998 e 2010 tiveram queda, que variou de 30% a 50%. Os valores (corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC) dos repasses federais para a assistência de média e alta complexidade (MAC), entre 1995 e 2012, tiveram seus per capita elevados em 43%; já para a AB (PAB fixo), essa elevação foi de apenas 1,1%. Em outras palavras, em 1995, o Ministério da Saúde gastou com a MAC 5,4 vezes mais do que gastou com a AB, e em 2012 está gastando 7,7 vezes mais. É imperioso o aporte de recursos novos e crescentes para a AB e a MC simultaneamente, ao contrário de penalizar os dois, e mais AB que a MAC. Além da desigualdade nos níveis de atenção, os repasses federais aos Estados e Municípios são ainda fragmentados por programa e projeto federal, e não globais segundo as metas do planejamento municipal, regional e estadual, o que mantém o modelo convencional, e não o das relações constitucionais.

Somente esse grande subfinanciamento já impede prosseguir no cumprimento das diretrizes constitucionais. O conjunto dessas três consequências leva à chamada privatização por dentro do SUS, isto é, o peso de interesses privados e pessoais dentro do sistema público, no processo da oferta de serviços.

## **2º obstáculo: Subvenção crescente com recursos federais ao mercado dos planos privados de saúde.**

Essa subvenção vem sendo realizada por meio de:

1. gastos tributários ou renúncia fiscal (isenções e deduções no recolhimento de tributos de empresas, indústria farmacêutica e consumidores na saúde);
2. co-financiamento público de planos privados de saúde aos servidores federais do Executivo, Legislativo e Judiciário, incluindo as Estatais; e
3. não ressarcimento obrigado pela Lei nº. 9.656/1998. O valor dessa subvenção ao mercado da saúde corresponde hoje a por volta de 30% do faturamento anual do conjunto das empresas de planos privados de saúde, o que está perto da metade dos gastos anuais do Ministério da Saúde. Somente os gastos tributários vêm crescendo nominalmente por ano, em velocidade 10 a 20% maior que o crescimento nominal dos gastos do Ministério da Saúde. É o que se pode chamar de privatização por fora do SUS, isto é, o sistema privado externo ao SUS que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas e que falsamente proclama que alivia o SUS.

## **3º obstáculo: Grande rigidez da estrutura administrativa e burocrática do Estado.**

Percebe-se um Estado incapaz de gerenciar com eficiência os estabelecimentos públicos prestadores de serviços, com lentidões extremamente centralizadas e burocratizadas de concursos públicos, licitações e reposições de material e pessoal que duram entre 1 e 2 anos, ou até mais, que geram grande dano ao atendimento da população. Há grande resistência à reforma democrática dessa estrutura e à descentralização com autonomia gerencial, orçamentária e financeira, e efetiva participação da comunidade. Esse obstáculo impede ou distorce a execução dos gastos públicos com saúde – sem as desastrosas esperas e com qualidade e eficiência voltada para as necessidades da população – sendo imposto pela política de impedir a demonstração de que o Estado deve e pode organizar sua estrutura administrativa, orçamentária e financeira para atender com qualidade e presteza as demandas sociais básicas.

## **4º obstáculo: Privatização da gestão pública.**

Omitindo os obstáculos anteriores, essa política de Estado entrega o gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde para grupos privados, insistindo na falsa tese de que o setor público é, por definição, incompetente no gerenciamento de serviços públicos para as necessidades sociais da população, e que o setor privado é naturalmente competente. Assim nasceram, no período da ditadura, as Fundações Privadas de apoio a hospitais

universitários públicos e Sociedades Privadas para o desenvolvimento da Medicina, e em 1998, as OSs (Organizações Sociais) e OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público). Essa seria a privatização por fora e por dentro do SUS.

Esses obstáculos foram se avolumando e acarretando inúmeras consequências, entre as quais:

1. Impossibilidade de as Unidades Básicas de Saúde e equipes de saúde de família desenvolverem uma Atenção Básica de qualidade, de cobertura universal, e por isso ordenadora das linhas de cuidado em todos os níveis do sistema. A cobertura efetiva oscila entre 30 e 40% da população, e sua qualidade e resolutividade permanecem muito baixas, mantendo na média nacional um caráter focalizado na Atenção Básica, de baixo custo para as camadas mais pobres.
2. A gestão descentralizada do SUS, especialmente as secretarias municipais de saúde, permanece tensionada e angustiada quando, por um lado – por princípio humano e para evitar omissão de socorro – concentram os baixos recursos nas situações de urgência e as mais graves, frequentemente acrescentando recursos municipais aos valores da tabela federal, por outro lado sobram menos recursos para a proteção dos riscos à saúde da população e para o atendimento às situações não graves, sabendo que a consequência é gerar novas situações graves e de urgência. São cada vez mais frequentes esperas de consultas, exames e internações, acima de 6 meses e, não raro, de 1 a 2 anos. Essa tensão e angústia atingem também as equipes do Ministério da Saúde, inclusive da gestão atual, quase toda originária da gestão descentralizada, mas que por si só não consegue contornar a política de Estado, mais sensível às pressões dos vendedores de medicamentos, equipamentos e outros materiais assistenciais, assim como da medicina especializada e do pesado mercado de planos privados de saúde.
3. A precarização da implementação do SUS, pressionada pelos quatro obstáculos apontados, produziu, ao longo dos 22 anos da Lei nº. 8.080/90, uma oferta de serviços que, por um lado incluiu quase metade da população antes excluída, que foi o seu maior feito; por outro lado, a qualidade, tanto de grande parte de cada atendimento, como do próprio modelo de atenção, atende mais aos interesses do lado da oferta, e atendendo menos ainda, às necessidades e direitos da população. Isso foi gerando uma demanda contrária à que era esperada e desejada: foram aderindo aos planos privados todas as classes médias e os trabalhadores sindicalizados e suas centrais sindicais, tanto do emprego privado como emprego público. Na verdade, esses segmentos da sociedade, na busca de atendimento às suas necessidades de saúde,

foram compelidos para o lado dos planos privados, inclusive os planos privados mais baratos que submetem seus consumidores a grandes esperas nas consultas e exames e atendimentos de baixa qualidade. Hoje, em torno de 75% da população brasileira dependem somente do SUS, e 25% dependem do SUS e são consumidores de planos privados.

4. Além da espetacular inclusão dos excluídos no SUS, outro grande feito vem acontecendo, que é a persistência, no território nacional, de centenas de experiências locais que buscam com grande esforço aplicar as diretrizes constitucionais do direito humano à saúde. São experiências mantidas por usuários, trabalhadores de saúde, gestores locais e núcleos acadêmicos, que são divulgadas em mostras dessas experiências. Ainda que submetida a cobertura e resolutividade muito baixas, a nossa Atenção Básica à Saúde revela seu grande potencial quando consegue intensificar a queda de importantes indicadores de saúde como a mortalidade infantil, a mortalidade precoce pelas principais doenças crônicas e a incidência da tuberculose. Essa quarta consequência tem alto significado social e político ao apontar para a existência de verdadeira rede de resistência ao desmanche, na prática, das diretrizes dos SUS, assim como a avanços possíveis, o que é fundamental para a retomada da política de Estado voltada para os direitos sociais de cidadania.

Assim sendo, foram se tornando inequívocas várias conclusões, entre as quais:

**A.** Os quatro obstáculos ao SUS e suas consequências foram acontecendo concretamente, de maneira contínua nos 22 anos do SUS, o que revela a força da política de Estado, descomprometida com as diretrizes constitucionais dos direitos sociais. Aponta para outra política de Estado, acima das políticas de governo, de todos os governos, nesses 22 anos. Cabem aqui as perguntas: – Que Estado é esse? – O que vem realmente acontecendo nos rumos dados pela Constituição e pelas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90?

**B.** Na formação da consciência social do direito à saúde, as consequências e influências dos quatro obstáculos anti-SUS acabaram levando ao predomínio do pensamento de que saúde seja mais direito de consumidor do que direito humano de cidadania. E por isso, há a falsa noção de que o SUS é gratuito, quando na realidade é muito bem pago pelos impostos e contribuições sociais arrecadados e, mais ainda, por sistema tributário que incide muito mais nos estratos sociais mais pobres.

**C.** O Estado brasileiro acabou revelando, na saúde, mais o seu lado de aparelho criador de mercado para os direitos sociais, do que implementador das diretrizes constitucionais para os direitos sociais



de cidadania. Desconsidera que o SUS, para ser efetivo e incluir a todos, vai também ampliar o mercado de empregos, medicamentos, equipamentos, tecnologias etc.

**D.** Na formulação e realização dos quatro obstáculos ao SUS, os agentes dominantes no Estado valeram-se de instâncias de poder acima dos gestores do SUS (municipais, estaduais e federais). Inclusive quanto à desigualdade dos valores reais dos repasses federais à MAC e à AB. Tampouco os conselhos de saúde tiveram acesso à formulação e realização desses obstáculos.

**E.** Sob o ângulo jurídico-legal, desde a Constituição Federal até a recente Lei nº. 141/2012, a implementação do SUS pode ser considerada concluída, e a Reforma Sanitária Brasileira encerra sua contribuição para um sistema público plenamente instituído. Contudo, sob o ângulo da real política pública de Estado, o SUS continua contra hegemônico, ainda engatinhando, com exaustão em quase todas as frentes de luta pela implementação das suas diretrizes constitucionais. Seu maior feito, a inclusão social, processa-se sob a hegemonia do “modelo da oferta”, medicalizado, privatizado e “modernizado” pelo “gerencialismo”. Os avanços reais do SUS poderiam estar sendo realizados pela continuação do desenvolvimento dos convênios pré-SUS, das Ações Integradas de Saúde e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. Constituem-se, contudo, em consistente patamar de criativa acumulação de experiências práticas na atenção à saúde, na gestão descentralizada e no controle social, historicamente decisivo para a retomada do rumo da implementação das diretrizes constitucionais. Por isso, a Reforma Sanitária Brasileira, ao contrário de encerrada, enquanto movimento social, está desafiada a persistir, na sua ação inovadora e criativa, na luta pelos direitos sociais.

### **O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS**

O crescente e imprescindível papel do Direito Sanitário na implementação do SUS inicia-se com a criação do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e de vários núcleos de Direito Sanitário (DS) no país, além do movimento da “**REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania**” (REDE DS) nos últimos 3 a 4 anos. Cabe aqui a reflexão de que a real política de Estado responde às relações das forças na sociedade sob os ângulos econômico e político vigentes em cada momento histórico e respectiva hegemonia. A partir da esfera Executiva federal, essa hegemonia articula sua realização nos três Poderes, inclusive com objetivos e métodos que não estão explicitados na Constituição e em Leis decorrentes. É a política implícita, mas real, no dizer de Amílcar Herrera.

No caso da saúde, essa realidade implícita traz à tona o conflito entre as políticas conquistadas e instituídas legalmente, sob a relação de forças dos anos 80, e a política real engendrada pela nova hegemonia dos anos 90 e sua implementação pelo Estado. A maior parte do que foi instituído legalmente permanece, na prática, instituinte. Os princípios e diretrizes expressos nos artigos 196/197/198 da Constituição Federal (direito de todos e dever do Estado, acesso universal e igualitário à atenção integral à saúde, relevância pública, regionalização e descentralização com direção única em cada esfera e participação da comunidade) precedem o art.199 (a assistência à saúde é livre à iniciativa privada), também como marco delimitador e orientador do exercício dessa liberdade. Entretanto, isso não vem sendo observado:

- a) no lugar da complementariedade no SUS por meio de contratos e convênios, surge evidente concentração de recursos e decisões sistêmicas na assistência privada médico-hospitalar de média e alta complexidade que passa ao *status* de centro decisório de todo o sistema, subordinado à lógica da oferta nesse nível; e
- b) no lugar de não subvencionar entidades de saúde com fins lucrativos, surge evidente e crescente transferência de recursos públicos, por formas indiretas ao sistema “suplementar” de planos e seguros privados de saúde.

Na oportuna observação de Carlos Octávio Ockè-Reis, “a ausência de protagonismo do art. 196 na implementação do art. 199 gerou o desafio de superar o art. 199 no tocante à ausência de qualquer delimitação e regulação.” Sob a mesma lógica dessa real política de Estado, o exercício dos direitos do consumidor vem recebendo do Estado práticas jurídico-legais adequadas e efetivas, quando comparadas à quase ausência em relação aos direitos sociais de cidadania, o mesmo acontecendo em relação ao direito individual e coletivo, o que é ressaltado na questão das ações judiciais.

Mesmo assim, alguns avanços se destacam, como a recomendação nº. 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça, a proposta de projeto de lei sobre o Controle Jurisdicional das Políticas Públicas e inúmeras iniciativas pessoais de membros do Ministério Público e da Magistratura; porém, até o momento, sequer arranhando a implementação da real política de Estado na saúde. Jairo Bisol refere a política pública de saúde explícita, legal, como fruto de “um processo social libertário, emancipatório e instituinte, ao qual o Direito deve estabelecer e instituir”, mas ressalta que “no Estado de Direito, o poder instituído não decorre automaticamente das normas e competências institucionais, mas sim dos limites do exercício do poder na sociedade.” E finaliza: “onde concentra o poder, concentra o embuste, e assim devem ser entendidas a Constituição Federal, a instituída e a real, e a Justiça acaba por se balizar na normatividade do Estado-poder.”

## CONSTRUÇÃO DO SUS, PAPEL DO ESTADO E DOS GOVERNOS: Possibilidades e reflexos do processo eleitoral

Após pouco mais de duas décadas de construção do SUS, e muitas eleições no período, parece haver algo diferente no conjunto das análises e debates eleitorais de 2012 em relação aos governos, partidos, coligações e candidatos. Talvez, no imaginário da opinião pública, há um sentimento ainda confuso, mas real, na memória das duas últimas décadas, da superposição também ainda confusa entre os governos, partidos e coligações, de evidentes realidades no exercício de governos, como:

- a) baixíssimo cumprimento ou distorção, pelas práticas de governos, das diretrizes constitucionais referentes às políticas públicas universalistas para os direitos sociais básicos e de cidadania, de implementação de sistemas públicos de qualidade, como a saúde, educação, segurança pública, cultura, transporte, lazer e outros;
- b) profunda e insustentável promiscuidade na relação Estado-interesses e métodos do grande capital financeiro e empresarial: antirrepublicana, patrimonialista e excludente, que aliena a sociedade da consciência de nação, de direitos de cidadania e do debate e participação em um projeto nacional de desenvolvimento socioeconômico;
- c) reconhecida retomada pelo Estado, na última década, ainda que de forma inicial e não tão expressiva, do investimento na produção, no emprego e no mercado interno, processo esse que se encontrava reduzido e desviado há quase 40 anos; e
- d) inclusão no mercado, também na última década, de expressiva parcela da população, tomando acesso à qualidade de vida com elevação do mercado de consumo e dos direitos do consumidor, processo esse que também se encontrava reduzido e desviado até então.

No imaginário da opinião pública e do eleitorado, no conjunto dessas realidades evidentes, podem estar sendo niveladas essas várias realidades, sob os ângulos de baixa ética na condução das coisas públicas, ao modo “tradicional” de fazer política, de se eleger e exercer o poder de governo. Nesse imaginário, o modo de romper o “tradicional”, por sua vez, pode portar equívocos despolitizados com grandes chances de azarões renovarem ou piorarem o “tradicional”. Mas a grande lição fica para as forças políticas progressistas que, no seu pluralismo e deslumbramento pelo e no poder, teimam em não encarar a autocrítica e corajosa revisão das concessões feitas ao “tradicional”.

Essa sensação da superposição ainda confusa de importantes realidades pode estar antecipando um processo de esgotamento das perspectivas da sociedade frente ao conjunto de programas, projetos e metas apresentados em mais de duas décadas pós-constitucionais, pelo

conjunto dos governos, partidos, coligações e candidatos que se sucedem nesse período. Um provável escaldamento. Se assim for, os pensamentos, análises e formulações das forças e militâncias realmente progressistas, mudancistas e democráticas têm pela frente o desafio central de apresentar para o debate transparente e democrático, por toda a sociedade, em nome de outro imaginário, objetivos concretos de Reforma Democrática e Política do Estado, na Lei e na Constituição, como:

1. Novo pacto social, retomando o pacto federado de 1988, e um Estado realmente democratizado e republicano;
2. Sistema tributário efetivamente progressivo que penalize mais a renda e o patrimônio do que a produção e o trabalho, e mais os estratos sociais altos que os baixos;
3. Reforma política efetivamente republicana, tanto nas garantias de autonomia efetiva entre os três Poderes em torno de um projeto de sociedade e nação democraticamente debatido e assumido, como também na instituição de práticas efetivas de Democracia Participativa, legitimadoras das práticas Representativas;
4. Projeto de sociedade e nação com claras diretrizes para:
  - Política produtiva e cambial provedora de ciência/tecnologias, de valor agregado e produtividade voltada estrategicamente para o desenvolvimento autônomo no mercado interno e externo;
  - Controle e reversão do crescimento perverso e especulativo da dívida pública, cujos serviços ocupam hoje quase metade do Orçamento Geral da União;
  - Efetivação dos sistemas públicos de serviços de qualidade voltados aos direitos sociais básicos de cidadania, que incluam, além de financiamento público mínimo e crescente, também, a reforma da estrutura estatal gerenciadora dos serviços, com descentralização, autonomia gerencial, orçamentária e financeira, voltada para a efetivação da eficiência, controle público e controle social; e
  - Reversão da promiscuidade Estado-grande capital financeiro na luta pelo poder e no seu exercício, pontificada após a Constituição de 1988 com a prorrogação do mandato presidencial de 1989, que propiciou a rearticulação das elites hegemônicas no poder de Estado, a articulação ao “consenso de Washington” e o “avanço” no modo de o Executivo construir maiorias no Legislativo que se “aperfeiçoaria” nos governos seguintes em complexas burocracias público-privadas, ao ponto de muitas vezes tornar obscura a diferenciação entre corruptor e corrompido. Dívidas de campanhas políticas, caixa dois, corrupção ativa e passiva, gestão financeira

fraudulenta, empréstimos bancários, lavagem de dinheiro público, compra de votos, mesadas, indicações para o 1º escalão de governo, desvios de recursos públicos em licitações e pagamentos de obras e serviços, financiamento em espécie de campanhas etc. produzem alianças políticas, empresariais e ideológicas que alternam denúncias entre si com silêncios cúmplices e distorcem funções republicanas de órgãos de controle, apuração e punição pelo Estado. É um processo de captura de vários aparelhos do Estado que, em recente análise do comentarista político Bob Fernandes, prescreveu inquérito de 100 mil páginas no 1º governo pós-constitucional, que envolvia 400 empresas e 110 grandes empresários, o mesmo acontecendo no 2º e 3º governos, com várias privatizações de estatais, incluindo a Telebrás, com desvios não apurados em negócio de 22 bilhões, além da compra de votos na aprovação da reeleição em 1998 e os desvios em paraísos fiscais, além dos empréstimos bancários, desvios públicos, lavagem e caixa dois no Estado de Minas Gerais. E o mesmo acontecendo no 4º e 5º governos, com o abortamento da operação Satiagraha (com US\$ 550 milhões ainda retidos nos EUA e Inglaterra), além da continuidade do já referido modo de o Executivo construir maiorias no Legislativo, agora batizado de “mensalão”, por um parlamentar implicado. A reprodução dessa promiscuidade Estado-grande capital financeiro e empresarial por todos os governos e coligações partidárias, revela a força e competência de reprodução dessa hegemonia. Por outro lado, desafia a responsabilidade histórica e desprendimento dos pensamentos, análises, formulações, forças e militâncias realmente progressistas, mudancistas e democráticas.

Essa hegemonia – inimigo principal – incrustada em todos os governos, coligações e partidos, em formas e intensidades variadas, pode perder em prazo relativamente curto, pelo menos um primeiro sustentáculo, que é o imenso e enraizado corporativismo por ela mesma engendrado nos partidos, governos e instituições, que competem, disputam e se desgastam continuamente entre si, para o “bloco da vez” tomar ou permanecer no poder. As “marcas” de governo ou de gestor melhor sucedidas na comunicação social e parte da opinião pública acabam sendo fatores de continuidade no poder (e suas benesses). Na coerência com avanços reais em políticas públicas estruturantes para os direitos de cidadania e para o desenvolvimento socioeconômico, resta a aparência, manipulação de dados e discurso.

Esse sustentáculo, alimentado pelas divisões, disputas, desgastes e dispersões das forças e militâncias progressistas, mudancistas e democráticas no atual quadro partidário, não partidário e governamental, poderá enfraquecer muito caso se desenvolva uma repolitização em direção à outra clivagem das disputas e divisões. Se já está em curso o esgotamento

ou escaldamento já referidos, haverá espaço em comunicação social, conscientização e mobilização para a formulação de outra clivagem, supra e apartidária, em nome do imaginário de um Estado realmente democratizado e republicano? A construção dessa nova clivagem deverá ir identificando e isolando os pensamentos, análises, formulações, forças e militâncias contra os quatro objetivos concretos de Reforma Democrática e Política do Estado já referidos anteriormente. Haverá clareza e forças para esse processo se efetivar na sociedade civil e no interior de cada partido, reforçando seu crescimento em outro rumo, incluindo mudanças no quadro partidário? Na sociedade civil, essa nova clivagem terá maior ressonância, e o abaixo-assinado pela Lei da Ficha Limpa é um sinal nesse sentido? Com a mesma força com que a Lei da Responsabilidade Fiscal desde o ano 2000 é aplicada, poderão ser mobilizadas forças para formular, legitimar e aprovar uma Lei da Responsabilidade Social, com base mais nos direitos de cidadania que nos direitos do consumidor? Há setores no atual quadro partidário que na campanha eleitoral e no exercício do poder possam se comprometer com bandeiras de democratização do Estado e nova relação entre a Sociedade e o Estado, acima do que o atual quadro partidário vem realizando? Incluindo seu próprio partido ou coligação? Em outras palavras, nesses setores, quais os dirigentes partidários e de governo, e lideranças de entidades e movimentos sociais, estão prontos para se assumir “estadistas”, paralelamente ao atual quadro partidário e governamental, em esgotamento? Obviamente, incluindo nesse esforço “estadista” os candidatos realmente progressistas e mudancistas que não forem eleitos, junto às lideranças que os apoiaram. Por exemplo, mobilizar a opinião pública, o Judiciário (STF, CNJ) e o Legislativo para que o atual julgamento do “mensalão” seja desdobrado, na sequência, em novos paradigmas e jurisprudências de tramitações rápidas e prioritárias contra a promiscuidade Estado-interesses privados, contra sua prática e na sua profilaxia, acima das conjunturas governamentais e partidárias, e sob participação democrática direta da população. E repolitizar seu discurso e práticas nesse rumo, mesmo que os resultados nem sempre coincidam com os calendários partidários e governamentais, e nem dependam da retroatividade automática a outros governos pós-constitucionais.

Por outro lado, quanto às alternativas do Brasil no contexto mundial, é de amplo reconhecimento o impactante significado dos anos 80 na história do capitalismo e das relações internacionais, quando o capitalismo financeiro especulativo, na dinâmica dos mercados financeiros, capturando o crédito, o financiamento e os juros assume a hegemonia e o comando sobre o capitalismo produtivo e, na sequência, sobre os tesouros nacionais, como fonte final da acumulação dessa hegemonia.

E, nesse sentido, cabe aqui uma pequena reflexão sobre isso, tomando emprestado trechos da lúcida análise de Saul Leblon em Carta Maior de 4/9/2012:



“O extremismo mercadista em escala mundial arrocha sua aposta neoliberal: só na Espanha, no 1º semestre deste ano os mercados levaram da sua economia mais de 240 bilhões de euros, e na França pressionam corte de 33 bilhões, além dos estragos em outros países, com as agências de risco operando o próprio risco sob a lógica de especulação.”

“Sem ilusões de desconcentração amigável do capital financeiro para a produção e o desenvolvimento, ou do retorno da subordinação do capital financeiro ao papel de alavanca da produção e demandas do conjunto da sociedade. As demandas por infraestrutura, planos de universalização de serviços e direitos, reordenação ambiental e outros requerem necessariamente uma escala de grandes fundos de recursos, que somente um Estado em processo de efetivo fortalecimento social e democrático terá condições de ocupar espaços crescentes na atual economia, com fundos públicos em escala correspondente. Talvez esse seja o grande desafio político das sociedades e seus Estados na atual crise do capitalismo: como inovar e avançar no espaço situado entre as agendas condenadas do arrastado colapso neoliberal e do outro lado o cenário do “salve-se quem puder” de nacionalismos econômicos e totalitarismos políticos.”

“Na América Latina, com o Brasil à frente, foi conseguida na última década alguma retomada do investimento produtivo e do desenvolvimento com diminuição do desemprego e da pobreza, mas com dificuldades cada vez maiores e intransponíveis. A continuidade passa a depender agora de mudanças estruturais na alocação do estoque da riqueza existente, hoje concentrada nas esferas financeira, patrimonial, fundiária e urbana. Sob esse referencial de alternativas e tendências mundiais, quais as possibilidades e caminhos para o fortalecimento social e democratizante do Estado brasileiro? Há expectativas para a formulação e ampliação de vontade política na base social para participação no debate democrático sobre projeto nacional de desenvolvimento socioeconômico no contexto da globalização?”

### **REDE DS, seu *blog* e este livro**

Portanto, é nesse contexto que se inserem o movimento da **REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania** (REDE DS) e, cumprindo um papel destacado e estratégico, o “*blog* **DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania**”.

Ao comemorar seu terceiro aniversário, recebe, para compartilhar com todos nós, um presente precioso: este livro organizado pelo querido amigo Neilton, um incansável e grande articulador da participação social e acadêmica no processo político brasileiro, tendo o SUS como objeto privilegiado de atuação e a REDE DS como um novo e potencial instrumento de defesa do direito à saúde – saúde, qualidade de vida; saúde, direito de cidadania.



# Posts



30 de novembro de 2009

## **“REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania”, uma oportuna articulação e mobilização política estratégica em defesa do SUS**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Cidadania, Direito Sanitário, REDE DS, Saúde.

Fortalecer a defesa do Direito à Saúde é, fundamentalmente, avançar no processo de consolidação do SUS. A luta pela construção do SUS está associada ao enfrentamento das profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando ao longo das últimas décadas, que têm levado a mudanças consideráveis no quadro epidemiológico, mas também na distribuição social dos problemas de saúde, e cuja gravidade se observa num contexto, ainda, de desigualdades e iniquidades regionais, urbanas e rurais (MS, 2006).

O debate em torno do direito à saúde e do SUS, que vem se ampliando, de algum tempo para cá, tem apresentado uma nova forma, a da “judicialização da saúde”, motivando, inclusive, a realização de uma audiência pública sobre a saúde, promovida pelo STF – Supremo Tribunal Federal – em seis sessões diárias, em fins de abril e início de maio deste ano (STF, 2009). Entretanto, e, sobretudo, é preciso pensar a saúde numa visão coletiva, integral, com ações assistenciais resolutivas e com ênfase na promoção e proteção da saúde, na prevenção e controle de agravos e doenças, numa ação integrada, em equipe e trabalho interdisciplinar, intersetorial.

Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, além de dialogar com as reflexões e os movimentos, necessita da ação combinada dos diferentes Poderes do estado, e dos mais diversos setores da sociedade para que se amplie e se efetive sintonizado com os princípios e diretrizes constitucionais (CF/88).

Como amadurecimento e desdobramento de um processo, e numa percepção de oportunidade, recentemente organiza-se um movimento que busca uma articulação, ampla e plural, para dinamizar e politizar o tema “Direito Sanitário”, numa efetiva mobilização em defesa da saúde enquanto

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

direito de cidadania, e do SUS como expressão do atendimento desse direito. Esta “REDE DS” está sendo denominada “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania” e se propõe, fundamentalmente, aprofundar a defesa, o estudo e a mobilização, relativos ao direito à saúde, e visando a contribuir para a consolidação do SUS como Política Pública prioritária (Oliveira, 2009).

A abrangência do grupo inicial já contempla diferentes sujeitos institucionais, dentre os quais AMPASA, ANVISA, BIREME/BVS/OPS, IDISA, CEBES, CONASEMS, CONASS, ABRASCO, CEPEDISA, alguns setores do Ministério da Saúde (SGEP, FIOCRUZ e outros), participando também quadros e entidades componentes do SUS e setores afins. A ação está voltada, essencialmente, para o desenvolvimento do Direito Sanitário como instrumento de democratização do Estado e de fortalecimento da cidadania, com atuação estratégica nos campos doutrinário, jurisprudencial e legislativo.

Assim, mais do que muito oportuna, é estratégica a criação desse *blog* da REDE DS, um espaço que possibilitará ampliação do debate, a troca de ideias, a apresentação de novas formulações e a difusão de novos conhecimentos a respeito do “Direito Sanitário”, compreendendo que, em tempos de globalização e de internet, é fundamental aproximar pessoas e instituições. A participação de todos, além de bem-vinda, é muito esperada.

## Referências

BRASIL. Constituição Federal 1988. Acesso em 25/10/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

Ministério da Saúde. Painel de Indicadores da Saúde, Brasília, 2006.

OLIVEIRA NA. A Articulação em Rede do Direito Sanitário. Acesso em 15/11/2009 e disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Artigos>

STF discute o Sistema Único de Saúde. Acesso em 30/10/2009; disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=106799&caixaBusca=N>

## Comentários: 4

**Pedro Lobo**, em 30 de novembro de 2009, às 19h 32

Esta é uma boa hora para se debater tema tão atual e desafiador. Parabéns à Bireme/BVS/OPS e ao Grupo Articulador desta REDE DS. Este espaço possibilitará conhecer e debater muito do nascente “Direito Sanitário”, nesta concepção de direito de cidadania, saúde e qualidade de vida para todos. Vamos aproveitar e divulgar esta importante ferramenta.



***Jerfeson Caldas, em 9 de dezembro de 2009, às 17h 51***

Parabenizo a proposta de discussão e debate em torno do sistema que sustenta a organização da saúde no nosso país, tenho certeza que poderemos contribuir e muito com esse diálogo. Contem conosco.

***Heliane Rodrigues Povoia Lemes, em 4 de janeiro de 2010, às 22h 28***

Discutir o Direito Sanitário é fazer valer os fundamentos do Estado Democrático de Direito previsto no art.1º da CF/88: cidadania e dignidade da pessoa humana. A REDE DS certamente ampliará a discussão do SUS como a maior ferramenta de defesa da vida, da saúde da cidadania numa visão macro de que o Direito Sanitário não é um direito codificado, mas um direito natural da pessoa humana, por isso, ao incrementar políticas públicas nesse sentido, a equipe da ANVISA e os demais parceiros institucionais merecem aplausos!

***Neilton Araujo de Oliveira, em 5 de janeiro de 2010, às 18h 42***

Pelo seu comentário, vejo que neste espaço novo de difusão e discussão do Direito à Saúde, Fortalecimento do SUS e Defesa da Cidadania, seguramente teremos muitos e diferentes pontos de vista a respeito, mas certamente o primeiro deles será mesmo o do reconhecimento da saúde como direito humano que, numa dimensão maior – como direito político –, se concretiza no SUS universal, integral e de qualidade, e que isso representa ainda um grande desafio para todos nós. Por isso, cada comentário e participação são valiosas contribuições para o que se pretende com a REDE DS.



3 de dezembro de 2009

## A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qual o padrão que a sociedade irá definir para o país?

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde, Direito à Saúde, Integralidade da Assistência, Padrão de Integralidade.

Nos últimos cinco anos tenho refletido e escrito sobre a efetividade do direito à saúde e sempre esbarro na ampla conceituação de saúde conferida pelo art. 196 da CF. O art. 196 define o direito à saúde como a garantia de políticas sociais e econômicas que visem à redução da doença e à garantia do acesso às ações e serviços de saúde para a sua promoção, prevenção e recuperação.

Esse artigo constitucional foi mais bem explicitado nos arts. 2º e 3º da Lei nº. 8.080, de 1990, a qual dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um sistema composto pelas ações e serviços de saúde incumbidos aos entes federativos com a finalidade de garantir ao cidadão o que está expresso na segunda parte do art. 196 da CF.

A primeira parte do referido artigo trata da conceituação de saúde na esteira da definição dada pela OMS, que o considera um completo estado de bem estar físico, social e psíquico. Essa ampla conceituação é abrangente da biologia, da genética, do desenvolvimento social e do estilo de vida.

Pelo que se depreende da interpretação do texto constitucional, fica óbvio que a primeira parte do art. 196 – a garantia de políticas públicas que evitem o agravo à saúde – é responsabilidade do Estado e da sociedade como um todo, os quais são responsáveis pelo desenvolvimento econômico e social equilibrado, devendo contemplar a qualidade de vida como um dos meios de garantia do direito de não adoecer.

A segunda parte do artigo – garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, incumbida ao SUS – tem a responsabilidade de garantir serviços de saúde à população. Nesse ponto, devemos excluir das atribuições do SUS a garantia de qualidade de vida.

Mas quando adentramos o campo dos serviços, os quais devem garantir a integralidade da assistência, a pergunta que deve ser feita é: qual o padrão

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

de integralidade que o país vai adotar? Tudo para todos? Ou tudo aquilo que o Estado e a sociedade pactuarem como um padrão de integralidade justo para o atendimento das necessidades de saúde da pessoa? Se não se definir um padrão de integralidade, o país deverá arcar com tudo aquilo que as pessoas desejarem como garantia do seu direito à saúde? Tudo o que o M.P. pleitear em ações judiciais e o Judiciário garantir de maneira não sistêmica, de forma fracionada?

Recente decisão do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5), no Recife, manteve decisão da 5ª Vara da Justiça Federal no Ceará, determinando que o Governo daquele Estado custeie um transplante de fígado, nos Estados Unidos, para uma criança, devendo um médico brasileiro acompanhar o transplante no Exterior. Torna-se urgente essa discussão no âmbito do Governo e da sociedade.

Faz-se necessário refletir sobre a definição de um padrão de integralidade no âmbito do SUS, sob pena de se fracionar o sistema e garantir de forma desigual aquilo que cada um desejar em saúde, uma vez que, a cada dia, a saúde passa a ser um sonho de consumo nesse mercado de alta tecnologia e muita rentabilidade.

## Referências

Lenir Santos (2007). Contornos Jurídicos da Integralidade da Assistência. O SUS passo a passo. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (organizador), Editora Hucitec.

## Comentários: 4

**Gilberto Fonte Boa da Silva**, em 5 de dezembro de 2009, às 19h 12

As indagações de Lenir Santos são fundamentais, principalmente para o nosso Judiciário, que só sabe ler as disposições contidas no artigo 196 da Constituição, sem, absolutamente, conjugá-lo com as disposições contidas no artigo 198, que deixam claro que muito mais que limitação para o atendimento ao usuário é a organização do sistema de saúde, que começa a se despedaçar com as desacertadas decisões do Judiciário. Ah, Supremo... quanta esperança tínhamos que pudesse voltar seu olhar para este dispositivo...

**Jean Patrik Cauduro**, em 11 de dezembro de 2009, às 08h 17

Gostaria de enfatizar, tendo por base as reflexões observadas no artigo, que a saúde, direito constitucionalmente garantido, não pode ser objeto de intervenção cada vez mais direta do Poder Judiciário. Todos nos deparamos hoje com a judicialização da saúde, na qual o que está por trás das inúmeras tutelas de urgência não é o direito à saúde, mas sim a ganância de poucos. O que espanta é que ao invés de o Judiciário lançar mão dos conceitos lógicos

e técnicos para julgar e decidir uma demanda, ele adota postura fundada em argumentos efêmeros. Basta à retórica! Enalteçamos a evidência!

**Lenir Santos**, em 23 de dezembro de 2009, às 15h 48

Caro Jean. Precisamos realmente lançar novos olhares para a questão do direito à saúde, que não pode ser objeto de todos os desejos; direito à saúde deve se contrapor ao consumo de saúde e, para tanto, precisamos ter a coragem de definir um padrão de integralidade que seja justo para toda sociedade. Obrigada pelos comentários. O debate que iniciamos com o *blog* será muito positivo para essas reflexões conjuntas.

**Ivete**, em 27 de novembro de 2010, às 15h 05

Bem, entrei aleatoriamente neste *site* para saber dos direitos do paciente em hospitais públicos, já que acredito que só assim poderemos melhorar o SUS. Sou professora federal. Acho importante buscarmos viver uma prática de usufruir nossos direitos, mas é preciso coragem, pois cada experiência é um risco de vida. Historicamente, as pessoas enfrentam situações de puro descaso, desrespeito e, posso dizer, de ignorância por parte de alguns profissionais da saúde, no que se refere ao art. 196. Talvez possamos dizer que o “padrão de integralidade” que estes, ou o senso comum, vivenciam na sua prática, seja como o de muitos profissionais da educação: “uma escola pobre para pobres”, então uma saúde pobre para pobres. É revoltante viver isso, mas temos que conhecer nossos direitos para poder usufruí-los, e temos que conhecer nossos deveres enquanto profissionais para podermos ser éticos na nossa profissão (desculpem, talvez seja só um desabafo, mas real).

8 de dezembro de 2009

## A iniquidade no acesso ao SUS e o Princípio da Impessoalidade

*Mariana Faria<sup>1</sup>*

O direito à saúde foi constitucionalizado em 1988 como direito público subjetivo a prestações estatais, ao qual corresponde o dever de os Poderes Públicos desenvolverem as políticas que venham garantir esse direito. Podemos compreender que o Direito Sanitário deve ser entendido como uma ramificação do Direito Administrativo, pois foi buscar nele o embasamento doutrinário necessário à construção do arcabouço jurídico que consubstancia as normas de direito positivo, que estabelecem direitos e deveres e regulam atividades públicas em matéria de saúde. Assim, entendemos que o Direito Sanitário está submetido diretamente aos mesmos princípios que vigem o Direito Administrativo.

Administração Pública, em sentido material, é administrar os interesses da coletividade, e em sentido formal, é o conjunto de entidades, órgãos e agentes que executam a função administrativa do Estado. Nesse sentido, o SUS, suas ações e profissionais devem ser considerados Administração Pública, tanto em sentido formal quanto material.

Considerando o conceito de acesso como indicador do grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, podemos entender iniquidade no acesso como dificuldade, morosidade ou retardamento em obter os desejados cuidados de saúde.

Partindo do pressuposto anteriormente levantado, que o SUS deve ser considerado como Administração Pública, estará, então, subordinado aos mesmos princípios que a regem. Dentre os quais, elencados no artigo 37 da CF/88, encontramos o Princípio da Impessoalidade, que enuncia que jamais poderá um ato do Poder Público vir a beneficiar ou a impor sanção a alguém em decorrência de favoritismos ou de perseguição pessoal.

Contudo, vimos acompanhando o fenômeno da segunda porta ou fila dupla de acesso ao sistema de saúde, no qual hospitais privados e universitários (públicos) atendem pacientes SUS e pacientes privados. Nesse contexto, o que se alega é a tendência a priorizar o atendimento privado em detrimento do paciente financiado pelo sistema público, configurando séria violação ao Princípio da Impessoalidade.

[1] Advogada Sanitarista, Mestre em Políticas Públicas e Saúde, Chefe de Gabinete do Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS/UNASUR).

Assim, podemos compreender a relação direta entre a violação do Princípio da Impessoalidade por parte do agente público do SUS e a geração de iniquidades no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Ao privilegiar um usuário, estará o profissional ou gestor de saúde cometendo ato de improbidade administrativa.

Assim, consideramos que o Promotor de Justiça e o Procurador devem se aproximar dos demais agentes, acompanhar de perto o processo de implementação do SUS e, quando necessário, utilizar os instrumentos jurídicos existentes para a efetivação concreta dos princípios constitucionais e legais que o norteiam, já que, só com tal conduta, eles estarão cumprindo com perfeição o seu papel e resguardando o direito à saúde.

## Referências

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito administrativo. 6. ed. São Paulo: Atlas. Ministério da Saúde Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA SCTIE/DES DISOC.

## Comentários: 8

**Ana**, em 10 de dezembro de 2009, às 15h 46

Temos observado o acesso aos cuidados de saúde serem oferecidos com dificuldade, morosidade ou de modo retardado. E daí? Onde estão os entes públicos e cidadãos que fazem “vista grossa” às ações e omissões da Administração Pública e tardam em trabalhar por sua transparência e impessoalidade?

**Paulo Benevento**, em 11 de dezembro de 2009, às 14h 26

Perfeito, Mariana. Apenas uma questão aparentemente acadêmica, mas de repercussões práticas relevantes. Nada que desautorize as suas conclusões. É que, como deve saber, há hoje uma séria discussão sobre a submissão do Direito Sanitário ao regime jurídico administrativo. Somente uma singela contribuição. Talvez, uma sugestão para discussão no fórum.

**Diana Carmem A. N. de Oliveira**, em 17 de dezembro de 2009, às 13h55

Boa Tarde! Sou profissional de saúde pública atuando no campo prático da Vigilância Sanitária. Muito interessante ler o artigo sobre iniquidade de acesso ao SUS usando o argumento do princípio da Impessoalidade, do campo do Direito Administrativo. Justamente esse conhecimento sobre o Direito Administrativo é a base para a atuação dos agentes administrativos no cumprimento da ação de Vigilância Sanitária. Refleti o quanto tem sido

historicamente difícil, falo da construção do SUS, acolher e praticar os princípios da Administração Pública no que tange à VISA. Do lugar de onde falo e observo, parece que a VISA aplica, na sua prática, (Registro, Autorizações de Funcionamento, etc.) instrumentos mais relacionados ao direito individual (propriedade de títulos, por exemplo) do que coletivo. O que tem isso de verdade? Pergunto. De qualquer forma, não fugi do tema do acesso e da equidade. Apenas trouxe um outro objeto: as ações de vigilância sanitária. Perdoe-me qualquer desvio de pensamento. Justifico-me. Sou farmacêutica, e não operadora do Direito. Um abraço.

**Mariana Faria**, em 30 de dezembro de 2009, às 09h 59

Prezado Paulo. Primeiramente, agradeço sua contribuição. Certamente, como em diversas áreas do Direito, existem correntes distintas que diferem de pensamento acerca de um mesmo tema. Será um prazer para mim debater mais profundamente este tema com você. Aguardarei suas contribuições. Nos vemos por aqui! Abraços.

**Tânia Mota**, em 2 de janeiro de 2010, às 10h 14

Olá! Feliz Ano Novo para você. Gostei muito do seu *blog*, vou aparecer mais vezes. Apareça você também no meu, *Ética para Paz* ([eticaparapaz.blogspot.com](http://eticaparapaz.blogspot.com)), e depois me diga o que achou. Um abraço.

**Denilson dos Santos Manoel**, em 18 de fevereiro de 2010, à 01h 16

É, enquanto existir política de interesse em votos, é difícil isso acontecer, pois, na verdade, há acessibilidade aos serviços de saúde somente através de políticos. Desgraça de uns, sucesso de outros.

**Nilton Carneiro**, em 19 de maio de 2010, às 22h 10

Prezada colega, é confortante saber que finalmente o Direito Sanitário assenta no seu devido lugar, saindo, assim, finalmente, da margem dos ramos clássicos do Direito! Amplos são os braços do Direito Sanitário, que aqui dispensamos enumerar! Todavia, cabe-me não fugir do assunto de sua postagem, mas sim pontuar o que é de meu entendimento a respeito do assunto. É verdadeira sua afirmação quando do atendimento e tratamento desigual entre usuários pelos Prestadores de Serviços Privados e Universitários, contudo, são estas mesmas instituições autorizadas a funcionar como complemento pelo “poder público”. Portanto, demonstra sua ineficiência em implantar, gerir e garantir o direito à saúde! Em relação ao Ministério Público ou à Procuradoria, são, data vênia, ainda incipientes no conhecimento do Direito Sanitário, desaparelhados e desconhecedores do funcionamento do Sistema Único de Saúde! Cabendo às Defensorias e à OAB pleitearem a garantia deste direito de forma individual! Sejamos otimistas!

**Mariana Faria**, em 31 de maio de 2010, às 14h 31

Prezado Nilton. O importante é unirmos forças e, mais do que sermos otimistas, sermos vigilantes e ativos sobre as instâncias e poder e de controle. Obrigada pelos comentários e vamos seguindo a caminhada! Abraços.



14 de dezembro de 2009

## Um pensamento jurídico obsoleto para um sanitarismo de ponta

*Jairo Bisol<sup>1</sup>*

“Talvez o que é propriamente científico seja destruir a ciência que precede”.

*Roland Barthes*

A tese assente entre os teóricos do emergente Direito Sanitário brasileiro consiste em supor que ele está consubstanciado sobre um duplo nível sistêmico: um avançado sistema de saúde positivado num sistema de normas constitucionais e infraconstitucionais. A conclusão é inevitável: o problema crucial do SUS é o da efetivação das normas que o positivam. Em outras palavras, trata-se de um problema de aplicação do direito, seja pela via administrativa como política pública, seja no plano jurisdicional por violação decorrente de sua não efetivação administrativa.

Esta tese supõe o direito como um sistema de juízes e normas. Reduz o fenômeno jurídico ao plano normativo estatal e toma como dado objetivo um dos mais intrincados problemas jurídicos: a norma. Consolida-se, por este viés, o caminho da dogmatização do Direito Sanitário.

Bem observado, o texto legal constitui um conjunto de significantes, e não de significados. Por mais que os significantes delimitem o fenômeno da significação, todo texto é sempre texto aberto. O poder penetra no direito posto exatamente pelo jogo da significação: a interpretação da lei. A dogmatização consiste na consolidação do texto legal como significado normativo, como interpretação autorizada estabelecida pelo poder jurisdicional e seus arrabaldes de saber: o saber magistral dos doutrinadores. Dogmatizar o direito, em síntese, é fixar jurisprudencial e doutrinariamente o sentido normativo do dogma, ponto de partida indissociável no qual as decisões devem se fundamentar – o texto legal.

A dogmática jurídica traduz-se numa sofisticada técnica de controle de significação dos textos normativos por estruturas de poder. Não por outro motivo, funciona como um instrumento de segurança para o poder, uma técnica refinada de comunicação das censuras e de adestramento político dos cidadãos. No centro desta concepção dogmática e normativista do

[1] Doutor em direito pela Universidade Federal de Pernambuco, é promotor de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e territórios, e titular da 1º Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Saúde, Presidente da AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde).

direito encontra-se um dos mais preciosos fetiches do Estado de Direito: o conceito de norma jurídica.

A ideia de norma jurídica – a unidade estruturante do texto legal – confere à lei aparência de sistema normativo dotado de sentido objetivo: um fetiche cujo poder simbólico cumpre, entre outros, o papel de atribuir ao ato jurídico-decisório uma suposta neutralidade ética e política. Simula, a um só tempo, sistematizar o discurso da lei e emprestar controle racional às decisões: a validade da decisão decorre da validade da norma que a fundamenta.

O saber dogmático do direito camufla assim, sob a aparência de ciência, a teatralidade que envolve o discurso do poder, ocultando a finalidade política das censuras que veicula sob o argumento da racionalidade, da neutralidade e do universalismo da norma geral. Ademais, ao almejar a condição de discurso oficial, constitui-se num saber servil e obediente ao poder.

A arena da interpretação é palco de importantes jogos de poder nos sistemas de direito legislado, a batalha da significação normativa; a outra batalha lhe é anterior, e toma corpo no campo político-legislativo, onde se fixam os textos a serem interpretados. É erro tomar como definitiva vitória alcançada no plano legislativo, supondo técnica a interpretação e aplicação das leis.

Inegável a importância estratégica da batalha da significação normativa da base legal do SUS no plano jurisprudencial e doutrinário. Mas reduzir o Direito Sanitário a um sistema de juízes e normas significa concebê-lo numa estranha síntese entre uma concepção sanitária avançadíssima, construída pela via político-social como uma das mais ousadas e abrangentes políticas públicas de inclusão social do mundo atual e um pensamento jurídico obsoleto, calçado em pressupostos epistemológicos do século XIX. Ainda que importante, pois amplamente manejado pelos juristas, não está ao alcance deste modelo construir um Direito Sanitário que realize uma saúde cidadã.

## **Comentários: 2**

**Luís Bernardo Delgado Bieber**, em 5 de janeiro de 2010, às 15h 56

Bisol, acho que há uma pergunta seguinte a ser feita: Até que ponto conviria ao Judiciário abandonar sua atual postura e assumir uma nova responsabilidade na construção do Direito, a partir da interpretação do texto normativo? Quer-me parecer, à primeira vista, preferir o Poder Judiciário manter-se na situação atual em que, instado a decidir, mas inseguro diante da complexidade das questões que se lhe põem, defendendo a aplicação “neutra” do texto normativo (pelo qual ele não é responsável) e podendo apenas ser responsabilizado pela inevitável demora na prestação judicial. A situação atual é redutora da importância da prestação jurisdicional, mas conveniente aos que a ela se obrigaram ao ingressarem na Magistratura.

**Mara Alcaine**, em 30 de março, às 12h 45

Olá! Parabéns pelo *blog*, excelentes matérias e informações. Quando puder, visite o meu *blog* também. Bom trabalho, colega. Abraço. E-mail: [alcaine@alcaine.com.br](mailto:alcaine@alcaine.com.br) *blog*: <http://www.alcaine.com.br/wordpress>

21 de dezembro de 2009

## O Direito Sanitário e a audiência pública do Supremo Tribunal Federal sobre a saúde

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Direito Sanitário, Saúde, STF, SUS.

O SUS e a luta pela sua construção representam uma das mais importantes, volumosas e efetivas manifestações da participação social e política na consolidação de um direito e na constituição de uma Política Pública.

Na abertura da Audiência Pública do STF sobre a Saúde, vislumbrava-se a possibilidade de um importante, oportuno e estratégico debate em torno da defesa do Direito à Saúde e das dificuldades para sua efetivação. Uns, em posição mais de cobrança e reivindicação, e todos numa grande expectativa.

Na base do processo de criação do SUS – Sistema Único de Saúde – e do estabelecimento da saúde como direito, encontram-se o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para efetivá-la, o desafio permanente de seu financiamento adequado, o imperativo da participação social (CF/88 e Leis nº. 8080/90, 8142/90) para essa construção diária e a impossibilidade de o setor sanitário sozinho responder às necessidades para a existência de uma população saudável. À medida que se compreende a saúde em sua plenitude, como determinada por uma série de construções sociais, históricas, culturais e políticas, além de econômicas, cria-se um outro jeito de pensar as ações no setor sanitário (Barreto, 2004) e, conseqüentemente, o processo de organização do seu sistema de atenção.

Assim, é neste contexto que se coloca a audiência pública da saúde, realizada pelo STF nos dias 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio do presente ano, e que questionaria, naturalmente, o papel do Executivo, nas três esferas de governo, mas igualmente, do Legislativo e do próprio Judiciário, na busca da concreta efetivação do SUS: universal, integral, equânime e descentralizado, com municipalização e regionalização hierarquizada (Santos, 2009). À gestão do SUS, maior responsável e alvo principal dessa discussão, não se pode imputar toda a responsabilidade pelo (des)atendimento do direito à saúde.

Os primeiros movimentos e intervenções apontaram concretamente para essa expectativa positiva quanto ao papel e resultados da audiência. De

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

fato, o nível dos debates e a profundidade das intervenções surpreenderam e, para muitos, ficou a impressão de que os atores da cena jurídica se apropriaram do arcabouço conceitual dos sanitaristas, transformando-se em aliados e ferrenhos defensores da implementação do SUS constitucional. Isto deve ser, sem dúvida, o desafio de todos, no período pós-essa-audiência pública do STF.

A ampliação da consciência SUS significa efetiva possibilidade de universalização do debate em torno do Direito Sanitário, numa concepção de cidadania, do coletivo e do individual, mas nunca só de consumidor! Parece, por outro lado (o que é muito bom), que a Suprema Corte do país, ao programar esta audiência da saúde, subestimou a potencialidade de mobilização em torno do SUS e da Saúde e, até, que não sabia com o que estava lidando quando fez a convocação inicial, somente para dois dias. Agora, as ideias então colocadas e ali discutidas não mais poderão ser ignoradas pela Corte, nem por ninguém, se a perspectiva de mobilização pós-audiência se concretizar.

## Referências

Barreto, M.L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* vol.9, n°. 2, Rio de Janeiro. Apr./June. 2004.

Brasil. Constituição Federal 1988. Acesso em 25/10/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

Brasil. Lei n°. 8.080, 19/09/1990. Acesso 25/10/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Brasil. Lei n°. 8.142, 28/12/1990. Acesso 25/10/2009 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

STF discute o Sistema Único de Saúde. Acesso em 30/10/2009; disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=106799&caixaBusca=N>

STF. Textos relativos à audiência da saúde. Acesso em 30/10/2009 e disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Artigos>

Santos, N.R. Desafios para uma saúde cidadã. Acesso em 30/10/2009 em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Artigos>

## **Comentários: 2**

**José Carlos**, em 17 de maio de 2010, às 00h 04

Olá! Parece que a audiência pública vai ter resultado. O CNJ já tomou algumas iniciativas. Assim, a discussão do Direito Sanitário se avoluma, de modo que o direito fundamental da saúde alcance todos os cantos deste País.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 20 de maio de 2010, às 19h 28

De fato, José Carlos, ainda mais que algumas das iniciativas do CNJ vão na direção de formação/capacitação de atores importantes nesse processo, penso que a interlocução que precisamos ampliar entre os diferentes campos (Gestão, Academia, MP, Judiciário, Organizações Associativas, entre outros) deverá ser mais facilitada pela motivação comum e maior visibilidade que o tema vai adquirindo. A REDE DS quer ser um espaço que possibilite isso e que articule mais interessados nesse oportuno debate. Até breve! Neilton.



4 de janeiro de 2010

## Gestão do conhecimento na saúde

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

O crescente desenvolvimento tecnológico – que na saúde tem sempre o condão de aumentar custos, e nunca em diminuí-lo – exige uma política consistente de gestão do conhecimento, tanto para induzir e fomentar pesquisas de interesse da saúde pública cujo custo-efetividade seja coerente com o orçamento público, quanto para avaliar as novas tecnologias, sem perder de vista a necessidade de sistematizar o intenso conhecimento empírico que é gerado nos serviços de saúde.

A revista Exame discorre sobre o mercado da saúde – Um Mercado Sem Fim (Revista Exame, 2009) – que os “brasileiros não querem apenas carros, casas e celulares. Saúde tornou-se um produto de intenso desejo numa sociedade economicamente emergente. Empresas do mundo estão descobrindo isso”.

Essa constatação demonstra a mais absoluta necessidade de o Poder Público atuar num setor altamente rentável que gera um direito social, que é o direito à saúde. Noam Chomsky, 1997, destaca que não se pode perder de vista que o desenvolvimento tecnológico se volta muito mais para os interesses de mercado (lucro), considerando todo cidadão como um consumidor de saúde.

Nos dias de hoje, o mercado tecnológico e a indústria farmacêutica consideram cada cidadão como um potencial consumidor de produtos e serviços de saúde: a pessoa sadia como um consumidor de exames preventivos onerosos; as idiosincrasias, angústias e características humanas cada dia mais patologizadas, devendo ser medicados todos os estados da alma humana (a tristeza, a melancolia, a depressão, o luto), além de as pessoas doentes deverem submeter-se, cada vez mais, a complexos processos de recuperação da saúde, repletos de tecnologias diagnósticas, as quais impõem crescentes complexidades à gestão da saúde, gerando permanente tensão entre cidadão e Estado no consumo de saúde a ser garantido pelo Estado.

Urge, pois, que o Poder Público atue nesse campo, instituindo políticas de gestão do conhecimento, visando ao fomento à pesquisa, à sistematização do conhecimento gerado nos serviços de saúde (que muitas vezes encontra soluções de baixo custo na garantia da saúde), à avaliação e divulgação do

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

conhecimento e à incorporação das inovações tecnológicas nos serviços de saúde.

As tecnologias em saúde aplicadas de modo individualizado, sem considerar a política de saúde de forma sistêmica, podem inviabilizar o sistema, fracionando-o de tal modo que não teremos sistema racional de saúde, mas sim fornecimento de tecnologias a quem demandar, em especial no âmbito do Judiciário.

Sem uma política adequada de avaliação de tecnologia e fomento à pesquisa em saúde, estaremos à deriva, colocando em risco o sistema de saúde que se funda no padrão de integralidade da assistência, que por sua vez bebe da fonte da incorporação de tecnologias.

Lembramos, ainda, que o STF encaminhou uma recomendação ao Ministério da Saúde propondo melhores definições normativas sobre a questão da incorporação tecnológica, exigindo, pois, uma adequada gestão da incorporação tecnológica. Na realidade, devemos ir além da gestão da incorporação tecnológica gerindo de forma sistêmica todo o conhecimento gerado em saúde.

## Referências

Noam Chomsky (1977). Segredos, Mentiras e Democracia. Brasília: Editora UnB, pág. 38.

Revista Exame, edição 956, n°. 22, pág. 179, 18.11.2009.

## Comentários: 2

**Marcelo**, em 27 de março de 2010, às 16h 14

Muito bom. Dê uma olhada no meu *blog* que fala de gestão de custos em saúde: <http://saudecomgestao.blogspot.com/>. Obrigado.

**Emu Longboard**, em 4 de dezembro de 2011, às 19h 11

Hi, this is a great post! Thanks. [Oi, este é um ótimo post! Obrigado. Nota do organizador]

7 de janeiro de 2010

## CONTROLE SOCIAL: A paridade contra a democracia

*Flávio Goulart<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Conselhos de Saúde, Controle Social, Democracia, Paridade.

A participação social em saúde no Brasil constitui um processo ainda em construção, sobre o qual uma visão crítica deveria ser não apenas acolhida, mas também promovida, ao contrário da costumeira rejeição de alguns setores que enxergam em tudo o germe da reforma. Penso que é necessário não apenas defender o SUS, mas, ao mesmo tempo, arejar o debate sobre o mesmo, questionando verdades estabelecidas, principalmente aquelas previsíveis e repetidas sem crítica. É dentro de tais pressupostos que explico algumas considerações visando ao aprofundamento conceitual e, quiçá, o aprimoramento legal do conceito de paridade na participação social em saúde no Brasil, conforme disposto na Lei nº. 8.142 (1990).

Examinando, como fizemos em trabalho anterior (Goulart, 2007), o conjunto dos conselhos de políticas sociais, dois aspectos saltam aos olhos: primeiro, que paridade não chega a ser uma constante, podendo até mesmo ser deslocada em favor do polo social, como acontece no Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CNPES); segundo, ela não é, em nenhum caso, salvo o da saúde, autorregulada.

A possível igualdade entre pares, registrada nos dicionários, é apenas apontada de forma genérica na lei nº. 8.142, na qual se fala de um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, além da representação dos usuários paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, não estabelecendo quotas para outros segmentos além dos usuários. Ressalte-se de passagem, por inusitada, definição recente do CNS no sentido de que gestores e prestadores devam dividir e se acomodar na mesma parcela de vagas, semelhante à parcela individual destinada aos trabalhadores e aos profissionais. Isso é algo sem dúvida surpreendente. Rejeição pura e simples à presença do Estado ou do governo nos conselhos? Luta ideológica que perdura sem evoluir para o estatuto de movimento social? Disputa sindical extemporânea?

[1] Médico; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Professor Titular (aposentado) da Universidade de Brasília; Consultor Autônomo em Saúde e Membro do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Quando o mesmo princípio da paridade se aplica tanto a conselhos como a conferências, uma outra contradição se instala, pois existe uma grande distância entre uma coisa e outra, o bastante para que não se aplicasse o mesmo princípio de paridade nas duas situações. Com efeito, nada mais democrático do que a paridade dos usuários frente aos demais segmentos nos conselhos, o que potencialmente pode garantir uma dinâmica de checks & balances necessários para que o Estado ou as corporações não sobrepujem a parte mais fraca, o povo. Já as conferências têm outro significado. Elas constituem grandes eventos cívicos, verdadeiras tempestades de opiniões, nos quais a presença robusta e diversificada dos segmentos sociais é, mais do que necessária, desejável. Nas conferências, a vigência da paridade acarreta simplesmente a ampliação artificial, hipertrofiada e, sobretudo, antidemocrática das bancadas de gestores, de prestadores, de trabalhadores para que sejam alcançados os 50% no lado respectivo, de forma a gerar um equilíbrio supostamente paritário de forças.

As conferências temáticas (Ciência e Tecnologia, Assistência Farmacêutica, Recursos Humanos e tantas outras) que consumiram as energias dos militantes do SUS nos últimos anos usam e abusam do princípio da paridade. Nelas, a utilização pouco crítica do tal conceito de paridade tem provocado estragos, ao se conceder que decisões técnicas e dependentes de conhecimento especializado pudessem acontecer em clima de assembleísmo e suposto poder deliberativo e, por consequência, radicalização ideológica, com inegável triunfo do achismo.

Como se vê, a paridade também pode vir a conspirar contra a democracia...

## Referências

Brasil. Lei nº. 8.142, 28/12/1990. Acesso 29/11/2009 em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

Goulart, F. Poder deliberativo, paridade, autonomia: Dilemas da participação social em saúde no Brasil. Acesso em 29/11/2009 em <http://www.idisa.org.br/site/download/DILEMASDAPARTICIPACAOSOCIAL.pdf>

## Comentários: 5

**Mário Lobato da Costa**, em 8 de janeiro de 2010, às 18h 09

Acho as questões levantadas pelo Dr. Flávio Goulart extremamente oportunas. Cabe a cada ator do processo participativo no SUS rever o seu papel e a sua atuação sem paixões, nem radicalismos, nem, muito menos, patrulhamentos. O exemplo mais clássico do que eu chamo de “proporcionalidade oportunamente

dirigida” foi observado recentemente durante o “transparente” processo de bastidores que culminou com a reeleição do presidente do CNS. Trabalhadores de saúde, com sua representação turbinada, levam a corporação e a luta sindical para dentro dos conselhos, neutralizam prestadores e gestores, cooptam os usuários através do domínio da informação, e transformam o conselho em uma ferramenta corporativo-sindical, o que se reflete até mesmo em outras instâncias de participação popular. Vide o que tem acontecido com os Fóruns “Populares” (sindicais) de Saúde.

**Flávio Goulart**, em 11 de janeiro de 2010, às 18h 54

Obrigado, Mário, por suas considerações sobre meu texto! Esse oportunismo de que você fala está, realmente, presente em toda parte. Mas, felizmente, pessoas e setores mais lúcidos começam a se mover e criticar. Com efeito, já basta de luta sindical e corporativa pura e simplória. É hora de o interesse comum entrar em cena. Vamos exercitar a crítica. Toda unanimidade é burra. A unanimidade faz mal à Saúde!

**Denilson dos Santos Manoel**, em 18 de fevereiro de 2010, à 01h 27

São louváveis suas colocações, Doutor. Porém, há de convir que a sociedade já se encontra em descrédito, pois, no papel, são mil maravilhas, enquanto que, na verdade, são vendidos gatos por lebres.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 20 de fevereiro de 2010, às 16h 06

Denilson, os avanços e retrocessos são frutos de mais ou de menos mobilização e força política. Apesar de ainda ser uma luta contra-hegemônica, a luta pela saúde no Brasil é uma luta vitoriosa e vem ganhando espaços novos. Penso que é um equívoco imaginar soluções simples ou rápidas; sem dúvida nenhuma, é um processo multideterminado. Contudo, a novidade é exatamente a participação social que, embora “desacreditada”, como você diz, em alguns momentos ou em algumas áreas, ela é o diferencial construtor de mudanças e, fundamentalmente, de efetivação de direitos e de políticas públicas. A velocidade e a intensidade dessas mudanças dependerão concretamente da disposição e da força política dos diferentes grupos e organizações que compõem esse mosaico social. Há muito que fazer. Entretanto, há muito também a comemorar pelo que já foi e está sendo feito! Precisamos ampliar o debate e a participação. Abraços. Neilton.

**José Veridiano de Oliveira**, em 31 de maio de 2010, às 15h 21

Meu amigo Dr. Flávio. Dizer que Controle Social é Antidemocrático é muito para nós entendermos. Espero que ainda não tenha tomado do vinho do Sr. FHC, que mandou esquecer tudo que ele escreveu e ainda queria dar palpite na política nacional. Olhe, um dia desses tive a audácia de colocar para alguns alunos da Faculdade de Medicina que você e vários outros mais, principalmente você, era o marco em nossa região como homem público e democrático e que fez a abertura para nos capacitar a exercer o Controle Social no SUS. Ainda disse que foi sua dedicação na Reforma Sanitária que nos possibilitou a organizar, em 1987, o primeiro Encontro Comunitário da Saúde em nosso

Município. Eu acredito que devido à falta de participação e envolvimento dos trabalhadores e dos prestadores de serviços, os Conselhos estão deixando de exercer o que chamamos de paridade. Isso está claro devido à promiscuidade entre público e privado, na qual a relação ainda não está clara e correta conforme princípios do SUS. Trabalhadores convivem e vivem nos dois lados, a gestão faz de tudo para não contrariar os serviços ditos filantrópicos e privados e, com isso, os trabalhadores têm compromissos à parte e não se posicionam em seus segmentos, mesmo sendo obrigados a conviver e desenvolver suas funções em ambiente nada promissor. Discordo quanto à paridade quando diz que não fica claro a divisão dos outros, ou seja, dos 50%, o CNS. Depois da 10ª Conferência, foi emitida a Resolução nº. 333/2003, que deixa muito clara a participação de todos os segmentos envolvidos no SUS. Acredito que a discussão e a revisão de ideias, normas e conceitos são legais e democráticos, mas dizer que o controle social é contra a Democracia é querer o retrocesso da abertura democrática do Brasil.

## PARTICIPAÇÃO SOCIAL: Exercício necessário para a efetivação do SUS

*Sônia Cristina Stefano Nicoletto<sup>1</sup>  
Eliane Cristina Lopes Brevilheri<sup>2</sup>*

A Constituição Federal de 1988 definiu uma nova forma de gestão para as políticas públicas no Brasil, indicando a descentralização, com a participação da sociedade, como um de seus princípios e diretrizes norteadoras. Regulamentando os dispositivos constitucionais que tratam da participação social na saúde, a lei nº. 8.142/90 instituiu as conferências e os conselhos de saúde como instrumentos, privilegiados, de participação da sociedade na gestão da saúde (Brasil, 1990).

A partir do ano de 1991, começam a ser criados os conselhos estaduais e municipais de saúde em todo o território nacional, já que era condição de repasse de recursos da esfera federal para os estados e municípios. Assim, mesmo sendo os Conselhos de Saúde fruto da mobilização social, em geral, “a sua implantação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde” (Stralen et. al., 2006, pág. 623). Mas essa perspectiva não pode permanecer, pois de acordo com Bravo (2006, pág. 84-100) “os conselhos foram concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos”. “A composição plural e heterogênea caracteriza os conselhos como instâncias de negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses, portanto, como campo de disputas políticas, de conceitos e processos, de significados e resultantes políticos” (R, 2006, pág. 109-122).

Alguns locais têm realizado conferências de saúde anualmente. No Paraná, até 31 de outubro de 2009, foram realizadas as conferências municipais de saúde e, nos próximos dias 18 e 19 de dezembro, será realizada a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, sendo que os conselhos constituídos a partir dessas conferências atuarão na gestão 2010/2011. O efetivo funcionamento desses conselhos, a atuação qualificada dos conselheiros, com a capacidade de exercer uma de suas principais atribuições – que é a deliberação sobre a política de saúde –, é condição essencial para o avanço na consolidação do SUS.

[1] Enfermeira SESA/PR/18ª Regional de Saúde.

[2] Assistente Social SESA/PR/18ª Regional de Saúde.



Seria oportuno investigar em que medida os cidadãos brasileiros entendem a importância de se envolver direta ou indiretamente com os conselhos de saúde e, da mesma forma, avaliar se compreendem que esse é um espaço importante de participação social.

É a participação social que possibilita a interlocução entre a sociedade e o governo e, assim, é indispensável que se rompa com a cultura de não participação, ainda presente na sociedade brasileira. É pelo caminho do exercício da participação social que construiremos o SUS já conquistado na lei, um direito sanitário.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

Bravo, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde. Revista Serviço Social e Sociedade nº. 88, ano XXVI. São Paulo, Cortez, 2006. pág. 84-100.

Raichelis, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. Revista Serviço Social e Sociedade nº. 85, ano XXVI. São Paulo, Cortez, março de 2006 pág. 109-122.

Van Stralen Cornelis Johannes, Lima Ângela Maria Dayrell de, Fonseca Sobrinho Delcio da, Saraiva Leonor do Espírito Santo, Van Stralen Terezinha Berenice de Sousa, Belisário Soraya Almeida. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciênc. saúde coletiva. 2006 Set; 11(3): 621-632. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300011&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300011&lng=pt). doi: 10.1590/S1413-81232006000300011

18 de janeiro de 2010

## A gestão do SUS e a Fundação Estatal

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Administração Pública, Fundação Estatal, Gestão Pública.

A partir de 2005, passamos a discutir o modelo da fundação estatal em razão de eu ter sido convidada para apresentar uma proposta de mudança do modelo jurídico do Grupo Hospitalar Conceição – GHC, de Porto Alegre, do Governo Federal.

A figura jurídica do GHC é o da sociedade de economia mista, em razão de o Estado, em 1973, ter desapropriado ações daquela sociedade comercial. São mais ou menos 98% de ações do Governo e 2% de pessoas privadas.

O modelo proposto, na época, para a transformação da sociedade de economia mista em outra figura jurídica, foi o da Fundação Estatal – figura jurídica pública, com regime jurídico privado, prevista no art. 37, XIX, da CF. Ainda que tal dispositivo, até o presente momento, não tenha sido regulamentado, conforme determina a CF, a fundação integra a Administração Pública indireta, desde 1967 (Decreto-Lei nº. 200), ainda que desde 1960 tal modelo já existisse na Administração Pública.

A proposta da fundação estatal, sempre presente na Administração Pública, continha algumas inovações, como a opção, em relação à lei orçamentária anual, de celebração de contrato de gestão com o ente supervisor, além de ter sido melhor definida a sua natureza jurídica de direito privado, e o direito administrativo (mínimo), a qual estaria sujeita.

Essas eram as grandes novidades do modelo proposto ao GHC no final do ano 2005, que a partir daquele momento, passou a ser estudado pelo Ministério do Planejamento em suas minúcias jurídicas e orçamentárias, culminando com a apresentação de um projeto de lei regulamentando o disposto no art. 37, XIX, da CF.

O Ministério do Planejamento criou, de maneira virtual, uma rede de discussão e de apoio ao modelo, tendo ouvido inúmeros juristas no tocante aos pontos polêmicos do modelo, tendo realizado em maio de 2007, em Brasília, uma oficina de trabalho com a participação de vários juristas.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Assim, foi editada uma cartilha sobre a fundação estatal e encaminhado Projeto de Lei ao Congresso Nacional, PL 92, de 2007.

A fundação estatal é pessoa jurídica pública, com personalidade jurídica de direito privado, a qual integra a Administração Pública, sujeitando-se aos regramentos constitucionais impostos aos entes públicos com regime de direito privado (art. 37 e outros da CF), como: licitação, concurso público, controle interno e externo, acumulação de cargos, improbidade administrativa, dentre outros.

Seu regime de pessoal é o da CLT, não se sujeitando ao regime jurídico único nem à contabilidade pública.

O campo de atuação da fundação estatal é todo aquele que não detenha poder de autoridade própria do Poder Público e não seja considerada atividade econômica ou comercial.

A fundação estatal depende de autorização legislativa para sua criação e somente adquire personalidade jurídica depois de seus atos constitutivos terem sido registrados no cartório competente.

No tocante ao orçamento público, sua vinculação se dá mediante contrato de gestão com o ente supervisor. No caso da saúde, seria com o Ministério da Saúde ou secretarias da saúde do ente federativo instituidor.

Por não integrar o orçamento público e firmar contrato com o ente supervisor, a sua gestão passa a ser por metas de desempenho, vinculando o resultado final previsto no contrato à manutenção do seu dirigente na função, criando-se um verdadeiro sentido de responsabilização com as metas a serem alcançadas, profissionalizando, assim, a gestão pública, estabelecendo compromissos entre o gestor e a efetividade do direito social que a fundação está a gerir, como o direito à saúde.

Desse modo, a fundação estatal pode contribuir para a melhoria da gestão e a garantia da efetividade do direito à saúde.

### **Comentários: 3**

**Sílvio Sandro Cornélio**, em 22 de janeiro de 2010, às 17h02

Já está evidente e bastante perceptível não só para o Brasil, mas para outros países, que o SUS é um modelo de bastante abrangência e ideal para a nossa realidade. Os resultados mudam, quando observamos sua gestão administrativa: uma constante briga entre as esferas municipais, estaduais e o governo federal. De um lado os “sabichões” que não investem em Atenção Básica e lotam suas cidades com ambulâncias para remover seus doentes; do outro, sistemas bem implantados, que teoricamente poderiam atender de forma satisfatória ao usuário, mas abarrotados de doentes vindos de cidades vizinhas. Somado a isso, o caos político da fogueira de vaidades que envolve

a discussão do tema. O SUS é um sistema ideal para o país, sim. Falta, no entanto, uma melhor harmonização de suas diretrizes em todas as esferas políticas. Assim, cada segmento será responsável por seus cidadãos.

**Paulo Augusto Monteclaro Cesar**, em 15 de fevereiro de 2010, às 11h 45

No momento em que estamos, o gestor municipal não tem um grande leque de opções para administrar a saúde, pois depara com um Ministério da Saúde que está impondo uma expansão nos serviços de Atenção Básica (Programa Saúde da Família), de forma que este modelo assistencial requer um grande contingente de Recursos Humanos, e este gestor está amarrado à Lei de Responsabilidade Fiscal, que não o deixa ultrapassar 60% com pessoal. Se partirmos do princípio que temos uma herança neoliberal e que, com certeza, nosso Congresso não mudará a Lei de Responsabilidade Fiscal para uma Lei de Responsabilidade Social, nada melhor que os gestores procurem novas formas administrativas em que a Fundação Estatal passa a ser uma das opções. Paulo Augusto Monteclaro Cesar – Médico de Saúde Pública

**Lenir Santos**, em 7 de fevereiro de 2011, às 12h 42

A Administração Pública brasileira precisa, de fato, ser mais coerente com os serviços da área social e dotá-los não apenas dos recursos suficientes, como também de aparatos e meios administrativos que permitam que os direitos garantidos sejam efetivos.

21 de janeiro de 2010

## **DIREITO SANITÁRIO: Para além da judicialização da saúde, um campo novo de conhecimento, uma nova articulação política e plural pela cidadania**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Cidadania, Direito Sanitário, Judicialização da Saúde, Mobilização Política, REDE DS.

A primeira ideia que vem à mente sobre a expressão “Direito Sanitário”, para a maioria das pessoas, é a do estudo e desenvolvimento de um novo ramo do direito e que, com a crescente judicialização da saúde, passa a ter uma maior visibilidade. Por isso mesmo, existe o risco de alguns aliarem o “Direito Sanitário” à “judicialização da saúde”, o que seria, em parte, natural, porém não adequado, já que o sentido usual que o Direito Sanitário precisa ser trabalhado deve ser numa concepção e compreensão muito mais amplas.

Além de bastante conhecida, a frase “saúde é direito de todos e dever do Estado” tem sido muito repetida por diversos e diferentes sujeitos institucionais e sociais, nas mais diferentes circunstâncias. Entretanto, é muito comum o desconhecimento do seu complemento: “... 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”, conforme explicita o art. 196 da CF (1988). Se por um lado, a busca da universalidade, da integralidade e da abrangência da saúde como qualidade de vida representa um grande desafio, a defesa da saúde enquanto um ‘direito de cidadania’ tem constituído uma enorme dificuldade e, conseqüentemente, nossa maior urgência.

Nessa direção, gradativamente, a população vem ampliando sua disposição de lutar pela saúde como um direito e tem buscado, inclusive, meios judiciais para sua concretização, conferindo, assim, um sentido ao termo “judicialização da saúde”. Como decorrência, o termo “Direito Sanitário” (DS) tem sido utilizado bastante ligado à judicialização da saúde, o que certamente configura um grande equívoco, já que o termo “Direito Sanitário” está muito mais ligado à busca (em todos os campos) da efetivação do direito à saúde, do que às medidas judiciais (também possíveis, e às vezes necessárias) para o atendimento desse direito.

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

Algumas instituições e mesmo universidades, há tempos, vêm trabalhando o tema Direito Sanitário, com a realização de seminários e cursos de especialização, ora com enfoque maior na dimensão sanitária, ora na dimensão jurídica do termo e, outras vezes, com ênfase mais na dimensão política, de modo que, em todos os casos, isso está contribuindo para a formulação e compreensão do Direito Sanitário como um campo novo de conhecimento.

É neste contexto que se insere o esforço de múltiplos atores para construir um movimento amplo, plural, e em rede, para dinamizar e politizar o tema “Direito Sanitário”, numa efetiva mobilização em defesa da saúde como direito de cidadania, e do SUS como expressão do atendimento desse direito. Nesse processo participativo, o debate e já uma significativa movimentação em torno da construção da “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania (REDE DS)” estão promovendo maior motivação de mais pessoas e instituições interessadas no tema, o que pode fortalecer a luta pela efetivação e desenvolvimento do SUS, conforme previsto nos preceitos constitucionais.

Naturalmente, um movimento plural e dinâmico comporta inúmeros focos e dimensões de debate, de estudos e de proposições, contudo – sem prejuízo da discussão sobre qualquer assunto relativo ao DS (inclusive à judicialização) –, cinco temas estão sendo priorizados nessa articulação e na consolidação de REDE DS: 1- Defesa do Direito à Saúde; 2- Fortalecimento do SUS; 3- Cidadania; 4- Produção e Difusão de Conhecimentos em DS; e 5- Mobilização Política e Social.

### **Comentários: 16**

**Reinaldo**, em 11 de fevereiro de 2010, às 10h 24

Olá Dr. Sou Reinaldo, estudante de Direito e fiscal sanitário. Devo relatar que as universidades (São Paulo) não tratam a questão do Direito Sanitário; muitos dos alunos que estudam comigo não sabem o que é Direito Sanitário ou Código Sanitário. O que o Sr. acha dessa triste realidade? O que o Sr. acha que falta para que as universidades tomem ciência da importância deste ramo importante da saúde? Obrigado.

**Denilson dos Santos Manoel**, em 18 de fevereiro, à 01h 06

Já era tempo de discutir judicialização sanitária no contexto.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 20 de fevereiro de 2010, às 12h 39

Reinaldo e Denilson. Aproveito seus comentários para uma resposta mais ampliada e, espero, também motivadora para vocês e outros interessados em DS. Como você, Reinaldo, muitos outros estudantes têm se interessado pelo tema do Direito Sanitário que, de certo modo, ainda é muito novo e pouco

conhecido. Nós, animadores do movimento da “REDE DS”, estamos muito satisfeitos com a repercussão e ampliação desse debate. Estamos seguros de que, à medida que vamos divulgando e dando mais visibilidade ao assunto, vamos também aprofundando a compreensão e a mobilização em torno de um aprofundamento maior do tema, tanto do ponto de vista teórico, quanto do ponto de vista estruturante e organizacional do Direito Sanitário. É oportuno informar que são diversas as instituições que estão integradas e se integrando à REDE DS e diversas Universidades no Brasil vêm se interessando e se envolvendo mais com o DS. Em São Paulo, especificamente, duas experiências têm sido muito importantes e de grande contribuição para o desenvolvimento do Direito Sanitário e, também, da REDE DS. É o caso do CEPEDISA-Centro de Estudos e Pesquisa em Direito Sanitário (USP), que há muitos anos vem trabalhando o tema, inclusive tem um curso de especialização em DS, tal como o IDISA-Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Unicamp) que, também, tem um curso de especialização em DS e tem sido um grande articulador desse debate e um importante colaborador na construção da nossa REDE DS. A tendência é o surgimento de outros cursos e de mais mobilização, a exemplo do que já ocorre em outros países: estive recentemente participando de um Seminário Internacional de Direito Sanitário, na Itália, e lá eles já têm Mestrados e Doutorados em DS. Muitos estudantes ligados ao CEBES-Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, também estão aprofundando essa discussão e um maior engajamento nesse movimento. Como o Denilson destacou, já era tempo de todos nós batalharmos essa questão, e o momento atual é propício para uma maior difusão do DS. Sejam bem vindos a este debate.

**Heliane Rodrigues Povia Lemes**, em 23 de março de 2010, às 16h 18

Neilton, o STF, como guardião da Constituição Federal, acertadamente promoveu audiências públicas ampliando a compreensão da atuação do SUS. Acredito que sua participação contribuiu sobremaneira para a Decisão de 17/03, quando aquela Corte Suprema reconheceu o direito de o cidadão obter o custeio por parte do Estado para tratamento de alto custo. Esperemos que julgados como esses possam ter reconhecimento de repercussão geral ou que surja súmula vinculante evitando maiores demandas judiciais. É o crescimento do debate que dará conhecimento do verdadeiro Direito Sanitário para a conquista da saúde como direito de cidadania. Parabéns pela sua luta pelo desenvolvimento da REDE DS.

**Cynthia Carvalho de Andrade**, em 29 de março de 2010, às 20h 48

Boa tarde! Tenho me interessado muito no tema, inclusive busquei cursos de especialização, porém não encontrei nada disponível para este ano (2010).

Alguém teria uma sugestão de curso? Aproveitando o *e-mail*, gostaria de indagar se dentre os estudos de Direito Sanitário é abordado também o crescente domínio da iniciativa privada no setor de Saúde, consubstanciado na transferência pelo próprio Estado dos deveres que originalmente seriam de sua competência.



**Neilton Araujo de Oliveira**, em 6 de abril de 2010, às 23h 13

Heliane e Cinthia. Muito bem colocada a observação da Heliane sobre a decisão, já esperada, do STF. Não podemos abrir mão do canal judicial para buscar e exigir o atendimento do direito à saúde, nem de qualquer outro direito de cidadania, mas devemos cuidar para evitar o risco de judicializar tudo (lembrar que a justiça, que também é um direito de todos, lamentavelmente ainda não está ao alcance de todos). Então, precisamos articular muito mais forças para fazer acontecer, na prática regular, a saúde de qualidade e resolutive como uma política pública de fácil e universal acesso. Mesmo isso estando ainda distante, estamos avançando permanentemente e a REDE DS quer ser, cada vez mais, esse espaço plural de participação, de apoio e de defesa do SUS. O seu interesse, Cinthia, como de muito outros, em buscar mais conhecimentos no campo de Direito Sanitário, encontra mesmo bastantes dificuldades, pois ainda são raras as oportunidades. A Fiocruz Brasília, o IDISA (Unicamp-SP), o CEPEDISA (USP-SP) e a Escola de Saúde Pública do Estado/RS são exemplos dos poucos cursos de especialização em Direito Sanitário no país, mas algumas Universidades vêm se interessando mais sobre o tema, e devemos em breve ter mais oportunidades nesse campo. Recentemente participei de um Seminário Internacional de Direito Sanitário na Itália, onde há mestrados e doutorados em DS, e estamos ampliando o intercâmbio com estes e outros centros internacionais, como forma de aumentar a produção e a difusão de novos conhecimentos em DS. Até mais!

**Maristela**, em 1º de maio de 2010, às 21h 33

Boa Noite Dr. Sou fiscal sanitário e, depois de muitos anos de serviço, me disseram que autos de infração só podem ser lavrados com relação a documentos lavrados sobre uso de Leis, que não se pode lavar sobre termo de intimação lavrados com base em Decretos, Resoluções e outras normas. Ficarei muito agradecida se puder tirar esta dúvida, pois, até onde sei, um Decreto, por exemplo, regulamenta uma Lei. Então, por que, na verdade, ele não teria validade? Se for realmente assim, quando um fiscal lava um auto de intimação usando qualquer norma que não seja Lei, não poderá, se for preciso, lavar um auto de infração.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 4 de maio de 2010, às 20h 09

Olá Maristela. De fato, esse tema do Direito Sanitário é absolutamente abrangente e muito dinâmico e, por isso mesmo, foi muito oportuna a criação do *blog* da “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania” que, a cada dia, torna-se mais importante como instrumento de interlocução e ampliação desse debate. Sua dúvida é bastante simples de ser esclarecida: o fundamento inicial é, sempre, LEGAL (a LEI), e qualquer ato de infração pode ser lavrado sobre Portaria, Norma, Decreto etc, DESDE QUE ESTES SEJAM CONSEQUENTES E REGULAMENTADORES DE UMA LEI. Em alguns casos, a própria LEI é autoaplicável; há outros casos, porém, em que a LEI foi regulamentada por um ou mais desses instrumentos normativos. Aproveito para referir-me especificamente à ANVISA e ao SNVS-Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que não podem e não LEGISLAM, somente REGULAMENTAM ou NORMALIZAM e APLICAM o que a LEI estabelece. Seja bem vinda à nossa REDE DS.

**Maria Aparecida de Sousa**, em 23 de julho de 2010, às 17h 09

Gostaria de receber artigos sobre Direito Sanitário, iniciei estudos neste setor. Obrigada.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 29 de julho de 2010, às 18h 18

Olá Maria Aparecida. Seja bem vinda ao debate e desenvolvimento de um amplo e novo campo de conhecimento, o Direito Sanitário. Para começar, sugiro entrar na página do STF e buscar “audiência pública sobre saúde” onde há dezenas de textos que foram produzidos e/ou publicados por ocasião daquele evento. Pode ainda fazer buscas em outras páginas na internet, e se você nos enviar um endereço eletrônico, poderemos contribuir, também, com seu objetivo. Um abraço. Neilton.

**Charles Vinícius Moreira Costa**, em 28 de agosto de 2010 às 00h 31

Distinto Advogado. O fiscal sanitário deve fixar o valor da multa no Auto de Infração sob pena de cerceamento do direito de defesa do infrator? Pode ocorrer supressão de instância nesse caso, pois o debate acerca do quantum poderá ocorrer somente em sede recursal (2ª instância)? Deve ser evitada a colocação genérica: “(...) ficando a ora atuada sujeita às seguintes penas: advertência, apreensão e inutilização, cassação de licença, interdição e/ou multa (sem fixar o valor desta)”?

Diante de um produto impróprio para o consumo (Art. 18 §6º e incisos do CDC), o procedimento a ser realizado pelo fiscal não seria apreensão e inutilização ao invés de interdição, como é facilmente encontrado em algumas leis sanitárias estaduais? Por qual motivo se interditará um produto para o qual a própria lei já o tem por impróprio para o consumo? Somando-se a isso, temos o caráter temporário da interdição? Por que interditar?

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 17 de setembro de 2010, às 10h 46

Oi Charles. Desculpe a demora em responder o seu comentário: estava fora e agora gostaria de fazer três observações: Primeira, remeti seus questionamentos à ouvidoria e procuradoria da ANVISA para (pelo e-mail que você nos enviou) lhe responderem mais consistentemente. Segunda, quaisquer outras questões específicas de Vigilância Sanitária que você considerar oportunas, pode acessar o site da ANVISA e enviar à Ouvidoria que a mesma dará o encaminhamento adequado e posterior resposta. Terceira, neste momento, a ANVISA, DPDC e INMETRO participam de um esforço, junto com OEA e OPAS, para a construção de uma “Rede Consumo Seguro e Saúde nas Américas (RCSS)” que, entre outras articulações, constituirá um Portal de Alertas Rápidos sobre consumo inseguro de produtos. Isso possibilitará uma informação ágil e concentrada para consumidores e permitirá uma articulação coordenada e rápida de Autoridades Sanitárias e de Defesa do Consumidor nos países americanos.

**Vanja**, em 1º de outubro de 2010, às 14h 04

Sou farmacêutica e professora de Higiene Social e gostaria de saber o que tem sido pensado em termos de limites ao papel do Estado na saúde. O SUS

é um sistema inovador e relativamente novo quando nos referimos ao tempo necessário para que uma nova cultura seja implantada em uma sociedade. Entretanto, o que temos presenciado são dois mundos distintos: o ideal (Saúde direito de todos, dever do Estado) e o real (Lei de Responsabilidade fiscal, de Licitação, mídia, arrecadação, questões políticas locais, a população ainda tem o modelo curativo muito arraigado em sua concepção, querem médico e medicamento, conselheiros de saúde querendo se projetar para serem candidatos a vereador nas próximas eleições ou mesmo entram nos conselhos para fazerem oposição política, funcionários boicotando seus serviços, burocracia, agressividade da população para com os servidores da saúde, sendo muitas vezes instigados pela mídia, etc.). Quando vamos para o mundo real, enxergamos um quadro no qual os gestores estão cada vez mais engessados, o judiciário aplicando multas altíssimas e irreais para o gestor (pessoa física) sem levar em consideração que a responsabilidade é difusa; ou seja, hostilidade em todos os sentidos. Como o joio não tem sido separado do trigo, é como se todos os gestores fossem corruptos e incompetentes. Aí, eu pergunto: Qual será o perfil dos gestores do futuro? Será que vamos encontrar alguém de “bom senso” que vai ter coragem de encarar ser gestor de saúde? Será que o SUS vai ter que fornecer também alimento balanceado para todos? Qual o limite do papel do Estado na saúde? O princípio constitucional da razoabilidade não deve ser aplicado quando o Judiciário avalia a atuação de um gestor?

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 6 de outubro de 2010, às 11h 40

Oi Vanja. Você levanta um conjunto de questões, todas oportunas e adequadas para esse debate que temos animado em torno do Direito à Saúde e do Processo de Construção do SUS. Veja os demais posts do nosso blog em que foram destacados e discutidos alguns dos temas e perguntas que você coloca aqui no seu comentário, pelo qual agradeço sinceramente. Se por um lado constatamos e concluímos e o SUS é um projeto vitorioso e progressivamente implementado com conquistas inegáveis para a saúde e a cidadania, por outro lado precisamos lembrar todos os dias que há uma caminhada extensa ainda a ser feita. Os japoneses dizem que “numa jornada de 100 jardas, 99 é apenas a metade” (!), e me vem agora à lembrança que para se concretizar uma proposta, um projeto, primeiro é preciso legitimá-lo no discurso (e isso fizemos na luta do Movimento da Reforma Sanitária, na histórica Conferência Nacional de Saúde de 1986, na Constituinte de 1988, etc.; depois, é preciso legitimá-lo juridicamente, e isso fizemos na CF/88 (leia no art. 196 o complemento da sua frase “saúde é um direito de todos e dever do Estado”), nas leis nº. 8080 e 8142, ambas de 1990, nas portarias e outras normas; e depois, legitimá-lo na prática, na vida real (para aproveitar a referência de seu comentário), e isso ainda estamos fazendo, com sucessos e percalços, e precisamos arregimentar mais forças, mais espaços, mais pessoas e mais legislação, mais visibilidade, etc., lembrando que este caminho é longo mesmo, mas é bonito e gratificante. Estamos fazendo história e animando outras pessoas, outras regiões e outros países! Um abraço.

**Thiago**, em 21 de janeiro de 2011, às 10h 09

Gostaria de saber se o órgão de vigilância sanitária é obrigado a lavar auto

de infração quando verificar alguma irregularidade? Pergunto isso, pois o universo de ilicitudes é muito grande, e não vejo ser possível, mesmo que uma Agência de grande porte, a ANVISA dar conta de toda a demanda no prazo de 5 anos, que é o prazo prescricional. É feito o trabalho de priorizar atuações para que se dê conta de fazer tudo? O que não for possível fazer é arquivado?

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 21 de janeiro de 2011, às 13h 28

Olá Thiago. Veja que o campo do Direito Sanitário é mesmo muito extenso e complexo, comportando uma amplitude muito grande de temas, embora seja um campo, ainda e relativamente, bastante novo de conhecimento. Sobre suas perguntas específicas da Vigilância Sanitária, mereceria uma discussão aprofundada, na medida em que a dimensão da ‘proteção’ da saúde (incluindo aí a Vigilância Sanitária – VISA), fundamental na qualidade de vida das pessoas, é ainda pouco considerada. A ANVISA é responsável por um conjunto de ações de vigilância, regulação e controle sanitários, e tem também a função de Coordenação do SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária –, cabendo aos estados, DF e municípios uma gama muito ampla de competências e ações, nos seus respectivos âmbitos de atuação. O grande objetivo do SNVS é prever, reduzir e controlar riscos sanitários e, em muitos casos, se coloca a necessidade de multas e outras penalizações aos responsáveis por infrações e/ou ilicitudes. Todavia, muito importante é o grande esforço que deve ser permanentemente realizado no sentido de informar, esclarecer e mobilizar a sociedade para, EMPODERADA, atuar positivamente no alcance de melhor e mais qualidade de vida para todos. Além de mais informações na Vigilância Sanitária do seu município e estado, você pode obter muitos esclarecimentos no site da ANVISA ([www.ANVISA.gov.br](http://www.ANVISA.gov.br)) e também pode acessar a própria ouvidoria da ANVISA.

4 de fevereiro de 2010

## A gestão interfederativa do SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Fundação Estatal, Gestão Pública, Saúde da Família.

Desde os anos 90 que a saúde da família constitui uma inovação no nosso país, tendo um importante papel na Atenção Primária. Todos os municípios brasileiros mantêm esse sistema comunitário de atenção à saúde.

Contudo, sendo o Brasil um país continental – com quase 200 milhões de habitantes e 5.564 municípios dos mais variados portes social-demográfico e cultural, com 70% dos municípios com menos de 10 mil habitantes –, a implantação e consolidação da saúde da família vem esbarrando em uma série de dificuldades na sua gestão, dentre elas, a da fixação de médicos no território municipal.

Exatamente em razão de a maioria dos municípios brasileiros serem de pequeno porte, a manutenção de médicos e outros profissionais de nível superior tem sido uma barreira para a consolidação da saúde da família no SUS.

Uma série de dificuldades aparece dia a dia na gestão pública municipal, como: concursos desertos; frequentes pedidos de demissão; salários incompatíveis com o teto salarial do prefeito; limite de pessoal imposto pela lei de responsabilidade fiscal; não estabelecimento de vínculo do médico com o paciente, em razão da alta mobilidade dos profissionais de saúde; falta de capacitação de pessoal da equipe de saúde da família em decorrência dessa mobilidade, e muitos outros problemas.

Isso tudo tem levado os gestores da saúde a refletirem sobre esse tema, tendo sido aventada pelo Secretário da Saúde da Bahia, em 2007, a criação de uma fundação estadual para gerir a saúde da família nos municípios. Contudo, isso acabou não sendo viável no âmbito da Administração Pública baiana. Assim, propus ao Secretário a criação de uma fundação intermunicipal, o que parecia um grande desafio. Desafio aceito, a Secretaria da Saúde do Estado passou a realizar um amplo trabalho de convencimento dos prefeitos, com 69 municípios sendo hoje os instituidores da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF, nascida em 2009.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Concebido o projeto do ponto de vista jurídico, foi necessário resolver alguns impasses jurídicos, como a questão da vinculação da fundação a diversos entes federativos (por ser a mesma criada por uma multiplicidade de entes, e não apenas por um). Esse ponto parecia, em princípio, inviabilizar o projeto, quando inseri nos projetos de leis o conselho interfederativo, composto pelos entes instituidores, ao qual a fundação ficaria vinculada para efeito de supervisão, de acordo com o Decreto-Lei nº. 200, de 1967. A sede escolhida foi Salvador e a forma de transferências de recursos financeiros, o contrato de gestão.

A lei instituidora prevê, ainda, a hipótese de outros municípios não instituidores poderem aderir aos programas da fundação, mediante contrato. A fundação conta hoje com a adesão de mais de cem municípios.

A Fundação, como um ente do conjunto dos municípios instituidores, tem a finalidade de fazer a gestão compartilhada com os municípios, da saúde da família no Estado: de um lado a fundação, contratando e gerindo o pessoal sob o ponto de vista administrativo; de outro, o município, gerindo sua equipe do ponto de vista técnico: soma de esforços para um fim único. Isso fez surgir a possibilidade de criação de um plano de carreira, emprego e salários para o trabalhador da saúde da família, o qual lhe permita mobilidade dentro de critérios e limites compatíveis com as finalidades da Atenção Primária.

Além do mais, será possível criar um sistema de escala de compras de insumos para a saúde da família, derrubando preço de produtos e promovendo economia processual. No SUS, é preciso inovar, sem desbordar da legalidade. E isso, muitas vezes, é possível. Basta coragem.



12 de fevereiro de 2010

## A INTEGRALIDADE DA SAÚDE E O DIREITO SANITÁRIO NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO: Desafios e possibilidades

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Direito Sanitário, Integralidade da Saúde, Município.

A luta pela saúde, na concepção de saúde integral, de qualidade de vida e de direito de cidadania, alcançou importante vitória com a promulgação da CF/1988 e a edição das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90), definindo como representação do conceito dessa integralidade “ações de Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde”. Ao mesmo tempo, o texto constitucional explicitou com muita ênfase 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...” (CF/88, art. 196). Na Lei nº. 8.080/90, registra-se que a Vigilância Sanitária é componente da proteção à saúde (Costa, 1999) e, portanto, parte estratégica do SUS – Sistema Único de Saúde – que, por sua vez, é a expressão do atendimento desse direito à saúde.

No processo de construção e desenvolvimento do SUS, a maior política de inclusão social no mundo contemporâneo, a crescente descentralização de ações e serviços de saúde colocou para o município uma série de responsabilidades e tarefas. Muitas vezes tarefas muito maiores do que os recursos transferidos para sua consecução, gerando – como consequência ao desafio de fazer melhor – grandes dificuldades, por não ter as condições financeiras e de recursos humanos necessárias para isso.

Em relação a esse desafio, é importante destacar que é no município que as coisas acontecem: é aí que as pessoas vivem, trabalham, estudam, divertem-se e, também, adoecem e morrem. Portanto, para buscar o atendimento do direito à saúde, no nível local, é fundamental que aí se construa a integralidade da atenção à saúde, numa maior articulação com os demais setores da administração local e em parcerias com outras esferas de governo, porém, mais do que tudo, numa cumplicidade positiva com a população.

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

Por se tratar de uma situação-problema complexa, a solução também deverá ser complexa (Hartz, 2002) e pode ser representada pelo desafio-síntese de melhorar e qualificar o processo da gestão pública; aperfeiçoar mecanismos de vigilância, regulação e controle dos riscos e agravos à saúde; implementar ações assistenciais resolutivas; e, especialmente, efetivar e fortalecer a participação social. A condição para isso é agir com visibilidade e coragem inovadora na gestão, principalmente muita disposição do gestor para promover participação coletiva, sobretudo construir propriedade coletiva de ações e de resultados (Oliveira et al, 1999).

Outra condição e, igualmente importante desafio, é buscar e promover intercâmbio/cooperação de experiências inovadoras exitosas, dentre os diversos interesses que atravessam a produção da saúde, se apropriando de uma infinidade de bons exemplos – espalhados por todos os cantos do Brasil – difundindo os próprios exemplos, com vistas a inspirar outros locais, outras e mais pessoas e instituições.

Neste espaço do *blog* da “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania” podemos e queremos incentivar isso, na convicção de que a SAÚDE, além de ser nosso maior bem, é condição indispensável para o processo de desenvolvimento de qualquer região, e o direito à ela é fruto de conhecimento, de mobilização e participação.

## Referências

Brasil. Constituição Federal 1988. Acesso em 25/10/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

Brasil. Lei nº. 8.080, 19/09/1990. Acesso 25/10/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Brasil. Lei nº. 8.142, 28/12/1990. Acesso 25/10/2009 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

Costa E A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo, Hucitec/Sobravime, 1999.

Hartz ZM. Conferência-aula de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, ISC-Instituto de Saúde Coletiva/MS-Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

Oliveira NA, Oliveira AN, Gonçalves IS. A Construção do SUS em Palmas – Desafios e Conquistas. Saúde & Cidade, v. único, pág. 52 - 68, 1999

## **Comentários: 10**

**Denilson dos Santos Manoel**, em 18 de fevereiro de 2010, às 00h 57

É fantástica a legislação sanitária, mas é preciso espaço para aplicá-la corretamente, e o que vejo hoje é muito blá blá blá e pouca ação por parte de nós mesmos. É necessário rever nossos conceitos; de outro lado, vejo que estamos mergulhados em um oceano de legislação, onde apenas meia gota dele vem sendo cumprido. Enquanto a Vigilância estiver atrelada ao poder público local, sem autonomia, é notório que nunca irão se cumprir as normas. Afinal, é Brasil, cheio de normas e de pouca ação. Criar lei no Brasil é como escrever carta. E depois, é só ler e mais nada. Graças pela existência do MP.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 20 de fevereiro de 2010, às 13h 15

Denilson. Obrigado pelo seu oportuno e denso comentário. O nosso propósito é esse mesmo: gerar e ampliar a discussão sobre esta fantástica política pública que é a Saúde, o SUS e o Direito de Cidadania. A professora e doutora Zulmira Hartz me disse uma vez que “Para toda questão complexa, a solução também será complexa!”. Isso sugere uma pequena reflexão: A saúde é uma questão complexa por vários motivos, especialmente por ser, ao mesmo tempo, um DIREITO e uma MERCADORIA. Dimensões e naturezas tão distintas exigirão respostas muito diversas! E é muito recente no Brasil a concepção de cidadania e de direitos. A saúde como DIREITO DE CIDADANIA e o SUS nasceram com a CF/1988, tal como o MP - Ministério Público (referido por você). As leis orgânicas da saúde, nº. 8080 e nº. 8142, são respectivamente de setembro e de dezembro de 1990; a lei nº. 8078 de Proteção e Defesa do Consumidor também é muito nova (setembro de 1990). Portanto, nosso arcabouço jurídico é multirrecente e, apesar de contar com uma já boa legislação (também apropriadamente referida em seu comentário), a luta pela sua efetivação será muito longa, ampla e complexa! No entanto, é preciso reconhecer e defender os múltiplos e crescentes avanços que vêm sendo conquistados. Alguns outros, porém, só serão possíveis com muito mais mobilização e participação social. A REDE DS pretende ser um espaço e uma contribuição para isso. Creio que cada vez mais estamos aumentando o nosso conhecimento sobre tudo isso e, aos poucos, vamos sendo mais numerosos. Um abraço.

**Denilson dos Santos Manoel**, em 21 de março de 2010, à 01h 32

Neilton, fico grato pela sua manifestação oportuna. Às vezes, a gente fica um pouco apressado mesmo, ao ver que as coisas deveriam ter mais celeridade do que vêm tendo, e que chegamos até mesmo chutar o prato. Concordo plenamente com você, mas é necessário que fiquemos de olhos bem abertos em relação a isso. A aplicação das normas sanitárias no meio social, especificamente as que oferecem prerrogativas aos usuários, não vem sendo cumprida naturalmente, e isso é fato. E contra fatos, dispensam-se argumentos.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 6 de abril de 2010, às 22h 47

OK, Denilson, é isso mesmo! Veja que apesar de termos conquistado nas

normas/leis, a questão dos direitos sociais ainda é uma luta contra-hegemônica e, até a própria questão da cidadania ou da saúde, como você bem observou, carecem de vigilância e persistência na sua defesa! Por isso mesmo, mais uma vez, se colocam como questões estratégicas o debate e a mobilização política em torno do Direito Sanitário. O papel do nosso *blog* passa também por aí! Até mais.

**Waldemar Azevedo**, em 19 de maio de 2010, às 15h 09

O Estado brasileiro tem uma lógica patrimonialista hegemônica ainda muito forte, e nossos sentimentos republicanos, apesar de a Constituição ter 21 anos, são muito poucos cultivados, inclusive nas ações de proteção da saúde, em particular da Vigilância Sanitária, que em função da omissão e cumplicidade do Estado, em alguns momentos somos “vingança sanitária”, desconhecemos o princípio da presunção da inocência e da privacidade, não reconhecemos as tecnologias sociais como possíveis instrumentos de qualificação e segurança de produtos e serviços. Isso é visto no fato de não haver regulamentos para os empreendimentos familiares, inclusive desconheço contribuições para Lei Geral das Microempresas.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 28 de maio de 2010, às 12h 07

Olá Waldemar. Muito adequada sua observação e o foco da microempresa e dos empreendimentos familiares, ambos importantes bases de sustentação do desenvolvimento nacional. Mas como você mesmo disse, são só pouco mais de 20 anos de redemocratização e construção democrática, contudo, já estamos conseguindo avançar mais celeremente em alguns campos. Estamos muito pouco articulados e, mais sério ainda, a luta por direitos e políticas sociais é fortemente contra-hegemônica... ainda! O que nos anima é que, a cada dia, mais espaços de debate e ação estão sendo efetivados. Neste ano, em especial, precisamos aproveitar a campanha eleitoral para qualificar o debate político em torno das prioridades socioambientais e, assim, aumentar o apoio para as políticas públicas adequadas, em andamento, e para as necessárias reformas que ainda estão por ser enfrentadas. Bem vindo ao debate!

**José Carlos**, em 6 de junho de 2010, às 09h 40

Toda construção é sempre carregada de peculiaridades. A construção do SUS não é diferente. Temos a felicidade de contar com um modelo que deixa muitos de queixo caído. Entretanto, não raro, ouvimos muitas críticas com relação ao atendimento, ao acesso, às normas, à estrutura e aos profissionais. Percebo que já avançamos, mas certamente falta muito. O Direito Sanitário desenvolve um importante papel nesta construção. Estou participando (mestrado) de uma construção de Saber que incorpora o desenvolvimento local, a partir da realidade vivida, considerando as especificidades de cada território, a partir de soluções pensadas coletivamente e valorizando todos os recursos disponíveis (capital social). Legislar é importante, mas fundamental é a participação de todos no processo de construção, com consciência crítica, de modo organizado e integrando sociedade e Estado. Avançamos, mas

precisamos caminhar muito até que o acesso, realmente, seja universal, e os direitos fundamentais uma realidade em nosso país.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 11 de junho de 2010, às 11h 29

José Carlos. De fato, esse é o nosso grande desafio. Você foi ao cerne da questão, destacando o acerto e a grandeza da proposta (o SUS), mas reconhecendo suas limitações e maiores desafios imediatos. Tentando enfrentar isso, estamos defendendo e propondo aproveitarmos o ambiente de eleições, neste ano, e mobilizar parceiros com o intuito de promover um debate entre candidatos a presidente (e mesmo, nos estados, com candidatos a governador) para ampliar o compromisso deles com as necessárias mudanças e reforços para assegurar facilidade de acesso e resolutividade. E, como você diz, a participação da sociedade é fundamental para isso. Um bom espaço para ampliar essa discussão é a universidade, especialmente a pós-graduação, que tem muito a acrescentar.

**Vladimir Cardoso Netto**, em 20 de outubro de 2010, às 08h 19

Neilton. Primeiramente, parabéns pela abordagem concisa e abrangente. Insisto na Educação e (em, sobre, para...) Saúde como ação permanente sobre servidores e usuários, e na necessária intersetorialização, para que o binômio Educação-Saúde tenha o sentido que a Constituição considera, e evolua polinomialmente para Educação-Saúde-Ação Social-Meio Ambiente-Cultura-Desenvolvimento Sustentável, traduzido por Cidadania. O “Marketing” – sob a ótica da técnica de superar objeções – é uma ferramenta que nós acadêmicos precisamos utilizar constantemente para promover o SUS, seus fundamentos e história e a sua operacionalização. O Produto, o SUS, é fantástico e deve ser claramente definido para todos sobre “o que é”, “para que serve” e “como se usa”. Bem didático! Bem Escola! Portanto, o local apropriado para centrar a ação.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 16 de agosto de 2011, às 16h 23

Vladimir. Além de concordar plenamente com você, quero ressaltar a importância e oportunidade do que você nos chama a atenção: o binômio Educação-Saúde, ou Saúde-Educação e a extensão conceitual na linha da intersetorialidade, mas com um sentido também forte e estratégico de mobilização política e social. Obrigado pelo comentário, e fica aqui renovado o convite para você preparar um texto maior sobre isso e nos enviar.

23 de fevereiro de 2010

## A gestão hospitalar e o contrato de autonomia

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Gestão Hospitalar.

Nos últimos anos, a Administração Pública vem abrindo espaço para atuações administrativas instrumentalizadas por técnicas contratuais decorrentes de consenso, acordo, cooperação e parcerias, firmados entre a Administração e particulares ou entre órgãos públicos e entidades estatais (Medauar/2005). Tanto que o contrato de gestão, que surgiu nos anos 90 – Decreto n.º 137/91 –, tem sido amplamente utilizado no âmbito da Administração Pública nas relações que mantém com as agências reguladoras e com as empresas estatais.

Entretanto, o contrato de gestão tem sido um instrumento muito mais de controle das entidades e fixação de responsabilidades e metas públicas do que de expansão da autonomia dos entes e órgãos públicos.

Ele não amplia a autonomia, mas sim, especifica metas e responsabilidades, critérios de avaliação do ente público ou privado, sem, contudo, conferir maior autonomia gerencial, financeira ou patrimonial, muitas vezes essenciais para a obtenção de resultados qualitativos na prestação de serviços públicos.

O § 8º do art. 37 da CF reza que mediante contrato a ser firmado entre o Poder Público e seus administradores poderão ser ampliadas as autonomias gerencial, orçamentária e financeira de entidades e órgãos da administração direta e indireta, devendo a lei definir o prazo de duração do contrato, os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes e remuneração de pessoal.

Vê-se, desde logo, a diferença entre o contrato de gestão e o contrato mencionado no § 8º do art. 37, o qual claramente refere-se à ampliação de autonomia gerencial, financeira e orçamentária de uma das partes contratantes.

Não há, ainda, no nosso país, lei definindo o contrato de autonomia. No direito Português, o Decreto-Lei n.º 115/98, de 4 de maio, aprova o regime de autonomia, administrativa e de gestão dos estabelecimentos públicos de educação pré-escolar, ensinos básico e secundário.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.



O contrato de autonomia – um contrato inusual na Administração – deverá fixar metas de desempenho para o órgão ou entidade, a sua duração, controles, critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes e remuneração de pessoal. Isso poderá contribuir fortemente para a melhoria da gestão dos hospitais públicos. Poderá, ainda, vincular as questões relativas à remuneração de pessoal e à economia de recursos orçamentários, os quais poderão ser destinados ao pagamento de prêmio de produtividade ao seu pessoal, conforme disposto no art. 39, § 7º, da CF.

A lei que dispuser sobre o contrato de autonomia há que disciplinar todos esses elementos e conferir aos administradores públicos de órgãos (por não serem dotados de personalidade jurídica própria) poderes para firmar o contrato com o Poder Público ou uma competência especial, no dizer de José Afonso Silva, que lhes permita celebrar o contrato, que talvez não passe de uma espécie de acordo-programa. Ainda, conforme o ilustre professor, a Constituição criou uma forma de contrato administrativo inusitado entre administradores de órgãos do poder público com o próprio poder público, cabendo ao legislador ordinário disciplinar a matéria.

O contrato de autonomia poderá melhorar a gestão da saúde pública, em especial, a hospitalar.

## **Referências**

Odete Medauar. Direito Administrativo Moderno. 9ª. Ed. RT editora.

José Afonso Silva, Curso de Direito Constitucional Positivo - Editora Malheiros - 28ª edição, 2007.

## **Comentários: 1**

**Daniel Domingues**, em 2 de março de 2010, às 17h 57

Oi, meu nome é Daniel Domingues Gonçalves, e sou editor do *site* [direitolive.com.br](http://direitolive.com.br). Gosto muito do *site* de vocês e gostaria que fizessem uma visita ao meu *site*, e avaliem a possibilidade de fazermos uma troca de links ou mesmo escrever um *post* falando do nosso *site*. Creio que temos o mesmo objetivo, propagar informação jurídica e criar uma comunidade virtual de conhecimento jurídico. Agradeço a atenção e aguardo o quanto antes resposta. Atenciosamente.

5 de março de 2010

## FARMÁCIA E DROGARIA: Simple comércio ou estabelecimento de saúde?

*Gustavo Henrique Trindade da Silva<sup>1</sup>  
Neilton Araujo de Oliveira<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica, Comércio, Farmácia, Medicamento.

A partir de 18 de fevereiro passado, começaram a valer as novas regras para funcionamento de farmácias e drogarias, aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, com elas, houve o acirramento do debate travado nos últimos meses em todo país: farmácias e drogarias são simples comércio ou estabelecimentos de saúde?

Conforme as novas regras, alguns medicamentos isentos de prescrição (MIP) não poderão mais permanecer expostos ao alcance direto dos consumidores, nas gôndolas e prateleiras. A comercialização de produtos também deve atender ao disposto na legislação federal, ou seja, somente podem ser comercializados produtos relacionados com a saúde. A venda de mercadorias em geral, tais como balas, sorvetes, refrigerantes, sandálias, pilhas, ração para cães, não é permitida.

Além disso, também foram regulamentadas a venda de medicamentos pela internet, a entrega de medicamentos em domicílio e a prestação de alguns serviços farmacêuticos, tais como aferição de pressão arterial, temperatura e glicemia capilar, dentre outras medidas para qualificação do atendimento e dos serviços prestados à população.

Apesar dos mais de dois anos de discussão com a sociedade e de receber apoio de consumidores e de profissionais e órgãos de saúde, os avanços trazidos pelas novas regras são contestados por parte do setor varejista, que resiste às medidas e continua, sob a proteção de decisões liminares, a comercializar variedade de mercadorias e a manter medicamentos em gôndolas, de forma absolutamente contrária às políticas públicas de saúde e às normas de proteção e controle sanitário. Isso demonstra o quão distante ainda estamos da compreensão da sociedade quanto à dimensão e

[1] Bacharel em Direito com especialização em Vigilância Sanitária, em Direito Público e em Políticas Públicas e Gestão Estratégica da Saúde. Servidor da ANVISA - Chefe do Núcleo de Regulação e Boas Práticas Regulatórias.

[2] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

à complexidade do Direito Sanitário, cuja base nos remete para a natureza social do direito à saúde, inscrito na CF/1988 (art. 6º e art. 196).

Nos Estados Unidos, um país extremamente liberal acerca da utilização de MIP, um estudo publicado na revista *Journal of American Medical Association* (JAMA, 1998) estimou que, em 1994, aproximadamente 2.216.000 pacientes hospitalizados tiveram reações adversas sérias, levando à morte aproximadamente 106.000 pessoas. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais da metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou utilizados de forma inadequada.

No Brasil, mais de 34.000 casos foram registrados em 2007, pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), o que na média corresponderia a aproximadamente 90 pessoas intoxicadas por dia.

Dentre os objetivos da nova regulamentação, está o de evitar que medicamentos sejam dispensados e comercializados sem os devidos cuidados, como se fossem apenas mais um item de mero consumo. É a natureza do medicamento que exige, dos estabelecimentos que os dispensam, regime de controle específico e rigoroso.

Assim, a venda de medicamentos sem a observância dos procedimentos dispostos por lei e seus regulamentos é potencialmente ofensiva à saúde pública, cujos danos – quando não irreparáveis – são de difícil reparação, como por exemplo a automedicação e os casos de intoxicação. Ademais, são graves os prejuízos e dificuldades para as ações de controle e fiscalização de tais estabelecimentos, especialmente no que se refere à origem, procedência e autenticidade dos produtos disponibilizados à população.

Tratar farmácia e drogaria como simples comércio tem sido um grande equívoco e tem contribuído para adoção de práticas comerciais abusivas, ou inadequadas, para a garantia de acesso seguro e qualificado da população a produtos ligados à saúde.

## Referências

Brasil. Constituição Federal 1988. Acesso em 25/10/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

JAMA (*Journal of American Medical Association*), 1998. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/279/15/1200> . Acesso em 23/2/2010.

OMS. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos. Informe de la Secretaría. Ginebra; WHO, 2007. [60th World Health Assembly].

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, 2009. Disponível em [http://www.fiocruz.br/sinitox\\_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home](http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home). Acesso em 23/2/2010.

### **Comentários: 3**

**Roberto AmatuZZi Franco**, em 28 de março de 2010, às 16h 03

Primeiramente, gostaria de parabenizá-los pelo ponto de vista diferenciado e focado em princípios éticos e não mercadológicos de viabilidade econômica do novo modelo proposto de farmácia para o nosso país. Outrossim, gostaria de informá-los que este modelo criterioso de acesso de medicamentos isentos de prescrição já vem sendo adotado no Estado do Paraná desde o ano de 1996 por legislação estadual, mostrando-se viável sócio, sani e economicamente falando, auxiliando também o farmacêutico no resgate de sua missão como difusor de conhecimento sanitário. Reitero os cumprimentos. Farm. Roberto AmatuZZi Franco.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 6 de abril de 2010, às 22h 35

Olá Roberto. Obrigado pelo seu comentário e, principalmente, pela sua informação a respeito de regulação/legislação estadual de há tantos anos no Paraná. Isso vem confirmar a importância do “blog da REDE Direito Sanitário: Saúde e Cidadania” como espaço de difusão de conhecimentos novos e, mais que nunca, oportunidade de debates e intercâmbio. O processo da ‘regulação’, e o papel forte do Estado nesse campo, além de muito complexo, ainda é muito novo no Brasil, como, ademais, também é muito recente a saúde ser um direito constitucional (só com a CF de 1988) e, mesmo a construção e a defesa da cidadania no país. Mas estamos caminhando e, cada vez mais, somos mais apoiados. Até breve!

**Gustavo Trindade**, em 20 de abril de 2010, às 13h 15

Caro Roberto. A qualificação e o reconhecimento da assistência farmacêutica como componente do direito à saúde sem dúvida é uma batalha de longa data e ainda há muito o que fazer. Aproveito a ocasião para compartilhar recente decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que representa outra importante conquista em favor da saúde pública e do modelo de farmácias e drogarias preconizado em nosso país. O STJ suspendeu as liminares que permitiam o descumprimento da Resolução RDC nº. 44/2009, aprovada pela ANVISA, com relação às farmácias e drogarias associadas à Abrafarma (Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias) e a Febrifar (Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias).

Em sua decisão, o ministro Ari Pargendler, do STJ, destacou que “não há remédio sem efeitos colaterais” e que, por isso, a automedicação não pode ser estimulada. “A saúde pública estará comprometida se o consumidor for estimulado, mediante a exposição de remédios, à automedicação”, escreveu em sua decisão. Veja a íntegra da decisão do STJ no link <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8e5b1b00421bceb99684dede10276bfb/Su%20spens%C3%A3o%20de%20liminar%20de%20senten%C3%A7a%201200%20de%20Abrafarma.pdf?MOD=AJPERES>.

11 de março de 2010

## Direito à saúde X Consumo de saúde

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Consumo de Saúde, Direito à Saúde, Integralidade da Saúde.

Tenho insistentemente pregado que o direito à saúde que compete ao SUS vincula-se às ações e serviços previstos nos arts. 200 da CF e 6º da Lei nº. 8.080/90. Sabe-se que o direito à saúde, em seus mais amplos termos, pressupõe não apenas a prestação de serviços assistenciais, mas também qualidade de vida, que por sua vez significa um justo ou razoável modo de viver em sociedade. Mas esse último direito não está no âmbito do SUS.

O direito à saúde, garantido pelo SUS, não pode ser aleatório, sujeito aos desejos e influências mercadológicas, mas sim fundado num determinado padrão assistencial (rol de ações e serviços de saúde), não podendo comportar pretensões médicas e de pacientes considerados individualmente, sem pautas ou contornos jurídicos.

Não estou a dizer com isso que o direito à saúde deve ser cerceado, minimizado, reduzido a ‘cestas básicas de serviços’. Insisto em que esse direito deve ser definido de maneira clara, objetiva, justa – governo e sociedade – ante um mundo em que as inovações tecnológicas em saúde são crescentes e voltadas a construir um ‘mercado’ consumidor de saúde, e não um sistema de garantia de direitos.

Na garantia de direitos, o princípio da igualdade permeia o acesso e a organização dos serviços. A igualdade deve ser o móvel; no consumo de saúde, a lógica é a de mercado: o acesso é por renda, por segmento social. No primeiro, a cidadania; no segundo, o mercado, a renda e a lógica do lucro.

A saúde pública não pode trilhar o caminho do desejo de consumir. O SUS tem que se pautar por regras claras, objetivas, que compreendam ações e serviços de saúde necessários à construção de um padrão de integralidade que trilhe o caminho da igualdade e que incorpore tecnologias e conhecimentos compatíveis com as necessidades coletivas da população, jamais com o desejo de consumir saúde. Muitas vezes, nas ações judiciais, na área da saúde, se valoriza a vida acima do que ela é valorada no cotidiano por falta de políticas públicas – violadoras da qualidade de vida e da dignidade humana.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Lembro que, na saúde, deve-se pensar também em deveres sociais, havendo uma responsabilidade social e individual. José Casalta Nabais ressalta que além dos direitos, muitos são os deveres da comunidade, que exige o cumprimento dos deveres imprescritíveis de solidariedade política, econômica e social.

Essa visão mercadológica e tecnológica da saúde, de consumo, é altamente perigosa por transformar cidadãos, pacientes e profissionais de saúde em consumidores de saúde. Exames e intervenções sofisticadas, medicamentos recém-lançados, hospitais sofisticados e serviços de hotelaria cinco estrelas\* são fatos que oneram a saúde sem modificá-la, ofertando ao mercado os lucros desejados: um bom negócio. Noam Chomsky também assevera que boa parte do consumo é induzido artificialmente, e isso vem acontecendo também na saúde!

As grandes modificações são as medidas gerais que impactam toda uma comunidade, como tratar a água e o esgoto, nem sempre a principal preocupação da saúde pública.

\*A Folha de S. Paulo (29.3.2009 – Cotidiano. C1) menciona na reportagem ‘Hospitais usam hoteleiros para refinar o atendimento’ que os hospitais como o Albert Einstein, em São Paulo, contratam, como coordenadores da governança do hospital, responsáveis por shoppings, como o Iguatemi de São Paulo. Eles adotam as mesmas nomenclaturas de hotéis para os seus serviços, como concierge, check-in, check-out e assim por diante.

## Referências

José Casalta Nabais. A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos; disponível em <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/15184/14748>

Noam Chomsky. Segredos, Mentiras e Democracia. Brasília: Editora UnB. 1997. pág. 127.

## Comentários: 2

*Gil Meizler, em 18 de março de 2010, às 12h 36*

Bom dia! Sou novo por aqui. Mas gostaria de compartilhar um pequeno artigo que redigi. Cordial abraço.

### **Da atividade normativa desenvolvida pela ANVISA**

Pretende-se no presente trabalho demonstrar a necessidade de a ANVISA, em reverência ao direito à vida, se voltar à garantia da saúde e redução de

risco sanitário sem que para tanto edite a seu bel prazer regulamentos que colidam com as regras impostas pela Constituição Federal, mormente na seara da propaganda, uma vez que ao desbordar de seu poder de polícia põe em xeque o sistema.

Para melhor inteligência, deve-se ter em mente os fatos que se passa a narrar a seguir:

Em 18.12.2008, a Diretoria Colegiada da ANVISA editou a Resolução RDC nº. 96 sob o argumento de ser necessário atualizar o regulamento técnico que dispõe sobre propaganda, publicidade, promoção e informação de medicamentos, uma vez que deve-se reduzir os danos oriundos da automedicação, prescrição incorreta e do uso indiscriminado.

Ato contínuo, a Advocacia-Geral da União, alinhado ao que estabelece o art. 22, XXIX, da Carta Magna, exarou Parecer no qual esclareceu ser inadequada e inconsistente sob o prisma jurídico a aludida Resolução, na medida em que a Agência não poderia criar regras além das previstas em lei.

Merece relevo ter a AGU declarado não ser juridicamente consistente sob o argumento de que a aludida norma contém dispositivos que só poderiam constar de lei específica aprovada pelo Congresso Nacional.

Ressalte-se que para o adjunto do Advogado-Geral da União, Otávio Luiz Rodrigues Junior, que elaborou o parecer da AGU “A AGU associou a liberdade de expressão à liberdade de produzir propaganda”.

Destaque-se ainda que a ANVISA, por seu turno, revelou, por meio de sua assessoria de imprensa, que acredita ser legal a Resolução.

Contudo, para o Idec, o parecer da AGU despiu o ato da ANVISA de legalidade mesmo tendo o art. 220 da Constituição Federal dado competência e poder ao Executivo para regular a questão e, por conseguinte, abriu precedente perigoso, uma vez que a ANVISA está agasalhada pela lei para regular medicamentos.

Em que pese ser sob a ótica da AGU ilegal a referida Resolução, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem alertando para o fato de o mau uso de medicamentos ser problema de saúde pública que se alastra pelo mundo inteiro. Com efeito, segundo a OMS, cerca de metade dos medicamentos é usada de forma incorreta e até 70% dos gastos em saúde, nos países em desenvolvimento, correspondem a medicamentos. Nos países desenvolvidos, esse índice é menor que 15%. Daí que, em todo o mundo, os hospitais desembolsam de 15% a 20% de seus orçamentos para enfrentar as complicações que derivam do mau uso de fármacos. Nesse ponto, cumpre pontuar que à primeira vista parece haver mera tensão entre agências reguladoras. Contudo, à medida que se faz uma análise mais detida, passa-se a perceber que do descompasso entre o legal e o ilegal emergem questões de ordem econômica e de cunho político.

Nesse mesmo compasso, deve-se realçar que enquanto os órgãos governamentais se digladiam e tentam se entender a respeito da restrição à propaganda de medicamentos, a indústria farmacêutica já se insurgiu contra a norma e, após ter obtido uma liminar no Tribunal Regional Federal da 1ª Região, continua propagandeando seus produtos de igual modo que vinha fazendo. Sem embargo da ilegalidade da norma *sub examine*, é irrefutável que a entidade representante das indústrias farmacêuticas está se valendo de



frágeis argumentos e de artifícios que se traduzem em verdadeiras artimanhas para demonstrar a necessidade de sepultá-la.

Aliás, no tocante aos artifícios da indústria, mister registrar apenas à guisa de exemplo que, segundo novo estudo da Verilogue, a Eli Lilly gastou tão somente em 2008 US\$ 179 milhões para promover o Cymbalta.

Não se pode olvidar que tanto os médicos quanto os consumidores são assediados por massivas propagandas de medicamentos, cujas técnicas, segundo Miriam Keiko de S. Sato: “se desenvolvem forte e rapidamente, em detrimento de uma campanha educativa ou de esclarecimentos a permitir ao consumidor e aos próprios profissionais da saúde terem acesso às informações completas e essenciais (...)”

A par das considerações acima expendidas, impende ressaltar que as campanhas publicitárias mais caras, ao revés do que se imaginava, não estimularam um número maior de consultas médicas. Vem ao encontro de tal assertiva a conclusão a qual a Verilogue chegou no referido estudo – enquanto a Eli Lilly gastou em 2008 US\$ 179 milhões para promover o Cymbalta, o medicamento mais citado pelos pacientes em consultórios médicos foi o Boniva, cuja campanha publicitária custou a metade.

Como se nota, o eixo da discussão é o poder, seja o de editar normas, seja o de fazer propagandas com o fito de vender mercadorias e por via reflexa aumentar o caixa da empresa. Isso implica afirmar que o não cumprimento do ordenamento jurídico por parte da ANVISA culmina na dificuldade de acesso à saúde pela coletividade.

Nessa perspectiva, sobressai nítida a necessidade de a ANVISA, em ordem de cumprir com sua função precípua – promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária (...) –, respeitar as guias-mestras traçadas pela Constituição Federal e aceitar as balizas. Em outras palavras, sob pena de pôr a saúde da população em xeque, não poderá a ANVISA passar ao largo do insculpido na Carta Magna.

Conjogue-se a isso a necessidade de se encontrar um ponto de equilíbrio entre os sistemas político, econômico e social, no qual seja preservada a autonomia e a igualdade, vez que, por se interligarem, devem conviver de forma harmônica. Caso contrário, instalar-se-á a ditadura.

Nesse mesmo sentido é que se encontra o comentário de Germano A. D. S Schwartz:

“Logo, a saúde é um processo sistêmico, significando que é uma meta a ser alcançada e que varia de acordo com sua própria evolução e com o avanço dos demais sistemas com os quais se relaciona.”

Extrai-se dessa lição que, para que a saúde seja ao menos compreendida pelo Direito, deverá ser traduzida e dela ser feita uma leitura que se coadune com o sistema de dado Estado. Mais ainda, que a política e o Direito deverão ser objeto de acoplamento estrutural a ser promovido pela Constituição Federal.

Tem-se assim que o Direito deverá, caso opte por se socorrer da Economia e da Política e, ao mesmo tempo, dar guarida às pretensões da coletividade, fazer uma operação de filtragem. Todavia, conquanto tal operação é o pilar de sustentação do bem-estar social, a Suprema Corte, como é patente, simplesmente a ela faz vistas grossas.

Não é outra a conclusão delineada por Germano. Veja-se:

“É um correto ideal (bem estar social), que não se adapta à realidade fática, afinal o perfeito bem-estar é um objetivo a ser alcançado, que se alarga ou diminui de acordo com a evolução da sociedade e da tecnologia, ou, em outras palavras, da autoipoiese, da autocriação dos sistemas sociais”. (grifos nossos)

Fato é que o novo e principal papel econômico da Medicina Moderna está umbilicalmente ligado à produção de riqueza através da introdução de saúde no mercado como mero objeto de consumo.

Aqui cabe trazer à baila lição de Foucault in Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann e os desafios para a efetivação jurisdicional do Direito à Saúde em matéria de medicamentos:

“Atualmente, a medicina encontra a economia por outro caminho. Não, simplesmente, porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque é diretamente capaz de produzir riqueza, na medida em que a saúde é objeto de desejo para uns e de lucro para outros. A saúde, enquanto objeto de consumo, enquanto pode ser produzida por uns – laboratórios farmacêuticos, médicos, etc. – e consumida por outros – os doentes potenciais ou atuais – tornou-se um objeto econômico importante, entrou no mercado.”

Não se pode perder de vista que o presente trabalho tem por objetivo demonstrar a necessidade de, com vistas a se reduzir os conflitos normativos e por derradeiro o bem-estar social, se promover uma interligação democrática entre os diversos subsistemas, que se pautem no consenso e que valorize o diálogo.

No tocante especificamente à propaganda de medicamentos, vale frisar que os anúncios diretos caíram apenas 7% este ano nos EUA, ao passo que os grupos varejistas cortaram seus anúncios em 18% e os gastos com propaganda de automóveis recuaram 31%.

Daí que, visando frear esse abuso que, em 8 de outubro do corrente ano, o senador democrata dos EUA Al Franken apresentou uma proposta de lei proibindo as farmacêuticas de deduzir as despesas com marketing de seus impostos. Para Al Franken “essa legislação vai remover esses benefícios para que as companhias farmacêuticas possam se concentrar no desenvolvimento de novos medicamentos, e não em esquemas de marketing exagerados”, disse o gabinete de Franken em comunicado.

Ocorre que, no Brasil, se de um lado existem regras voltadas para a proteção e promoção da saúde de outro existem regras voltadas para a liberdade de expressão.

Fazendo incursão no artigo “Livre-iniciativa: propaganda de alimentos e competência da ANVISA” do saudoso Professor Tércio Sampaio Ferraz Junior, nos deparamos com um apontamento que merece ser trazido à tona:

“Tratando de produtos submetidos à vigilância sanitária, a competência relacionada com a propaganda, ao falar de controle, só pode ser exercida em termos de exigir, por meio de normas, que a divulgação dos produtos que podem ser nocivos pela violação dos padrões de identidade e qualidade estabelecidos pela agência por força de lei, contenha meios para a autodefesa da pessoa e da família. Como, porém, a CF aboliu qualquer tipo de censura proibitiva mesmo para esses produtos, a possibilidade de regulamentar a informação, em vista das faixas etárias a que se recomendam, locais e horários

em que sua publicidade se mostre inadequada, só pode ser estabelecida pela própria lei federal.”

Nessa mesma esteira, encontra-se o festejado jurista Celso Antônio Bandeira de Mello *in* Reflexões sobre o princípio da legalidade na ciência do Direito Contemporâneo:

“A regulamentação, no entanto, deve sempre estar sujeita ao princípio da legalidade (...), pois é livre de qualquer dúvida ou entredúvida que, entre nós, por força os arts. 5º, II, 84, IV, e 37 da Constituição, só por lei se regula liberdade e propriedade; só por lei se impõem obrigações de fazer ou de não fazer.”

Decorre de tais ensinamentos que a ANVISA, consoante aduzido pela Advocacia Geral da União, apenas através de lei poderia coibir determinadas propagandas.

Mais ainda, tomando-se por base tais preceitos, conclui-se que a regulação deve ser compreendida como um desdobramento da evolução do Estado de Direito que do princípio da legalidade não pode ser desgarrada.

Em arremate, nos ancorando no aduzido por Schwartz, para que a saúde seja de fato direito de todos, é imperativo que, sem maiores delongas, o Judiciário se capacite e se instrumentalize a fim de organizar o sistema jurídico e auxiliar na busca pelo equilíbrio entre os subsistemas.

Gil Meizler – Advogado; Sócio da Meizler Consultores; Especialista em Direito Sanitário USP.

**Lenir Santos**, em 7 de fevereiro de 2011, às 12h 42

Gil, gostei muito de seus comentários. Eles acrescentaram e enriqueceram o blog. Obrigada e parabéns!

15 de março de 2010

## Saúde do viajante, regulação sanitária e o direito individual

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

*Karla Freire Baeta<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Direitos, Regulação Sanitária, Regulamento Sanitário Internacional, Saúde do Viajante.

Na discussão do Direito Sanitário, que cada vez é mais ampla, dentre os mais diferentes e variados temas, alguns – mesmo bastante importantes e atuais – acabam ficando relegados a um segundo plano, quer seja na discussão de sua formulação e operacionalidade, quer seja na necessidade de sua compreensão e maior divulgação. Nesse contexto, mesmo sendo uma questão bastante nova, o tema “Saúde do Viajante” é mesmo muito pertinente e oportuno, considerando o momento que vivemos mundialmente de Emergências em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), desastres naturais, re-emergência de doenças infectocontagiosas e o intenso fluxo de pessoas e mercadorias entre os mais diversos países.

Liberdade individual e coletiva, cidadania, direito de ir e vir e regulação e responsabilização sanitária são temas correlatos e de muita importância na perspectiva dessa discussão, quando se depara com necessidades de adoção de medidas de saúde, ditas restritivas, no contexto das ESPII, que serão aplicadas aos viajantes.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), cuja revisão foi aprovada em 2005, com o compromisso dos países signatários de colocarem suas diretrizes em prática, em meados de 2007, tem por objetivo prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública, frente ao risco de disseminação internacional de doenças, e tem como pressuposto central uma ação mensurada e respectiva aos riscos à saúde pública, evitando, desta forma, interferências desnecessárias no tráfego e no comércio internacional.

No Brasil, suas recomendações foram internalizadas por meio da RDC 21, (28/3/2008) e, dentro de sua amplitude, destaca-se um extenso cardápio de medidas sanitárias que visam a reduzir ou eliminar o risco de disseminação

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

[2] Médica Veterinária, Mestre em Sanidade Animal, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, Coordenadora de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras do Estado de Pernambuco - CVPAF/PE.

internacional de doenças por meio de viajantes, a serem implementadas de acordo com RSI.

Mais recentemente, com a Influenza A (H1N1), o país tem se deparado com algumas situações que, embora previstas em Regulamentos, têm gerado questionamentos por parte da sociedade. Destacam-se o impedimento de embarque, com adiamento da viagem quando o viajante apresenta quadro definido como ‘caso suspeito’, e a manutenção de ‘casos suspeitos’ (ameaças à saúde pública) sob observação hospitalar ou domiciliar. Estas duas situações representam interferência na liberdade ou direito individual de escolha do ir e vir, e preponderância do direito coletivo de proteção da saúde da população.

É certo que na Declaração Universal dos Direitos Humanos “toda pessoa tem direito à liberdade de locomoção e...”, como também na CF/1988 “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza...” e, ainda, que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

É nesta última frase que se encontra a força (legal) para as medidas restritivas no contexto da Regulação Sanitária: de um lado, os indivíduos têm seus direitos de liberdade, autonomia de escolha e de locomoção; mas de outro lado, o bem estar coletivo deve ser garantido pelo Estado, enquanto promotor e protetor da saúde coletiva.

Por seu lado, a questão ética pode influenciar as situações, colocada de duas maneiras. Uma, quando o indivíduo afetado por problema de saúde que possa ser transmitido, entendendo por si próprio que sua liberdade não deve criar riscos a terceiros, resolve não viajar ou não se deslocar. Assim, nem chegaríamos à situação de o Estado ter que intervir. Outra, quando esse mesmo indivíduo, não entendendo o seu papel de cidadão (parte de uma sociedade), coloca em primeiro plano a sua vontade, em prejuízo do bem-estar da coletividade. É nesse caso que o Estado deve intervir e regular.

Por fim, destaca-se o princípio da razoabilidade e da proporcionalidade, ou seja, as medidas devem ser proporcionais ou compatíveis com o risco. Então, mesmo na aplicação de medida restritiva (legalmente amparada), deve ser considerado o respeito, a urbanidade e, acima de tudo, a dignidade das pessoas. O servidor público, como instrumento de intervenção do Estado, além da cordialidade e respeito com o viajante, deve mantê-lo informado e ciente de todos os acontecimentos e dos seus direitos. Essa atitude, também expressão de conduta ética, pode contribuir na sensibilização do viajante, fazendo-o refletir e reconhecer sua responsabilidade social, contagiando mais pessoas no caminho da cidadania. Em tempos de Gripe A-H1N1, isso é fundamental!

## Referências

Brasil. Constituição Federal 1988. Acesso em 15/02/2010 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

OMS. Regulamento Sanitário Internacional, 2005. Acesso em 15/02/2010 e disponível em: <http://www.ANVISA.gov.br/paf/legislacao/regulatec.htm> e [http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/grupos-de-trabalho/saude/docs\\_publicacao/rsi\\_cartilha\\_opas.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/grupos-de-trabalho/saude/docs_publicacao/rsi_cartilha_opas.pdf)

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Acesso em 15/02/2010 e disponível em: [http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)

ANVISA. RDC 21. 2008. Acesso em 15/02/2010 e disponível em: [http://www.ANVISA.gov.br/paf/viajantes/RDC21\\_08.pdf](http://www.ANVISA.gov.br/paf/viajantes/RDC21_08.pdf)

## Comentários: 2

**Kátia Faria da Silva**, em 16 de março de 2010, às 13h 25

Prezada Karla, adorei o texto. Retirado do texto: “Preparação para Emergências de Saúde Pública no Brasil” – Eduardo Hage Carmo:

O RSI (2005) aponta para a necessidade de readequação e aprimoramento de estruturas, processos e práticas de vigilância epidemiológica. Para se tornar mais efetiva, essa mudança deve ser realizada de forma integrada com a rede de atenção à saúde, a vigilância sanitária, a vigilância ambiental, a área da saúde do trabalhador, a rede de laboratórios de saúde pública, bem como com outras áreas externas ao setor saúde, que têm papel relevante nas ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças. Tendo como objetivo a estruturação desde o nível local, para que tenha capacidade de detectar, analisar, investigar e responder de forma rápida e eficiente a uma emergência de saúde pública, o sucesso dessa tarefa dependerá da adoção de medidas que sejam sustentáveis e favoreçam o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 17 de março de 2010, às 23h 11

Olá Kátia. É mesmo muito oportuna a ampliação desse debate em torno do RSI e sua correlação com a atenção integral à saúde da população. Somente com forte mobilização de gestores, trabalhadores da Saúde e usuários do sistema de saúde, avançaremos no fortalecimento e sustentabilidade do SUS de qualidade. Por sua vez, a Vigilância, a Proteção e Promoção da Saúde cumprem um papel estratégico e mobilizador nessa direção. Obrigado pela sua contribuição.

29 de março de 2010

## MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE: A diferença que faz a diferença

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Estatísticas em Saúde, Gastos com Saúde, Modelo de Atenção à Saúde, Saúde.

Recentemente, ao participar de um evento, um dado estatístico apresentado por um palestrante me chamou muito a atenção.

Eram dados a respeito da aplicação de recursos públicos na saúde de determinados países. Os dados eram: a) Despesas *per capita* com saúde (público e privado, em dólares): Estados Unidos: 6.719; Cuba: 674. b) Expectativa de vida em Cuba: 78 anos; expectativa de vida nos Estados Unidos: 78 anos. c) Mortalidade infantil neonatal: Cuba e Estados Unidos: 4 (taxa em 28 dias, 2004).

Esses dados nos mostram com clareza que o modelo de atenção à saúde é o que faz a grande diferença em relação aos resultados com saúde.

Em Cuba, o gasto global com saúde é de 10% em relação aos Estados Unidos, entretanto os resultados em relação à expectativa de vida e à mortalidade infantil são idênticos. Onde é a diferença? No modelo de atenção à saúde.

Os Estados Unidos concentram altos índices de tecnologia na saúde, além de não terem um modelo que incorpore a Atenção Primária resolutive em 85% dos agravos com saúde, atuando como um filtro para a atenção de maior complexidade. Além do conceito preponderante de consumidores de saúde x direito à saúde.

A inovação tecnológica na saúde é aditiva, crescendo-se sempre às demais tecnologias, nunca sendo supressora de outras tecnologias, como ocorre na indústria que utiliza a inovação para diminuir custos.

Que ninguém se engane: na saúde, a inovação tecnológica visa lucros, e não, humanidades. Por isso, é importante discutir saúde como direito, e não como artigo de consumo. Quando se pensa na saúde como direito, as expectativas e as humanidades são outras; quando se pensa em consumo,

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.



o que está em jogo é a renda, e sendo a renda o principal elemento, a segmentação social se aprofunda nos cuidados da saúde.

Quem tem renda compra saúde; quem não tem deverá se contentar com saúde como assistência social. E saúde não pode ter essa implicação por ser uma das condições do exercício das liberdades.

Outro dado relevante são os valores *per capita* que a Índia e a China aplicam em saúde (em dólares): Índia, 22; China, 88. São valores baixíssimos, ínfimos se compararmos com os valores dos países desenvolvidos. Contudo, ambos os países são os mais populosos do mundo e ambos mantêm, associados à medicina ocidental, uma medicina de mais de três mil anos, como a ayurveda e a medicina tradicional chinesa, com ervas, acupuntura e demais métodos e conhecimentos milenares.

Se a China e a Índia atuassem apenas com a medicina ocidental, esses baixos valores (ninguém quer ignorar isso nem defender o baixo gasto com saúde) não conseguiriam garantir mínimos de saúde, e talvez esses países não seriam tão populosos.

Ninguém quer defender o baixo gasto com saúde, da mesma maneira que não queremos defender o excesso de gasto com saúde, porque nesse excesso está incorporado o conceito de consumidores de saúde (capital e lucro), e não do direito à saúde (conjunto de valores humanos e sociais).

O modelo de saúde tem que ser pensado e rediscutido para que possamos encontrar caminhos que associem novas tecnologias com modelos menos onerosos, descolados do mercado e da necessidade de produzir lucro.

Urge discutir esse tema porque se prevalecer o conceito de consumidores de saúde, o direito à saúde sairá pelas portas dos fundos, e todos nós seremos reféns não de humanidades, mas de lucratividade de acionistas. Para que lado queremos ir?

## Referências

WHO, World Health Statistics, 2009. Disponível em <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>

Roberto Passos, Seminário CEBES, Brasília, 10 e 11 dez 2009. Disponível em: <http://www.cebep.org.br>

## **Comentários: 60**

**Agueda Martins Balbe**, em 3 de maio de 2011, às 21h 55

Este texto curto e claro mostra que é muito importante existir políticas de saúde voltadas ao atendimento do ser humano, lhe permitindo o direito à saúde. E a importância do mercado que é realizado com a saúde e/ou com a doença. Para o serviço ter qualidade, ele deve ofertar tecnologia e, de preferência, a mais cara e sofisticada. Percebe-se que é uma cultura popular “se não receitar remédio, exames”, o serviço não é de qualidade. Na descrição do texto, observa-se como o sistema se torna oneroso. E que com um sistema primário resolutivo é possível atender com qualidade e alcançar indicadores semelhantes ao de países que investem muitos recursos em tecnologia. Portanto, não é só com alta tecnologia que fazemos saúde, mas também com profissionais comprometidos com sua profissão e com a comunidade a que atendem.

**Marcos Breunig**, em 6 de maio de 2011, às 14h 10

Reforço um aspecto que a colega comentou: a QUALIDADE, ou melhor, a percepção do usuário do serviço acerca da qualidade, que é, em geral, determinada pelos aspectos multifatoriais da “cultura” (sempre a pessoal, que é uma resultante da vivência e do que está vigente no meio social em que são construídas suas referências). Faz parte, portanto, do trabalho em saúde, uma militância que dispute o imaginário. Faz parte, portanto, boas habilidades de comunicação, além de proficiência técnica. Vale também lembrar da prevenção quaternária, conceito que aponta para a proteção contra as iatrogenias do serviço de saúde, seja pela via do excesso tecnológico, seja pela cultura da banalização das atividades preventivas (quando tudo se justifica pelo argumento da prevenção). Acho que o *screening* (rastreamento) tem esta dimensão cultural da atualidade: um certo modo de lidar com incerteza e com os riscos um tanto quanto mágico e fantasioso.

**Lenir Santos**, em 6 de maio de 2011, às 16h 38

Agueda e Marcos, concordo com os comentários de vocês; realmente precisamos focar a qualidade e o significado para cada um, além de ter em mente que podemos fazer uma saúde de qualidade sem tanta tecnologia assim. Obrigada pelos comentários.

**Cláudio Fernando Amaral da Silva**, em 8 de maio de 2011, às 11h 31

A questão da tecnologia perpassa questões culturais, pois a comunidade tem a ideia que, com a “tecnologia”, terá melhor qualidade de vida, e também muitos profissionais usam esse método como substitutivo da “escuta”, do “diagnóstico”, através de exame físico e anamnese. Precisamos mudar essa cultura, mas para isso, precisamos do envolvimento de todos, num processo de mudança de forma de trabalhar.

**Lenir Santos**, em 8 de maio de 2011, às 18h 36

Cláudio, você tem toda razão. Temos que discutir se um sistema de saúde

precisa do excesso de tecnologia que temos hoje para ser eficiente e qualitativo. O mais importante, que é a escuta do paciente, está cada vez mais fora de moda. Precisamos mudar a forma de trabalhar, realmente. Obrigada pelos comentários.

**Cíntia Sartori Capra**, em 8 de maio de 2011, às 21h 22

O que o autor acima coloca em seu contexto de modelo de atenção à saúde é a realidade vivenciada por todos nós. Ele nos faz refletir a respeito de nosso trabalho diário. O modelo de saúde no qual atuamos possui uma tecnologia com valores muito elevados, deixando de lado o atendimento humanizado, que é um direito de todo o cidadão. Devemos refletir, pois a tecnologia nos traz um consumo com gastos elevados, tornando insuficientes os recursos financeiros. Se quisermos diminuir gastos, precisamos colocar em prática os direitos à saúde, os quais englobam moradia, saneamento básico, valores humanos, entre outros; assim, os recursos seriam mais bem aplicados, e não seríamos taxados como consumidores de saúde e, conseqüentemente, teríamos mais saúde e menos agravos, oferecendo uma melhor qualidade de vida à população.

**Arlete Moraes**, em 8 de maio de 2011, às 21h 45

Fazendo uma reflexão sobre o contexto abordado pela autora, em relação ao modelo de atenção à saúde, me faz pensar em várias questões envolvendo o trabalho que executo na Estratégia Saúde da Família, pois o Programa preconiza o trabalho de prevenção e promoção da saúde da população, tendo como objetivo um atendimento integral e humanizado às famílias, dando prioridades para aquelas famílias menos favorecidas. Voltando ao tema em questão, percebe-se que o modelo de saúde deve ser rediscutido e redirecionado para definir algumas prioridades na atenção à saúde, como moradia, saneamento básico e valores humanos, e com isso oferecendo uma melhor qualidade de vida. Falando em tecnologia, ela tem custos elevados, porém é de extrema importância para o atendimento integral do indivíduo, mas faz com que os recursos aplicados sejam insuficientes para atender a toda demanda.

**Sônia Rocha**, em 8 de maio de 2011, às 23h 48

Acredito que as tecnologias em saúde são importantes para os momentos em que as pessoas, em especial as mais carentes, precisarem. E sendo dever do Estado e direito dos cidadãos. Mas elas não podem se transformar unicamente em MERCADORIA, visando lucros. De fato, os profissionais de saúde devem ser realmente comprometidos com a população, as famílias, o indivíduo em particular, fazendo um trabalho voltado à PROMOÇÃO. Ex.: cuidados básicos para que o diabético não venha, num determinado tempo, precisar de uma amputação de um membro (pé diabético). E tantos outros exemplos, em que a Atenção Primária, bem planejada, não precisará, necessariamente, ser de alta tecnologia, mas, se precisar, deve tê-la, da mais simples à mais sofisticada.

**Lenir Santos**, em 12 de maio de 2011, às 19h 54

Cíntia, Arlete e Sônia, as ponderações que vocês fazem são muito pertinentes. Precisamos realmente discutir o modelo de atenção que queremos; e se queremos um sistema centrado na Atenção Primária, resolutive em 85% dos casos, precisamos urgentemente estruturar o sistema para isso. Obrigada pelos comentários.

**Danielle Godinho**, em 28 de maio de 2011, às 18h 33

Acho que de nada nos adianta trabalharmos em uma unidade de saúde, um centro mais especializado, se os profissionais de saúde que aí estão não estiverem comprometidos em ajudar, não tiverem a iniciativa de promover a saúde, procurando sempre a prevenção da mesma. Acho sim, que se tivermos melhores recursos, com um centro oferecendo melhores condições de atendimento, promovendo a qualidade e a qualificação dos profissionais que ali trabalham, vamos ter um melhor atendimento e uma qualidade no atendimento; mesmo na APS.

**Lenir Santos**, em 15 de junho de 2011, às 17h 48

Danielle, é isso mesmo. O SUS é uma construção conjunta. Todos devem ser comprometidos e participar.

**Paula Gracieli**, em 19 de julho de 2011, às 13h 39

Olá pessoal. Os apontamentos a respeito do texto são muito válidos. Precisamos realmente definir o modelo de atenção que queremos. Penso que a saúde deva ser direito de todos e deva ser atendida de forma integral. Diante disso, as novas tecnologias devem ser, sim, empregadas para que as necessidades de média e alta complexidade sejam sanadas. Porém, isso deve ser dentro das proporções corretas, já que demanda maior custo. Devemos priorizar a promoção em saúde. A prevenção é, sem dúvida, menos onerosa e evita que os agravos em saúde se desenvolvam.

**Cláudio Alberto Icart**, em 19 de julho de 2011, às 16h 40

Nem sempre tudo parece o que é; a melhor avaliação é aquela isenta de paixões e de dados distorcidos. Respeito a opinião do *blog*, mas dou-me o direito de pensar até que ponto a comparação de países tão díspares, politicamente falando, nos mostra resultados fidedignos e confiáveis. Enquanto de um lado falamos talvez de uma das mais firmes democracias, de outro lado falamos de países onde esta encaminha. Qual a qualidade dos dados obtidos? Quanta liberdade têm os pesquisadores para buscar informações? Ninguém, no entanto, duvidaria que o melhor caminho sempre é o do meio, nem que toda tecnologia, por mais cara e completa que seja, evita doenças, nem que toda prevenção isenta as pessoas de adquiri-las. Prevenir sempre, e, quando necessário, ter a tecnologia para garantir a integralidade.

**Samir**, em 19 de julho de 2011, às 19h 01

Existem algumas questões que devem ser levadas em consideração ao

analisarmos esses índices.

1º- São índices confiáveis?

2º- Saúde não é só viver mais; é viver mais e com qualidade de vida. Para medir isso, devemos procurar outros dados, que indicam expectativa de vida saudável, ou seja, quantos anos que uma pessoa vive sem doença.

Certamente devemos concentrar esforços em saúde primária, saúde preventiva; porém, não podemos fechar os olhos para prováveis erros de aferição de um país com um regime ditatorial como o de Cuba, tampouco analisar números que pouco nos dizem se quisermos medir qualidade de vida, que é o que interessa, e não o tempo de vida.

**Jaime Juchen**, em 19 de julho de 2011, às 22h 32

Entendo que o custo excessivo com a saúde não indique necessariamente que teremos qualidade para o cidadão. Vejo que uma boa estrutura na ESF, com profissionais bem preparados e comprometidos com seu trabalho, irá gerar frutos profícuos na comunidade. Promoção e Prevenção muitas vezes fazem mais do que alta tecnologia. Exemplo: quando oriento gestantes a se precaverem das lesões nos seios com uso de sol e fricção na auréola com bucha ecológica para evitarem transtornos na amamentação, algo que, não ocorre na maior parte dos consultórios particulares para gestantes.

**Dari Pires de Moura**, em 20 de julho de 2011, às 21h 42

A diferença que faz diferença é justamente um modelo que promova o bem estar comum, portanto, o Estado deverá preservar a saúde pública como patrimônio natural de seu povo. A alta tecnologia deverá ser apenas uma das ferramentas incorporadas no processo do cuidado à saúde; é preciso reconceituar a vida na preservação da nossa espécie, mais humana, mais fraterna, mais livre.

**Andresa**, em 21 de julho de 2011, às 20h 21

Acredito que se não lutarmos pelo modelo de atenção que queremos, a Atenção Primária continuará sem seu valor reconhecido pela população. Para mim, o que realmente faz a diferença é a qualidade, e nunca a quantidade. Por que para a maioria dos gestores a quantidade é sinônimo de uma “boa administração”, e a qualidade fica onde?

**Lenir Santos**, em 22 de julho de 2011, às 14h 24

Respondendo a alguns debatedores: estou achando muito bom este debate e agradeço a todos vocês que estão se dispondo a isso. Gostaria de dizer que os dados são da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, portanto, muito confiáveis. Não se pode desconsiderar os dados apresentados quanto à expectativa de vida e mortalidade infantil, mesmo sendo Cuba um país de regime político autoritário. Se a expectativa de vida é alta – tal qual a dos USA –, não podemos ignorar nem mesmo dizer que lá não há qualidade de vida porque isso para cada pessoa tem uma dimensão subjetiva, desde que, é lógico, não lhe falem condições básicas ínsitas à dignidade humana.

Sem qualidade de vida, penso que as pessoas realmente adoecem na alma e no corpo, e a expectativa de vida diminui. Não estou defendendo regimes totalitários, apenas visei comparar dados de saúde pública. Agradeço a todos, e todas as considerações são importantes e muito válidas para nossas reflexões!

**Catiana**, em 23 de julho de 2011, às 15h 13

Concordo com os colegas quando falam que para se ter qualidade no atendimento não basta apenas ter tecnologia, e sim profissionais comprometidos com o seu trabalho. Atuo na saúde pública há nove anos e percebo que há profissionais que têm perfil para trabalhar em Saúde Pública, que são resolutivos, mas há outros que ainda veem a Saúde Pública como um bico. Acredito que o caminho para acabarmos de vez com esse modo de agir é a Estratégia de Saúde da Família, pois quando realmente se trabalha em equipe, ou o profissional se adapta ao sistema e repensa o seu modo de agir, ou ele sai fora.

**Samuel**, em 24 de julho de 2011, às 11h 43

Realmente interessante este debate. Me fez lembrar de uma situação que presenciei esta semana na ESF onde trabalho: uma paciente que foi atendida por um Clínico Geral de consultório particular veio ansiosa porque tinha acabado de retornar de uma cintilografia óssea do seu Convênio. Referiu que lá só havia pacientes com câncer e já estava desconfiada que o Médico havia solicitado o exame porque achava que ela tinha um câncer. O fato é que se trata de uma paciente com depressão, osteoartrose e dor crônica, já em acompanhamento há anos com Ortopedista e tendo realizado diversas ressonâncias. Isso me faz pensar no que foi colocado aqui: o quanto deixamos de ouvir o paciente, de melhorar a relação médico-paciente; o quanto estamos piorando a situação solicitando exames desnecessários, que só elevam os custos do sistema e provocam mais sofrimento ao paciente.

Independente da veracidade ou não dos dados apresentados no texto, agradeço a oportunidade de refletir sobre o trabalho que desenvolvemos em nosso cotidiano.

**Rosângela**, em 24 de julho de 2011, às 2011, às 14h 25

Acredito que as atividades em relação à saúde devam ter um aspecto filantrópico, mas na sua essência, devemos considerar que, de alguma forma, o financeiro deveria advir de fundos governamentais destinados a esse fim (CPMF foi um exemplo), mas que sejam realmente usados para o fim proposto. Como não poderia existir bitributação no nosso país, acho que um imposto seria suficiente, mas não adiantam somente fundos, se a forma de aplicação dos recursos não se tornar transparente e participativa.

**Roberta**, em 27 de julho de 2011, às 12h 03

O texto nos mostra a importância para a saúde da população de o país ter uma política de saúde eficiente. E que tecnologia deve ser um auxílio para o

cuidado, mas não podemos esquecer que possuindo uma equipe qualificada na APS, prestando um atendimento qualificado e humanizado, poderemos fazer a diferença.

**Dorci**, em 29 de julho de 2011, às 16h 05

O que a gente pode tirar deste texto é que se deve levar em conta não só a tecnologia ou os custos, e sim a qualidade. Por isso, o modelo de saúde tem que ser focado e rediscutido para encontrarmos caminhos menos onerosos sem a necessidade de produzir lucros. Também a prevenção e a qualidade devem ser prioritárias. A tecnologia é muito elevada, mas os recursos aplicados são insuficientes para atender à demanda.

**Carolina Freitas**, em 31 de julho de 2011, às 16h 05

A Diferença que faz a diferença é o Modelo de Atenção à Saúde, visando à qualidade de atendimento ao cidadão. Priorizando a qualidade, e não a quantidade, como querem os gestores. E a ESF com profissionais bem preparados e valorizados de forma adequada irá criar comprometimento com o trabalho em saúde, com promoção e prevenção e comprometimento com a comunidade.

**Lenir Santos**, em 15 de agosto de 2011, às 00h 19

Agradeço a todos pelos comentários postados. O bom debate é aquele em que podemos discutir temas e expressar nossas opiniões. Obrigada!

**Edite de Oliveira Santos**, em 1º de setembro de 2011, às 15h 25

Concordo plenamente quando você diz que a saúde que queremos é a saúde que podemos. Outro ponto que sempre me chama a atenção em seus comentários e debates é a questão da judicialização. Você consegue ilustrar de forma clara os abusos do Judiciário e a falta de instrumentos definidos em lei que orientem e forneçam os respaldos devidos aos gestores em relação principalmente ao art. 196 da Constituição. O Judiciário, em sua atuação, não respeita as atribuições de competência das esferas dos entes federativos, justamente por desconhecimento da legislação própria do SUS. Sou Ouvidora neste município e posso adiantar que esta situação é complexa e de difícil solução. Espero que a regulamentação da Lei nº. 8.080/90 pelo Decreto nº. 7.508 possa ser uma luz no final do túnel, principalmente em relação ao judiciário. Sou sua fã incondicional, desejo muita luz.

**Lenir Santos**, em 2 de setembro de 2011, às 10h 06

Oi Edite. Obrigada pelas considerações. Temos que continuar fazendo este debate para melhorar a compreensão do SUS por todos.

**Silvana Valéria Alfino**, em 3 de outubro de 2011, às 18h 11

Oi pessoal. Penso ser muito mais recompensante e barato produzir saúde através da APS do que tratar a doença.



**Patrícia Oliveira Tarnowski**, em 3 de outubro de 2011, às 20h 49

O texto veio em boa hora também em relação aos recursos. Agora com a regulamentação da EC 29, fica sempre uma dúvida se esses recursos serão aplicados em eficientes políticas de saúde. Uma comparação de comércio e saúde é a indústria farmacêutica, em que há sempre muitos conflitos de interesses. Não podemos jamais esquecer multiplicar as informações de promoção e prevenção da saúde para que cada vez mais possamos fortalecer a Atenção Primária, conscientizando os usuários de que saúde não se faz somente com exames e medicamentos.

**Lenir Santos**, em 4 de outubro de 2011, às 18h 06

Olá Silvana. Bom dia! Obrigada pelo comentário. Continue participando! Um grande abraço.

**Lenir Santos**, em 4 de outubro de 2011, às 18h 06

Oi Patrícia. Bom dia! Obrigada pelo comentário. Continue participando! Um grande abraço.

**Andréia**, em 4 de outubro de 2011, às 22h 11

Bem, acredito que a diminuição do uso das tecnologias no cotidiano seja um longo caminho que teremos a percorrer. Trabalho em ESF e a todo momento os usuários questionam quanto a novas solicitações de exames de imagens etc., para casos em que exame clínico detalhado dá conta. Acredito que a persistência seja a característica que tenhamos que desenvolver com mais afinco a fim de elucidar os questionamentos dos usuários e de não nos rendermos a qualquer tipo de pressão/imposição.

**Júlio César Weber**, em 6 de outubro de 2011, às 12h 00

Olá a todos! Esta é uma discussão muito interessante e, infelizmente, aqueles que mais sofrem (ou se beneficiam) pelos resultados das ações em saúde, segundo este ou aquele modelo, não fazem parte da mesma: a população em geral. Entre os usuários do SUS, há muito desconhecimento do que seja APS (embora também haja entre os trabalhadores da saúde). Há muito ruído causado por informações veiculadas sobre exames/técnicas/aparelhos sofisticados que confundem o entendimento do cidadão com conhecimento no mínimo mediano sobre o que seja saúde e o que seja doença (e as formas de prevenção/promoção/diagnóstico/tratamento). Alguns usuários (gestantes, em relação a fazerem pré-natais – de baixo risco – com um médico generalista ou de saúde comunitária; cardiopatas requerendo consultas frequentes com cardiologistas e realização de ecocardiogramas, só para exemplificar) dão pouco valor ao uso do estetoscópio, exame físico, aconselhamento, se não houver um laudo de exame que “materialize” sua saúde (ou doença). O usuário quer qualidade no atendimento: mas como dar qualidade no atendimento quando o dilúvio matutino de usuários invade a US para o acolhimento, e temos que dar conta de todos (para falar em consulta médica: alguém acha realmente que uma consulta de 15 minutos

(ou menos) traz segurança para quem está com uma dor há meses e para a qual não foi achada a causa após várias consultas de 15 minutos (ou menos) e que resultaram apenas em uma prescrição de paracetamol? Quando os determinantes sociais da saúde são tão importantes que ofuscam qualquer prescrição / recomendação / aconselhamento, nem uma RNM em ambiente *sci fi* dá conta da situação). Seguimos em frente acreditando que nossas ações por menores (mas eficazes) que sejam, em conjunto, possam dar conta deste desafio de construir a saúde que desejamos.

**Lenir Santos**, em 6 de outubro de 2011, às 16h 25

Oi Andréia. Boa noite! Precisamos estar sempre atentos. Você tem razão. Abraços.

**Lenir Santos**, em 7 de outubro de 2011, às 16h 01

Oi Júlio César. Obrigada pela sua participação! Vamos continuar esse debate. Abraços.

**Roseléia Halmenschlager**, em 8 de outubro de 2011, às 14h 43

Concordo com a colocação em relação ao comprometimento dos profissionais. Precisa-se dar o tempo necessário às consultas, para fazer anamnese, exame físico completo, com olhar integral e exames para complementarem os diagnósticos. Pois nem sempre os exames mais sofisticados são necessários para diagnóstico.

**Lenir Santos**, em 13 de outubro de 2011, às 15h 51

Roseléia, você tem toda razão. Obrigada por participar!

**Maria Claudete de Campos**, em 12 de junho de 2012, às 20h 53

Acredito na saúde pública, no trabalho humanizado, junto com os bairros e comunidades. Vamos fazer a diferença.

**Madalena de F. Cordeiro**, em 12 de junho de 2012, às 21h 42

Ao ler o texto, percebo a importância para a saúde da população de o país ter uma política de saúde eficiente. E que tecnologia deve ser um auxílio para o cuidado, mas não podemos esquecer que possuindo uma equipe qualificada na APS, prestando um atendimento qualificado e humanizado, poderemos fazer a diferença. Os debates dos colegas me fizeram pensar em várias questões envolvendo o meu trabalho na Estratégia Saúde da Família em Bituruna, pois o Programa preconiza o trabalho de prevenção e promoção da saúde da população, tendo como objetivo um atendimento integral e humanizado às famílias, dando prioridades para aquelas famílias menos favorecidas. Voltando ao tema em questão, percebe-se que o modelo de saúde deve ser rediscutido e redirecionado para definir algumas prioridades na atenção a saúde, como moradia, saneamento básico e valores humanos, e com isso oferecendo uma melhor qualidade de vida. Nesta semana, atendi uma gestante de 18 anos,

gesta III, Filho vivo I aborto I; realizado o primeiro atendimento, percebo gestação de alto risco, solicito todos os exames de rotina e agendo para a obstetra. Chegando o dia da consulta para apresentar os exames para obstetra, a mesma faltou. Solicitei bus cativa, na qual fui pessoalmente junto com a ACS. Ao chegarmos a sua residência, me deparei com extrema pobreza, duas famílias morando em uma peça que mal cabia fogão a lenha sem porta, com muita fumaça dentro da casa, uma pia, uma cama. Surpresa: não havia realizado os exames dizendo que não pôde ir até o laboratório, alegando a dificuldade de deixar a criança, pois o marido havia ido trabalhar em outro estado S.C. Essa história faz pensar o quanto precisamos melhorar a saúde ou as condições sociais, redistribuição de renda, moradia, saneamento básico etc. De nada adianta tecnologia, melhores hospitais, Atenção Primária Básica estruturada, profissionais qualificados, se não olharmos neste tipo de humanização.

**Lucimary da Luz Costa**, em 14 de junho de 2012, às 21h 39

Concordo com o texto; muito bem escrito, porque relata bem a nossa realidade. Enquanto os gestores não pararem de pensar na saúde como mercadoria, continuaremos sem saúde com qualidade e igualdade.

**Letícia Pansini**, em 17 de junho de 2012, às 11h 42

O texto sugere que o valor investido em saúde não é por si só suficiente para determinar bons resultados e resolutividade. O mais importante é um modelo de atenção à saúde que seja eficiente e funcione integralmente.

**Aline Cremonese**, em 17 de junho de 2012, às 15h 36

Olá! Concordo plenamente com os comentários acima. Gostaria de fazer duas colocações: a primeira é que concordo com comentário da colega Madalena, que expressou de forma clara o que penso a respeito da saúde da família, e porque é tão difícil atingir qualidade. O que está ao nosso alcance enquanto profissionais de saúde é apenas uma parte; o trabalho tem que ser conjunto, e, na minha opinião, o aspecto político é o principal entrave. Melhorar a qualidade de vida da população depende de saneamento básico, distribuição de renda, acesso a boas escolas, e esse é o ponto chave. A educação é a maior aliada da saúde, porque ESCLARECE, INFORMA a população, e para a situação política no Brasil, não é conveniente que se formem cidadãos conscientes. Mas sem cidadãos esclarecidos, não é possível dizer que o exame X não é necessário, porque o que ele precisa é mudar seus hábitos de vida, emagrecer, fazer atividade física... Infelizmente, enquanto apenas alfabetizarmos a população, sem qualidade (muitas vezes, continuaremos permitindo que deputados façam seus salários, alimentando a corrupção no Brasil, e atravancando a evolução sociocultural). A segunda consideração é que se os indicadores de Cuba forem reais, o que acredito que sejam, temos muito que aprender com eles, tanto na organização da saúde primária e pública, quanto na educação, e principalmente na articulação entre elas.

Paralelo da educação entre Cuba e Brasil

[http://revistapandora.sites.uol.com.br/educacao/ed\\_cuba\\_brasil.htm](http://revistapandora.sites.uol.com.br/educacao/ed_cuba_brasil.htm)

**Fabiana Matos**, em 17 de junho de 2012, às 20h 07

Concordo com a opinião da Paula. Devemos sim definir o modelo de atenção que queremos e priorizar a promoção em saúde. Acredito que, tendo uma equipe comprometida e prestando um atendimento humanizado, conseguiremos uma atenção em saúde de qualidade.

**Maria Edjane Belo da Silva**, em 17 de junho de 2012, às 20h 34

A saúde é direito humano; no entanto, a realidade é bem diferente. O capitalismo predomina, mas precisamos mudar para que todos tenham acesso a condições de moradia, qualidade de vida e saúde com qualidade, pois existe o compromisso por parte dos profissionais, o que o texto enfatiza bem.

**Ana Cláudia**, em 18 de junho de 2012, às 11h 12

O texto nos mostra que não é o peso do investimento de permeia as estatísticas de saúde, mas sim onde investir. A tentativa em avaliar a Atenção Básica (primária) e construir estratégias de ação pode, sim, levar a uma organização do modelo assistencial hoje vigente. O lucro não pode continuar a exercer o papel de prioridade na saúde; precisamos urgentemente diminuir as demandas com média e alta complexidade estruturando a primária. Mas enfim, onde está a dificuldade no nosso país em se organizar este investimento? Creio que, na administração da saúde, os mais próximos da população, os Secretários de Saúde Municipais, esses sim, com um direcionamento, conseguirão inverter, ou ao menos tentar mudar, essa situação.

**Juliana Amaro Nogueira**, em 18 de junho de 2012, às 18h 37

No texto é possível observar o quanto a tecnologia pode acrescentar na saúde pública, principalmente na Atenção Primária. Também se observa o quanto os números são almejados pelos governantes, muitas vezes se esquecendo do benefício ao ser humano.

**Lenir Santos**, em 19 de junho de 2012, às 15h 19

Maria Claudete, boa noite. Sua participação é importante. Vamos juntos construir um SUS de qualidade. Abraços.

**Lenir Santos**, em 19 de junho de 2012, às 15h 20

Madalena, obrigada por participar. Seus comentários são bastante relevantes. Realmente é importante a realização de políticas públicas para a melhoria de condições da saúde da população. Abraços.

**Lenir Santos**, em 19 de junho de 2012, às 15h 20

Lucimary, obrigada pela participação! Continue a nos visitar. Abraços.

**Lenir Santos**, em 19 de junho de 2012, às 15h 21

Oi Letícia. É verdade! Vamos continuar nessa luta.

**Lenir Santos**, em 21 de junho de 2012, às 18h 22

Aline, tenho achado muito boa a discussão que vocês vêm fazendo no *blog*. Continuem participando, e quando quiserem escrever um artigo, é só me enviar. Abraço.

**Lenir Santos**, em 21 de junho de 2012, às 18h 23

Maria Adjane, obrigada por participar. Seus comentários são muito bem vindos.

**Lenir Santos**, em 21 de junho de 2012, às 18h 23

Oi Juliana. Bom dia! Tem sido muito gratificante poder debater com vocês esse tema. Obrigada pela participação.

**Lenir Santos**, em 21 de junho de 2012, às 18h 23

Ana Cláudia. Gostei muito de suas observações. Obrigada. Continue a participar.

**Telma**, em 25 de junho de 2012, às 16h 13

Parabéns pela iniciativa na discussão. Realmente, os custos com saúde tanto no SUS quanto na saúde privada estão cada vez mais se tornando exorbitantes, o que nos leva à questão: Onde isso vai parar? – Obviamente que, se continuar nesse ritmo, não será possível cobrir os custos. Sendo assim, é urgente a discussão sobre formas de prevenção e promoção efetivas de saúde.

**Miguel**, em 17 de julho de 2012, às 18h 08

Claro, realista e objetivo! Estimulante para quem atua na Atenção Básica! Parabéns!

**Fernanda Bohn**, em 26 de julho de 2012, às 21h 27

O texto nos traz dados claros em que podemos observar que a tecnologia não é o fator que determina a qualidade de vida da população, embora a comercialização da saúde que vemos hoje em dia convença a população menos esclarecida do contrário. E isso é observado não só no Sistema Único de Saúde como também nos planos de saúde privados, uma vez que várias empresas estão falindo. Portanto, no meu entendimento, enquanto não conseguirmos aumentar o nível educacional e cultural da população, trabalhar com prevenção de doenças e promoção da saúde continuará sendo um desafio para todos profissionais que trabalham na APS.

**Lenir Santos**, em 27 de julho de 2012, às 16h 56

Fernanda, é isso mesmo! A Atenção Primária, quando resolutiva em 85% dos casos, pode trazer resultados muito bons para o sistema de saúde e para a população, é claro! Obrigada por participar!

**Alessandra Maier**, em 17 de agosto de 2012, às 15h 18

Realmente tecnologia não é sinônimo de qualidade de vida. Trabalhar com os indicadores de saúde de acordo com o território, isso sim faz a diferença; ter governabilidade do cuidado e saber onde investir, priorizando e planejando metas a serem desenvolvidas a médio prazo. Sistema de saúde eficiente não é sinônimo de ter altas tecnologias, e sim como fazer uso adequado dessas tecnologias, o que poderemos fazer com o que temos disponível. O bom uso do dinheiro público será nas ações de prevenção de doença, ou seja, se aplicados na Atenção Primária da Saúde, na base da pirâmide; e penso que Atenção Primária de Saúde fala, nas entrelinhas, em emprego, participação da comunidade nos espaços sociais locais, moradia, saneamento, esporte, lazer, educação, sustentabilidade local.

**Lenir Santos**, em 21 de agosto de 2012, às 16h 09

Alessandra, obrigada pela participação.

5 de abril de 2010

## Prioridade na prevenção em saúde: Um princípio relegado a segundo plano

*Luís Bernardo Delgado Bieber<sup>1</sup>*

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Integralidade, Prevenção em Saúde, Princípios Constitucionais, SUS.

Há muito já se cristalizou entre sanitaristas e juristas apontar as especificidades dos Princípios que informam a constituição do sistema de saúde brasileiro. Aponta-se, a partir da Lei nº. 8.080 (1990), a existência de três ou quatro princípios que vão além dos princípios mais gerais informadores da Administração Pública – e que, naturalmente, também se aplicam ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, estudos têm desenvolvido e aprofundado reflexões acerca dos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e do controle social, sendo, este último, algumas vezes, apontado não como princípio, mas como diretriz relacionada à organização do sistema.

O princípio da integralidade da saúde, expressamente anunciado no art. 198, inciso II (CF, 1988), como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, mais recentemente tem sido alvo de reflexões no sentido de procurar a sua conformação em área como a promoção e a proteção da saúde, ou no sentido de uma análise mais holística da conformação sistêmica, para delinear necessários parâmetros da integralidade com que o orçamento público deve arcar.

Isso porque, embora já esteja sobejamente comprovado, as vantagens de aplicar recursos em ações preventivas, de maneira a evitar o posterior adoecimento da população, esse dispositivo constitucional explicita a determinação de não poder haver prejuízo ao componente de assistência à saúde do cidadão.

Neste contexto, no enunciado desse princípio, entre a sua primeira parte (destacando a integralidade) e terceira parte (ressalvando a proibição

[1] Bacharel em Direito, Especialista em Vigilância Sanitária e em Direito Sanitário pela FIOCRUZ, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária na ANVISA, Assessor da Diretoria de Controle e Monitoramento Sanitário da ANVISA.

[2] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.



de prejuízos dos serviços assistenciais), tem passado despercebida a sua parte do meio, relativa à necessidade de priorizar as atividades preventivas. Essa não é somente uma segunda parte desse inciso; o seu conteúdo é de tal centralidade que bem poderia ser considerado um novo, específico e fundamental princípio constitucional do SUS.

Essa interpretação aumenta o número de princípios do SUS e sua abrangência, no entanto, mais do que isso, vem aliar-se e somar-se ao princípio da equidade, relação esta já referida por Aith (2007), na definição dos gastos públicos. Sobretudo, essa nova compreensão reforça a necessidade de planejar mais e melhor as ações públicas de saúde, de maneira a alcançar efetivamente a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção à saúde.

Atualmente, a prioridade dada à assistência ao doente tem levado os gestores a decisões que limitam os recursos destinados à prevenção e à promoção e proteção da saúde. Portanto, esse fardo se lhes poderia ser aliviado na medida em que se consolida e se legitima essa nova compreensão de priorizar ações de prevenção em saúde. Porém, para isso, exige-se uma permanente e contínua mobilização e participação social.

## **Referências**

BRASIL. Lei nº. 8.080, 19 de setembro de 1990. Acesso em 4/1/2010 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988. Acesso em 4/1/2010 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm).

AITH F. Curso de Direito Sanitário: A Proteção do Direito à Saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

12 de abril de 2010

## SUS: Atenção Primária ou Prioritária?

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Modelo de Atenção, Saúde Pública, SUS.

A Constituição reconheceu a saúde como direito do cidadão e criou o SUS como o sistema público de saúde responsável por garantir, de modo universal e igualitário, o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

As diretrizes constitucionais do SUS são três: descentralização, participação da comunidade e integralidade da assistência, com prioridade para as ações preventivas. Esta última diretriz nem sempre tem sido corretamente interpretada ou cumprida, uma vez que os serviços de saúde preventivos (e quase sempre de cunho coletivo) nem sempre são prioritários.

A Atenção Primária situa-se, fundamentalmente, no campo da prevenção, devendo ser priorizada no âmbito do SUS, conforme determinação constitucional.

Na realidade, a expressão “Atenção Primária” pode muitas vezes conduzir o intérprete mais desatento à compreensão de que se está tratando de uma assistência menor, elementar, uma vez que a palavra primária tanto pode ser interpretada como principal, fundamental como limitada, rudimentar, superficial (Novo Dicionário Aurélio).

Contudo, a Atenção Primária, sendo o primeiro cuidado com a saúde da pessoa, no sentido de sua promoção e proteção, a interpretação que melhor expressa a sua importância dentro da saúde pública é a de principal, fundamental, devendo, por isso, ser considerada como atenção prioritária, a qual orienta todo o sistema de saúde.

Nenhuma saúde pública que garante a todos a integralidade da assistência à saúde pode negar à Atenção Primária o sentido de prioridade. A Atenção Primária deve ser aquela que, atuando como filtro, como agente regulador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

[2] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

problemas de saúde se agravem, resolvendo de imediato 85% dos problemas que surgem sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual.

Daí a grande importância da Atenção Primária, por ela atuar de maneira preventiva visando à garantia de boa saúde, a sua integralidade, postergando ou evitando as doenças e permitindo melhores condições de vida (na saúde, o principal deve ser a sua preservação); e isso também tem a ver com os gastos com saúde, a amplitude da cobertura desses serviços à população e a educação social ou a consciência e responsabilidade de cada um para com a sua saúde.

E tudo o que possa evitar ou resolver os riscos ou prevenir agravos à saúde redundarão em melhores condições de vida. É tão grande a importância da Atenção Primária nos países de atenção universal que a Espanha investe, em Atenção Primária, por volta de 240 euros per capita/ano (2002) e seus serviços, que cobrem 95% da população, têm a aprovação de quase toda a população (90%). Na Inglaterra tem sido crescente a importância dada à prevenção que até já se cogita de alguma responsabilização das famílias de crianças obesas por descuido com a alimentação.

Será cada vez mais difícil (para qualquer país) cobrir as crescentes despesas com saúde, em razão do avanço tecnológico que na saúde não diminui gastos, mas sim os amplia, e do aumento da longevidade da população. Por isso, é premente que a população também se conscientize de suas responsabilidades para com a sua própria saúde a partir de medidas educativas, que devem fazer parte do rol de atividades e serviços da Atenção Primária, principal, prioritária.

Se a Atenção Primária passar a ser considerada como atenção prioritária, certamente estaremos no caminho de que o bem a ser protegido é a saúde, e não a doença, e com isso estaremos cumprindo a diretriz constitucional de priorizar as ações preventivas (de cunho coletivo), evitando que o sujeito adoça porque a saúde pública chegou antes do agravamento, prevenindo os riscos.

## **Referências**

Jose R. Pepullo e Antonio Iñesta - Organizadores. Sistemas Y Servicios Sanitarios. Editora Diaz de Santos. Espanha, 2006.

### **Comentários: 3**

**Mércia Maria Santos Coutinho**, em 22 de abril de 2010, às 18h 51

Concordo plenamente, todavia, ainda existe um distanciamento das equipes em compreender que a Atenção Primária precisa ser resolutiva, mas infelizmente suas práticas ainda se baseiam em um modelo centrado no médico e nos procedimentos. Utilizam como objetivo encaminhar os usuários para a atenção especializada, superlotando-a, dificultando a integralidade da atenção.

**Fabício**, em 22 de fevereiro de 2012, às 22h 52

E as outras Atenções (Secundária e Terciárias)? Gostaria de saber. Obrigado!

**Lenir Santos**, em 24 de fevereiro de 2012, às 14h 40

Oi Fabrício. Os demais níveis de atenção à saúde devem integrar a rede de atenção à saúde, cabendo à Atenção Primária fazer os encaminhamentos adequados.

23 de abril de 2010

## O SUS e o sentimento de pertencimento

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

O direito à saúde, consagrado na Constituição e garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo implementado pelos municípios, estados e União muito mais em razão de um movimento sanitário composto por especialistas, secretários de saúde, conselheiros de saúde, membros do Ministério Público do que por vontade da população, em especial a mais rica.

Por que a sociedade nem sempre reconhece os direitos sociais como a saúde, a educação, a segurança pública, como um direito de cidadania?

Isso tem a ver com diversos fatores, mas também com o sentimento de pertencimento. Não há um sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS. Todos os segmentos sociais buscam garantir, de algum modo, um plano de saúde: trabalhadores pelos seus dissídios coletivos; servidores com serviços próprios; ministério público, judiciário, parlamentares, autoridades públicas sanitárias, todos pretendem (ou já têm garantido) um plano de saúde institucional; e os secretários de saúde muitas vezes dirigem um sistema que não usam.

A classe média, quando reivindica perante o Poder Judiciário determinados procedimentos de saúde, principalmente os medicamentos, o faz com certo desprezo pelo sistema, sem nem querer saber quais são os seus deveres para com o SUS, uma vez que não existe direito sem um correspondente dever.

Não lhe importa saber se para obter um serviço do SUS deve-se acessá-lo pelas 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 indicadas pelos profissionais da saúde pública. Seria impensável em países como a Inglaterra e Espanha alguém escolher ou pretender para si apenas este ou aquele procedimento sanitário público prescrito por profissional da saúde privada.

E o Judiciário – sem se debruçar sobre os princípios e diretrizes do SUS, dentre eles o da integralidade, que garante medicamentos como uma

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

decorrência da assistência terapêutica que, por sua vez, pressupõe haver um paciente em tratamento no sistema de saúde público – acolhe todos os pedidos, sem se dar conta de que está rompendo com a organização do SUS e com o princípio da igualdade daquele que, cumprindo seus deveres, entra no SUS pela sua porta de entrada, como em qualquer país que garante o acesso universal à saúde.

Essa ausência fundamental do sentimento de pertencimento ao SUS e daqueles que acham que o SUS é para a sua empregada doméstica produzirá um SUS pobre para pobres. E, enquanto o Judiciário não perguntar como esse Sistema está organizado, apenas referindo-se ao amplo conceito do art. 196, que também caracteriza a saúde como decorrência de políticas sociais e econômicas que evitem o risco de agravo à saúde; e garantir o direito à saúde às pessoas porque elas são “hipossuficientes”, e não porque são cidadãos que devem ter seus direitos garantidos e deveres a cumprir, estará contribuindo para a sua desorganização.

Lembramos que dentre os princípios do SUS temos políticas de saúde discutidas nos conselhos de saúde; integralidade da atenção a ser garantida numa rede interfederativa de serviços, e não apenas por um determinado município; integralidade que deve ser respeitada tanto pelo sistema público quanto pelo cidadão que não pode pretender procedimentos fracionados.

O ideal não pode ser ter renda para garantir um plano de saúde, mas sim ter consciência social; isso faz com que a sociedade se isole do SUS e se desinteresse de seu financiamento, o qual deve garantir um padrão integralidade de atenção à saúde discutido por todos.

### **Comentários: 3**

**Heliane Rodrigues**, em 5 de maio de 2010, às 00h 27

É verdade, parabéns, mesmo! Em 1997 tive oportunidade de expressar esse mesmo entendimento em ações do MP que buscavam proteção para aqueles cidadãos que procuravam o Judiciário para obter medicamento prescrito por profissional da rede privada e cuja consulta era de preço elevado.

**J.Lineu**, em 9 de março de 2010, às 23h 02

Saiu na revista Época uma matéria sobre o Cartão SUS. Fiz um ‘resumão’ e estou publicando em algumas redes que abordam saúde e a prestação de serviço pelo sistema público. Vale refletir sobre o serviço de saúde no BR e o benefício para algumas cidades/Estados. Vale também pensar em como exigir mais, aliás, exigir o que é de direito de cada cidadão. Abraços.

#### **O Cartão SUS que não pegou**

Ousado, projeto federal para criar cartão eletrônico desperdiça R\$ 418,6 milhões.

O Cartão SUS, uma das ações de um projeto federal criado há dez anos para

modernizar o atendimento da rede pública de Saúde, tornou-se mais um caso da desastrosa gestão na aplicação de recursos públicos. Com a inovação magnética, seria possível montar um cadastro nacional dos usuários do SUS, construir o histórico clínico dos pacientes, agilizar o atendimento de consultas e procedimentos, como também ampliar e melhorar o acesso da população aos medicamentos. De 2000 a 2009, o projeto não trouxe benefícios para a vida dos brasileiros, e já consumiu R\$ 418,6 milhões.

Em 2000, a ousada vontade política ganhou fôlego com o dinheiro vindo de um financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Cenário perfeito para que os gestores ignorassem completamente uma análise inicial dos riscos na implementação de um sistema informatizado em um país com enormes diferenças regionais. Do alto da burocracia, também se esqueceram de mobilizar a peça-chave no contato com o paciente: o profissional de saúde. O peso no quadrante de fraquezas e ameaças já anunciava o desastre.

Ainda se somam as clássicas denúncias de favorecimento nas licitações, superfaturamento, desvios e descumprimento dos contratos de fornecimento. Já não se sabe mais o que é causa e consequência do desperdício de dinheiro. Hoje, mais de 10 mil terminais de atendimento e servidores entregues pelo governo espalhados em 44 municípios viraram sucata, o investimento no treinamento de 13.000 funcionários foi perdido, e o Governo não sabe dizer quantos dos 14 milhões de cartões magnéticos prometidos para o projeto piloto foram emitidos.

A disparidade na qualidade e na metodologia dos dados coletados nas regiões enterrou por completo a ambição de construir um cadastro nacional informatizado. Enquanto São Paulo – que não participou do Projeto – criou uma base própria de dados, o cartão magnético de uma das unidades do SUS em Brasília é de papel.

Coincidência triste é que durante os mesmos dez anos, a tecnologia também permitiu um avanço científico considerável nos tratamentos e desenvolvimento de novos medicamentos. Uma lei garante que todas as mulheres acima dos 40 anos realizem a mamografia pelo SUS. Porém, não há mamógrafos distribuídos por todo o país e em bom funcionamento. O câncer de mama é a 1ª causa de morte entre as mulheres. Segundo dados do Ministério da Saúde, 70% da população brasileira depende do atendimento público. Contrassenso, é que a lista de medicamentos do SUS não é atualizada há mais de dez anos, negando a milhares de pacientes melhores chances de cura. A rota dos pacientes tem sido as ações judiciais que estão transferindo ao Judiciário a questão de saúde pública.

Alguma coisa está fora da ordem. É cartão magnético de papel, é lei que não pega. O Ministério da Saúde promete algumas correções até o fim do ano. Um projeto ambicioso que jogou muito dinheiro fora e infelizmente entra no rol do descaso com a saúde pública.

**Carla Sartori**, em 14 de dezembro de 2010, às 16h 52

Você disse tudo. Não é necessário comentar, apenas refletir sobre a grandeza gerencial ética deste discurso. Parabéns pelo brilhante poder de síntese! É simples assim mesmo, é só querer e fazer!



4 de maio de 2010

## SAÚDE E CONSUMO: Uma articulação oportuna para a proteção à saúde dos consumidores

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Consumidor, Consumo Seguro, REDE DS, Saúde e Consumo.

Dentre os cinco grandes temas (1- Defesa do Direito à Saúde; 2- Fortalecimento do SUS; 3- Cidadania; 4- Produção e Difusão de Conhecimentos em DS; e 5- Mobilização Política e Social) que priorizamos na construção da REDE DS e para a discussão e debate no nosso *blog*, diferentes assuntos e enfoques podem ser abordados com propriedade e oportunidade, no sentido de novas formulações ou de ampliar e/ou aprofundar a discussão, ou mesmo, a divulgação de um assunto relacionado ao Direito Sanitário.

Nesse contexto, um tema bastante novo, e pouco debatido até o momento, constitui o que está sendo denominado “saúde dos consumidores”, comportando um sentido *lato sensu* de proteção, mesmo, da saúde dos consumidores, e um sentido mais político, de articulação estratégica entre os campos ‘saúde’ e ‘consumo’. Aliás, as ações nestes dois campos já deveriam estar muito mais articuladas e integradas, tanto pela natureza de seus propósitos (dois direitos sociais amplos e fundamentais: direito à saúde e direito do consumidor), quanto pelo contexto histórico da aprovação de suas respectivas leis – a lei orgânica do direito do consumidor (n.º. 8.078) e a primeira lei orgânica da saúde (n.º. 8.080) –, ambas aprovadas no mês de setembro de 1990, fruto de grande mobilização política e social.

A saúde do consumidor – entendida nessa perspectiva de direito fundamental, tal como propugnado pela CF/1988 – exige uma articulação integrada, que busque mais eficiência na provisão dos serviços e produtos indispensáveis à garantia do bem estar das pessoas e mais eficácia na formulação de políticas públicas, de modo a evitar duplicidade de esforços, e que possibilite a adoção de medidas oportunas para o fortalecimento da saúde e proteção do consumidor.

Mais recentemente, estas duas áreas, tanto no que é responsabilidade de cada ente governamental, quanto no que é próprio dos respectivos setores sociais, têm se aproximado mais na busca de se integrarem com a finalidade

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

de estreitar uma articulação institucional para a proteção do cidadão, nos campos da saúde e do consumo. Nesta direção, os órgãos de defesa do consumidor têm se colocado numa postura francamente propositiva de se alinhar às medidas de cunho protetivo sob responsabilidade do Estado, ao mesmo tempo que assumem, cada vez mais, uma postura de vigilância e denúncia das omissões em relação às leis, por ventura verificadas.

Pelo lado institucional, o Ministério da Justiça, por intermédio do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC), e o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), têm construído essa integração no campo político, numa maior aproximação e interação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), e no campo administrativo-operacional, na proposição e assinatura de um Termo de Cooperação, de 11 de setembro de 2009, no sentido de se articularem e se fortalecerem para assegurar, do ponto de vista sanitário, um consumo seguro e, por outro lado, a responsabilização civil das empresas, no caso de descuidos ou infrações que possam ameaçar a saúde do consumidor.

Na esteira dessa proposição, a Organização dos Estados Americanos (OEA), em conjunto com a OPS – Organização Pan-Americana de Saúde –, realizou em setembro de 2009 uma oficina com especialistas para discutir uma cooperação nas Américas sobre ‘Saúde e Consumo’, o que resultou, agora no último mês de abril, num encontro de vários países, incluindo o Brasil, que teve como desdobramento a constituição de um GT (Grupo de Trabalho) Saúde e Consumo para coordenar, ampliar e fomentar/acompanhar essa discussão, no continente, e construir um “Observatório de Consumo Seguro” que contemple a criação imediata de um “Sistema de Alertas Rápidos” em qualquer situação de risco sanitário relativo ao consumidor.

Se a economia é globalizada, a luta por um consumo seguro precisa ser, também, globalizada e, mesmo sendo essa uma articulação muito inicial, sua potencialidade de mobilização é muito grande. Os principais instrumentos de gestão para a consecução de um “Observatório Saúde e Consumo”, de Proteção à Saúde dos Consumidores, são informação, conhecimento e monitoramento, que contemple um sistema de comunicação e alertas em todas as situações em que esteja ameaçado o direito ao consumo seguro.

## Referências

BRASIL. Constituição Federal 1988. Acesso em 11/4/2010 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

BRASIL. Lei nº. 8.080, 19/09/1990. Acesso 11/4/2010 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL. Lei nº. 8.078, 11/09/1990. Acesso 11/4/2010 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm)

Organização dos Estados Americanos. Taller: Consulta Técnica sobre *la Salud del Consumidor en las Américas*. Acesso em 11/4/2010 e disponível em: [http://www.oas.org/dil/esp/departamento\\_programas\\_juridicos\\_especiales\\_proteccion\\_al\\_consumidor\\_taller.htm](http://www.oas.org/dil/esp/departamento_programas_juridicos_especiales_proteccion_al_consumidor_taller.htm)

[http://www.oas.org/dil/esp/departamento\\_programas\\_juridicos\\_especiales\\_proteccion\\_al\\_consumidor\\_taller\\_Laquidara-ARGENTINA.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/departamento_programas_juridicos_especiales_proteccion_al_consumidor_taller_Laquidara-ARGENTINA.pdf)

12 de maio de 2010

## **AINDA O “PRINCÍPIO” DA PRIORIDADE DA PREVENÇÃO NA SAÚDE: A responsabilidade pela saúde das gerações futuras**

*Luis Bernardo Delgado Bieber<sup>1</sup>  
Neilton Araujo de Oliveira<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Gerações Futuras, Prevenção em Saúde, Princípios do SUS.

Já destacamos e apresentamos anteriormente para discussão a existência de um princípio constitucional sanitário um tanto ignorado e desprezado, mas nem por isso menos importante do que os demais: o princípio da prioridade para as ações de prevenção na saúde – ou que outra fórmula se venha a consagrar para exprimir esta ideia. Com efeito, ele está de tal maneira relegado a segundo plano que sequer há uma uniformização teórica quanto à sua formulação.

A valorização e a compreensão desse princípio não servirão apenas para nortear a aplicação dos recursos públicos nas ações de prevenção (e de promoção e proteção) da saúde. Servirão, também, para revelar que, além do cuidado com a saúde dos cidadãos de hoje, os gestores públicos reconhecem e assumem responsabilidades para com a saúde da população de amanhã, isto é, para com as gerações futuras. A definição de gerações futuras como sujeito de direito, inovação já consagrada até na teoria jurídica tradicionalista, não constitui novidade no âmbito constitucional brasileiro. Nem no campo da saúde, nem no campo de outras áreas, como é o caso do meio ambiente, conforme explicita o caput do art. 225 (CF, 1988): todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Não se trata apenas de caracterizar esse direito como um direito difuso, a grande inovação está mesmo em tornar sujeitos de direito aqueles que ainda não nasceram ou ainda não foram concebidos. Esse dispositivo, que qualifica o meio ambiente como bem “essencial à sadia qualidade de vida”,

[1] Bacharel em Direito, Especialista em Vigilância Sanitária e em Direito Sanitário pela FIOCRUZ, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária na ANVISA, Assessor da Diretoria de Controle e Monitoramento Sanitário da ANVISA.

[2] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

em última análise, estabelece e qualifica a amplitude do direito e da condição de saúde. Todavia, esta saúde não é somente a saúde dos cidadãos dos dias de hoje, mas também daqueles do porvir. Então, se o meio ambiente é tão importante para a saúde, tanto das atuais, quanto das futuras gerações, não menos importante para essa saúde podem ser a organização e a estruturação das ações e serviços públicos de saúde.

Assim, a priorização das ações preventivas na área da saúde constitui, fundamentalmente, um princípio constitucional. E garantir a saúde dos brasileiros de hoje é o seu objetivo imediato, porém, sua finalidade mediata é a saúde das futuras gerações.

Mesmo sendo essencial o reconhecimento dessa formulação como princípio constitucional do SUS, sua legitimação e efetivação representam um gigantesco e demorado desafio e, tal como os demais princípios constitucionais de cidadania, sua concretização só se dará com muita articulação, mobilização e participação política da sociedade.

## **Referências**

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Acesso em 6/1/2010 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm).

28 de maio de 2010

## Responsabilidade sanitária e as fronteiras do Brasil

*Flávio Goulart<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Comitê de Gestão Regionalizada, SIS-Fronteiras.

Fronteiras são, por natureza, territórios peculiares que demandam ações estratégicas e diplomáticas. No caso do Brasil, a linha de fronteira possui quase 16 mil km de extensão (o que vem a ser mais de 30% do diâmetro da Terra...) e engloba em torno de três milhões de habitantes, residentes em 121 municípios de nada menos do que onze estados da federação, limítrofes, por sua vez, de 10 países da América do Sul.

No Brasil, todavia, “fronteira” não é uma coisa simples. Com efeito, temos fronteiras nas quais basta o cidadão atravessar a rua para mudar de país (Uruguaiana – Paso de los Libres; Foz do Iguaçu – Ciudad Del Este; Taguatinga – Letícia, são alguns exemplos); em outros casos – aliás, na maior parte – o que há são rios, pântanos, selvas, verdadeiros desertos humanos, nos quais, somente se encontra gente ao se deslocar dezenas e até centenas de km, tanto do lado de cá como de lá de tais fronteiras.

No que diz respeito à saúde, a situação dos habitantes desta vasta região, em termos de acesso e qualidade, é certamente desfavorável. Mas se isso é ruim do lado de lá, em muitos casos, é pior ainda do lado de cá. Aqui no Brasil, as coisas ficam ainda mais complicadas quando se considera que a transferência de dinheiro do SUS tem como um dos critérios o contingente populacional. Assim, não são contabilizados para a base de cálculo dos repasses federais não só a população estrangeira como os brasileiros que residem no país vizinho, gerando demandas não estimadas no planejamento local. Mas mesmo assim é preciso relativizar, pois as situações variam muito. Em alguns lugares, o fluxo é dos vizinhos para o Brasil, em outros ele se inverte e há casos em que, praticamente, não há fluxo de pacientes em quaisquer das direções.

De olho no problema da saúde nas fronteiras o Ministério da Saúde executa um programa denominado Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras, visando a possível integração, entre o Brasil e as outras nações vizinhas, das ações e serviços de saúde em tais regiões,

[1] Médico; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Professor Titular (aposentado) da Universidade de Brasília; Consultor Autônomo em Saúde e Membro do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

chegando mesmo a anunciar que vai colaborar com o aprimoramento da organização dos sistemas locais de saúde, não só nos municípios fronteiriços como do lado de lá também. Seu objeto parece não ser a fronteira realmente existente, mas alguma outra, idealizada... Até aí, nada mais, todo mundo sabe que o Brasil quer ser um líder na América Latina. Como estratégia, o MS lança mão de uma estrutura criada com o Pacto pela Saúde, o CGR – Comitê de Gestão Regionalizada e propõe sua aplicação nas fronteiras, com participação bi ou até trinacional. Parece simples, mas não é.

Um CGR fronteiriço envolveria entendimentos não apenas entre municípios e estados, mas também entre países diferentes. Mas aí, a governabilidade escapa àqueles entes. O foco, portanto, estaria sob a responsabilidade principal da esfera federal e certamente não poderá surgir, magicamente, de um acordo local e regional, no máximo com a presença catalisadora do estado. A intenção, sem dúvida é boa, mas existe aí enorme distância entre intenção, gesto e viabilidade. As situações podem variar muito, pois as peculiaridades federativas variam intensamente na América Latina, podendo-se dizer que o Brasil é o país em que os entes federados possuem autonomia mais radical.

Assim, a composição de uma região de saúde dos dois lados da fronteira e, principalmente, a constituição de um CGR dificilmente poderá corresponder ao que está disposto no tipo ideal definido pelo Pacto, no qual quem comanda (e com razão) são os gestores municipais e estaduais do SUS. O fator omitido, mas que, no limite, articulará os sistemas de saúde dos países vizinhos seria a negociação permanente, com a última palavra atribuída ao nível federal, às vezes mais das Relações Exteriores do que da Saúde, como, aliás, determina a própria Constituição Federal brasileira.

Concluindo: a política para as fronteiras, no campo da saúde, já tem seu órgão mandatário no Brasil: é a ANVISA, à qual compete nos defender das invasões microbiológicas, bem como dos alimentos e outros produtos inadequados. Responsabilidade sanitária, em termos de assistência, sim, mas que ela seja assumida, em primeiro lugar, com os nossos patrícios. Outras situações devem ser vistas caso a caso. Por exemplo, entre Taguatinga, no Brasil, e Letícia, na Colômbia, qual é a composição, o quantitativo e o sentido dos fluxos? Isso se resolverá ali, entre as autoridades locais, de forma binacional, sob regência do Gestor Federal da Saúde e as necessárias bênçãos do Itamaraty. Reciprocidade é a palavra diplomática para tanto. Não há SIS-Fronteiras, CGR internacional ou outra bala mágica que dê conta do recado, a não ser que caiamos na especulação quase sideral. Exceção deve ser feita, é claro, para necessidades concretas de ajuda humanitária, o que, aliás, já é um campo em que nós brasileiros já ganhamos experiência, como acontece, por exemplo, no Haiti e agora no Chile. E por falar nisso, que “programa de saúde em fronteiras” existiria para o vasto contingente de bolivianos e outros latino-americanos que habitam grandes cidades



brasileiras, principalmente São Paulo, onde levam muitas vezes vida precária e, além do mais, clandestina? Não seria preciso viajar muito para se chegar a alguns dos nossos “fronteiriços”, com efeito. Talvez não valha a pena perder tempo com programas para os vastos, remotos e desertos territórios além Oiapoque ou além Javari...

## Referências

Sisfronteiras. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1228](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1228). Acessado em 10 de março de 2010.

## Comentários: 2

**Doutor Leonardo**, em 28 de maio de 2010, às 22h 03

Em seu World Health Report de 2008, a Organização Mundial da Saúde destacou que os países-membros deveriam considerar dar aos imigrantes e viajantes o direito à saúde. E trouxe um número preocupante: a população mundial de estrangeiros é mais ou menos do tamanho da população cidadã do Brasil.

**Flávio Goulart**, em 9 de junho de 2010, às 16h 28

Concordo. A OMS está, mais uma vez, certa. Mas que tal indagar dos emigrantes brasileiros nos EUA, Europa, Japão: que tipo de “direito” à saúde eles recebem naqueles países? Seria, também, uma questão de reciprocidade. Mas que reciprocidade é essa que nós queremos fazer vigorar aqui e que é totalmente ignorada fora de nossas fronteiras, inclusive naqueles países cujos cidadãos queremos proteger aqui?

9 de junho de 2010

## Além de um observatório, uma rede consumo seguro e saúde

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Consumidor, Observatório, Rede Consumo Seguro e Saúde, REDE DS, Saúde.

Voltamos ao tema “Saúde e Consumo” ou “Saúde dos Consumidores”, assunto que abordamos anteriormente em outro texto deste nosso *blog*, inclusive referindo-nos a que se a economia é globalizada, a luta por um consumo seguro precisa ser, também, globalizada. Destacávamos que, num esforço comum, ANVISA e DPDC (no Brasil) se articularam com OEA e OPS para, junto com outros países, discutirem a criação do “Observatório Saúde e Consumo nas Américas”, e acrescentamos que, mesmo sendo essa uma articulação muito inicial, era muito grande sua potencialidade de mobilização, pois informação e conhecimento são instrumentos poderosos e estratégicos para a consecução de um projeto/programa/política de Proteção à Saúde dos Consumidores.

Se a ideia básica era desenvolver um “sistema de comunicação e alertas rápidos” em todas as situações em que esteja ameaçado o direito ao consumo seguro, na ampliação desse debate e na discussão da proposta do ‘observatório’, especialistas – representantes dos países (Brasil, México, Estados Unidos, Costa Rica, Colômbia e Canadá) e da OEA, OPS e Consumers International – ampliaram a proposta inicial (OEA, 2010) de modo a contemplar, para além do ‘observatório’, outros objetivos tais como mobilização política, capacitação e formação de técnicos e autoridades relacionadas à Saúde e ao Consumo.

O Projeto de construção da Rede Consumo Seguro e Saúde nas Américas prevê três componentes estratégicos: 1- Compartilhar informações pertinentes ao Consumo Seguro e Saúde; 2- Criação de um Sistema Interamericano de Alertas Rápidos sobre segurança sanitária de produtos; e 3- Formação e Capacitação de Agentes, em Consumo Seguro e Saúde (OEA/OPS, 2010).

Claro que é uma proposta oportuna e fundamental para se avançar na defesa de direitos e construção da cidadania no continente e, também,

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

muito ousada, pois naturalmente enfrentará interesses diversos e, na maioria dos casos, contrários à maior informação e esclarecimento do consumidor cidadão. Esta iniciativa, no entanto, além do impacto positivo que poderá gerar na saúde dos consumidores, fortalecerá a capacidade de monitoramento e controle, por parte dos Estados Nacionais, já que as autoridades contarão com um marco e fonte de informação comum para maior respaldo na tomada de decisões.

Por sua posição arrojada e seu protagonismo nessa iniciativa e articulação, o Brasil, mediante colaboração entre DPDC/MJ e ANVISA/MS (Brasil, 2010), se comprometeu a financiar a primeira etapa do projeto que é a implantação imediata, em cooperação com a OPS, de um site na OEA para recolher, classificar e publicar de forma permanente os alertas e medidas adotadas pelos principais mercados mundiais, que já contam com sistemas de alerta rápidos sobre produtos considerados inseguros, principalmente os chamados recalls.

Na busca da concretização desta rede, o Brasil também se comprometeu em apresentar uma proposta de resolução na próxima Assembleia Geral da OEA, em junho de 2010, o que a Missão Brasileira Permanente na OEA já está articulando e, também, buscando apoios para sua aprovação. Este posicionamento brasileiro só está sendo possível graças ao esforço e cooperação DPDC/ANVISA que vem, nos dois últimos anos, intensificando a aproximação e o fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Defesa do Consumidor (SNDC) e de Vigilância Sanitária (SNVS).

A proposição dessa rede interamericana se coloca num contexto e com objetivos muito semelhantes ao que a REDE DS vem se propondo, especialmente nos eixos de produção e difusão de informações e conhecimentos, formação/capacitação de agentes e mobilização política. Portanto, representa mais uma ótima oportunidade (e necessidade) de ampliação do nosso debate e da articulação em torno da cidadania e da defesa de direitos.

## Referências

OEA. Primera reunión del Grupo de Trabajo “Hacia la construcción de un Sistema Interamericano de Alerta Temprana. Acesso em 1º/5/2010 e disponível em: [http://www.oas.org/dil/esp/departamento\\_programas\\_juridicos\\_especiales\\_proteccion\\_al\\_consumidor\\_taller.htm\\_evento\\_15-16-abril-2010.htm](http://www.oas.org/dil/esp/departamento_programas_juridicos_especiales_proteccion_al_consumidor_taller.htm_evento_15-16-abril-2010.htm) e [http://www.oas.org/dil/esp/departamento\\_programas\\_juridicos\\_especiales\\_proteccion\\_al\\_consumidor](http://www.oas.org/dil/esp/departamento_programas_juridicos_especiales_proteccion_al_consumidor)

OEA / OPS. Protección al Consumidor: Red Consumo Seguro y Salud – Plan de acción. Acesso em 1º/5/2010 e disponível em: <http://www.oas.org/dil/esp/>

departamento\_programas\_juridicos\_especiales\_proteccion\_al\_consumidor\_ evento\_15-16-abril-2010\_documento\_final.pdf

Brasil. Rede Consumo Seguro e Saúde [Apresentação]. Acesso em 5/5/2010 e disponível em: [http://www.oas.org/dil/esp/departamento\\_programas\\_juridicos\\_especiales\\_proteccion\\_al\\_consumidor\\_evento\\_15-16-abril-2010\\_presentaciones.htm](http://www.oas.org/dil/esp/departamento_programas_juridicos_especiales_proteccion_al_consumidor_evento_15-16-abril-2010_presentaciones.htm)

## **Comentários: 2**

**William**, em 11 de junho de 2010, às 13h 18

Muito Interessante o *blog*, parabéns. Publicamos uma Revista sobre Saúde, talvez possa te interessar, <http://issuu.com/revistanovoshabitos/docs/novoshabitos3edicao>. Um abraço.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 11 de junho de 2010, às 18h 35

Olá Willian. Obrigado pelo comentário. Eu não conhecia sua revista sobre saúde, mas já anotei o endereço e neste final de semana vou dar uma olhada devagar. Reitero o convite para colaborar no debate e divulgação do Direito Sanitário. Até breve!

29 de junho de 2010

## O que são ações e serviços de saúde?

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Ações e Serviços de Saúde, Atribuições do SUS, Vinculação de Receitas.

Alguns gestores da saúde vêm argumentando que EC 29 não definiu o que são e o que não são ações e serviços de saúde, tendo deixado para a Lei Complementar à EC 29. Esse argumento tem servido para que os mesmos não cumpram a Constituição no tocante aos percentuais de receitas que obrigatoriamente devem ser aplicados na saúde.

O que são ações e serviços de saúde está na Constituição, art. 200, desde 1988, e na Lei nº. 8.080, desde 1990. Não há dúvidas de que ações e serviços de saúde são as atribuições que a Constituição conferiu ao SUS, complementada por outras definidas em lei (CF art. 200).

Aliás, se não se soubesse o que são ações e serviços de saúde, não deveria nem mesmo haver um Ministério para cuidar do setor, porque esse não saberia quais seriam suas atribuições, o que deveria fazer.

O art. 200 da CF, ao estatuir não serem aquelas atribuições exaustivas, tendo deixado para a lei o poder de incluir outras ações e serviços classificados como de saúde, permitiu à lei o poder de ampliar aquele elenco. Assim, a Lei nº. 8.080 estatuiu em seu art. 6º outras atribuições da saúde, ampliando o leque inicial do art. 200 da CF.

Por outro lado, não se poderia deixar, ainda, de argumentar que o art. 3º da Lei nº. 8.080, ao dispor sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde, já excluiu do rol de sua atuação todas as atividades que interferem e condicionam a saúde humana, como moradia, emprego, renda, educação, alimentação, lazer etc.

Esses fatores não estão no campo de atuação da saúde, mas sim de outros setores públicos, não sendo atividades que devam ser gerenciadas pela saúde, nem financiadas pelos seus fundos específicos.

Desse modo, a melhor construção hermenêutica para conciliar, de maneira sistêmica, as regras constitucionais e legais seria: a) a Constituição

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

definiu algumas ações e serviços de saúde no art. 200, tendo deixado para a lei a definição de outras; b) a Lei nº. 8.080 estabeleceu em seu art. 6º um rol de ações e serviços; c) os determinantes da saúde, mencionados no art. 3º da Lei nº. 8.080, não se confundem com atividades de saúde, sendo atividades que condicionam a sua qualidade, sendo própria de outros setores.

Nesse sentido, a Constituição e as leis já definiram o que são ações e serviços de saúde, não havendo fundamento para que Estados e Municípios insiram nas despesas com saúde serviços de outras áreas.

Lembramos, ainda, que a Portaria-MS nº. 2.047, visou clarear o que está na Constituição e na Lei. Não aumentou, não diminuiu nem alterou o seu conteúdo, apenas o explicitou. O mesmo ocorreu com a Resolução nº. 322, do CNS.

A definição do que sejam ações e serviços de saúde consta do projeto de regulamentação da Emenda, não por exigência da EC. A EC (art. 198, § 3º da CF), impõe à Lei Complementar o disciplinamento de: a) os critérios de rateio dos recursos da União para Estados e Municípios e dos Estados para os Municípios; b) os percentuais da União; c) as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde; d) as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União (art. 198, § 3º).

Lembramos que há uma ação impetrada pelo MP contra o Governo do Estado do Paraná por não ter aplicado 12% de suas receitas na saúde. MP acabou de ser vitorioso no tribunal superior.

5 de julho de 2010

**A OPORTUNIDADE DE UM ANO CHEIO DE ACONTECIMENTOS:  
A saúde, as eleições e a Copa do Mundo***Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

Nem parece, mas já começamos o segundo trimestre do ano novo que começou “ontem”! As festas de início de ano, o carnaval, as férias vieram e já foram... há tempos! Será que é, como alguns afirmam, efeito da Ressonância de Schumann? Ou somente acúmulo e velocidade dos acontecimentos, sobrecarregando as pessoas, mas como outros atestam, sem nenhuma influência da teoria de Schumann. Isso à parte, o certo é que o número de eventos importantes, envolventes e mobilizadores, de pessoas e instituições, (além dos governos), no presente ano, cria uma espécie de “esse ano já era”, fazendo com que se incorra no erro da desmobilização e/ou da velha máxima “é... não vai dar para fazer nada, mesmo!”. Enquanto isso, o tempo vai voando!

Temos buscado ampliar a discussão sobre o Direito Sanitário, numa concepção de “Direito à Saúde, Fortalecimento do SUS, Cidadania, Produção e Difusão de Novos Conhecimentos em DS e Mobilização Política e Social”, eixos principais do debate proposto e desenvolvido pela REDE DS.

Então, dentre os mais diferentes e variados temas dessa nossa discussão, em torno do Direito Sanitário, não podemos nos furtar às inúmeras e excelentes oportunidades (que este ano se nos serão oferecidas) de debate e de disputa de ideias, com o sentido de arregimentar forças, mobilizar pessoas e avançar na busca de novas conquistas políticas e sociais, especialmente no campo da saúde, e esta entendida como direito de cidadania e qualidade de vida.

Enquanto a crise econômica nacional e internacional parece que nem aconteceu, ou se aconteceu, não existe mais (!), as movimentações partidárias se acentuam, vêm aí as convenções para escolha de candidatos, tanto na esfera federal, quanto na esfera estadual, e logo em seguida estamos em meio à Copa do Mundo de Futebol (e quem de nós não é apaixonado pelo futebol e seu time de coração e nem tem paixão pela seleção pentacampeã do mundo, querendo e torcendo pelo hexacampeonato do Brasil ?!).

Se a copa é “ali” na África do Sul e pode ser de curto interesse, no caso

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.



de o time brasileiro não se classificar na primeira etapa, teremos uma mídia muito mais ocupada com o processo eleitoral, porém se nossa seleção vai seguindo em frente e chega às finais, aí o verde e amarelo tomará conta do território nacional e, em caso de vitória e do hexacampeonato, a coisa pegará fogo, emendada ao começo oficial da campanha eleitoral, que já há algum tempo está nas ruas e, aí, serão mais cerca de cinco meses (por causa do segundo turno, tanto possível nos estados como na eleição para o governo federal) com muita aparente dificuldade de qualquer outra discussão que não a relativa às eleições.

Pois é exatamente nesse período que precisamos ser ágeis e competentes, para incluir os temas de interesse da cidadania nessa discussão e ampliar o debate em torno dos compromissos que os partidos e os candidatos (federais e estaduais) devem assumir perante a sociedade. Além de muitas pessoas, integramos diversas instituições e organizações de alcance nacional, temos inserções nos mais variados segmentos sociais e políticos, inclusive em importantes espaços da mídia; portanto, temos muitos e diversos fatores positivos, suficientes e capazes para protagonizarmos um ampliado e qualificado debate em torno dos avanços socioculturais e econômicos, ambientais e políticos, que o nosso país e as políticas públicas necessitam. O trabalho em rede possibilita e potencializa isso, e todos nós, comprometidos com a organização e desenvolvimento da REDE DS, temos todas as condições para, integrados e articulados, aproveitarmos essas oportunidades que 2010 nos oferece, de maneira muito especial.

## **Referências**

BOFF, L. Ressonância Schumann. Acesso em 20/02/2010 e disponível em: <http://www.caminhosdeluz.org/A-331.htm>

Atualidades Científicas. Alberto Gaspar. A Ressonância Schumann e a disparada do coração da Terra. Acesso em 20/02/2010 e disponível em: [http://www.atuaeducacional.com.br/htdocs/secoes/atual\\_cie.aspx?cod=751](http://www.atuaeducacional.com.br/htdocs/secoes/atual_cie.aspx?cod=751)

13 de julho de 2010

## **NOVA ORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Necessidade urgente de superação de alguns entraves administrativos do Estado brasileiro**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Administração Pública, Estado, Gestão Pública, SUS.

A Comissão de Juristas, contratada em dezembro de 2007 (IBDP, 2009) pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) para proposição de soluções a alguns dos entraves clássicos administrativos do Estado brasileiro, divulgou seu Relatório Final (MPOG, 2009) contendo uma proposta bastante abrangente e com diversos pontos que gerarão, seguramente, muitas polêmicas. A leitura desse relatório e o conhecimento aprofundado de seu conteúdo certamente contribuirão para ampliar a reflexão e o debate que vêm sendo feito a respeito da Gestão Pública, de uma maneira geral, e da gestão do SUS, em especial.

Trata-se de uma proposta de organização da Administração Pública e das relações com “entes de colaboração”, que responde a uma constatação das autoridades do governo, e mesmo de parte da sociedade, de que há um esgotamento no modelo atual da administração pública, o que tem gerado dificuldades para a ação estatal ágil e com qualidade no atendimento às demandas sociais e do mercado.

Sob a ótica jurídica, os sete juristas da Comissão – professores e especialistas do Direito –, dentre outros temas, propuseram alterações legais no sentido de melhorar e inovar as definições dos arranjos jurídicos estatais e algumas orientações jurídicas aplicáveis às relações de fomento e parceria do Poder Público com entidades da sociedade civil.

Esse relatório vem sendo analisado em diversas ocasiões e encontros, na perspectiva de uma possível implementação e agilização de sua proposta que promoveria mudanças e simplificações importantes para uma gestão pública mais eficiente. Contudo, da mesma forma, diferentes lacunas dessa proposta têm sido apontadas como carentes de regulamentação complementar ou, até mesmo, de uma interpretação jurídica de maior consenso.

Nesse sentido, o MPOG, a Associação Nacional dos Procuradores da

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

República (ANPR) e o IPEA realizaram em Brasília, dia 16 de dezembro/2009 um estratégico Debate sobre a proposta de lei orgânica para a administração pública e entes de colaboração (ANPR, 2009), no que foram precedidos pelo seminário “Gestão Pública na Saúde: alternativas para a consolidação do direito universal”, realizado pelo CEBES (2009) também em Brasília, nos dias 10 e 11 do mesmo mês. Em ambas as oportunidades, foi constatada a necessidade de dar consequência a essa proposição de mudanças na Administração/Gestão Pública, observando, entretanto, que apesar de urgente, trata-se de uma difícil, árdua e polêmica medida.

Encontros e debates, em universidades e em outras instituições, têm apresentado reflexões e constatações semelhantes (Coeli, 2009).

Por isso mesmo, é oportuno conhecer e compreender essa proposta, as limitações, contradições, fragilidades e potencialidades de cada forma de estruturação das atividades de governo, e de fomento e parceria com a sociedade civil, ao tempo que se busca identificar elementos para uma nova lei de organização da administração pública.

## Referências

Instituto Brasileiro de Direito Público-IBDP. *DireitodoEstado.com.br*. MPOG apresenta anteprojeto de lei orgânica para a administração pública. Acesso em 3/1/2010 e disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/noticias/9727/MPOG-apresenta-anteprojeto-de-lei-org%C3%A2nica-para-a-administra%C3%A7%C3%A3o-p%C3%ABblica>

Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria Proposta de Organização da Administração Pública e das Relações com Entes de Colaboração – Resultado Final. Comissão de Juristas. Acesso em 3/1/2010 e disponível em: [https://conteudo.gespublica.gov.br/folder\\_rngp/folder\\_rngp/pasta.2009-07-15.5584002076/pasta.2009-08-14.0705502965/resultado\\_final\\_-\\_comissao\\_de\\_juristas.pdf](https://conteudo.gespublica.gov.br/folder_rngp/folder_rngp/pasta.2009-07-15.5584002076/pasta.2009-08-14.0705502965/resultado_final_-_comissao_de_juristas.pdf); e também em:

[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/comissao\\_jur/arquivos/090729\\_segex\\_Arq\\_leiOrganica.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/comissao_jur/arquivos/090729_segex_Arq_leiOrganica.pdf)

Associação Nacional dos Procuradores da República. Debate sobre a proposta de lei orgânica para a administração pública e entes de colaboração. Acesso em 3/1/2010 e disponível em: [http://www.anpr.org.br/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=26941&Itemid=125](http://www.anpr.org.br/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=26941&Itemid=125)

CEBES [blog do Cebes]. A efetivação dos princípios e Diretrizes constitucionais: desafios para a reforma do Estado e da administração Pública [Seminário - Mesa 2].

Acesso em 3/1/2010 e disponível em: [http://www.cebex.org.br/default.asp?site\\_Acao=mostraPagina&paginaId=167&acao=exibe&bid=189](http://www.cebex.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=167&acao=exibe&bid=189)

Coeli MSP. Proposta de Lei Orgânica para a Administração Pública e Entes de Colaboração [Debate na UnB]. Acesso em 3/1/2010 e disponível em: [https://www.gespublica.gov.br/folder\\_rngp/pasta.2009-10-09.8116004485/pasta.2009-12-10.0725657609/apresentacao\\_coeli.pdf](https://www.gespublica.gov.br/folder_rngp/pasta.2009-10-09.8116004485/pasta.2009-12-10.0725657609/apresentacao_coeli.pdf)

5 de agosto de 2010

## Implementação da Lei nº. 10.216 (saúde mental) e o mundo do trabalho

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Empregabilidade, Inserção na Sociedade, Trabalho, Transtorno Mental.

A implementação da Lei nº. 10.216, de 2001, precisa ser mais discutida para que determinadas medidas, que lhe são subjacentes, sejam uma realidade, sem as quais o direito da pessoa com transtorno mental não se realiza. Uma delas, de grande importância, é a garantia do emprego para aqueles que, sendo capaz de exercer atividades laborativas, não conseguem fazê-lo porque ausentes ações afirmativas no tocante ao direito ao trabalho. É preciso discutir as dimensões da inclusão da pessoa com transtorno mental sob o ponto de vista da garantia do trabalho.

A possibilidade de a pessoa com transtorno mental poder trabalhar é fundamental. Ameniza a angústia da família; melhora as relações familiares e sociais; amplia a autoestima, a estima familiar. A renda é de fundamental importância, não apenas para a sobrevivência, como também para garantir à família o sentimento de que seu filho é uma pessoa aceita na sociedade que pode ser produtiva para si e para os outros; tem talentos, capacidades, possibilidades. É a questão da construção de uma identidade positiva, de respeito.

Se uma família puder vislumbrar para o seu filho uma vida que inclua o trabalho, e quando esse não for viável pelas graves condições psíquicas da pessoa, a possibilidade de uma renda mínima, associada ao desempenho de atividades sociolaborais e a viabilidade de uma moradia, certamente garantirá um melhor futuro para todos. Christophe Dejours relata que “A centralidade do trabalho é percebida na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental – ou mesmo na saúde somática. O trabalho é um gerador de saúde ou, ao contrário, um constrangimento patogênico.”.

Enrico Montobbio, neuropsiquiatra, e Carlo Lepri, vêm desenvolvendo e implementando, há quase trinta anos, na Itália, programas de inserção das pessoas com dificuldades clínicas, psíquicas ou intelectuais no mundo

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

do trabalho. Um programa dentro do sistema público de saúde, altamente inclusivo e exemplar que tem por fim refazer as relações sociais das pessoas com deficiências e contribuir para a construção de identidade mais saudável, longe da terapêutica e dentro da vida.

A Lei de Cotas na Itália – Lei nº. 68/99 – não faz distinção entre pessoa com deficiência intelectual e pessoa com transtorno mental. No Brasil, a Lei de Cotas – Lei nº. 8.213, de 1991, art. 93, não se aplica às pessoas com transtorno mental, as quais não estão protegidas com reservas de vagas no mercado de trabalho.

A empregabilidade é o ato que completa a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. Por outro lado, não basta exigir que a empresa empregue a pessoa com transtorno mental. Há que se ter uma estrutura pública de suporte à empresa para mediar as relações entre todos os envolvidos: empresa, família e trabalhador com transtorno psíquico.

A oficina terapêutica, muitas vezes, representa um mundo de negação dos incômodos, fazendo parecer que essas pessoas estão fazendo alguma coisa. Não importa o quê, para quê. É preciso criar alternativas. Em relação a essas pessoas que realmente não têm condições de ter um contrato de trabalho formal (produtivo), é preciso criar programas sociolaborativos.

Não bastam boas intenções. É necessário envolver toda sociedade nessa empreitada: somos todos responsáveis pelo êxito de uma comunidade. Urge rever a Lei nº. 2.213 e seu Decreto Regulamentador para incluir a pessoa com deficiência psíquica na reserva de cotas para a empregabilidade.

## Referências

Carlo Lepri & Enrico Montobbio. *Lavoro e Fasce Deboli*. Milão: FrancoAngeli. 8ª edizione. 2008 e Enrico Montobbio & Carlo Lepri.

Quem eu seria se pudesse ser. Campinas, Fundação Síndrome de Down. 2007.

Christophe Dejours. *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Paralelo 15. 2ª edição.

17 de agosto de 2010

## DIREITO, GESTÃO PÚBLICA E DEMOCRACIA: Ampliando o debate

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Administração Pública, Direito Sanitário, Gestão Pública, Mobilização Política, Reforma do Estado.

Há alguns meses vimos uma interessante notícia sobre uma comissão a respeito de juristas notáveis, nomeados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG, 2010), cujo trabalho – voluntário, por sinal –, produziu um importante documento e que em diversas oportunidades, e por instituições diferentes, vem sendo apresentada e debatida. Sobre isso publicamos outro *post* no *blog* DS: Direito e Cidadania, e em três ocasiões diferentes tive o privilégio de ouvir alguns dos juristas desta comissão expondo e discutindo aspectos relevantes deste trabalho, ao mesmo tempo em que apontavam algumas dificuldades do contexto atual e destacavam um conjunto de desafios e prioridades para se levar adiante essa proposição.

O tema é deveras muito atual e instigante e, a cada dia, motiva e amplia o debate urgente em torno de uma Gestão Pública ágil, eficiente, democrática e legalmente reestruturada, o que necessariamente exige uma nova conformação jurídica e uma nova postura dos entes governamentais para enfrentar e assumir compromissos com esta mudança. Esta alteração é possível somente como consequência e fruto de ampla discussão e negociação política. Mais até do que isso, e preliminarmente, esta questão precisa ser divulgada e apropriada pelos mais diferentes sujeitos e atores políticos e sociais.

Neste contexto e na sequência de alguns encontros e discussões, outras oportunidades de conhecer e debater o tema vêm sendo oferecidas nas mais diversas regiões, difundindo a notícia e agregando novas contribuições ao debate (ANMP, 2010). Exemplo disso foi a realização de um encontro importante, promovido pelo MPOG em 31 de maio e 1º de junho de 2010, na cidade de Belo Horizonte (MG, 2010), constituído pelo “I Seminário Direito Gestão e Democracia do ciclo 2009/2010” e que terá sua segunda edição, já programada, em Salvador (BA, 2010), nos dias 19 e 20 do próximo mês de agosto. Dentre diversos temas, alguns assumem relevância maior, como é o

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

caso da Judicialização e Democracia, Limites da Autonomia e do Controle do Poder Executivo, além da Súmula Vinculante.

Esse Seminário Direito, Gestão e Democracia constitui uma das ações dos “Ciclos de Debates”, que tem como objetivo dar voz e oportunidade ao cidadão para debater temas polêmicos. É realizado pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério Público Federal; e Associação Nacional dos Procuradores da República (Portal Conselhos, 2010) e muito tem a ver com a efetivação de Políticas Públicas, em especial o fortalecimento e melhorias do Sistema Único de Saúde (SUS), além de estar em sintonia com nossa mobilização em torno do Direito Sanitário, inclusive com oportunidades para se apresentar e debater novas teses relativas ao aprimoramento, transparência e agilidade da Gestão Pública.

Assim, pela importância do assunto, convido todos, especialmente os companheiros articulados na “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania (REDE DS)” para programar sua participação nesta segunda edição do ‘Seminário’, bem como para colaborar na maior divulgação do mesmo, lembrando que desenvolver políticas transformadoras de gestão para fortalecer e otimizar a capacidade de governo, tendo o Estado como referência em gestão, mais do que um desafio de todos, será também uma conquista da participação coletiva.

## Referências

Gesública. Ministério do Planejamento Gestão e Orçamento. Acesso em 22/05/10 e disponível em: <https://www.gespublica.gov.br>

Seminário Direito, Gestão e Democracia. Ministério do Planejamento Gestão e Orçamento. Acesso em 22/05/10 e disponível em: [https://www.gespublica.gov.br/folder\\_premio/pasta.2010-05-10.4771776214](https://www.gespublica.gov.br/folder_premio/pasta.2010-05-10.4771776214)

Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Proposta de Organização da Administração Pública e das Relações com Entes de Colaboração – Resultado Final. Comissão de Juristas. Acesso em 05/06/2010 e disponível em: [https://conteudo.gespublica.gov.br/folder\\_publicacoes/pasta.2010-04-27.6560762742/pasta.2009-10-09.8116004485/pasta.2010-04-27.8550986506/090729\\_segges\\_Arq\\_leiOrganica.pdf](https://conteudo.gespublica.gov.br/folder_publicacoes/pasta.2010-04-27.6560762742/pasta.2009-10-09.8116004485/pasta.2010-04-27.8550986506/090729_segges_Arq_leiOrganica.pdf)

Direito, Gestão e Democracia. Portal Conselhos MG. Acesso em 05/06/2010 e disponível em: <http://www.conselhos.mg.gov.br/informativo/seminario-direito-gestao-e-democracia>

Associação Nacional dos Procuradores da República. Debate sobre a proposta de lei orgânica para a administração pública e entes de colaboração. Acesso em 05/06/2010 e disponível em: [http://www.anpr.org.br/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=26941&Itemid=125](http://www.anpr.org.br/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=26941&Itemid=125)



30 de agosto de 201

## Direito à saúde e domínios federativos

*Flávio Goulart<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Descentralização, Políticas de saúde, Relações Federativas.

A sabedoria popular já dizia: quem tem um médico, tem um médico; quem tem dois, não tem nenhum.

Parece que o velho adágio se aplica, igualmente, às centenas de milhares de cidadãos que possuem a pouca sorte de residir em áreas fronteiriças entre diferentes estados neste Brasil, as quais, mesmo quando têm acesso potencial aos serviços de saúde de duas unidades federativas, na hora de atravessar a fronteira, por razões plenamente justificáveis, passam a ser discriminados como se nem cidadãos e nem brasileiros fossem.

O Pacto pela Saúde, em seu componente de Gestão, preconiza que regiões de saúde interestaduais sejam organizadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, além de estabelecer alguns mecanismos de gestão regionalizada, entre eles, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), instâncias de identificação e definição de prioridades, além de decisão pactuada, que são constituídos pelo conjunto de gestores municipais de saúde e por representantes estaduais correspondentes – dos dois lados da divisa interestadual, portanto.

A solução gerada pelas autoridades federais procura ser criativa, mas tem viabilidade altamente questionável. Em primeiro lugar, porque são muito grandes as desigualdades entre os estados brasileiros, se não de natureza socioeconômica, pelo menos de estágio de implementação e de organização do SUS.

Além disso, a capacidade demonstrada em equilibrar as desigualdades e promover a equidade continua sendo muito baixa dentro da federação brasileira, na qual a competição, às vezes, mesmo predatória, domina amplamente os quase sempre tímidos mecanismos de integração e cooperação.

E tem mais: oscilações ou mesmo indefinições relativas ao papel dos estados, dos municípios e da própria União, no regime descentralizado vigente, ainda são muito frequentes, desde a primeira Norma Operacional

[1] Médico; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Professor Titular (aposentado) da Universidade de Brasília; Consultor Autônomo em Saúde e Membro do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Básica (NOB) e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), mas também no Pacto pela Saúde. Ora a crítica se dirige ao alijamento dos estados no processo decisório em saúde, ora por lhes terem sido conferidos privilégios em relação aos municípios, sem falar nas pendências em torno do comando único, que permanecem pulsantes no cenário.

O fato concreto é que o cenário vigente aponta para conflitos que por certo perdurarão a perder de vista, relativos ao compartilhamento equilibrado e consensual da gestão da saúde, principalmente entre estados e municípios.

Enfim, a descentralização das ações de saúde no Brasil, preconizada pela Constituição Federal de 1988, detalhada na legislação orgânica e complementada por um vasto cipoal de portarias, entre as quais se inclui a de número 399, que dispõe sobre o referido Pacto pela Saúde, embora tenha resultado em importantes sucessos, particularmente em anos recentes, padece de um dilema essencial, ainda não resolvido: entre as boas intenções dos constituintes, dos gestores ou dos militantes da Reforma Sanitária e as ações concretas de governo que se sucederam, ocorre ainda um grande desencontro. E isso tem fundo político, mas também cultural, conceitual e operacional.

A solução requer estratégias diferentes. Trata-se de reconhecer e divulgar as práticas integrativas já vigentes e bem sucedidas entre estados vizinhos e mesmo municípios de estados diferentes, que não são poucas, diga-se de passagem. Um bom exemplo é o da Região do Vale do Médio São Francisco, iniciativa desenvolvida entre os estados da Bahia e de Pernambuco em duas macrorregiões de saúde, sediadas em Juazeiro e Petrolina, na qual, cerca de 1,8 milhões de habitantes de mais de meia centena de municípios já experimentam um processo avançado de mudança em saúde e atendimento às necessidades da população. Tudo isso sem se ater rigidamente ao que está estabelecido no Pacto de Gestão, mesmo sem desobedecê-lo. O importante é que são observados, como princípios da ação entre gestores estaduais, o aprofundamento do processo de descentralização, com respeito à autonomia federativa e fortalecimento da esfera estadual de gestão, com interdependência, sem fusão de serviços e com decisões colegiadas por consenso.

Parafraseando Fernando Pessoa, a verdade é que, na saúde, muitas das promessas da celebrada Constituição Cidadã ainda faltam cumprir-se. É preciso, então, inverter o fluxo da procura das soluções, que muitas vezes estão na borda do sistema, e não no seu centro.

13 de setembro de 2010

## **Dos desafios do SUS, a urgência da interlocução dos trabalhadores da saúde**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Desafios do SUS, Luta pela Saúde, Trabalhadores.

Dos muitos desafios, ainda grandes para a concreta e real efetivação do SUS, o do “financiamento adequado” tem sido o que mais tem suscitado discussão nos mais diferentes segmentos e oportunidades. Igualmente, o do “controle social efetivo”, o de “recursos humanos adequados” e o da “gestão pública qualificada”, dentre outros, constituem temas e motivos para intensas discussões e formulações em outros e múltiplos espaços (Oliveira, 2009), desde seminários específicos, simpósios e conferências, até debates acadêmicos, judiciais e legislativos. Mesmo com leis estabelecidas para isso, ainda em 1990 (Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90), os avanços continuam sendo lentos e diversos, pela própria natureza ainda contra hegemônica da luta pela saúde como “direito de cidadania” e do SUS como sistema universal, integral e descentralizado.

O conhecimento atual sobre essa trajetória, tão significativa na vida do povo brasileiro, na maior parte dos diferentes segmentos sociais, é muito pequeno e, mais grave ainda, sua importância é muito pouco reconhecida na maioria dos casos. A reflexão e discussão sobre as possíveis razões desse contexto mereceriam tempo e espaço maiores, o que poderemos cuidar em outra ocasião, já que no presente caso nosso objeto de análise é outro, e não menos importante.

Os trabalhadores do SUS em geral, especialmente os médicos, não adquiriram consistente compreensão dessa realidade e, por não compreenderem seu papel estratégico nessa equação, lamentavelmente deixam de contribuir e de promover mudanças (na correlação de forças) capazes e potentes para propiciarem a inversão do jogo a favor das adequadas condições de trabalho e de salários, bem como da boa resolutividade e qualidade da atenção à saúde, numa relação cordial e humanizada da prática profissional. Não se trata de uma luta corporativa, nem da categoria médica ou das demais categorias e, muito menos, da classe trabalhadora; pelo contrário, trata-se de uma importante e urgente luta social que deve

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*.

ter expressão em diversos e diferentes campos: sindical, popular, legislativo, midiático, acadêmico, político-cultural etc.

As políticas públicas, econômicas e sociais, necessárias para o atendimento da saúde como direito de cidadania (conforme preconiza o art. 198 da CF/88), não se tornarão realidade sem a intervenção potente dos trabalhadores da saúde (incluídos aí, os médicos), entretanto, para isso, eles – todos os trabalhadores da saúde –, ao reivindicarem justas condições de trabalho e salários, precisam se empenhar em aumentar seu conhecimento sobre o SUS e seus desafios, sobre o contexto em que se trava essa batalha e, principalmente, sobre os diferentes modos de intervenção política a favor dessa mudança e dessa construção. Sobretudo, precisam se dispor a construir pontes de alianças e cumplicidades com a sociedade que, também, ainda está aprendendo a participar politicamente. Estes são, seguramente, os mais urgentes desafios do jovem Sistema Único de Saúde e da cidadania nascente no Brasil.

## Referências

Oliveira, N. A. Desafios atuais de médicos e demais trabalhadores do SUS. *Lauda Médica – Informativo do SIMED-TO* [Sindicato dos Médicos no Estado do Tocantins] [www.simedto.com.br](http://www.simedto.com.br); e [simed-to@uol.com.br](mailto:simed-to@uol.com.br).

Brasil. Constituição Federal 1988. Acesso em 8/12/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

Brasil. Lei nº. 8.080, 19/09/1990. Acesso 8/12/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Brasil. Lei nº. 8.142, 28/12/1990. Acesso 8/12/2009 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

5 outubro de 2010

## Gestão da saúde e o projeto de reforma da Administração Pública

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Administração Pública, Gestão da Saúde, Lei de Responsabilidade Fiscal.

O Governo Federal, Ministério do Planejamento, vem debatendo o anteprojeto de lei de organização a Administração Pública, elaborado por um grupo de juristas. O anteprojeto foi elaborado de maneira livre pela Comissão e entregue ao Ministério do Planejamento no final do ano passado.

O anteprojeto tem por finalidade reorganizar a Administração Pública, pautada nos dias de hoje pelo Decreto-Lei nº. 200, de 67. Destacam-se a regulamentação do contrato de autonomia, conforme previsto no art. 37, § 8º, da CF, a fundação estatal e as formas de colaboração entre o Poder Público e os entes privados sem finalidades lucrativas.

Também merecem ser destacadas as formas de controle da Administração Pública, que fazem uma opção clara pelos controles de desempenho e controles concomitantes ao ato administrativo ante os controles a posteriori, que são os que mais existem nos dias de hoje.

A Administração Pública não mais suporta manter-se isolada das reformas que a sociedade sofreu com a globalização dos mercados, continuando fechada num modelo de 1967, que mesmo com as tentativas de reformas ao longo desses anos, dentre elas a de 1998 – Emenda Constitucional 19 –, não conseguiram melhorar a gestão pública, em especial a da saúde.

A saúde pública exige uma modernidade que a Administração Pública não conseguiu ainda lhe dar, mantendo-a amarrada a controles que mais atrapalham a gestão do que a protegem.

A agilidade necessária para atuações que tenham por finalidade dar efetividade aos direitos sociais tem sido postergada, perdendo-se a gestão pública num cipoal de normas, regulamentos, cada dia mais fechados num sistema de controle do gestor público, sem, contudo, ser capaz de evitar a corrupção e garantir melhor qualidade e desempenho dos serviços públicos.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

A lei de responsabilidade fiscal, com todos os seus méritos, impõe à saúde uma camisa de força no tocante aos percentuais de pessoal incompatíveis com área que gasta 80% de seus recursos com pessoal.

A gestão compartilhada do SUS, que exige novas formas de os entes federativos se relacionarem para manterem a regionalização de serviços, até hoje não se concretizou, exigindo dos gestores públicos da saúde a criação de arranjos administrativos importantes, mas nem sempre reconhecidos fora da área da saúde, seja pelos órgãos de controle, seja pelo próprio Judiciário.

O teto salarial dos prefeitos como limite para o pagamento de pessoal também gera dificuldades na manutenção de profissionais médicos que ficam instados a salários muitas vezes inferiores da R\$2.000,00.

Por outro lado, a ausência de fixação das competências e responsabilidades dos municípios de menor porte perante a garantia da integralidade da assistência à saúde, determinando o Judiciário que a competência dos entes federativos é solidária, também gera grandes embaraços à gestão pública da saúde por obrigar um município de cinco mil habitantes às mesmas responsabilidades de um município de um milhão de habitantes.

Essas e outras questões da gestão pública da saúde precisam ser resolvidas, e esta é a oportunidade de se incluírem no projeto de lei as especificidades da saúde, como a articulação federativa, a intersetorialidade, a necessária complementaridade dos serviços privados na rede SUS, que até hoje não conseguiu encontrar um caminho claro, transparente, complementar (e não substitutivo) que se encontre com a realidade diária exigente de respostas rápidas dos gestores públicos da saúde, que não podem ficar presos a controles e regras que tolham a sua capacidade de agir, o seu poder discricionário e a busca por uma gestão que atenda o interesse público e garanta a efetividade do direito à saúde de maneira qualitativa.

É o momento de a saúde – seus órgãos, setores e instituições – se unir em torno do projeto, promovendo estudos, debates e apresentando ao Ministério do Planejamento propostas de aperfeiçoamentos no anteprojeto de lei que atendam à gestão pública da saúde.

26 de outubro de 2010

## O direito à saúde deve ser garantido por políticas públicas, e não por decisões judiciais

*Maria Célia Delduque<sup>1</sup>  
Sílvia Badim Marques<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Judicialização da Saúde, Políticas Públicas, SUS.

Alguém chega à farmácia de um serviço de saúde, apresenta o receituário médico e recebe como resposta que o estoque do medicamento prescrito está reservado para atender liminares. “Não podemos entregar-lhe o remédio, a menos que nos apresente uma sentença judicial!”

Embora a cena descrita pareça insólita, ela encerra uma discussão jurídica contemporânea de grande importância: o controle dos atos de governo na saúde pela jurisdição ou o que se convencionou chamar de judicialização da política de saúde.

São decisões judiciais no âmbito da saúde pública que acabam por garantir, àqueles que recorrem ao Judiciário, o acesso aos mais diferentes medicamentos, insumos, tratamentos e produtos de saúde. Esse fenômeno, que se caracteriza pela prestação jurisdicional sobre campos da política de saúde, tende a inovar nos casos concretos submetidos à apreciação do Judiciário, pois vem garantindo, a esses cidadãos, tanto prestações de saúde que constam nas listas e protocolos oficiais do Sistema Único de Saúde, quanto os que não constam. E assim, essas decisões acabam por incidir, de forma reflexa, para além dos domínios do sistema jurídico, atingindo a escolha discricionária do gestor público sobre a melhor oferta de saúde, tendo em vista as necessidades de toda a população. E, também, incidindo sobre os tão polêmicos gastos com a saúde pública, que passa por um orçamento apertado e distribuído após um árduo planejamento.

Se, por um lado, a crescente demanda judicial acerca do acesso a medicamentos, produtos para a saúde, cirurgias e leitos de UTI, dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira, por outro representa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores dessa

[1] Especialista em Direito Sanitário, doutora em Direito Sanitário na USP e pesquisadora do Programa de Direito Sanitário, FIOCRUZ.

[2] Mestre e Doutora em Direito Sanitário pela USP e Professora Adjunta da Universidade de Brasília - UnB.



política no Brasil, que passam a atender um número cada vez maior de ordens judiciais que garantem as mais diversas prestações do Estado.

O tema é dos mais complexos, posto que envolve, de um lado, o Estado brasileiro e suas políticas públicas e, de outro, o cidadão em busca de justiça e de saúde, em face de um sistema fragilizado e com evidentes problemas gerenciais e de acesso.

Revela-se indispensável para o avanço da jurisprudência compatibilizar a justiça comutativa dentro de cada processo com a justiça distributiva, representada pela decisão coletiva, formulada e formalizada por meio dos diversos atos normativos que compõem a política de assistência à saúde, emanados dos poderes Legislativo e Executivo do Estado.

Todavia, os desafios não são poucos. O Poder Judiciário – que não pode deixar sem resposta os casos concretos que são submetidos à sua apreciação – vem enfrentando dilemas e decisões trágicas, frente a cada cidadão que clama por um serviço e um bem de saúde.

Releva-se, portanto, fundamental que juízes, promotores de justiça, gestores públicos, sociedade civil, operadores do direito, sanitaristas, membros da academia, entre outros envolvidos na temática, discutam esse tema, de forma ampla, e proponham soluções conjuntas para minimizar o conflito social-político evidenciado.

22 de novembro de 2010

## BOA E MÁ GESTÃO EM SAÚDE: O que faz a diferença?

*Flávio Goulart<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Boas Práticas, Gestão da Saúde.

Na minha infância em Belo Horizonte, nos anos 50, tive a chance de estudar em uma daquelas escolas-modelo. Pública, como convinha e ainda convém. Ali, cantávamos o Hino Nacional uma vez por semana, nossos uniformes eram fiscalizados até quanto à cor das meias (obrigatoriamente pretas), qualquer deslize com os professores e colegas fazia com que fôssemos remetidos, de imediato, para a temida antessala de Dona Cecília, a Diretora. Chamava-se o estabelecimento “Grupo Escolar Francisco Salles”, e creio que o mesmo ainda exista, na rua Guajajaras, no Barro Preto. Mas se ali tudo funcionava a contento, ao lado morava o pecado. Com efeito, do outro lado de nossos muros havia outra escola estadual, a Caetano Azeredo, onde as coisas pareciam correr no sentido inverso, fosse na disciplina dos alunos, no estado de seus uniformes, na frouxidão das normas vigentes. Só para comparar: os do Chico Salles saíam da aula ordeiramente pela rua Guajajaras afora; os do Caetano pareciam uma horda de unos em disparada.

Desde então me pergunto: o que faz as coisas serem tão assim diferentes em duas instituições públicas, situadas no mesmo bairro, destinadas à mesma classe média, com professores percebendo os mesmos salários? No nosso caso, o segredo parecia estar na figura enérgica da diretora, mas certamente haveria mais ingredientes na receita.

Observando, hoje, a realidade dos serviços de saúde – e certamente de educação e de outras áreas que são ou deveriam ser de responsabilidade pública –, creio que posso acrescentar alguns elementos para dar uma resposta à indagação acima, pelo menos no sentido de indicar os alguns dos componentes da boa gestão.

Para começar, a boa condução, traduzida pela presença marcante de Dona Cecília, certamente é muito importante e, entre seus atributos, podem ser arrolados: capacidade de tomada de decisões, liderança e carisma. Poderíamos acrescentar também: espírito empreendedor, embasamento ideológico, além de qualificação técnica e continuidade. Mas isso teria pouco

[1] Médico; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Professor Titular (aposentado) da Universidade de Brasília; Consultor Autônomo em Saúde e Membro do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

se a nossa diretora não contasse com uma boa equipe técnica, qualificada não só em termos de conhecimentos, mas também de postura. Poderia não haver militância, nos termos que a concebemos hoje, mas certamente havia sintonia com o projeto político da escola e aceitação da liderança.

Focalizando os tempos atuais e a saúde, especialmente, as boas práticas sociais também devem ter um lugar de destaque, ou seja, sintonia entre as propostas de participação oficiais e as da sociedade, com associação sinérgica entre as noções de responsabilidade pública e de direitos das pessoas, bem como compromisso com os resultados concretos da ação institucional. Como decorrência, surge a noção de “bom governo”, que se traduz por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública.

Tudo isso se associaria a uma boa implementação programática, o que significa investimento em padrões efetivamente inovadores de atenção e de gestão, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas, bem como a superação dos preconceitos que enxergam em toda inovação a renúncia ao estatuto dos direitos sociais ou ao papel do Estado.

Poderíamos falar, ainda, em boa articulação para fora da moldura institucional ou práticas de um “cosmopolitismo” político e sanitário, direcionada a interlocutores individuais ou institucionais que sejam capazes de oferecer respaldo técnico e cobertura política ao desenvolvimento dos projetos e programas que estiverem em jogo.

Há outras características de uma gestão em saúde que possam ser chamadas, sem maiores ressalvas, de “boas”, ou eficientes. Ela seria aberta ao desenvolvimento de inovações, seja do ponto de vista gerencial ou assistencial, diferenciando-as das meras novidades, mas tendo como diretriz norteadora a ousadia e o destemor frente às possibilidades de erro e reversão. A busca da sustentabilidade, não só em termos financeiros, de estrutura e de processos de gestão, mas também nos planos cultural, simbólico e político, resultando no necessário enraizamento das experiências no imaginário da comunidade dos tomadores e executores de decisão, como também dos usuários.

E nunca é demais lembrar de certo “efeito espelho”, ou seja, a articulação e a difusão da experiência entre interlocutores externos, configurando o exercício de uma pedagogia do exemplo fundamental no processo de construção de políticas públicas.

Parece fácil? Não, não é. Isso tudo depende de muita luta, cujos ingredientes são a decisão política e o desenvolvimento da consciência de vida social, política e sanitária dos atores envolvidos. Ainda chegaremos lá...

6 de dezembro de 2010

## Direito à saúde nos países africanos

*André Medici<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Direito à Saúde, Direitos Humanos, Países Africanos.

O Brasil tem se caracterizado por um crescimento das relações de cooperação técnica com países africanos. Os investimentos brasileiros realizados em países como Angola e Moçambique na área de saúde têm estreitado as relações sul-sul incrementando a possibilidade de que os direitos à saúde na África sejam alcançados.

O direito à saúde é reconhecido como um tema fundamental em fóruns internacionais e regionais de direitos humanos. O artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) diz que toda pessoa tem direito a um padrão de vida adequado para a saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família, incluindo o acesso a alimentação, vestuário, habitação, cuidados a saúde, serviços sociais indispensáveis, assim como direito ao amparo nos casos de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outras necessidades de subsistência em circunstâncias que estão fora de seu controle.

No contexto regional dos países africanos, o direito à Saúde aparece na Carta da África (African Charter, 1986) na qual se explicita que cada indivíduo deve ter o direito de gozar do melhor estado possível de saúde física e mental. Os países signatários desta Carta devem tomar as medidas necessárias para proteger a saúde de suas populações e para assegurar que elas recebam atenção médica quando doentes.

Essa formulação interpreta o direito à saúde como um direito ao gozo de uma variedade de instalações, bens, serviços e condições necessárias. Ela não atribui ao Estado a obrigação de assegurar às pessoas sob sua jurisdição um estado de completo bem-estar, mas coloca a ênfase na garantia e usufruto de uma variedade de políticas, bens e serviços necessários para garantir a plena realização do mais alto nível possível de saúde.

Essa garantia se consubstanciaria, na visão dos países africanos, em três níveis de serviços de saúde: curativos, preventivos e os de controle dos determinantes da saúde. Alguns países como o Zaire têm avançado no sentido de oferecer aos cidadãos assistência jurídica gratuita para reclamar quando estes direitos são violados. Mas como qualquer outro direito socioeconômico, o direito à saúde admite sua realização progressiva na

[1] Economista de Saúde aposentado do Banco Interamericano de Investimento (BID).

medida em que a disponibilidade de recursos se faça presente. O termo “Realização progressiva” na Carta da África exige o Estado de cumprir direitos garantidos como obrigações incondicionais e imediatas.

No entanto, muitos contestam que a realização progressiva não exige o Estado de prover ações de saúde pública, instalações para os cuidados básicos da saúde, o controle dos determinantes da saúde, tais como ambientes seguros, água potável e instalações sanitárias adequadas, hospitais, clínicas e outros edifícios relacionados com a saúde em funcionamento, acesso a medicamentos e insumos, formação médica e pessoal profissional qualificado com salários competitivos no mercado interno. Sem essas garantias mínimas para todos, o direito a saúde seria uma ficção.

## **Referências**

Declaração Universal de Direitos Humanos, 1948. Acesso em 17/9/2010 e disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm)

African Charter on Human and Peoples’ Rights. Acesso em 17/9/2010 e disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/z1afchar.htm>

21 de dezembro de 2010

## O direito à vida e à saúde e seus impactos orçamentário e judicial

*Clarice Alegre Petramale<sup>1</sup>  
Neilton Araujo de Oliveira<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Direito Sanitário, Financiamento da Saúde, Judicialização da Saúde, SUS.

O filho de José da Silva tem diarreia desde que nasceu. Não ganha peso, vive doentinho... O pediatra fez o diagnóstico de alergia à lactose. O tratamento prescrito foi substituir o leite de vaca por um leite importado, que custa R\$ 350,00 a lata e só dura 4 dias! Como este pai de família pode sustentar este gasto com o salário de analista de sistemas? A solução foi tentar ajuda da prefeitura.

O caso descrito acima é apenas um exemplo real do que acontece com diversos brasileiros diariamente. E esse impasse, aparentemente, poderia ser resolvido de maneira simples, já que o artigo 196 da Constituição do Brasil diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas...”. Isto significa que, quando um paciente precisa de tratamento que não é coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – e entra com um pedido de liminar na justiça para consegui-lo de graça –, parece razoável que o juiz aceite a solicitação. Mais do que uma questão polêmica, o assunto é muito mais complexo, afinal envolve uma “contradição” importante: de um lado, o direito à saúde, universal, inteiro, infinito... direito de cidadão!... e de outro lado, os limites, “finitos”, dos orçamentos do Estado.

Por ter consciência desse dilema e querendo contribuir com a discussão e reflexão sobre um tema tão significativo como esse, um grupo de renomados juristas, médicos, economistas, parlamentares, administradores, entre outros, se reuniu na USP Ribeirão Preto (SP) em agosto de 2010 para realizar o “1º Seminário de Direito à Vida e à Saúde e seus impactos Orçamentário e Judicial”. O seminário deu origem ao livro de mesmo nome organizado pela Prof. Ana Carla Bliacheriene e pelo Dr. José Sebastião dos Santos (Livraria Del Rey, 2010). O livro, produzido a partir do referido Seminário, buscou

[1] Médica, servidora da ANVISA, diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde DGITS/SCTIE/MS.

[2] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

encontrar o equilíbrio entre o direito público e o direito privado à saúde, trazendo visões multidisciplinares de especialistas na matéria.

O país precisa que seja firmado um compromisso sério no sentido de que os novos direitos sejam avaliados frente às possibilidades de aumento da receita tributária. Na área da saúde, a situação é marcante, uma vez que o Supremo Tribunal Federal, em decisão recente, determinou que o Estado pagasse certos medicamentos de alto custo para cidadãos, com base no acesso Universal ao SUS previsto na CF/88. A magnitude das despesas com novas tecnologias de altíssimo custo, atendendo a demandas discricionárias de grupos restritos de pacientes, tem a capacidade de colocar em risco o funcionamento do próprio Estado em prejuízo de toda a coletividade.

Sendo assim, cabe perguntar: que critérios seriam relevantes para que um juiz bloqueasse o orçamento público de um município ou de um Estado para cumprir uma decisão deste tipo? Todo medicamento ou produto solicitado deveria ser liberado? E com quais critérios? Como ficaria a situação do paciente que não teve o seu medicamento liberado? Ele é menos cidadão que o outro que teve o mesmo caso e uma liminar atendida?

Essas são algumas das muitas perguntas e reflexões que precisamos debater e, a partir de uma maior compreensão, tentar buscar algumas respostas, urgente!

## **Referências**

Livraria Del Rey. Acesso em 12/11/2010 e disponível em: <http://www.livrariadelrey.com.br/direito-administrativo/direito-a-vida-e-a-saude-impactos-orcamentario-e-judicial>



5 de janeiro de 2011

## GESTÃO INTERFEDERATIVA DO SUS – Projeto de Lei nº. 5.203, de 2009

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Administração Pública, Gestão Pública, SUS.

A conformação jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o disposto no art. 198 da CF, exige que todas as ações e serviços públicos de saúde de todos os entes federativos sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Essa determinação constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado, que é o da gestão compartilhada. Gestão compartilhada de entes federativos como modelo constitucional organizativo de serviços requer que seja a Administração Pública dotada de mecanismos que permitam que entes autônomos possam se organizar de modo a executar uma gestão regionalizada.

As autoridades do SUS, seus gestores durante todos esses anos, vêm buscando inovar a gestão, com todas as dificuldades que isso encerra diante de uma Administração Pública que não consegue se modernizar ante um mundo altamente globalizado, informatizado, integrado e interdependente.

Nos anos 90, a direção do SUS nacional – Ministério da Saúde – tentou criar comissões intergestores que pudessem agregar os entes federativos nas decisões comuns do SUS. Lembro a primeira vez que ouvi falar em comissão intergestores, quando Nelson Rodrigues dos Santos procurou Guido Ivan de Carvalho para discutir a possibilidade jurídica de serem criadas comissões que pudessem juntar os gestores da saúde para definir a gestão regionalizada do SUS. Isso foi em 1992, quando o Dr. Adib Jatene era o Ministro da Saúde.

Contudo, somente em 1993, com a edição da NOB 1/93, foi implementada a comissão intergestores de âmbito nacional (tripartite – Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais) e as comissões intergestores estaduais (secretarias estaduais e municipais).

Embora elas existam até hoje, atuando em prol da gestão compartilhada, regionalizada, ao longo desses anos, verificou-se que nem sempre o que uma

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

[2] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

comissão intergestores decide é considerado pelos órgãos de controle da administração e pelo Poder Judiciário, em especial as decisões que dizem respeito à definição de responsabilidades dos entes federativos na garantia da integralidade da assistência à saúde.

Dáí a necessidade de se institucionalizar esses colegiados interfederativos para que eles possam legalmente definir competências e responsabilidades dos entes na gestão do SUS, uma vez que os municípios são desiguais em porte, economia, demografia etc., não podendo ter as mesmas responsabilidades diante do cidadão usuário do SUS. Até mesmo porque o SUS é um sistema regionalizado, que requer interações, interdependência.

O Projeto de lei do dep. Arlindo Chinaglia que trata de legalizar esse importante fórum de discussão da gestão da saúde é fato elogiável, que deve ser apoiado por todos os gestores da saúde.

O projeto de lei prevê a instituição de fóruns interfederativos – União, Estados e Municípios – como espaços de negociação e planejamento para a implementação das políticas de saúde. As decisões se dão por consenso e definem as responsabilidades e competências dos entes federativos na gestão da saúde.

De acordo com o projeto de lei, as atribuições dos colegiados gestores são:

- I. decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II. definir diretrizes, de âmbito nacional, regional, intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- III. fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos.

Os gestores do SUS devem apoiar e acompanhar o presente projeto de lei em benefício da gestão da saúde.

## Referências

L. Santos e L.O.M. Andrade. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Campinas: Saberes Editora, 2ª edição.

25 de janeiro de 2011

## **O ESTADO NA ARTICULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE: Um elo perdido?**

*Lenir Santos<sup>1</sup>**Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

### **Palavras-chave:** SUS.

Nos últimos tempos, temos feito constantemente uma pergunta: na articulação do Sistema Único de Saúde (SUS), qual tem sido o papel do Estado? Ele tem sido considerado como o articulador do sistema de saúde estadual e regional, conforme exigiria nossa Federação e o próprio Sistema Único de Saúde? Ou o Estado vem sendo o elo perdido do SUS?

Essa pergunta é de fundamental importância num sistema de saúde em que a própria Constituição o concebe como um sistema regionalizado e hierarquizado organizado sob a forma de redes de serviços (art. 198). Sendo o SUS um sistema regionalizado, o mais importante articulador desse sistema deve ser o estado-membro, porque município não articula sistema regionalizado, mas sim o seu sistema local. E quanto o município atua ao lado de outros municípios de uma região de saúde, é de fundamental importância a presença do Estado. Sem o Estado, o sistema não se consolida. Numa Federação, o Estado é o principal articulador de serviços, que exige a integração de serviços municipais de um conjunto de municípios. Região de saúde, regionalização, são palavras que pressupõe um coordenador estadual, ou seja, o Estado. O Estado, numa Federação, deve ser o condutor das políticas que exigem compartilhamentos de serviços, interdependência de serviços, como é o caso do SUS, que exige sejam todos os serviços públicos de saúde integrados numa rede regionalizada e hierarquizada de saúde, constituindo um único sistema, nos termos do art. 198 da CF.

Contudo, os Estados, com amplo poder-dever constitucional e legal de organização político-administrativa da sua região, vêm sendo o elo perdido nessa articulação regional do SUS. O Estado tem o papel de coordenar o sistema estadual de saúde e legislar sobre saúde, de maneira suplementar. Bastariam essas duas competências para se reconhecer no Estado seu relevante papel de organizador, em conjunto com seus municípios, o sistema estadual de saúde, constituindo redes regionalizadas de saúde.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

[2] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

Nem sempre as Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) levaram em conta esse relevante papel do Estado. Muitas vezes acabam por exigir que tanto o Estado quanto os municípios se habilitassem perante o Ministério da Saúde em alguma condição de gestão. Ora, essa horizontalização da condição de gestão – exigência igual para Estados e Municípios –, desconsiderando o papel articulador do Estado, fez com que o principal elo do conjunto dos municípios de uma região se perdesse. O mesmo aconteceu e acontece com o planejamento ascendente ou integrado. O planejamento da saúde deveria considerar o Estado como o coordenador de um planejamento regional e estadual, realizado em articulação com o conjunto dos seus municípios.

Mesmo numa Federação que contempla o município como ente federativo, jamais poderemos deixar de considerar o papel do Estado de coordenador do sistema estadual de saúde. É do Estado o papel de articulador e coordenador do SUS estadual e regional. É ele quem deve atuar ao lado dos municípios na realização do planejamento ascendente ou integrado – o qual conferirá as bases para o planejamento estadual e os planos de saúde locais e regionais. Além do mais, o fato de o Estado ter competência para legislar sobre saúde, de maneira suplementar, nos termos da Constituição Federal, caberia a ele, e não ao Ministério da Saúde, o papel de definir as políticas regional e estadual de saúde, competindo ao Ministério da Saúde a definição das macropolíticas de saúde e das políticas macrorregionais que consideram as necessidades especiais de regiões interestaduais, além de executar o papel de agente de políticas compensatórias para diminuir as desigualdades regionais.

Muitos são os desafios que c ser vencidos na organização e gestão do SUS, em especial os vinculados à articulação federativa. O SUS precisa urgentemente rever o papel do Estado tanto na organização do SUS quanto na legislação que considera as especificidades estaduais e regionais. O Estado não pode continuar a ser o elo perdido na articulação do Sistema Único de Saúde.

6 de fevereiro de 2011

## Contratação de serviços complementares no Sistema Único de Saúde

*Lourdes Lemos Almeida<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Plano Operativo, Serviços Complementares, SUS.

Ao editar, em maio de 2010, a Portaria nº. 1.034, sobre a contratação de serviços complementares no SUS, o Ministério da Saúde informou que seria publicado em meio eletrônico um manual de orientações; entretanto, até o momento, ainda não foi disponibilizado esse documento, e os gestores estão vendo o prazo se esgotar.

Quando as disponibilidades de oferta de serviços na rede pública de saúde são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal pode complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde.

Após ter sido dada a devida preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, e ainda persistindo a necessidade de complementação da rede pública de saúde, é permitido ao ente público recorrer à iniciativa privada, observado o disposto na Lei nº. 8.666, de 1993.

Para tanto, serão utilizados os seguintes instrumentos:

I- convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;

II- contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

Esses serviços contratados e conveniados ficam submetidos às normas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, devem utilizar como referência a Tabela de Procedimentos SUS para efeito de remuneração e devem ser identificados no contrato pelo código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Essa complementação dos serviços deve observar os princípios e as diretrizes do SUS, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação,

[1] Especialista em Saúde Pública e Gerente do Núcleo de Gestão do CONASS.

os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso, ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo.

Para justificar a necessidade de complementaridade com a oferta de serviços privados de assistência à saúde, o gestor deve elaborar um Plano Operativo para a sua rede de serviços públicos de saúde.

O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre o ente público e a instituição privada, devendo conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas.

As instituições privadas de assistência à saúde contratadas ou conveniadas com o SUS devem atender algumas condições, entre elas: manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde; submeter-se à regulação instituída pelo gestor; obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto; atender às diretrizes da Política Nacional de Humanização e submeter-se ao controle do Sistema Nacional de Auditoria.

Na saída do estabelecimento onde foi atendido o usuário ou seu responsável, deve receber documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente.

A fiscalização dos conselhos de saúde será realizada nesses serviços e o seu acesso deve ser garantido.

Para o monitoramento e acompanhamento dos resultados, os gestores que contratarem esses serviços devem adotar instrumentos de controle e avaliação para garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade.

Os gestores têm o prazo de um ano a partir de maio de 2010 para adaptar seus contratos e convênios, não mais se admitindo, transcorrido esse prazo, ajustes sem os respectivos termos de contrato ou convênio.

## **Referências**

Brasil, Ministério da Saúde, Portaria nº. 1034 de 5 de maio de 2010.

8 de fevereiro de 2011

## A participação da comunidade no SUS não pode ser um mito

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Conselho de Saúde, Democracia Participativa, Participação da Comunidade, SUS.

O sistema de saúde brasileiro – SUS – contempla muitas inovações político-administrativas, como o conceito de Estado-rede, o qual deve articular seus serviços de maneira integrada para sua melhor racionalidade e eficiência. Contudo, a mais importante inovação é a que traz para dentro do serviço de saúde a participação da comunidade.

A participação social na saúde, na nossa Constituição, garante à população duas formas de participação: a) a de a cada quatro anos avaliar a saúde e propor diretrizes local, estadual e nacional, mediante conferências de saúde que se espriam pelos entes municipais, estaduais e federal; e b) a de atuar nas estratégias e definição das políticas de saúde, bem como no acompanhamento de sua execução, mediante participação nos conselhos de saúde.

Contudo, parece haver algum ruído nesse tão importante papel reservado à comunidade ao vermos disputas de cidadãos, que se segmentam em suas representações nos conselhos de saúde, por espaços próprios, quebrando a sua unidade, que é a discussão da política pública da saúde. Não que todos devam pensar do mesmo modo, nem obter consenso em tudo. Mas é importante pensar na saúde da coletividade, e não na disputa de espaços de poder ou de garantias de alguns direitos não coletivos.

Os conselhos de saúde, em especial o Conselho Nacional de Saúde, devem se colocar à altura do relevante e digno papel que lhe foi reservado de representante da cidadania, num espaço que configura a democracia participativa, forma de governo tão mais próxima do povo. A função de conselheiro deve ser cumprida à altura de sua dignidade, que deve ser medida pelo bem que protege: a vida humana. O Conselho é o espaço do exercício da cidadania, e cada conselheiro deve, antes de qualquer vaidade pessoal e desejo de poder segmentado, pensar que ali ele representa a cidadania que, na saúde, pretende fazer valer o direito ao acesso a serviços de saúde com qualidade e humanismo.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.



Infelizmente, muitos conselhos passaram a ser palco de disputa pessoal, de briga por paridade em relação a segmentos sociais, de defesa de interesses corporativos, tomando o espaço da qualificada discussão que tem a finalidade de buscar soluções para as questões da saúde. Todos deveriam ser irmanar, sem classificação alguma, a não ser a de cidadão, na discussão do direito à saúde para 190 milhões de pessoas, coisa que não é fácil em nenhum lugar do mundo e exige sérios comprometimentos e responsabilidades cidadãos!

Vejo como um ato de respeito à participação cidadã, a candidatura do Ministro da Saúde à presidência do Conselho Nacional de Saúde, e não vou negar que sempre defendi a presença do Ministro no Conselho, fato de fundamental importância para a busca da irmanação de governo e cidadão na garantia da efetividade do direito à saúde.

A participação do cidadão é um dever e um direito, cabendo-lhe intervir nas decisões do Governo que vão afetar a sua vida pessoal e coletiva, sendo um espaço de fomento à autorresponsabilidade social, de cuidado com a saúde do outro e a própria, de solidariedade cidadã e de garantia de que programas e projetos públicos serão apropriados ao atendimento das necessidades sanitárias da comunidade.

É no conselho que se deve debater questões relevantes como o padrão de integralidade que governo e sociedade devem garantir à população; o complexo problema da incorporação de tecnologias inovadoras ao lado de necessidades sanitárias seculares e endêmicas.

É bom lembrar que o sofrimento fere a dignidade humana e que não é fácil construir um sistema de saúde solidário, justo, sério sem a participação de todos.

## **Comentários: 2**

**Ana Paula Chancharulo**, em 10 de fevereiro de 2011, às 17h 37

Achei muito interessante suas considerações, e sem dúvida um dos fatores que contribuem para tal situação é a cultura do individualismo que tem marcado tão fortemente a nossa sociedade. Sou auditora da Secretaria de Saúde do estado da Bahia, e no desenvolver de meu trabalho tenho participado de várias reuniões de conselhos, nas quais percebo o pouco compromisso, a falta de conhecimento acerca do papel desta instância deliberativa na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Sem mencionar situações em que os conselhos são meros espaços figurativos, constituídos apenas para atender a um preceito legal. E pergunto o que fazer?

**Lenir Santos**, em 10 de fevereiro de 2011, às 19h 09

Cara Ana Paula, realmente os conselhos têm se desviado de seus caminhos

originais ou legais, criando um espaço de disputa pessoal ou de projetos corporativos em detrimento da discussão das reais necessidades de saúde da população, ou seja, dos problemas macro. O próprio CNS deveria começar a dar o exemplo, promovendo mudanças na sua forma de atuação. Quem sabe poderemos reverter a situação. Obrigada pelo comentário pertinente e muito real.

18 de fevereiro de 2011

## O papel do Estado na coordenação do SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Coordenação Estadual, Estado, SUS.

Continuando o tema de um recente *post* sobre o papel do Estado no SUS não poderia deixar de considerar a competência do Estado para legislar na área da saúde. Nos termos do art. 23, XII, da CF, compete à União, ao Distrito Federal e aos Estados legislar concorrentemente sobre saúde pública. Poderia parecer estranho o município não figurar na norma, como se a ele não fosse conferido o poder de legislar sobre saúde. O município também pode legislar sobre saúde para atender o interesse local (art. 30, II, da CF). Na ausência de normas federais e estaduais sobre saúde que atendam o interesse do município, compete-lhe legislar sobre temas de sua atribuição no interesse local.

Contudo, o município está obrigado a cumprir as normas federais e estaduais. Fechando o parêntese e voltando para a competência do Estado, é importante ressaltar que a União e o Estado têm competência para legislar concorrentemente sobre saúde. Quando a competência é concorrente, a União deve legislar sobre normas gerais, cabendo aos estados suplementar a legislação federal para atender as especificidades da sua região. Normas gerais são sempre de diretrizes, principiológicas, que devem ser respeitadas por todos os entes federativos. Normas detalhadas, destinadas ao atendimento das especificidades do Estado, são de competência estadual.

Nesse sentido, é o Estado, no seu papel de coordenador do SUS (art. 17 da Lei n.º. 8.080, de 1990), que deve ordenar o sistema de saúde estadual em relação aos seus serviços e ao conjunto de seus municípios e legislar suplementarmente sobre saúde.

Entretanto, tem sido comum o Ministério da Saúde extrapolar sua competência constitucional de apenas legislar sobre normas gerais na área da saúde, normatizando o SUS nos mínimos detalhes, invadindo a competência estadual e impondo regramentos em minúcias aos Estados e municípios, como se a competência para legislar sobre saúde fosse exclusivamente federal.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Os Estados, infelizmente, pouco se insurgem, aceitando esse excesso normativo que fere a sua competência constitucional. Acomodados num papel menor de prestar serviços de saúde à população, deixam de lado o seu papel maior de articulador e normatizador do sistema público de saúde estadual. Por isso, o planejamento estadual e regional, que deveria dar origem ao mapa sanitário estadual, referência para a organização de serviços tanto públicos como privados, tem sido relegado.

É do Estado, ainda, o papel de regular, fiscalizar e controlar os serviços públicos e privados de saúde (art. 198 da CF) no seu território estadual, cumprindo apenas as normas gerais da União. Contudo, isso mal tem se realizado. Poucos são os Estados que têm assumido seu verdadeiro papel no SUS.

Se os Estados assumirem suas competências legislativas, seu papel de ente federativo coordenador do SUS estadual, e o Ministério da Saúde deixar de regular com um furor absurdo o SUS nacional, com a edição de mais de 10 mil portarias (de 1990 até os dias de hoje), talvez o SUS passe a se configurar como um verdadeiro sistema de saúde interfederativo. Como um sistema de saúde regionalizado pode conviver com uma centralização normativa como a imposta pelo Ministério da Saúde? Todas essas questões não podem ser abandonadas, como se esse modelo do SUS fosse o modelo da Reforma Sanitária.

É preciso repensar o atual modelo “real” de organização do SUS – que conflita com o modelo preconizado nas leis. É preciso respeitar a configuração jurídica constitucional do SUS. Grande parte dos programas e das normatizações sobre saúde deveria ser editada pelo Estado, ente federativo que vive a realidade regional.

## **Comentários: 2**

**Ministério da Saúde**, em 23 de fevereiro de 2011, às 11h 20

Olá blogueiro(a)! Através do programa Saúde Não Tem Preço, agora os brasileiros passam a ter acesso gratuito aos medicamentos para controle da diabetes e hipertensão. Seja nosso parceiro e utilize seu espaço para divulgar esta novidade. Se tiver interesse em colocar algum material da campanha em seu *blog*, entre em contato com [comunicacao@saude.gov.br](mailto:comunicacao@saude.gov.br).

Para saber mais sobre a campanha, acesse: <http://www.saudenaotempreco.com>. Você também pode nos seguir no Twitter: <http://www.twitter.com/minsaude>. Obrigado.

**Milena**, em 15 de outubro de 2011, às 12h 14

Vale retificar que é o artigo 23, inciso II, e não inciso XII, como está no texto.

## A rede de atenção à saúde no SUS

*Maria José de Oliveira Evangelista<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** APS, Atenção à Saúde, Rede, SUS.

Após quase 4 anos de discussão tripartite entre CONASS, CONASEMS e MS, finalmente foi aprovada, na última CIT de 2010, as Diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde no SUS e publicada em Portaria pelo Ministério da Saúde.

A Portaria de nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de saúde que necessita, com efetividade e eficiência.

São 7 as Diretrizes propostas, conforme descritas abaixo:

1. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção;
2. Fortalecer o papel dos Colegiados de Gestores Regional – CGR – no processo de governança da RAS;
3. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde;
4. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS;
5. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS;
6. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS;
7. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS.

Para cada diretriz, a portaria prevê algumas estratégias consideradas necessárias para implantação da Rede.

[1] Enfermeira Sanitarista, Especialista em Gestão em Saúde Coletiva, Mestra em Ciências da Saúde e Gerente do Núcleo da APS/Redes de Atenção à saúde do CONASS.

Um dos grandes desafios dessa empreitada, senão o maior é o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, tornando-a capaz de coordenar o cuidado e ser o centro de comunicação. O desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da APS junto aos gestores, academia, profissionais, mídia e a própria população. Como exemplo, destaca-se a dificuldade de captação de médicos nas residências de medicina de família, o entendimento da APS como “postinho de saúde” e da agregação de valor por parte da população, que não reconhece esse espaço como crucial para apoiá-los no emaranhado de serviços e tecnologias disponíveis no sistema de saúde.

O momento é favorável, pois estamos iniciando novas gestões na esfera federal e estadual. Possuímos um exército de equipes de saúde da família, com milhares de Agentes Comunitários de Saúde espalhados em todo país e um contingente de cerca de trinta e quatro mil equipes.

Todas as esferas explicitam a tomada de consciência de que não chegaremos à plenitude de um Sistema de Saúde realmente para todos se não tivermos uma APS de qualidade, resolutiva e com amplo acesso. E mais ainda, não teremos um Sistema pleno se não mudarmos drasticamente o modelo de atenção vigente e hegemônico, que privilegia as condições agudas.

Nos países com sistemas de saúde universais, como os da Europa, Canadá e a Nova Zelândia, o tema APS está na agenda política dos governos, em contraponto, com a fragmentação dos sistemas de saúde, a superespecialização e o uso abusivo de tecnologias médicas, muitas vezes causando iatrogenias. Nos Estados Unidos, por exemplo, trabalhos publicados apontam uma redução de 6 a 12 meses na expectativa de vida da população, por iatrogenia médica, sendo essa a terceira causa de morte naquele país.

É evidente que a concretização dessa proposta, já exitosa nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, ocorrerá através de um processo contínuo, com coerência com o Pacto pela Saúde, como diretriz institucional tripartite, e as políticas vigentes.

30 de março de 2011

## A Agenda Legislativa da Saúde na 54ª Legislatura – Sem novidades no front

*Luiz Carlos Romero<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** 54ª Legislatura, Direito Sanitário, Produção Legislativa em Saúde.

Não há novidades em relação à produção legislativa em saúde para a legislatura que se inicia. Apenas a sensação de que passamos de ano, mas a lição de casa ainda está para ser feita.

Em verdade, importantes e urgentes matérias de interesse para o setor e para a saúde dos brasileiros foram objeto de proposições legislativas e apresentadas às duas Casas do Congresso Nacional na legislatura passada, mas sua apreciação e votação progrediram muito pouco ou, em alguns casos, nada.

Para citar alguns exemplos, a regulamentação da Emenda Constitucional 29; a lei federal de ambientes livres de tabaco; a regulação da publicidade de bebidas alcoólicas e alimentos; a proibição de antibióticos na ração do gado; a lei do ato médico; a lei de responsabilidade sanitária e a Consolidação da Legislação Sanitária Federal são matérias que ou já estavam na pauta do Congresso Nacional ou foram propostas na legislatura que se encerra. Todas as proposições de grande relevância, seja para a construção do SUS, seja para a melhoria da saúde dos brasileiros que, no entanto, ou não prosperaram, ou foram bombardeadas ou, simplesmente deixadas esquecidas.

Deputados e senadores preferiram aprovar leis que instituem efemérides e que concedem benefícios e isenções tributárias para minorias portadoras de patologias. Entre 2007 e 2010, enquanto o projeto de lei complementar que regulamenta a Emenda 29 aguardava deliberação, 25 leis foram apresentadas, discutidas e aprovadas, determinando a comemoração de datas como, por exemplo, o Dia Nacional do Ostomizado, o Dia Nacional da Equoterapia e o Dia Nacional de Luta pelos Direitos das Pessoas com Doenças Falciformes. As novidades que teremos nesta 54ª Legislatura não serão, assim, a proposição de matérias novas. Novidade será – se tivermos sorte, meios de pressionar nossos legisladores e vontade de contribuir para a saúde do povo brasileiro de parte deles – se essas matérias forem, enfim, apreciadas e transformadas nas leis de que estamos precisando. Isto é, se for feita a lição de casa da legislatura passada.

[1] Médico, especialista em Saúde Pública. Consultor Legislativo do Senado Federal. [romero@senado.gov.br](mailto:romero@senado.gov.br).



6 de abril de 2011

## Permissão do Judiciário para tratamento desigual no Sistema Público de Saúde

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Judiciário, STF, SUS.

Um dos princípios basilares da nossa República Federativa é a igualdade de todos perante a lei. Contudo, num país marcado pela desigualdade, onde alguns se sentem mais privilegiados que outros, esta desigualdade social, esta segmentação social não para de produzir efeitos, os mais deletérios possíveis. E essa desigualdade agora se apresenta no SUS por determinação judicial.

Em recente decisão, o Juiz da 1ª Vara Federal de Santo Ângelo (Execução de sentença contra fazenda pública nº. 2003.71.05.005440-0/RS) deferiu pedido do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul permitindo que o cidadão, quando enfermo, tenha o direito de pleitear, no SUS, serviços de hotelaria de maior conforto pessoal em relação àquele existente para todos, além de poder, ainda, escolher médico privado para atendimento nos serviços públicos de saúde (SUS).

A leitura da sentença nos estarrece pelo teor do desconhecimento do Sistema Único de Saúde tanto quanto pela desigualdade que instala no âmbito dos serviços públicos.

“Defiro o pedido do exequente e determino a intimação do Município de Giruá acerca da referida decisão, para que, a partir da ciência da presente: a) permita o acesso do paciente à internação pelo SUS e o pagamento da chamada diferença de classe, para obter melhores acomodações, pagando a quantia respectiva, quer ao hospital, quer ao médico; b) abstenha-se de exigir que a internação só se dê após exame do paciente em posto de saúde (outro médico que não o atendeu), e de impedir a assistência pelo médico do paciente, impondo-lhe outro profissional. Cientifique-se o representante legal do Município de que, havendo descumprimento da decisão proferida nestes autos, incorrerá o executado em multa diária, no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais). Lademiro Dors Filho – Juiz Federal – 2010”

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

E essa decisão se fundamenta em recente Acórdão do STF, de 2009, do Ministro Celso de Mello, no RE 596.445/RS, que entende que a jurisprudência do STF se firmou no sentido de conceder ao cidadão o direito de exigir serviços públicos de saúde diferenciados, quando de sua internação (quarto individualizado e conforto superior).

Esse entendimento – que vem sendo firmado no STF desde 2000 – se assenta numa decisão do Ministro Ilmar Galvão – RE 226.835/1999 – que, à época, garantiu ao paciente internação em quarto privativo, sob o fundamento de que o paciente acometido de leucemia mieloide aguda teria o direito de manter-se internado em quarto individual em razão de sua doença não permitir contato com outros pacientes, sob o risco de contágio em razão da fragilidade de seu sistema imunológico.

A causa de pedir do RE dizia respeito a paciente com leucemia mieloide aguda que necessitava de isolamento em quarto privativo. Essa necessidade terapêutica já deveria ter sido garantida pelo SUS na ocasião, sob pena de cerceamento do direito à saúde, por tratar-se de uma situação que requeria tratamento diferenciado em razão da doença do paciente.

*In casu*, o pedido de acomodações diferenciadas – quarto individual em relação à quarto com mais de um paciente ou enfermaria – fazia todo o sentido terapêutico e deveria ter sido garantido de imediato pelo SUS. E o Ministro Ilmar Galvão ressaltava que as condições especiais do paciente que estava acometido de leucemia exigiam, como medida terapêutica, a sua internação em quarto individual, sob pena de sua vida correr risco.

Contudo, a situação invocada no pedido concedido pelo Juiz Federal com base na decisão do Ministro Celso de Mello é exatamente contrária: o CRM-RS pleiteou o direito de as pessoas terem tratamento desigual em situações iguais, alegando que pacientes podem, no SUS, ter direitos diferenciados no tocante a serviços de hotelaria: quem puder pagar esses passa a ter o direito de pleiteá-lo. É flagrante, no caso, a violação do princípio da isonomia, por conceder privilégio e tratamento diferenciado aos pacientes do SUS, fato vedado pelo Direito (Art. 196 da Constituição e art. 7º, IV, da Lei nº. 8.080, de 1990). Por outro lado, a decisão judicial se faz acompanhar por outra medida absurda, que é permitir no SUS a escolha de médico privado – que não integra o SUS – para atuar dentro do sistema público de saúde.

Voltamos à era da Casa Grande e Senzala. E isso num sistema que exige constitucionalmente a igualdade de atendimento, sem privilégios de nenhuma espécie.

15 de abril de 2011

## A humanização do SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

Com esse título – Você pode me ouvir, Doutor? –, foi lançado no ano passado um livro que trata da relação médico-paciente. Um livro de rara sensibilidade com prefácio de Adib Jatene. Ao ler a obra, fiquei a pensar no modelo de saúde pública que o SUS contempla. Um sistema que pretende garantir ao cidadão serviços de saúde de qualidade que garanta a integralidade da assistência à saúde.

Ao refletir sobre a garantia de serviços de saúde integral, de acesso universal e igualitário, descobrimos o quão devedor é nosso serviço de saúde. Hoje mesmo, conversando com uma jovem dona de uma banca de jornal, ela me dizia que, ao comprar a sua casa própria, abriu mão de todas as prestações possíveis, dentre elas, a do plano de saúde. Como seu filho pequeno teve um problema ortopédico, precisou ir nos serviços de saúde do bairro em que mora e teve muitas dificuldades para ser atendida pela falta de médico, e quando o foi, o médico mal a olhou. Se ele tivesse que identificá-la, por qualquer motivo, não o saberia, porque esteve com ela, mas não a viu. Este fato a fez considerar se não deveria voltar a ter um plano de saúde, nem que fosse apenas para seus filhos. E a cidade do interior em que mora essa jovem senhora é uma das cidades mais ricas do país, com uma alta renda per capita.

Da falta de médico à falta de humanismo no atendimento, o sistema de saúde brasileiro vai mal como um todo, tanto o sistema público e como o sistema privado. A reclamação da cidadã centrava-se na ausência do serviço, do servidor público médico e da sua falta de profissionalismo, humanismo, alteridade. Atendimento humanizado passou a ser artigo de luxo que não se encontra em quase nenhum sistema.

No prefácio do livro em referência, o Dr. Jatene sabiamente diz: Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o homem não mudou. Continua como antes diante da doença, necessitando antes de tudo confiar em quem o trata. Essa confiança que o faz entregar-se sem reservas só pode ser confrontada com competência e dedicação. O médico não pode permitir que as máquinas o substituam. Não pode limitar o tempo da consulta, refugiar-se na solicitação

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

de exames e encurtar a anamnese como se esta pudesse ser substituída por imagens.

De fato, vivemos uma era em que as relações humanas se deterioram vertiginosamente, com profissionais de saúde, em especial os mais jovens, se voltando, cada vez mais, para a competição, considerada uma qualidade. Quem é competitivo, é elogiado. Só que na área da saúde não se pode esquecer que na frente de um médico, do outro lado da mesa, na outra cadeira, existe um ser humano que procura o médico como se ele fosse um oráculo capaz de lhe dizer palavras mágicas para minorar o sofrimento humano.

O SUS tem políticas de saúde voltadas para a humanização dos serviços. Mas haverá humanização nos serviços de saúde quando falta médico, sem falar da atenção, solicitude e cortesia, tão importantes para o início de uma relação de cura ou amenização do sofrimento?

Há humanismo num sistema de saúde que marca o mesmo horário e dia para todos os pacientes? Todos devem chegar às 7h da manhã, ficando alguns a esperar durante mais de quatro ou cinco horas? Afora quando os desacertos nos diagnósticos atormentam a vida do paciente, fazendo-o peregrinar por dias a fio sem solução. As relações humanas parecem cada dia mais esgarçadas, sem que as políticas públicas e os projetos de humanização dos serviços aconteçam realmente.

## **Referências**

Você pode me ouvir, Doutor? Organizadores: Álvaro Jorge Madeiro Filho e João Macedo Coelho Filho. Saberes Editora: Campinas, 2010.

26 de abril de 2011

## Saúde não tem preço

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Consumo de Saúde, Direito da Saúde, Saúde Pública.

Vivemos em uma era em que quase tudo é precificado, a partir do nosso tempo, que na era da velocidade não pode ser desperdiçado por traduzir-se, de algum modo, em competição e por competição significar melhoria de renda, e renda significar poder de consumo.

Parece que na sociedade contemporânea há um ‘certo’ abandono, pelo cidadão, de suas lutas pelos direitos sociais e uma busca por maior renda para consumi-los no mercado. Uma sociedade que vai, forçosamente, em busca do consumo, mediante pagamento, dos direitos à educação, saúde, previdência, segurança, por se sentir cansada ou isolada em suas lutas pelos direitos de cidadania.

Esta é uma era em que a própria soberania do Estado parece colocada à prova ante um mundo financista, de fortes blocos econômicos mundiais. Uma época que parece de indefinição; era do pós-tudo: pós-moderno, pós-muro de Berlim; pós-história, mas é nessa mesma era que estamos a discutir o direito à saúde para 190 milhões de brasileiros.

Sabemos que o direito à saúde demorou muito para ser reconhecido em nosso país, mas entre a demora e o reconhecimento, a abundância da inclusão de 190 milhões de pessoas num sistema de acesso universal e igualitário. Essa utopia, certamente, já foi conquistada. Temos, agora, à nossa frente, a utopia da real efetividade desse direito. Sem dúvida, não é coisa fácil. Pelo contrário. Dificuldades sem fim num mundo que já discute questões de bioética, de clonagem, de barriga de aluguel, de engenharia genética, de infintos problemas biotecnológicos que batem e adentram a porta do século XXI enquanto doenças endêmicas continuam a causar profundo sofrimento humano.

Ao lado de temas de tão avançada ciência e tecnologia, nos deparamos com realidades que nos levam a profundas reflexões, como a falta de atendimento médico em determinadas regiões; a dificuldade de municípios em fixar médicos em áreas remotas; a dificuldade ao acesso a medicamentos

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

e leitos hospitalares. Essas contradições do pós-moderno convivendo com tão antigas mazelas nos deixam cheios de perplexidades ante uma sociedade que se moderniza à velocidade da luz sem resolver problemas seculares das desigualdades sociais e da pobreza humana.

Na saúde, certamente, é preciso racionalidade e utopia. Utopia porque sem ela não incluiremos todos os cidadãos brasileiros no sistema público de saúde. Racionalidade na escolha dos problemas sanitários os quais devem ser enfrentados obstinadamente, porque sem centralidade racional dificilmente os venceremos, tão inúmeros são.

Dentre as medidas sanitárias que devem ser priorizadas – como a melhoria do acesso do cidadão aos serviços de saúde, fortalecimento da Atenção Primária, humanismo na assistência ao cidadão, melhoria da gestão do sistema público –, uma delas deve ser a garantia de medicamentos, fonte de intensa judicialização.

É preciso ter em mente que, nessa sociedade de velocidade, saúde continua a ocupar o lugar de sempre: o da fragilidade humana ante um diagnóstico; o da angústia da espera; o da perplexidade e a insegurança diante da doença. A tecnologia não mudou as necessidades humanas mais intrínsecas, como a de querer ser ouvido, ser consolado, ser amparado. Tanto que podemos dizer que vivemos na era do pós-tudo, exceto da pós-necessidade humana de querer ser considerado, ser ouvido, ser levado em conta. É dever do Poder Público continuar à frente de sua indelegável responsabilidade de prover políticas públicas que garantam os direitos fundamentais do ser humano, dentre eles o direito à saúde.

Interessante pensar que, ao lado do tão falado fim das utopias de uma sociedade mundial que mais protege o capital que o emprego, que mais incentiva a competitividade do que a qualidade de vida, ainda assim não abandonamos a utopia da melhoria dos serviços de saúde, da garantia do acesso a um serviço público de maior qualidade e humanismo. Para nós, saúde não tem preço.

24 de maio de 2011

## **Demandas de grupos específicos e proliferação legislativa**

*Martinho Braga Batista e Silva<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Equidade, Grupos por Patologia, Integralidade, Proliferação Legislativa.

Lucchese realiza sua monografia de especialização em Direito Sanitário sobre um assunto polêmico: a exigência do direito à saúde por parte de grupos específicos reunidos em torno de patologias (portadores de diabetes, HIV/AIDS, entre outros), cobrando a oferta de ações e serviços de saúde nos estabelecimentos públicos de saúde por meio de demandas que assumem o formato de projetos de lei.

Para o autor, um fenômeno que acontece no campo jurídico de um modo geral também comparece no contexto da consolidação do SUS no Brasil: a proliferação legislativa, “nome dado a uma tendência crescente, que tem chamado a atenção de juristas, aqui e em vários países da Europa, que veem com muita apreensão a multiplicação e a deterioração da qualidade do ordenamento jurídico em seus países”. Leis, normas e regulamentos estariam a “inundar a sociedade”, terminando por promover uma “desvalorização da lei” e mesmo um “descrédito da legislação sanitária”, sendo que leis recentemente instituídas sobre distribuição de medicamentos, oferta de cirurgias e outros procedimentos a portadores de doenças e agravos específicos (hepatites, câncer, entre outros) e membros de grupos em defesa de seus direitos sociais (mulheres) são exemplos disso (ver págs. 21, 26 e 43).

O princípio da integralidade do SUS é que costuma ser utilizado para justificar as demandas de acesso a medicamentos, embora seja o princípio da equidade o atingido quando o acesso a ações, serviços, procedimentos e produtos de saúde leva em conta mais a pressão de “grupos por patologia” e menos as “desigualdades sociais” no país (ver págs. 12, 45 e 47).

A justificativa para a formulação, cada vez frequente, de mais normativas específicas é a tentativa de dar solução por via legal a um problema de gestão do SUS, ou seja, tornar a lei um instrumento por meio do qual a administração dos recursos por parte dos gestores seja mais eficaz, fazendo chegar à população um atendimento de qualidade:

“Todos os assuntos contidos nesta lei são de competência típica do Poder Executivo, que pode lançar mão de suas prerrogativas e instrumentos

[1] Professor do Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



jurídicos para elaborar um programa de ação e fazê-lo existir na prática. E quando mudar algum parâmetro em termos de conhecimento clínico, avanço tecnológico, condições administrativas ou situação epidemiológica, possa o gestor da saúde modificar agilmente o programa antes definido, sem precisar se submeter à difícil e demorada aprovação de lei pelo Congresso Nacional” (ver pág. 29)

O estudo é abrangente, descrevendo e analisando dez leis, aprovadas após a instituição do SUS, em 1990, “com esse objetivo de obrigar o SUS a realizar algum serviço ou ação de saúde”, e 67 projetos de lei apresentados entre 2006 e 2008 no Congresso Nacional.

Entretanto, a análise sobre a proliferação legislativa na saúde e o princípio de equidade do SUS (ver págs. 12 e 47) merece uma argumentação mais detalhada, já que não há menção à equidade entre os princípios do SUS na Constituição Federal de 1988 nem nas Leis nº. 8.080 e 8.142, de 1990, apenas à universalidade e igualdade. São assuntos parecidos, embora diferentes. Equidade remete a levar em conta que pessoas em condições socioeconômicas (culturais, políticas etc.) diferentes necessitam de acesso diferenciado a bens e serviços, tendo em vista sua condição de vulnerabilidade social, enquanto a igualdade não contempla isso.

Também a análise sobre as decisões judiciais com base no princípio da integralidade merece uma discussão mais cuidadosa, pois, na Constituição de 1988, “atendimento integral” é privilegiar “ações preventivas” sem deixar de atentar para as “assistenciais”, algo diferente de assistência exclusivamente médica (antes oferecida pelo INAMPS apenas para os trabalhadores de carteira assinada), bem como de atender a toda e qualquer demanda que surgir (atendimento total). Assim, não necessariamente precisamos de um conceito de integralidade mais racional (ver pág. 45), talvez apenas de fazer valer seu sentido constitucional.

Além disso, dentre as leis relativas a agravos e doenças específicas, o autor não incluiu a Lei nº. 10.216, de 2001, a lei da reforma psiquiátrica, relativa à proteção dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtorno mental: não se trataria de uma lei que diz respeito a doenças e agravos específicos?

## Referências

LUCCHESI, G. (2009) A concretização do direito à saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Direito Sanitário. PRODISA / FIOCRUZ Brasília. 50 págs.

15 de junho de 2011

## Articulação federativa e contrato de ação pública no SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Articulação Federativa, Contrato de Ação Pública, Contrato Organizativo, Gestão Pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) requer da Administração Pública arranjos jurídico-administrativos capazes de tornar realidade um sistema que a Constituição definiu como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, cuja titularidade é de todos os entes federativos, os quais devem, ainda, compartilhar o seu financiamento.

O formato organizativo dos serviços públicos de saúde, de titularidade federativa compartilhada, nos leva a pressupor a existência de uma interdependência na organização dos seus serviços, o que implica a necessária articulação dos entes federativos. Um sistema público assentado no diálogo, na negociação e no consenso interfederativo, com a finalidade única de garantir uma rede regional, estadual e interestadual de ações e serviços de saúde capaz de garantir o direito à saúde.

Além do mais, como na saúde, as competências constitucionais foram distribuídas de maneira igual entre os entes federativos, somente a articulação federativa e a gestão consensual serão eficientes para definir as responsabilidades de cada um na rede SUS.

Esse modelo comunga com a contemporânea Administração Pública por requerer a construção de bases que garantam um regime de colaboração entre os entes federativos cercado de segurança jurídica para que ninguém fique de pires na mão.

As redes na saúde são, na realidade, redes integrativas de serviços de municípios e estados, com a participação da União no seu financiamento e no estabelecimento de diretrizes nacionais unificadoras do sistema. Sabemos todos que a integralidade da assistência à saúde somente pode ser cumprida dentro do sistema e da rede interfederativa de serviços, sendo impossível o seu cumprimento por cada ente da Federação, isoladamente.

À luz da Constituição – que conforma o SUS sob o formato de rede –, a

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

articulação federativa, tanto quanto a necessidade de serem criados vínculos contratuais definidores de responsabilidades, são consequências do disposto no art. 198.

O contrato organizativo capaz de organizar a ação pública da saúde deve ser o ato jurídico que estampa os compromissos, compromete os entes federativos uns com os outros, define necessidades, prioridades e a forma de financiamento com a finalidade de garantir o direito à saúde do cidadão.

O contrato de ação pública, tripartite – União, Estados e Municípios, uma vez que todos devem cuidar da saúde – deve ser firmado por entes federativos ordenados em regiões de saúde, as quais devem ser capazes de garantir um conjunto de serviços de baixa, média e alta complexidade, organizado mediante a conjugação de serviços, recursos financeiros, planejamento integrado dos entes federativos, sob o modelo de gestão compartilhada, negocial, consensual, com direção única em cada esfera de governo, conforme preconiza a Constituição.

A política contratual entre entes federativos na saúde é o melhor caminho para a consolidação de um sistema público de grande complexidade que requer da Administração Pública inovações, horizontalidade nas negociações num país de cultura altamente federalizada.

O SUS aponta que o caminho da articulação federativa, diante do necessário compartilhamento da gestão pública, é o que traz para dentro da Administração Pública inovações que devem ser consideradas numa Federação cooperativa.

O SUS é uma moderna forma de dirigir serviços públicos por considerar a importância de todos os envolvidos, requer a ação articulada dos entes federativos com vistas à garantia de direitos de cidadania, a participação da comunidade na definição da política de saúde e a participação complementar do setor privado em suas redes, fatos que o colocam no centro da contemporânea Administração Pública que considera todos os atores políticos e sociais. O SUS é o resultado da gestão interfederativa, participativa e de integração público-privada.

## **Comentários: 10**

*Leonice, em 13 de julho de 2011, às 13h 52*

Boa tarde, Dr<sup>a</sup>. Lenir! Sou do Paraná e participei do curso de Direito Sanitário do Congresso em Brasília, e confesso que saí muito confusa em relação às chamadas REGIÕES de SAÚDE. Se puder me ajudar, ficarei imensamente grata! As dúvidas são: qual será a abrangência? As regionais de saúde existentes serão consideradas regiões de saúde? Ou poderemos determinar que se façam Regiões de Saúde com outros municípios que não façam parte da mesma regional? Obrigada.

**Lenir Santos**, em 13 de julho de 2011, às 19h 57

Oi Leonice. Boa noite! A Região de Saúde deverá ser conformada nos moldes do disposto no Decreto. Mas haverá um tempo, discussões, apoios, cooperação do MS para que isso ocorra. Pode ter certeza de que todas as suas dúvidas serão esclarecidas no decorrer da reorganização da sua região. Nada será feito apressadamente, sem que todos estejam de acordo e bem entendidos. Estou à disposição!

**Leonardo**, em 14 de julho de 2011, às 22h 00

Boa Noite Drª Lenir. Fiz o curso de Direito Sanitário no CONASEMS e gostaria de contribuir para divulgar este tema e seu debate na Universidade onde faço o curso de Direito. Recentemente questionei em um evento se havia alguma discussão de implantar nos currículos de Direito a disciplina “Direito Sanitário” e obtive a resposta de que esta trataria de questões envolvidas num campo muito específico e que possivelmente poderia ser contemplada num curso de especialização. No mês de outubro haverá um Encontro no qual poderão ser apresentados trabalhos orais e em forma de pôsteres. Gostaria que me desse um direcionamento acerca de como abordar esse assunto para os demais alunos e docentes desta universidade. Obrigado.

**Lenir Santos**, em 17 de julho de 2011, às 21h 36

Oi Leonardo. Boa noite! Seria muito interessante você fazer um trabalho desse. Recomendo-lhe o meu livro, em coautoria, “SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVADA E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS”, Saberes Editora, Campinas/SP. Ele foi escrito em parceria com Luiz Odorico Monteiro de Andrade. O tema do contrato está lá. Também há outro livro que você poderia ler, que é o “Direito da Saúde no Brasil”, da mesma editora e que eu organizei. Bem, há outras obras que poderia lhe indicar se houver necessidade. Obrigada.

**Valéria Ribeiro**, em 8 de setembro de 2011, às 17h 42

Prezada Lenir. Venho acompanhando a discussão do Decreto nº. 7.508/2011, como também fiz as leituras sugeridas. Especificamente suscita-me o interesse sobre esse arranjo jurídico – COAPS –, visto que, sobre ele, grandes são as expectativas de uma situação de mais segurança jurídica entre os entes públicos. Atualmente, me dispus a uma especialização em Gestão da Atenção à Saúde e decidi, em um projeto aplicativo, aprofundar-me sobre o tema. Sei que o Estado de Sergipe desde 2008 iniciou o processo de adoção desse instrumento. Sei que o mesmo foi acompanhado por você. Assim, minha solicitação se dá no sentido de saber sobre os impactos dessa adoção nas políticas de saúde daquele Estado, onde encontrar bibliografia, análises que já demonstrem quantitativamente esses dados. Obrigada!

**Divino Alves**, em 8 de setembro de 2011, às 23h 24

Cara Drª Lenir. Estou há 33 anos na SES/GO como advogado e analista de saúde e, há mais de 11, venho atuando na Gerência de Regulação, Controle e Avaliação, lutando pela implementação dos Complexos Reguladores Regionais

da Assistência e Centrais Regionais da Urgência. Espero que possamos avançar no processo de planejamento, planos e metas, e na gestão e contratação de serviços, com o instrumento denominado Contrato Organizativo. Sinto que o comprometimento do gestor municipal nesse processo é um produto que precisa ser construído e não será em custo prazo. Como coordenador do processo de contratualização e custeio (contrata partido do estado) para Complexos Reguladores e Centrais de Regulação de Urgência, acredito que esse modelo de instrumento pode ser o marco de um novo tempo na responsabilização dos gestores municipais. Um grande abraço.

**Lenir Santos**, em 12 de setembro de 2011, às 15h 42

Oi Valéria. Boa tarde! O contrato de ação pública foi uma proposta que fiz quando fui consultora, entre os anos de 2007 e 2009, em Sergipe, para implementar a reforma sanitário-administrativa da SES. Introduzi o contrato numa das nove leis que Sergipe votou na Assembleia Legislativa. O contrato foi o resultado de um estudo que vinha fazendo há alguns anos sobre como organizar ações e serviços interfederativos. Baseei-me em estudos de contratos estrangeiros organizativos de serviços públicos. No nosso país, pelo que tenho conhecimento, é o primeiro contrato desse gênero. Pode-se dizer que o contrato-programa previsto na lei do consórcio seja um contrato desse gênero. Mas o contrato de ação pública vai além, por organizar sistema mais do que serviços. Abraços. Lenir.

**Lenir Santos**, em 19 de setembro de 2011, às 16h 50

Divino, obrigada por suas considerações. Certamente o contrato de ação pública ajudará muito a construir relações federativas mais densas.

**Maria Salete Finger**, em 3 de maio de 2012, às 14h 05

Prezada Lenir! Faço parte do GT Monitoramento e Gestão da Saúde da SES/RS e atuo dentro do Departamento de Coordenação das Regionais Administrativas de Saúde. Vimos trabalhando na conformação das regiões de saúde com todas as 19 Regionais Administrativas e chegamos a 31 Regiões de Saúde, que irá conformar o nosso PDR e o PDI. A minha dúvida no que se refere aos COAPs é quando um município busca serviços em duas regiões de saúde. Nesse caso, no COAPs, esse município estará inserido em dois COAPs de duas regiões (CIR) diferentes?

**Lenir Santos**, em 10 de maio de 2012, às 13h 45

Maria Salete, bom dia! O Município somente participa de um contrato da sua região de saúde. A questão a interferência regional deve estar expressa em ambos os contratos.

15 de julho de 2011

## Saúde, valor e preço

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Preço, Saúde, Valor.

Lendo o artigo da Folha de S. Paulo de 3 de abril de 2011, da autoria de Oscar Pilagallo<sup>2</sup>, “O preço de tudo e o valor de nada”, lembrei-me que numa sociedade que tende a ter como valor supremo o consumo de bens e serviços, tudo acaba por ser “precificado”. Tanto que Eduardo Porter<sup>3</sup> afirma que as pessoas desejam não o que querem comprar, mas o que pensam querer.

Recentemente, num artigo que escrevi, no sentido de demonstrar que saúde não tem preço por ser o corolário da vida, restou, contudo, uma pergunta: a saúde escapa da precificação e do desejo? O desejo de ter saúde leva ao desejo de consumir tudo aquilo que possa preveni-la, como o próprio excesso de diagnóstico, denunciado na obra “*Overdiagnosed*”, do médico americano Reshma Melwani.

A cada dia enfrentamos o dilema de uma saúde de alto padrão, que, muitas vezes, mantém pessoas vivas em razão de custosas tecnologias que fatalmente garantem lucro (e até fama aos seus médicos, conforme o paciente) e nem sempre qualidade de vida ou a própria vida.

Dois pesos; duas medidas, fundados num mesmo paradigma que, no fundo, é o da banalização da vida em nome do lucro ou da falta dele, porque, se o prolongamento da vida fosse um valor indiscutível, todos deveriam ter direito a ele. Pode parecer um paradoxo, mas a mesma vertente que se centra na manutenção de vidas a qualquer preço sem pensar na qualidade de vida da pessoa humana é a mesma que banaliza a pessoa na falta de garantia mínima de serviços. Em ambos os casos, a pessoa e seu direito à liberdade são ignorados. De um lado, pelo excesso de ofertas tecnológicas que mais confundem do que apoiam e de outro, pela escassez de mínimos essenciais para a proteção da saúde. Em ambos os casos, o preço da saúde está em jogo.

No excesso, o lucro subentendido nas ofertas de manutenção da vida, que muitas vezes, é apenas de dias. De outro lado, o custo da saúde interferindo todo o tempo, seja nas políticas públicas, seja na saúde privada. Em ambos os casos, o custo da saúde está presente, seja pelo lucro que pode gerar, seja pelo custo nos orçamentos.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Por que os grandes problemas de escassez na saúde afetam sempre os mais pobres? Além do mais, como retirar a saúde do conceito de produto que custa? Custo sempre existirá. A questão está em como vamos combinar preço com ética, conferindo valor ético à saúde.

Pensamos que o primeiro ponto está na própria saúde pública que, por ter custo e estar vinculada ao orçamento (receitas e despesas que devem ser equalizadas), se cerca de limites; o segundo ponto, sendo a saúde de acesso universal e igualitário, como garantir a 183 milhões de pessoas uma saúde igualitária? Ou será que vamos aceitar ferir o princípio da igualdade e garantir, para alguns, tudo, e, para a maioria, apenas algumas coisas?

Como garantir saúde a todos, igualmente? Por isso é necessário definir quais serviços de saúde o poder público vai garantir a todos, sem exceção. Se a saúde não consegue fugir da precificação, mesmo sendo um direito fundamental, como definir o que cabe e o que não cabe no conceito de ações e serviços de saúde?

A saúde pública é fortemente fundada na precificação. Qualquer ação ou serviço que se pretenda garantir ao cidadão é tido como um procedimento que deve ser incluído numa tabela de preço. Esta inversão demonstra que o conceito de saúde está fundado mais em preço do que em valor. Assim, é importante tentar combinar o valor intrínseco da saúde com o seu preço de mercado.

## Referências

[2] Folha de S. Paulo, Caderno Ilustríssima. Pág. 7, 3.4.2011

[3] Eduardo Porter. *The Price of Everything*, ed. William Heinemann (citação de Oscar Pilagallo no artigo em referência).



16 de julho de 2011

## LEI n.º. 8.080/90 É REGULAMENTADA 21 ANOS DEPOIS: Decreto n.º. 7.508/2011

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Decreto n.º. 7.508/2011, Lei n.º. 8.080/90, SUS.

O SUS traz em si grande complexidade pelo fato de ser um sistema que deve garantir o direito à saúde, corolário do direito à vida, dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa (democracia participativa), sendo considerada a maior política pública inclusiva por se destinar ao atendimento de 191 milhões de pessoas.

Contudo, o SUS tem sido uma fortaleza formal, mas dotado de muita fragilidade real pelo fato de a Lei não ter sido cumprida na sua integralidade, principalmente por nunca ter sido a Lei regulamentada com explicitação de seus conceitos, diretrizes e princípios, para que o agir administrativo possa se guiar por ideias-forças, mantendo, assim, a unicidade conceitual do SUS.

O Decreto que ora a regulamenta – Decreto n.º. 7.508, de 28 de junho de 2011 – tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS nos seus detalhes, tão necessários para a sua consolidação e melhoria permanente da sua gestão.

O Decreto visa à transparência da sua estrutura organizativa com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa, de fato, conhecer, em detalhes, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, em suas redes assistenciais.

A regulamentação contribuirá, também, para maior esclarecimento do Ministério Público e do Poder Judiciário a respeito das responsabilidades dos entes federativos nas redes de atenção à saúde, uma vez que não tem sido muito clara essa divisão de competências e atribuições. Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema único num país de grandes diferenças demográficas e socioeconômicas. Por isso, é importante ter clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e redes de saúde onde o direito à saúde se efetiva. O SUS é um sistema interfederativo por natureza.

A gestão do SUS precisa ser transparente, deixando às claras quais os

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

serviços, as ações de saúde, as responsabilidades, as atribuições, os recursos financeiros que garantirão a efetividade do direito à saúde do cidadão nas redes assistenciais, permitindo, assim, à população o exercício da democracia participativa, princípio constitucional do SUS.

O Decreto organiza as relações interfederativas, mediante a consagração dos colegiados interfederativos tripartite, bipartite e regional, nos quais as decisões são consensuais em razão do compartilhamento da gestão, e define, ainda, as portas de entrada do sistema de saúde, dispondo sobre a hierarquização da complexidade dos seus serviços, a integralidade da assistência, a assistência farmacêutica, metas de desempenho e sua avaliação mediante indicadores de saúde.

A Lei cria o mapa de saúde do país que, primeiramente, deve mostrar de modo censitário (mapa real) todos os recursos de saúde: profissionais, estabelecimentos, equipamentos, serviços, forma de acesso, para, então, ser analisado à luz de uma inteligência sanitária que possibilitará a realização do mapa de saúde de metas, o qual induzirá a organização das redes de atenção à saúde em busca da qualidade e eficiência nos seus resultados.

Os consensos entre os entes federativos deverão ser consubstanciados em contrato que consagre os compromissos assumidos, como a tripartição do financiamento, as responsabilidades dos entes perante a rede de atenção à saúde, as metas a serem alcançadas, o nível de desempenho que se pretende, dentre outros. Dispõe, ainda, sobre as regiões de saúde. É nas regiões de saúde que a integralidade da assistência deve acontecer, com garantia, neste espaço geográfico interfederativo, de pelo menos 70% das necessidades de saúde da população regional. Garante, na realidade, uma dimensão regional ao SUS conforme prevê a Constituição.

O Decreto valoriza a Atenção Primária, que deve ser a principal porta de entrada do sistema e exercer o papel de ordenadora do sistema, deixando claro, assim, o seu modelo assistencial que se fundamenta na Atenção Primária e ordena, no sentido de ordem hierarquizada de complexidade de serviço.

O contrato resolverá grande parte dos problemas no tocante à fixação das atribuições dos entes federativos no SUS, em razão de seu porte socioeconômico e cultural.

## **Comentários: 21**

**Rute Queiroz**, em 17 de agosto de 2011, às 18h 03

O Decreto-Lei nº. 7.508/2011 soa como uma obra inacabada: após 21 anos de espera, comemora-se um dispositivo legal que regulamenta a organização do SUS, sem se debruçar sobre aspectos centrais e nucleares como o financiamento e política de recursos humanos. Aparentemente, foi “o que deu

para fazer” no ambiente sociopolítico vigente: pouco, em face de tamanha espera!

**Lenir Santos**, em 18 de agosto de 2011, às 00h 58

Oi Rute. Boa noite! O Decreto trata de questões relevantes do SUS. Não tratou do financiamento em razão de a EC 29 determinar que Lei Complementar irá fazê-lo. Além do mais, a Lei nº. 8.080 pouco trata de RH, e como o Decreto somente pode regulamentar o que já existe, não pode trazer novidades. Somente uma lei poderá fazê-lo. Contudo, o que veio no Decreto pode ser de grande valia para a organização do SUS. Obrigada pelos comentários.

**Derocy Giacomo Cirillo da Silva**, em 20 de agosto de 2011, às 22h 40

Dra. Lenir! A recente regulamentação da Lei nº. 8.080/90 gera algumas perplexidades: a) Durante os seus 21 anos, o SUS, por portarias ministeriais, resoluções dos Conselhos de Saúde e outros normativos infralegais, foi organizado e, de acordo com a dinâmica da sociedade, em diferentes momentos de uma presumida política pública, sempre dispôs de regulamentos compatíveis com cada um dos seus momentos. Assim, se aceita a ideia de que a Lei nº. 8.080/90 depende, para se tornar efetiva, do exercício do poder regulamentar da Administração Pública, como o tal Decreto, tudo o que se construiu até agora corre o risco de ser fulminado pela inidoneidade dos meios normativos; b) De outra parte, esvaziou-se o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde, tão duramente atacado e reconhecido na ADIn 2.999, que tramitou no STF, onde, se não houver desvios do que lhe atribui a Lei nº. 8.080/90, no caso, o Conselho Nacional de Saúde pode atuar na política pública de saúde, editando Resoluções com caráter cogente. Exemplifica-se com as auditorias levadas a efeito pelo DENASUS, nas quais a base regulamentar, entre outras, é Resolução do Conselho Nacional de Saúde; c) O Decreto criou um novo contrato gerando direitos e deveres dos entes federativos, instituiu território sanitário com definição expressa da população-alvo de usuários, quando se sabe que direitos e deveres só podem ter sede de criação por lei material e formal, e a identificação focada de usuários encontra obstáculos na regra constitucional da universalização do SUS; d) Há ofensa ao princípio federativo e ao direito do cidadão às ações e serviços de saúde, quando a União, por Decreto, vincula a liberação de recursos à adesão de Estados e Municípios ao sistema ali instituído, transformando uma política pública de Estado em uma política de governo. Entendo que já havia normas, práticas e consciência organizativa no SUS, com a dinâmica que a construção permanente deste sistema que, é sabido, nunca será considerado como perfeito e acabado.

**Lenir Santos**, em 22 de agosto de 2011, às 18h 15

Prezado Derocy, bom dia! Toda lei que por si só não é suficiente para esclarecer os contudos que traz, como definir o que é direção única em cada esfera de governo, como deve se dar a regionalização, a hierarquização de serviços, conforme determina a Constituição, deve ser objeto de Decreto Presidencial. A Lei nº. 8.080 não é dotada de clareza suficiente para esclarecer determinados dispositivos. Além do mais, a portaria é instrumento para regular para dentro do ente. Então, as portarias jamais deveriam regular o SUS nacional, mas sim

o Ministério da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e os demais conselhos estão pautados na Lei nº. 8.142, que não foi objeto de regulamentação, continuando tudo como está. Os colegiados intergovernamentais que existem no SUS desde 1991 apenas ganharam uma maior institucionalidade. Por isso, vejo com muito bons olhos a regulamentação da Lei nº. 8.080, que tardou 21 anos para chegar. Obrigada pelas considerações.

**Daniel**, em 6 de setembro de 2011, às 13h 04

O município que até o momento não aderiu ao TCG – Termo de compromisso de Gestão – deverá aguardar esse novo contrato ou terá que aderir para não perder o repasse de recursos (estadual ou federal)?

**Lenir Santos**, em 12 de setembro de 2011, às 15h 40

Daniel, como o contrato deverá substituir o TCG, deve-se aguardar o contrato. Esta é a minha opinião. Enquanto aguarda, não se perderá nenhum recurso.

**Fabiana Duarte**, em 22 de setembro de 2011, às 11h 23

Dra. Lenir, preciso fazer um TCC para conclusão de pós em Administração Hospitalar. Gostaria de escolher como tema o Decreto nº. 7.508/11. Ainda, não estou conseguindo material suficiente para discorrer sobre o tema. Você pode me orientar com sugestão de pesquisa (sites/livros), ou seja, onde posso conseguir informações suficientes para expor sobre o assunto? aguardo um retorno. Muito, muito obrigada.

**Lenir Santos**, em 23 de setembro de 2011, às 13h 50

Oi Fabiana. Realmente não há nada sobre o Decreto em livros. Muita coisa ali é nova, como o contrato, a RENASES etc. Penso que você poderia, talvez, fazer seu trabalho sobre um dos itens do Decreto, como a região de saúde, a RENASES. No que puder ajudar, me escreva. Abraços.

**Leandro**, em 9 de dezembro de 2011, às 09h 17

Oi Dra. Lenir. De qualquer forma, o Decreto é um avanço. Parabéns pela matéria. Eu estou concluindo uma pós *latu sensu*, brilhantemente promovida pela SES/MG em parceria com a Faculdade SENAC/MG. E minha linha de pesquisa escolhida foi justamente o Direito à Saúde. E o meu Problema de Pesquisa escolhido, até o momento, foi quanto à obrigatoriedade ou não da efetiva implementação do Planejamento, através dos instrumentos de planejamento. Percebo que há um planejamento sim. A maioria dos Municípios tem seu Plano de Saúde, realiza suas Conferências. Mas no decorrer do ano, isso vai se tornando meio que peças de gaveta, e não vejo muita austeridade jurídica que cobre a obrigatoriedade do cumprimento daquilo, que em tese, passou pelo Conselho, e vem da vontade popular. Diferentemente por exemplo do Orçamento, de Licitações, nos quais há efetivamente uma cobrança jurídica em cima do cumprimento.

Dentro disso, gostaria de lhe pedir a gentileza de duas coisas: 1) me apontar fonte de pesquisa ou material sobre isso; 2) especificamente ao Decreto nº. 7.508, o que muda nesta questão? Muito Obrigado!

**Lenir Santos**, em 23 de janeiro de 2012, às 14h 36

Oi Leandro. Peço-lhe que solicite ao IDISA ajuda no tocante à bibliografia que aponta. Quanto ao Decreto, ele torna o planejamento obrigatório e o define como um planejamento integrado. Com a região de saúde e o contrato, o planejamento há que encontrar outra institucionalidade.

**Cláudio M. Santos**, em 20 de fevereiro de 2012, às 10h 52

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lenir, parabéns pelo belo e intenso trabalho que persistentemente tem desenvolvido. Foi o que percebi nas poucas leituras sobre o assunto “Sistema de Saúde”. Tenho uma dúvida prática: Em seu ponto de vista como pesquisadora, sobre a organização do Sistema de Saúde, a responsabilidade entre União, Estado e Município quanto à efetivação do atendimento à saúde (digo a prestação do serviço de saúde) é solidária ou subsidiária? Certo de contar com vosso esclarecimento, desde já antecipo meu agradecimento.

**Lenir Santos**, em 24 de fevereiro de 2012, às 14h 41

Cláudio, todos os três entes federativos são responsáveis pela garantia da integralidade da atenção à saúde, cabendo a cada ente um papel específico. Entendo que a responsabilidade entre eles é solidária no sentido de todos terem que unir seus serviços para manter a rede de atenção à saúde. Tenho chamado de uma solidariedade sistêmica.

**Gabriela**, em 24 de fevereiro de 2012, às 17h 04

Onde encontrar as Portarias: Decreto Presidencial n°. 7.508/2011; n°. 399/2006 (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e de Gestão); Lei Orgânica do SUS: Portaria GM/MS n°. 699/2006 – Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão; Portaria GM/MS n°. 372/2007 – Altera a Portaria n°. 699/GM, que regulamenta as diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão.

**Lenir Santos**, em 28 de fevereiro de 2012, às 15h 27

Você pode encontrar no IDISA online: <http://www.idisa.org.br>, ou no site do Ministério da Saúde.

**João Vitor**, em 19 de março de 2012, às 00h 22

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lenir. Parabéns! Estou no início da criação do meu TCC com o tema “Direito à Saúde do doente mental”. Peço ajuda para indicação de material.

**Lenir Santos**, em 21 de março de 2012, às 18h 35

João Vitor, tenho um artigo publicado numa revista, Boletim de Direito Administrativo. Ele está também disponível no site <http://www.idisa.org.br>. Vá em “publicações”; “colaboradores”; “Lenir Santos”. Boa sorte no seu TCC.

**Wesley Sousa**, em 3 de abril de 2012, às 14h 18

E como ficam aqueles conceitos de município polo, módulo assistencial... muda alguma coisa com o Decreto?

**Miryan Leopoldino**, em 16 de maio de 2012, às 20h 17

Eu tenho convênio médico, e o meu médico, que me acompanha, se desligou do meu convênio. Então, continuo passando com ele, particular, só que faço os exames pelo convênio. Meu médico pediu uma RNM da coluna, e o convênio pediu um relatório para autorizar o exame. Eu quero saber se isso está certo. O convênio pode pedir esse relatório? Porque, segundo meu médico, a Lei nº. 8.080 garante que não é preciso. Eu gostaria de ter uma resposta, por favor. Obrigada.

**Marco Antônio Macerata**, em 30 de maio de 2012, às 11h 24

Bom dia Dr<sup>a</sup>. Lenir! Ao me aproximar do texto do Decreto Regulamentador da 8.080, tive a sorte de pesquisar na web e achar o livro seu e do Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade: “SUS – Espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos”. A partir daí, tive a motivação para iniciar meu *blog* (início mesmo): “SUS, Sistemas e Regulamentação da 8.080”, o qual, na *homepage*, já posta o endereço do seu *blog*. Trabalhos e trajetórias como o seu e de seu colega nos dão força e apoio para continuar na luta pelo SUS. Obrigado!

**Lenir Santos**, em 31 de maio de 2012, às 15h 29

Marco, obrigada e parabéns pelo seu *blog*.

**Marco Antônio Macerata**, em 2 de junho de 2012, às 11h 42

Obrigado!

25 de julho de 2011

## O SUS após a regulamentação da Lei nº. 8.080/90 pelo Decreto nº. 7.508/2011

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Decreto nº. 7.508/2011, Lei nº. 8.080/90, RENAME, RENASES.

Passamos pela fase do SUS pós-NOB por ocasião da discussão e edição do Pacto pela Saúde. Passo importante para a consolidação da organização sistêmica do SUS, mas um tanto quanto insuficiente em seus conteúdos jurídico-administrativos para garantir segurança jurídica às relações interfederativas e clareza nos conceitos de importantes diretrizes do SUS.

Entramos agora numa nova fase – o SUS a partir da regulamentação da Lei nº. 8.080/90 pelo Decreto nº. 7.508, que inova ao trazer novos elementos para a melhor estruturação do sistema –, dando-lhe adequada configuração sistêmica e melhor garantia jurídica à gestão compartilhada do SUS de ações e serviços de saúde à população.

Gostaríamos de destacar alguns pontos do Decreto que se fundam na integralidade da assistência, que é o próprio direito à saúde explicitada pela Administração Pública, a qual deve garantir ao cidadão ações e serviços de saúde de acesso universal e igualitário.

A integralidade da assistência à saúde foi pela primeira vez enfrentada pela Administração Pública ao criar, no Decreto, a RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Também cuidou o Decreto da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – com melhores e mais consistentes regramentos para a assistência farmacêutica no SUS, palco da judicialização da saúde.

Ao regular o que cabe na integralidade da assistência à saúde, o Governo dá passos importantes por tornar transparente para a população quais ações e serviços o Poder Público irá garantir ao cidadão no âmbito do seu direito à saúde. Além de defini-los, os tornam públicos numa relação nacional. Deixa de tratar o direito à saúde como se fora uma simples tabela de procedimentos precificada, conforme vem acontecendo há anos.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

[2] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.



Ao definir, ainda, a assistência farmacêutica e dispor sobre o processo para a obtenção de medicamentos, dá passos largos na organização do SUS, que não pode ser nem um sistema complementar dos planos privados de saúde nem uma farmácia aberta. A assistência farmacêutica há que ser um complemento da atenção terapêutica, uma parte do tratamento ministrado ao cidadão, e não uma atividade isolada do diagnóstico. Além do mais, o diagnóstico há que ser feito no SUS e pelos seus profissionais, e não por profissionais do setor privado da saúde.

Relevante, ainda, a definição das portas de entrada do sistema. O SUS não é uma porta aberta, desorganizada, mas sim um sistema de saúde que se organiza por níveis de complexidade (densidade tecnológica), conforme determina a Constituição. Sendo o SUS um sistema hierarquizado por níveis de complexidade dos serviços de saúde, importante impor ao acesso aos serviços este mesmo sentido de ordem.

As portas de entrada do Sistema, pelo Decreto nº. 7.508, são: a Atenção Primária, principal porta e ordenadora aos demais níveis de complexidade; a urgência e emergência; a saúde mental e seus serviços como o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial –; e serviços especiais de acesso aberto, como os centros de referência de AIDS, a saúde do trabalhador e outros que atendam necessidades específicas do cidadão objeto de serviços próprios.

Ao definir portas de entrada, o sistema avança na sua organização, impondo o acesso igualitário, não sendo permitido, sob pena de se quebrar o princípio da isonomia, que pessoas possam adentrar ao sistema sem respeito aos seus regramentos. Daí o Decreto ter definido que o acesso ordenado deve ainda considerar a gravidade do risco do paciente e a ordem cronológica de sua chegada ao serviço (como a lista única dos transplantes). Desse modo, fica claro que a atenção à saúde respeitará a gravidade do dano, a ordem cronológica de chegada e as portas de entrada do sistema.

O Decreto avança em muitos aspectos de organização e consolidação do SUS que poderão ser aqui tratados oportunamente.

## **Comentários: 9**

*Juliana, em 30 de julho de 2011, às 21h 54*

Ótimo trabalho. Colaborou muito para o meu entendimento a respeito desse Decreto.

*Cristina Simoni, em 3 de outubro de 2011, às 18h 35*

Excelente artigo. De fato, uma melhor definição do sistema e de suas regras é condição obrigatória para a sua efetividade. Esperemos, agora, que o mesmo seja implantado em sua totalidade.

**Lenir Santos**, em 4 de outubro de 2011, às 18h 02

Oi Cristina, obrigada pelos comentários.

**Carlos José Moreno Pinto**, em 20 de outubro de 2011, às 10h 22

Bom dia! Gostaria de saber mais sobre os serviços de saúde especiais de acesso aberto. Desde já, agradeço.

**Ivan**, em 6 de janeiro de 2012, às 10h 03

Bom texto. Mas creio que caiba uma consideração sobre a Portaria nº. 2.928, de 12 de dezembro de 2011, no trecho do texto “Além do mais, o diagnóstico há que ser feito no SUS e pelos seus profissionais, e não por profissionais do setor privado da saúde”. Segundo essa Portaria, existe a possibilidade de prescrição médica oriunda da rede privada em determinadas condições especiais.

**Soraya Wingester**, em 11 de janeiro de 2012, às 16h 27

Senhora Lenir, gostaria de obter informações sobre por que a Saúde do Trabalhador foi colocada como porta de entrada no Decreto, sendo que não o é.

*“As portas de entrada do Sistema, pelo Decreto nº. 7.508, são: a Atenção Primária, principal porta e ordenadora aos demais níveis de complexidade; a urgência e emergência; a saúde mental e seus serviços como o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial –; e serviços especiais de acesso aberto, como os centros de referência de AIDS, a saúde do trabalhador e outros que atendam necessidades específicas do cidadão objeto de serviços próprios.”*

**Lenir Santos**, em 23 de janeiro de 2012, às 14h 39

Não foi a saúde do trabalhador, mas sim serviços de determinadas especialidades, como é o caso do centro de referência da AIDS. Não está escrito no Decreto que a saúde do trabalhador é porta de entrada.

**Luciana**, em 22 de fevereiro de 2012, às 15h 12

Gostaria de tirar uma dúvida sobre o art. 16: “No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional”. O que significa complementar ou não, se, na Constituição, a saúde privada deve ser complementar? Estamos assumindo a insuficiência das ações e serviços públicos de saúde?

**Lenir Santos**, em 24 de fevereiro de 2012, às 14h 42

Luciana. O poder público pode contratar serviços privados de saúde para complementar os serviços públicos quando os mesmos forem insuficientes para o atendimento da população; a isso se chama de participação complementar do setor privado no SUS. Há de fato insuficiência de serviços públicos, por isso eles podem ser complementados pelo privado.

4 de agosto de 2011

## REGULAMENTAÇÃO DA LEI n.º 8.080: Um decreto com 20 anos de atraso

*Gilson Carvalho<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Decreto n.º 7.508/2011, Lei n.º 8.080/90, Regulamentação da Lei, SUS.

É muito cedo para uma avaliação mais profunda do Decreto que pretende regulamentar a Lei n.º 8.080. Na sequência de algumas leis, tem-se a chance de ser editado um Decreto que aprofunde os temas, detalhe-os e, compulsivamente, não inove nem contrarie a Lei ou outras leis. Isso não foi feito quando em 1990 foi publicada a Lei n.º 8.080, que regulamentava a Constituição Federal. Aqui se aplica como luva o popular “antes tarde do que nunca”.

Adianto minha opinião: o Decreto contém muita coisa boa, favorável ao desenvolvimento do SUS. Outras poderiam ser melhor colocadas e, assim sim, o pior: aquilo que, por motivos equivocados, fui suprimido nas várias redações e ainda no corte da corte palaciana sobre a primeira redação do Decreto, que foi da advogada-sanitarista Lenir Santos.

Vou elencar abaixo alguns destaques preliminares, começando por mostrar as inúmeras vantagens e conquistas:

- Definiu, aprofundou ou clareou conceitos como: regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre os entes públicos, comissões intergestores;
- Oficializou a Atenção Primária como porta de entrada e ordenadora do acesso ao SUS;
- Como novidade, os Contratos Organizativos da Ação Pública, ponto fulcral do Decreto, e que sacramentarão a relação entre as esferas de governo;
- As Comissões Intergestores tiveram uma maior legitimação agora em Decreto, o que apenas estava formalizado em portarias;
- Mapa de Saúde é uma nomenclatura nova da descrição de todas as ações e serviços de saúde e das necessidades de saúde de cada local;

[1] Médico Pediatra e de Saúde Pública - carvalhogilson@uol.com.br – o autor adota a política do copyleft, podendo este texto ser multiplicado, editado e distribuído, independente de autorização do autor – Textos disponíveis em [www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br).

- A centralidade da Região de Saúde, que inclusive será a base de alocação de recursos;
- Criada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES –, com todas as ações e serviços de responsabilidade do SUS;
- A RENAME, já existente há vários anos, está sendo aperfeiçoada com reforço sobre os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

É importante desnudar o que faltou ou julgo imperfeito, numa mera análise preliminar. Faltou a regulação dos critérios das transferências de recursos federais para estados e municípios previstos no art. 35. A maior especificação do Fundo de Saúde, da participação da comunidade na saúde, da prestação de serviços privados complementares, da ordenação dos recursos humanos, do aprofundamento do conceito de vigilância à saúde, englobando as cinco vigilâncias.

Demos um passo à frente com atraso de 20 anos. Não é perfeito e nem é completo. O Decreto é muito maior, mais abrangente e mais eficaz que todas as normas que até hoje foram feitas e é um aperfeiçoamento do sistema, tanto pela sua abrangência como pelo seu nível hierárquico na legislação.

O Decreto não é a salvação do SUS, seria muito pouco, mas um instrumento de busca de vida-saúde para as pessoas, com qualidade, o que depende de muitas questões e de muitas pessoas.

## O papel do Estado no Direito à Saúde

*José do Vale Pinheiro Feitosa<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Mercado e Saúde, Planos de Saúde, Planos de Saúde; Regulação em Saúde; Mercado e Saúde, Regulação em Saúde.

Como em todo sistema capitalista, os papéis públicos e/ou sociais no direito à saúde oscilam entre a finalidade e o processo de acumulação de riquezas pelas empresas e pessoas de negócios. Ao contrário do que dizem os virtuosos do mercado, é mais comum haver contradição entre os papéis e o processo do que igualdade entre os dois.

Como o papel do Estado não é tornar médicos e empresários da saúde em milionários, com carros importados caríssimos, casas espetaculares em alguma ilha de Angra dos Reis, apartamentos em Miami e contas bancárias em paraísos fiscais, fica a primeira lição de quem deseja analisar a gestão de saúde no Brasil. É que a saúde virou um negócio tão estúpido que estamos em vias de perder o direito a ela em face de uma ganância por acumular lucros.

Agora mesmo, com capitais da Bradesco Seguros, o Laboratório Fleury está adquirindo a Rede de Laboratório Dor, numa transação de um bilhão de reais. Para o mercado, isso é estimulante, mas para o cidadão, especialmente aquele que detém planos de saúde, pode apenas significar monopólio, preços altos e redução de pontos de atendimento. Diga-se que, no Rio de Janeiro, isso é pedra de cal dos últimos anos, de laboratórios associados a pioneiros destes meios diagnósticos como Helion Povoas, Maiolino e Sergio Franco.

Aí é que entra o papel do Estado e especialmente do Ministério da Saúde, que parece ter se tornado apenas num grande gestor de planos de saúde público. Ao contrário, cabem ao Ministério todos os assuntos espinhosos da sociedade, entre epidemias como a dengue e o monopólio de agentes privados, que põe em risco a economia popular.

Os quase cinquenta milhões de brasileiros que têm planos de saúde sofrem em consultas médicas rasteiras, de uma epidemia de exames desnecessários e de uma restrição, contraditoriamente, em exames essenciais que são caros. Sofrem nas emergências dos hospitais privados, não têm acesso à medicina intensiva e problemas com cirurgias, até mesmo eletivas.

Há um movimento de concentração de empresas gestoras de planos de saúde e de compras de carteiras e de medidas, até mesmo do agente

[1] Médico Sanitarista da Fundação Nacional de Saúde.

regulador do Estado, numa ideia de que a concentração dá sustentação ao mercado sem o devido contraponto à monopolização danosa à economia. O Estado, que sofre a erosão da corrupção em suas verbas, também recebe o assédio desses agentes que tentam apenas concentrar poder e dinheiro cada vez mais.

Não é possível uma democracia com acesso universal à saúde do modo como o Estado está sendo usado para facilitar negócios concentrados, albergar “fornecedores” que não passam de lobistas, muitos dos quais no caixa das campanhas de deputados e senadores, a “vender” normas que obrigam o consumo de certos “produtos de saúde”.

O problema da saúde pública brasileira não é má gestão: isso é desculpa para privatizar ainda mais. O problema é não enfrentar a contradição entre o processo de acumulação das empresas de saúde que se tornaram mais poderosas e capitalizadas após a Constituição de 1988.

#### **Comentários: 1**

*Maranhão, em 21 de setembro de 2011, às 03h 03*

A ANS, que deveria cuidar dos usuários, parece só se preocupar com os planos de saúde.

18 de agosto de 2011

## Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e a Regulação Sanitária

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Conferência Mundial, Determinantes Sociais da Saúde, Regulação Sanitária, SUS.

Neste próximo mês de outubro/2011, realizaremos no Brasil, nos dias 19 e 20, na cidade do Rio de Janeiro, a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS, 2011a) – convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua Assembleia Mundial da Saúde (AMS) de 2010, e por deliberação da AMS 2009 –, com a finalidade de “discutir novos planos para enfrentar as tendências alarmantes de desigualdades na saúde através da ação sobre os determinantes sociais da saúde” (CMDSS, 2011b).

No Brasil, alinhado ao esforço da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, e como preparação da CMDSS, foi realizado, em 5/8/11, na ENSP-FIOCRUZ, um Seminário com uma programação ampla e densa, que contou na sua abertura com a presença do Ministro da Saúde, do representante da OPAS no Brasil, de outras autoridades e representantes dos mais diversos órgãos, entidades e setores. Em sua fala inicial, o Ministro Padilha fez uma introdução reflexiva ampla do tema, na qual ele explicitou o compromisso do Ministério da Saúde na discussão e condução (ao lado de outros parceiros), da preparação e realização deste Seminário preparatório, bem como da própria Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde.

Na discussão dos temas relacionados aos cinco eixos do documento da OMS sobre o assunto e identificados com o atual contexto nacional e mundial, os inúmeros desafios vivenciados pelo setor saúde foram abordados por autoridades, especialistas e estudiosos dos mais variados campos que, ao lado de gestores, trabalhadores e usuários da saúde e de outro conjunto mais amplo ainda de representantes de vários movimentos sociais, apontaram prioridades, questões e focos sobre os quais os participantes da CMDSS devem se debruçar.

Não se trata apenas de mais um evento no campo da saúde; entendo que estamos diante de uma oportunidade ímpar de recolocar a saúde no cenário

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.



internacional e no centro da discussão e da formulação de novas propostas de superação das crises econômica, política e social vivenciadas por inúmeros países em todo o mundo. No Brasil, essa discussão se soma a diversas outras que estão nesse momento ocorrendo, em torno dos desafios do SUS e do seu fortalecimento, e da compreensão extensa e plural do conceito ampliado de Saúde e de sua condição de *direito* humano e constitucional.

São muitas as tarefas e encaminhamentos com vistas à CMDSS, mas alguns assumem papel estratégico, tais como:

- 1) Preparar um bom documento sobre a CMDSS, e o próprio tema, para a Presidenta Dilma levar à Assembleia da ONU, que colocou este assunto na pauta central da Reunião de Chefes de Estado deste ano;
- 2) Cada setor, cada entidade, cada campo, movimento, ou grupo deve aprofundar essa discussão para se colocar forte na discussão, e claramente apresentar sua posição na CMDSS, na medida em que, sendo um tema tão complexo e contra hegemônico, necessitará de ampla mobilização política e social;
- 3) Na preparação da CMDSS e na sua própria realização, estabelecer *links* com o processo de construção do SUS (para fortalecê-lo), com a 14ª Conferência Nacional de Saúde e, especialmente, com a Conferência de Meio Ambiente “Rio+20”, a se realizar em junho/2012, também no Brasil; e
- 4) Utilizar todo esse esforço a ser desencadeado em torno da CMDSS para dinamizar o Conselho Nacional da Seguridade Social e incluir a representação da Saúde no Conselho Nacional da Ordem Econômica e Social.

Observa-se que em todos esses tópicos cabe uma reflexão séria, e uma análise consequente, de que papel cabe à ANVISA e SNVS na construção da integralidade da saúde, favorecendo os eixos da proteção e promoção da saúde, e tendo a regulação como responsabilidade fundamental do Estado.

## Referências

Conferência Mundial de DSS. Acesso em 09/08/2011 e disponível em: <http://cmdss2011.org/site>

Conferência Mundial de DSS-antecedentes. Acesso em 09/08/2011 e disponível em: <http://cmdss2011.org/site/cmdss-antecedentes>

## **Comentários: 5**

**Eliana Padilha**, em 21 de agosto de 2011, às 20h 02

Gostaria de participar desse evento, pois sou diretora de promoção da saúde. É importante para o desenvolvimento do nosso trabalho.

**Eliana Padilha**, em 21 de agosto de 2011, às 20h 06

Alagoas é um Estado de grande desigualdade social. Torna-se importante trabalhar com as causas que levam ao estado degradante em que nos encontramos. Esperamos contribuir e conseguir diretrizes para nosso trabalho.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 23 de agosto de 2011, às 11h 41

Olá Eliana. Obrigado por sua mensagem. Creio que esse tema deve mobilizar mesmo todo o país e muitos setores, devido à sua grande importância e amplitude. Acesse o site da CMDSS ([www.cmdss2011.org](http://www.cmdss2011.org)) para mais informações e critérios de participação, mas também veja como podem ser mobilizadas as pessoas e instituições no âmbito de sua atuação. Outra atividade necessária e oportuna é a cooperação e intercâmbio com outros atores desse processo, o que, creio, será muito possível nas articulações de preparação e participação da CMDSS.

**Amanda Girard**, em 7 de setembro de 2011, às 14h 58

Gostaria de saber como faço minha inscrição para esse evento.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 8 de setembro de 2011, às 19h 39

Amanda, no site da Conferência Mundial de DSS ([www.cmdss2011.org](http://www.cmdss2011.org)) você poderá obter muitas informações, notícias, debates e movimentações em torno da Conferência e sobre os Determinantes Sociais da Saúde. A previsão de participação na CMDSS é de que a conferência contará com cerca de mil participantes assim distribuídos:

- delegados oficiais de todos os países membros da OMS;
- representantes convidados de organizações da sociedade civil;
- convidados especialistas nos temas relacionados aos DSS;
- funcionários de organismos internacionais. Então, você precisa ver em que categoria ou condição você poderia pleitear a participação. De qualquer modo creio que a fomentar o debate, seja via o site da CMDSS ou outros espaços, e as próprias discussões que girarão em torno dela também, são formas importantes de participação. Abraços. <http://cmdss2011.org/site/participantes>.

25 de agosto de 2011

## Por um modelo de serviços de saúde centrado na pessoa humana

*Lenir Santos<sup>1</sup>  
Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Humanismo em Saúde, Modelo em Saúde, Tecnologia em Saúde.

O ex-presidente Lula, na abertura do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Recife, 2009), declarou conhecer bem a saúde no Brasil: a pública e a privada.

Demonstrou saber a) o que é ficar mais de seis horas sentado num banco de espera numa unidade pública de saúde, para depois ser informado de que o médico foi embora, e b) como funcionam os hospitais privados sofisticados.

Ressaltou que, em ambos os casos, falta humanismo: nos serviços públicos, além da espera, falta respeito e informação ao usuário, e nos hospitais de ponta – onde não se espera seis horas –, as máquinas substituem a relação médico-paciente – com o paciente deitando na máquina 1, 2 horas, com a finalidade de verificar o funcionamento do corpo, sem ao menos perguntar ao paciente se lhe dói a barriga.

Neste último, a intenção é olhar o corpo através das máquinas, numa dissociação do homem em sua dimensão integral: alma, corpo, espírito, cultura, ambiência. Observa-se apenas o funcionamento de seus órgãos: a engenharia química e funcional.

Em ambas as situações, a relação interpessoal parece não fazer parte da assistência à saúde. Como diz Elisabeth Roudinesco, “assim, quanto mais a medicina enriquece em resultados diante da doença, mais ela empobrece em sua relação com o paciente.”

Por isso é importante discutir o modelo de assistência à saúde que se pretende para o país como um todo (público e privado) – no qual a valorização das relações humanas e uma gestão racional impeçam a desumanização e tecnologias desmesuradas.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

[2] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

Profissionais de saúde, reféns de tecnologias excessivas e do lucro, esquecem que certos agravos podem ser mais simples do que se pensa. Como o aparato tecnológico precisa ser mantido comercialmente, há necessidade de uso constante de diagnósticos por imagem, com indicação de realização de exames sem muita racionalidade, alimentando essa cadeia econômica. E não escusemos as pessoas de também desejarem (por indução) essas tecnologias. Há muitos doentes sadios. Hoje as pesquisas tecnológicas e farmacêuticas se voltam para as pessoas sadias. Todos são alvos do consumo potencial de produtos e serviços de saúde.

Rubem Alves, ao falar do que é científico, diz que ‘não há maneira de fazer uma pesquisa objetiva, estatística sobre o sofrimento e a felicidade’.

Por não se levar em conta as diferenças pessoais, as idiossincrasias, a subjetividade e o sofrimento metafísico, somos medicados ao menor suspiro; ao mesmo tempo em que a gravidade de certas situações pode não ser considerada, por descaso profissional.

É necessário refletir sobre essas contradições que, por um lado, a pretexto de preservar a saúde, vendem a doença, e por outro, agravos simples se complicam pela falta de cuidado adequado. De um lado, o excesso atingindo a pessoa sadia; e de outro, o descaso maltratando a pessoa doente.

O Poder Público tem que enfrentar essas contradições impondo de forma obrigatória ao sistema público um modelo de saúde humanizado e centrado na integralidade, com ênfase na Atenção Primária, a partir da qual todo o sistema se conformará, e induzir o setor privado a trilhar o mesmo caminho: para o público, a obrigatoriedade de um modelo; para o privado, a indução do mesmo modelo mediante planejamento público que considere o sistema de saúde em seu âmbito global: público e privado porque a sociedade é única. E o Poder Público está amparado para assim agir.

Que a pessoa humana seja o centro e qualidade dos serviços, a meta, idealizando-se serviços de excelência não apenas pelas tecnologias que encerram, mas por um conjunto de atuações que vê o ser humano em sua integralidade. E que toda a sociedade seja contemplada.

## Referências

Elizabeth Roudinesco. “A saúde totalitária” Folha de São Paulo, 23 de janeiro de 2005.

Rubem Alves. O que é científico? São Paulo: Edições Loyola. 2007.

31 de agosto de 2011

## NOVOS TEMPOS NA LUTA PELA SAÚDE: o SUS e “Navegar é preciso”

Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>

**Palavras-chave:** Direito Sanitário, Mobilização Política, Saúde, SUS.

*“Não se deve abandonar o barco num mar tempestuoso  
por não se conseguir dominar os ventos.”*

Com esse pensamento de Thomas More, em “A Utopia”, eu analisava o contexto em que nos encontramos no presente momento, na busca da consolidação do direito à saúde e no turbilhão da luta pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto nos seus aspectos econômicos – com a discussão em torno do seu financiamento adequado; regulamentação da EC 29; realocação de recursos para os diferentes programas e políticas específicas, a exemplo da assistência farmacêutica etc. –, quanto aos seus aspectos jurídicos normativos – publicação do Decreto nº. 7.508/11 (ver *blog DS* 2011), que regulamentou, 21 anos depois, a Lei nº. 8.080/90; um conjunto enorme de novas portarias do Ministério da Saúde; a enxurrada de medidas judiciais compondo esse amplo e intenso campo da “Judicialização da Saúde” –, ou quanto aos seus múltiplos aspectos políticos – de novo a Judicialização; o intenso debate e mobilização em torno da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2011) em plena realização das Conferências Estaduais e cuja etapa nacional se dará em fins de outubro e início de novembro deste ano; o debate e também intensa mobilização em torno da Conferência Mundial de determinantes sociais da saúde (CMDSS, 2011), que acontecerá no Brasil em outubro próximo; outra importante mobilização e discussão relativas à “Rio + 20”, em 2012, e tantos outros acontecimentos.

São ventos intensos mesmo, com diferentes forças, e nas mais variadas direções, e num mar tempestuoso por demais, com a dinâmica e intensa crise econômica que vive o mundo e ronda o Brasil.

Mas voltando ao SUS e à Saúde, como setor e como direito, não dá para discutir e enfrentar tudo isso para ficar no mesmo lugar e, sobretudo, subjugado pelas ondas potentes e perigosas desse ‘mar revoltado’.

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*.

É preciso e é muito importante, neste redemoinho perigoso, encontrar novas correntes e “percorrer novos caminhos” (como dizia Gandhi) e, principalmente, buscar e construir novas articulações com os mais diferentes setores sociais e político-culturais, especialmente com as novas camadas da sociedade que alcançam outros patamares de cidadania e de acesso de consumo. É aí que pode estar um grande filão e gigantesco desafio: consolidar uma adequada interlocução e articulação entre consumo e saúde, ou seja, ampliar o acesso da população a produtos e serviços sanitariamente seguros. E, nesse contexto, consumidores e sujeitos políticos somos todos nós.

## **Referências**

*Blog DIREITO SANITÁRIO – BDS.* Acesso em 29/8/2011, e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds>

14ª Conferência Nacional de Saúde. Acesso em 29/8/2011, e disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_14cns/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_14cns/index.html)

Conferência Mundial de DSS. Acesso em 9/8/2011, e disponível em: <http://cmdss2011.org/site>

Conferência Mundial de DSS-antecedentes. Acesso em 9/8/2011, e disponível em: <http://cmdss2011.org/site/cmdss-antecedentes>

Rio + 20. Acesso em 29/8/2011, e disponível em: <http://www.uncsd2012.org/rio20>

8 de setembro de 2011

## Desafios da Gestão do SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Administração Pública, Gestão, Institucionalidade, SUS.

Muitos são os desafios da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas gostaria de analisar esses desafios sob três dimensões: a dimensão da articulação federativa; a dimensão público-público; e a dimensão público-privada.

A dimensão da articulação federativa talvez seja a mais difícil e complexa de todas elas em razão das partes envolvidas, que são os entes federativos, e uma institucionalidade equivocada que parece já consagrada nas relações entre União, Estados e Municípios no SUS.

Começaria por abordar a questão das transferências de recursos federais: recursos da União para os Estados e Municípios. O SUS exige sejam realizadas transferências de recursos, e isso hoje está constitucionalizado com a EC 29, que por sua vez exige sejam transferidos recursos da União para os Estados e Municípios, de acordo com critérios legais.

Esses critérios já existem e estão na Lei nº. 8.080/90 e na Lei nº. 8.142/90, ainda que não sejam respeitados, uma vez que as transferências são realizadas pelo sistema de incentivos a projetos e programas federais, desconsiderando o planejamento do SUS, que deve se fundar nas necessidades de saúde locais, regionais e estaduais.

As transferências federais, além de não observarem critérios legais e serem fracionadas a tal ponto que fica impossível considerar o SUS como um sistema único de saúde, também continuam sendo sempre recursos federais que devem ser aplicados de acordo com as regras federais e não com planos de saúde dos entes federativos.

Nessa dimensão da articulação federativa, a gestão compartilhada do SUS sempre sofreu de adequação. Com o Decreto nº. 7.508, poderemos vencer estas dificuldades. A falta de institucionalidade na organização das comissões intergestoras, também com o Decreto nº. 7.508, poderão ser superadas, tanto quanto a lacuna na formação de vínculo contratual no tocante às responsabilidades definidas entre os entes federativos na gestão do SUS.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.



Na dimensão público-público, trata-se de vencer dificuldades em relação aos modelos jurídicos existentes na Administração Pública que necessitam superar a falta de autonomia dos entes públicos na gestão do SUS, além de haver necessidade de se admitir modelos jurídicos que efetivamente melhorem a gestão pública, permitam a gestão compartilhada, vençam as dificuldades com a lei de responsabilidade fiscal e seus limites de pessoal e outros pontos fundamentais para uma gestão de qualidade. A Fundação Estatal e o contrato de autonomia precisam ser incorporados na Administração Pública, sendo que o contrato depende ainda de regulamentação legislativa, o que até o presente momento não ocorreu.

Na dimensão público-privada, que no SUS costumamos chamar de participação complementar e parcerias, urge rever alguns institutos, como o da Organização Social, que tem suscitado inúmeros debates. Além do mais, é imperioso esclarecer quando se deve e pode utilizar um instituto como a organização social e quando se deve e pode usar a organização da sociedade civil de interesse público.

Outros institutos poderiam ser pensados no tocante às parcerias com as entidades sem fins lucrativos, como a cogestão ou a participação do poder público nos órgãos de governança de entidades privadas dependentes da parceria pública.

O mesmo ocorre com os convênios firmados entre entes públicos e privados sem fins lucrativos. O convênio não tem sido a melhor forma de se estabelecerem vínculos contratuais. Há que se pensar em novas formas de formalização dos vínculos.

Outro ponto relevante – e que perpassa as três dimensões da gestão – é o controle, a fiscalização e a avaliação dos resultados. Na realidade, o controle visa muito mais a analisar processos, meios, e não os resultados finalísticos. Controles que se realizam sempre a posteriori não são a melhor maneira de se fiscalizar a execução de contratos, a aplicação de recursos, o alcance de metas. A melhor fiscalização é a que pretende seja o resultado positivo e se faz concomitante à execução, sempre com a vontade de cooperar para que um resultado seja positivo.

Enfim, muitos são os desafios. Aqui apenas alguns pontos para suscitar o debate que está na ordem do dia com a edição do Decreto nº. 7.508/2011.

15 de setembro de 2011

## **O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE SE FUNDAMENTA EM TRÊS PILARES: Rede, regionalização e hierarquização**

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Hierarquização de Serviços, Modelo de Atenção, Rede, Regionalização.

A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Esses são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o art. 198 da CF. A Constituição, ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isso significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei nº. 8.080/90.

Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela Atenção Básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da Atenção Primária ou Básica\*, Atenção Secundária e Atenção Terciária ou de Média e Alta Complexidade (ou densidade tecnológica).

A Atenção Primária deve atuar como se fora um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Esse papel essencial da Atenção Primária, tanto na resolução dos casos, quanto no encaminhamento do usuário para outros níveis, a torna a base estruturante do sistema e ordenadora de um sistema piramidal.

O importante a destacar é que a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Elas estão definidas constitucionalmente no art. 198 e legalmente nos arts. 8º e 7º, II, da Lei nº. 8.080/90, que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde. Essas redes devem ser regionalizadas, o que pressupõe um relevante papel do Estado, ente competente para definir as regiões de saúde a partir de aglomerados de municípios limítrofes com características que importem à organização de rede de atenção à saúde, conforme determina a CF.

Esse modelo piramidal, de base alargada, densa, em razão de a Atenção Primária ser a principal porta de entrada do sistema e responsável pela resolução da maioria da necessidade de saúde da população, deve ser estruturado qualitativamente, com fixação de metas e a atribuição de garantir o acesso do usuário ou o seu caminhar na rede de atenção à saúde. Os serviços denominados ‘regulação’ devem ser, na realidade, serviços que se integram à Atenção Primária, ordenadora de todo o modelo assistencial do SUS.

Região de saúde deve, por sua vez, fundar-se na sua capacidade de concentrar num aglomerado de territórios municipais contíguos, serviços de saúde capazes de resolver entre 60 e 70% das demandas dos usuários. A região de saúde deve ser dotada de características culturais, sociais, demográficas, viárias que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde. Esta forma de organização do SUS – integração (rede) de todas as ações e serviços de saúde dos entes federativos daquela região – impõe aos municípios, articulados com o Estado e com a União, a necessidade de permanente interação com vistas a garantir uma gestão compartilhada.

Sendo os entes autônomos, é necessário que essa articulação seja negociada para se obterem consensos em nome do interesse público. As responsabilidades, atribuições, metas, recursos financeiros, monitoramento, avaliação, controle devem ser definidos pelos entes envolvidos e consubstanciados em contratos que possam consagrar os consensos, gerando, assim, um ambiente de respeito às autonomias e segurança jurídica nos acordos firmados.

\*Há uma discussão a respeito da denominação da atenção à saúde: primária ou básica. Na Europa, a denominação que prevalece é Atenção Primária, que dá ensejo a pensar em prioritária, em essencial. Na Constituição, tanto quanto na Lei nº. 8.080/90, não há qualquer referência a um ou outro nome. Contudo, a EC 29/2000 dispõe que 15% dos recursos das transferências da União para os demais entes federativos devem ser para o custeio de ações e serviços básicos de saúde. Se entender serviços básicos como Atenção Básica, esta, então, seria a denominação a ser utilizada.

## **Comentários: 2**

**Leonardo Fontenelle**, em 16 de setembro de 2011, às 08h 49

A visão da APS como um “filtro” é mais adequada para a atenção a doenças agudas, nas quais os episódios não resolvidos pela APS são resolvidos em outros “níveis”. Mas hoje em dia os sistemas de saúde precisam estar preparados para atender às doenças (e outras condições) crônicas, e aí a analogia do filtro não cabe mais. A atenção a uma condição crônica deve ser compartilhada pela APS e pelo(s) outro(s) serviço(s) que atende(m) à pessoa. Em algumas situações, a APS é a maior responsável pela atenção à condição crônica, e os outros serviços ficam responsáveis por questões pontuais. Em outras, os outros serviços são os maiores responsáveis pela atenção à condição crônica, ficando a APS responsável por contribuir com o monitoramento, e integrar a atenção àquela condição crônica com o resto da atenção à pessoa. Além disso, pouco se fala da resolutividade do resto da rede. A APS está constantemente manejando problemas oriundos de falhas em outros serviços, por exemplo, problemas de comunicação entre estes e as pessoas atendidas, iatrogenia, ou falta de acesso (não disponibilidade de vagas).

**Lenir Santos**, em 19 de setembro de 2011, às 15h 24

Oi Leonardo. Boa noite. Achei muito oportuno seu comentário, que complementa bastante o artigo. A resolutividade, que é um princípio do SUS, estando prevista no art. 7º, num de seus incisos, tem sido pouco falada. Muito oportuna a lembrança. Obrigada.

20 de setembro de 2011

## A 14ª Conferência Nacional de Saúde e o desafio de ampliar o acesso

*Júlia Maria Santos Roland<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** 14ª CNS, Acesso, Conselho de Saúde, Mobilização Social, SUS.

A definição do eixo da 14ª Conferência Nacional de Saúde ‘Acesso e Acolhimento com Qualidade: um Desafio para o SUS’ e do tema ‘Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública do Povo Brasileiro’ demonstra a determinação do ministro Alexandre Padilha e do Conselho Nacional de Saúde de colocar os usuários no centro do sistema de saúde e, por outro lado, a urgência de os brasileiros perceberem o significado e papel relevante do Sistema no cotidiano de todos. Ele está presente nas ações de vigilância sanitária, vigilância ambiental, promoção da saúde, Atenção Primária e recuperação da saúde, dentre outras.

O Sistema Único de Saúde precisa organizar-se para enfrentar os desafios do século XXI: prevenir doenças e garantir o atendimento necessário no momento adequado caso a doença surja. O Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema universal, o que exige organização regional para garantir a integralidade da atenção, desde a primária até a alta complexidade, numa fase de transição demográfica e epidemiológica. Desafio de organizar a rede de atenção considerando as diferenças regionais e as desigualdades sociais e de incluir a equidade na universalidade e na integralidade da atenção à saúde.

Em 2009, o gasto total em saúde, no Brasil, foi de 270 bilhões, 8,5 % do PIB, sendo que o gasto privado foi de 143 bilhões de reais superando os recursos da rede pública de 127 bilhões. Construir o consenso em torno da regulamentação da Emenda Constitucional 29 vai contribuir para se alcançar o financiamento adequado do SUS.

A 14ª CNS tem que consolidar caminhos para garantir o financiamento adequado e ao mesmo tempo garantir profissionais de saúde nos serviços e locais necessários. Na última década, o número de médicos cresceu em proporção maior que a população; ainda assim, faltam médicos. Para acentuar o problema, esses profissionais estão concentrados em algumas regiões do país. No Brasil existem 1,78 médicos por 1000 habitantes; em São Paulo são 2,54 médicos por 1000; no Maranhão são 0,7 por 1000 habitantes.

[1] Médica e Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde. É membro do Conselho Nacional de Saúde.

A região Sudeste concentra 56% dos médicos, e, em grande parte, os profissionais atuam nas capitais, destaque-se que a carência em algumas especialidades é maior, como em clínica médica, pediatria, neurocirurgia, entre outras. O Ministério da Saúde definiu diretrizes para orientar tanto a graduação quanto a especialização para atender às necessidades da população. Estudos mostram que a residência médica descentralizada contribui mais para a fixação do profissional do que a descentralização das escolas médicas. É necessário acentuar políticas que orientam a formação nos locais, valorizando os jovens dessas cidades.

A Lei de Responsabilidade Fiscal, com a definição de teto para o pagamento do funcionalismo, entre outros fatores, tem motivado os gestores a buscarem as mais variadas alternativas para ampliar os serviços. A terceirização por meio de Organizações Sociais, Fundações e Cooperativas avança dentro do SUS. Essa situação leva a uma fragmentação, favorece a privatização, fragiliza o Controle Social, e promove o repasse dos recursos públicos dissociados de um plano de saúde articulado com as deliberações das conferências de saúde.

Outro desafio de caráter estratégico é consolidar e fortalecer o setor industrial de pesquisa e inovação em saúde, impulsionando o desenvolvimento econômico e diminuindo a dependência externa em área tão sensível para a soberania do país. É indispensável investir no desenvolvimento de novas tecnologias, pois a saúde não é diferente do padrão de desenvolvimento de outros setores.

O processo de mobilização e discussão da 14ª Conferência Nacional de Saúde deve buscar incorporar amplos setores sociais para construir e aprovar na plenária final, em dezembro, um compromisso político que aponte caminhos, defina uma agenda de superação dos entraves do SUS e eleve a saúde a um patamar destacado no projeto de desenvolvimento do país.

Existe uma necessidade urgente de se reafirmar os princípios da Reforma Sanitária brasileira, que compreende a saúde como direito da seguridade social, que articula as políticas de saúde, assistência e previdência social, garantindo a proteção individual em todas as fases da vida.

Os determinantes sociais que geram desigualdades nas condições de saúde da população exigem abordagem ampla. O direito à saúde pressupõe um projeto de desenvolvimento nacional que oriente políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento, educação, esporte, cultura, segurança pública, segurança alimentar, combate ao racismo e à homofobia, integradas à política de saúde. A qualidade de vida é fruto de um conjunto de variáveis que se relacionam e que integram diferentes áreas da ação pública.

A implementação do Decreto Presidencial nº. 7.508/2011, publicado em 28 de junho e que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, é o desafio atual

dos gestores das três esferas do SUS – municipal, estadual e federal – que passam a dispor de um instrumento legal para definir o papel de cada ente da federação no cumprimento do preceito constitucional da responsabilidade do Estado na atenção à saúde universal e integral para todos.

O exercício do controle social exige persistência e luta cotidiana, porque significa compartilhar poder. Hoje existem conselhos municipais de saúde em todos os municípios, mas, em muitos, são formais. Além disso, a incorporação dos trabalhadores de saúde nos processos de discussão da gestão do trabalho e da formação profissional precisa ser incorporada por estados e municípios. A definição da participação social, como um dos seus princípios, faz do SUS uma política pública avançada e transformadora. Mas esse potencial não se realizará de forma isolada, somente se completará com o aprofundamento da democracia.

A democracia não será ampliada sem o desenvolvimento da nação brasileira que diminua as grandes desigualdades regionais e sociais, possibilitando condições dignas de vida para o povo.



23 de setembro de 2011

## **REDE CONSUMO SEGURO E SAÚDE DAS AMÉRICAS (RCSS): Uma novidade e um oportuno e desafiador movimento**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Consumo, Direito do Consumidor, Rede das Américas, Saúde.

Ao completar dois anos, desde a primeira consulta a especialistas em setembro de 2009, promovida pela OEA e OPAS em Washington, constatamos que aquilo que se apresentava como uma novidade e uma promessa é, hoje, já uma realidade consistente, porém um desafio renovado cotidianamente, na medida que se pretende sua extensão para todos os países das Américas.

A primeira ideia era a de se organizar somente um “Observatório Consumo Seguro e Saúde” (*blog DS*, 2010) e se estruturar um “Portal de ‘Alertas Rápidos’” (ou como dito em espanhol: Portal de Alertas Tempranas) sobre insegurança de produtos com vistas a promover maior proteção sanitária aos consumidores do continente.

A diversidade e a intensa desigualdade entre os 35 estados americanos, indo desde a complexa e organizada estrutura da sociedade dos Estados Unidos e Canadá até à insipiente estruturação de vigilância de mercado e proteção dos consumidores de diversos países na América do Sul, América Central e Caribe, passando por países como Brasil, Chile, Argentina e mais alguns, em franca expansão e organização de atendimento de direitos e acesso a serviços e produtos, provocaram uma ampliação da proposta inicial de um “Observatório para a ideia de construção de uma ‘Rede Consumo Seguro e Saúde das Américas – RCSS’” (OEA, 2010a), mantendo-se a proposição do “Portal de Alertas Rápidos” (OEA, 2010b) e agregando-se dois outros importantes componentes: 1) formação/capacitação em segurança de produtos para autoridades sanitárias (AS) e autoridades de proteção do consumidor (APC) do continente e 2) intercâmbio de informações e troca de experiências entre os países das Américas.

Já com alguns encontros / seminários realizados (OEA, 2010c) e com um ‘curso’ realizado sobre “Segurança de Produtos e Vigilância de Mercados”, envolvendo AS e APC de diversos países, além de um já bem estruturado portal de alertas rápidos (lançado oficialmente em novembro de 2010 no

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*.

Conselho Permanente da OEA), a RCSS se articulou com outros movimentos internacionais de Consumo Seguro, como OCDE (2011) e ICPHSO (2011), e conta com um Grupo Técnico Assessor (GTA) composto por representantes de mais de uma dúzia de países das três Américas. Além disso, mostra um cronograma intenso de atividades que engloba outros cursos de capacitação, seminários sobre responsabilização de empresas e ampliação do portal para conter uma maior variedade de informações sobre (in) segurança de produtos.

Nesse contexto, é fundamental desenvolver capacidades em âmbito nacional nas diferentes regiões do continente americano e articular e integrar AS e APC, além de outros setores e organizações governamentais e entidades representativas de consumidores (Consumers International, IDEC etc.) para assegurar a pretendida maior proteção sanitária dos consumidores.

No Brasil, além de uma participação com bastante protagonismo junto a OEA e OPAS, três entidades (ANVISA, DPDC, INMETRO) constituíram por portaria interinstitucional, em junho de 2011, um “Grupo de Trabalho Consumo Seguro e Saúde Brasil – RCSS-GT/Brasil” com a finalidade de desenvolver capacidades nacional e regionais, bem como fortalecer diferentes iniciativas e estratégias para aumentar a segurança de consumo e a saúde dos consumidores, todas voltadas para a formação / capacitação de autoridades e técnicos, informações ágeis para a sociedade e mobilização político e social em torno do direito à saúde e direitos do consumidor.

A articulação e integração entre esses dois campos sociais (saúde e consumidor), de grande potencialidade de mobilização, pode representar um novo e oportuno movimento em defesa da cidadania.

## Referências

OLIVEIRA NA. Além de um observatório, uma rede consumo seguro e saúde. *Blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*, 9 de junho de 2010. Acesso em 29/8/2011 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/06/09/alem-de-um-observatorio-uma-rede-consumo-seguro-e-saude>

Organização dos Estados Americanos (OEA). O que é a Rede Consumo Seguro e Saúde (RCSS)?. Acesso em 29/8/2011 e disponível em [http://www.oas.org/pt/sla/rcss/sobre\\_a\\_rcss.asp#a](http://www.oas.org/pt/sla/rcss/sobre_a_rcss.asp#a)

Organização dos Estados Americanos (OEA). Portal de Alertas Rápidos. Acesso em 29/8/2011 e disponível em: <http://www.oas.org/en/sla/cshn/default.asp>

Organização dos Estados Americanos (OEA). Red Consumo Seguro y Salud” Advertirá sobre Productos Peligrosos para los Consumidores. Acesso em 29/08/11 e disponível em: <http://www.oas.org/es/sla/rcss/eventos/Seminario%20Peru.pdf>

L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). Acesso em 29/8/2011 e disponível em: [http://www.oecd.org/home/0,3675,fr\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,3675,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html)

The International Consumer Product Health and Safety Organization (ICPHSO). Acesso em 29/8/2011 e disponível em: <http://www.icphso.org>

## **Comentários: 2**

**Heliane Rodrigues**, em 24 de setembro de 2011, às 00h 16

Ok, Dr. Neilton. Além da articulação e integração entre esses dois campos a que o Sr. se refere – saúde e consumidor –, só poderá refletir na melhoria da sociedade, da vida humana. A conscientização de que cidadania também se conquista nesse aspecto é importante na conquista do direito. Parabéns pela perseverança.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 26 de setembro de 2011, às 19h 15

Heliane. De fato, trata-se de algo muito significativo e com uma fantástica potencialidade de mobilização social e política, em dois relevantes campos de luta pela cidadania (direito do consumidor e direito à saúde). No Brasil, como em todo o continente americano (exceção para Estados Unidos e Canadá), isso é muito recente e vai precisar de toda nossa capacidade de formulação e diálogo para ampliar a discussão e participação na busca de maior proteção sanitária do consumidor que, afinal, somos todos nós. Bem vinda ao debate!

27 de setembro de 2011

## CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: O SUS construindo cidadania

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Cartão SUS, Cidadão, SUS; Acesso.

A retomada do projeto “Cartão Nacional de Saúde” é ação ousada de uma gestão que tem por prioridade garantir acesso de qualidade, atendimento integral e em tempo adequado a todo cidadão que procurar os serviços públicos de saúde no Brasil. Ousadia que gerou em todo o país manifestações de apoio, expectativas e, também, críticas e comparações com a tentativa de implantação realizada no ano 2000.

Política de Estado, o projeto continua tendo por principais objetivos: dotar a rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) de um instrumento que facilite a comunicação entre os diversos serviços de saúde; fornecer informações sobre um cidadão usuário do SUS em qualquer ponto do país e gerar dados que permitam planejamento e troca de conhecimento para subsidiar a elaboração e execução das políticas públicas de saúde.

A diferença é que a proposta atual nasce com uma bagagem de experiências que estão sendo observadas, melhoradas e, em alguns casos, até ampliadas. Potencializar ações positivas do projeto anterior, buscar parcerias com municípios que conseguiram implantar um sistema de regulação e se utilizar das tecnologias disponíveis, especialmente a internet, é a receita que busca diminuir custos e encurtar caminhos rumo a resultados concretos.

Como tudo no SUS, garantir que 100% dos brasileiros tenham o cartão significa trabalhar com grandes estratégias, aperfeiçoando o que já existe. É o caso da base do CadSUS [Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde], com mais de 190 milhões de registros, que será aproveitado. Destes, 75% são considerados confiáveis, mas é preciso evitar duplicidades, erros e informações desatualizadas, o que requer uma verdadeira higienização dos dados.

É do Ministério a responsabilidade de fazer a manutenção e gerenciamento desses dados, além de definir os padrões de interoperabilidade para os sistemas de informação do SUS. Com isso, será possível, por exemplo, aproveitar os sistemas desenvolvidos por cerca de 200 municípios, que já estão em funcionamento, adequando-os e fazendo que dialoguem com o sistema nacional e entre si.

[1] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

O resultado será refletido diretamente no fortalecimento da gestão, viabilizando o acesso a informações preciosas, por exemplo, a municípios, nos pontos mais longínquos do país. O Cartão vai permitir acompanhar o atendimento do paciente que transita na Rede SUS. Conhecendo esse percurso interfederativo dentro do Sistema, o gestor terá um instrumento que possibilitará, inclusive, pensar melhorias no financiamento.

A meta é universalizar o cartão em todos os municípios brasileiros até 2014. E a ideia de ampliação desse projeto frequenta o imaginário da população e dos profissionais da área, que aguardam não apenas o funcionamento efetivo do trabalho, mas o impacto que terá no cotidiano das unidades de saúde nos quatro cantos do país.

Além de ser uma identidade do cidadão, o cartão fortalece o vínculo com o SUS. Reforça a ideia de um sistema que não se resume à assistência ambulatorial e hospitalar, mas é uma política de saúde universal e integral. Trata-se de um meio concreto de reafirmar que todo brasileiro terá, em algum momento da vida, contato com o SUS. Em um futuro breve, cada criança que nascer vai deixar a maternidade com o seu cartão.

A questão da privacidade está intrinsecamente ligada à identificação. Por isso foi criado um número único, que será a chave entre usuário e sistema. Para garantir os direitos constitucionais de privacidade e de confidencialidade das informações pessoais, optou-se pela criação de um cadastro exclusivo em relação aos já existentes, como o CPF.

Outra inovação é a possibilidade de acompanhamento, pelo cidadão, de todo o seu histórico no setor saúde. A iniciativa está sendo construída a partir da opção por disponibilizar o cadastro no ambiente web. Dessa forma, vai ser lançado no segundo semestre deste ano o Portal de Saúde do Cidadão, que permitirá, em área restrita, acesso a dados cadastrais, atendimentos pelo SUS e informações sobre a rede pública de saúde.

Todos os acessos de gestores e profissionais de saúde serão registrados para que seja garantida a segurança das informações e a punição a quem utilizar os dados de maneira indevida ou antiética.

Obedecendo aos princípios de República Federativa e Democrática, as decisões que afetam a todos devem ser por todos acordadas, e não tem sido diferente no projeto de implantação e operacionalização do Cartão Nacional de Saúde. A discussão sobre o processo e definição de detalhes de seu funcionamento passa pelo Controle Social, por meio dos Conselhos de Saúde e das comissões intergestoras bipartite e tripartite.

Gigante como o Brasil, nosso sistema público de saúde é único, mas composto por mais de 60 mil estabelecimentos de saúde, pertencentes a 27 secretarias estaduais e 5.565 secretarias municipais. Mensalmente são realizados e pagos pelo SUS mais de 280 milhões de procedimentos

ambulatoriais, dos mais diversos tipos, para cerca de 14 milhões de pessoas, e internados um milhão de pacientes, em algum ponto do território.

Os obstáculos para a implantação de um projeto desta magnitude devem e estão sendo compartilhados. A inexistência de rede de telecomunicações, equipamentos de informática e pessoal treinado para operar e alimentar o sistema são desafios a serem superados. Por isso, a necessidade de envolvimento e comprometimento de todas as instâncias de gestão, inclusive outros órgãos do governo federal. O trabalho conjunto com o Ministério das Comunicações, que prioriza a Saúde no Plano Nacional de Banda Larga, é um exemplo da grande articulação que envolve a operacionalização do Cartão Nacional de Saúde.

A contribuição de cada brasileiro é também fundamental. Utilizando ferramentas como a Ouvidoria do SUS, nas três instâncias, as sugestões e críticas dos usuários do Sistema ajudarão a aprimorar, de forma permanente, um projeto que nasce maduro, mas precisa ser testado, aperfeiçoado e, principalmente, adequado à realidade de um país continental.

### **Comentários: 3**

**Paulo Galvão**, em 29 de setembro de 2011, às 11h 12

A contribuição de cada brasileiro é também fundamental. Ela é a principal ferramenta para melhorar a gestão.

**Afrânio de Araújo Norberto**, em 20 de fevereiro de 2012, às 22h 03

Eu acho que o plano é bom, o governo já deveria atuar há muitos anos atrás, porque a saúde deste país está entregue aos mafiosos e donos de planos de saúde sem nenhuma fiscalização do governo federal, estadual e municipal. E, pelos impostos que os brasileiros pagam, o governo deveria assegurar os direitos de nós, os brasileiros. Atenciosamente.

**Luís Odorico**, em 12 de março de 2012, às 16h 14

Oi Afrânio. Obrigado pelas considerações. Realmente o Poder Público precisa atuar na regulamentação, fiscalização e controle do setor privado para atender o disposto no art. 197 da Constituição Federal. Continue contribuindo para o blog. Abraço.

30 de setembro de 2011

## **O princípio da solidariedade no SUS**

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Judicialização, Princípio da Solidariedade, Solidariedade no SUS, SUS.

O princípio da solidariedade de garantia do direito à saúde tem sido invocado todo o tempo pelo Poder Judiciário, tanto que na decisão do Ministro Gilmar Mendes, quando do acórdão no julgamento de ação judicial que ensejou a realização da audiência pública ocorrida no STF, propugnou por esta solidariedade.

Em quase todas as decisões do Poder Judiciário, esse princípio tem sido invocado.

O que significa este princípio e qual o seu fundamento? O princípio da solidariedade tem sido invocado para impor as mesmas responsabilidades em relação ao direito à saúde a todos os entes federativos, sem se considerar suas diferenças demográficas, econômicas, sociais, culturais. Nesse sentido, todos são iguais, econômica e demograficamente falando, na garantia do direito à saúde.

Não importa se um ente federativo tem apenas cinco mil habitantes e sua renda advém quase que totalmente do fundo de participação dos municípios. As responsabilidades imputadas a um município desse porte será sempre a mesma que se impõe à União ou ao Estado.

Nesse sentido, um município de cinco mil habitantes teria que arcar com as despesas de um transplante, o que poria em risco o seu orçamento da saúde para atendimento de sua população. Seria justa e equânime essa solidariedade? Seria o caso de um cidadão invocar o seu direito à educação e exigir que um município assumisse as despesas com a sua universidade, independentemente de aquele município não ter ensino universitário? Seria obrigado a tê-lo?

O SUS é um sistema que deve garantir o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. É um sistema de competências concorrentes e comuns. Contudo, a Constituição, em seu art. 30, VII, dispõe que ao município compete cuidar da saúde de seus municípios com a colaboração técnico-financeira da

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.



União e do Estado, exatamente pela fragilidade econômica de, no mínimo, 70% deles.

Há, ainda, o disposto no art. 7º, II, da Lei nº. 8.080/90, que estabelece ser a integralidade da assistência à saúde um conjunto de ações e serviços individuais e coletivos que deve ser garantida no âmbito do sistema de saúde, e não no âmbito de cada ente federativo. E o sistema de saúde é um sistema nacional abrangente de todas as ações e serviços de saúde dos entes federativos, organizados em rede de atenção à saúde, de forma regionalizada e hierarquizada, quanto à sua complexidade de serviços.

A partir desses fundamentos, há um SUS que deve ser organizado a partir da conjugação das ações e serviços de saúde de todos os entes federativos de uma região de saúde integrados em rede de atenção à saúde.

São esses fundamentos que impõem uma solidariedade ao sistema que não é a mesma solidariedade defendida pelo Poder Judiciário.

A solidariedade ínsita ao SUS é a que advém da hierarquização do nível de complexidade de serviços. Os serviços de saúde são organizados em níveis de complexidade crescentes numa rede regionalizada de atenção à saúde.

A solidariedade nasce na hierarquização dos serviços: entes federativos com maior população, organização de serviços e desenvolvimento econômico deverão, na rede de serviços, garantir serviços ao cidadão referenciado por municípios de menor porte e riqueza.

É essa forma organizativa que garante equidade nas relações federativas. O ente com maior poder econômico deverá solidarizar-se como o ente de menor poder econômico e garantir ao cidadão residente no território daquele ente serviços de maior complexidade ou densidade tecnológica diante da incapacidade econômico-financeira, da falta de escala e estrutura administrativa para a criação de serviços mais complexos.

A solidariedade deve se dar no sistema, na rede de atenção à saúde, e não entre entes no sentido de todos terem, igualmente, de garantir os mesmos direitos a todo e qualquer cidadão.

A solidariedade se impõe ao ente de maior riqueza e densidade demográfica em relação ao ente de menor riqueza e população. E para garantir a equidade financeira, compete ao Estado e à União a transferência de recursos para o ente municipal que assume o papel de referência de serviços para municípios que não são seus. Ou então, devem esses entes federativos – União e Estado – prestar ou financiar serviços de maior complexidade.

A solidariedade sanitária que perpassa o SUS se fundamenta no tratamento equânime entre os entes federativos na garantia do direito à saúde, e não numa solidariedade que, por desconhecer o SUS e desconsiderar a sua forma organizativa, desestrutura um sistema fundado na solidariedade de hierarquia de complexidade de serviços.

4 de outubro de 2011

## O Decreto nº. 7.508 e os aspectos da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde

*André Luís Bonifácio de Carvalho<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Decreto nº. 7.508, Lei nº. 8.080, Reforma Sanitária, SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco do processo da Reforma Sanitária, defendido por profissionais da saúde e por movimentos populares que percebiam na sua criação a possibilidade de concretização do direito universal à saúde. Tem previsão na Constituição Federal de 1988, que expressamente dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, com acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Conquistado o direito à saúde, era necessário institucionalizar o SUS. A Lei nº. 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) dispôs sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei nº. 8.142 de 1990 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área social.

Desde então, mais de duas décadas se passaram. O SUS avançou no tratamento e promoção da saúde. É um dos sistemas de saúde mais abrangentes e complexos do mundo. Dentre seus gargalos, no entanto, estão a coordenação entre os entes federativos e a articulação regionalizada dos serviços, para que possa lidar com a diversidade de um país com dimensões continentais.

Nesse sentido, o Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta alguns dispositivos da Lei Orgânica do SUS com o objetivo de enfrentar parte significativa dos obstáculos da gestão e organização do Sistema. Avança sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Sobre a organização do SUS, o Decreto estabelece as Regiões de Saúde para provisão dos serviços, cumprindo a determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada. Estas devem conter, no mínimo, ações de Atenção Primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde.

[1] Fisioterapeuta, Professor da Universidade Federal da Paraíba, Doutorando em Ciências em Saúde Coletiva/UnB e Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa/SGEP/MS.

É atribuída aos entes federados a definição de alguns elementos das Redes de Atenção à Saúde, que devem ser acordadas entre a União, os Estados e os Municípios, compreendendo seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

O acesso ao SUS terá como portas de entrada a Atenção Primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (atendimento diferenciado por motivo de agravo e de situação laboral). O Decreto estabelece a Atenção Primária como a porta de entrada prioritária. Os entes federativos poderão pactuar nas comissões intergestores novas portas de entrada.

O planejamento é conceituado como ascendente e integrado, tratando das necessidades políticas e disponibilidade de recursos. É obrigatório para os entes federativos e será indutor para a iniciativa privada. Uma novidade importante é o Mapa de Saúde, uma ferramenta que está sendo criada pelo Ministério da Saúde para identificar e programar, geograficamente, recursos e processos de saúde: profissionais, estabelecimentos, equipamentos, indicadores de saúde e serviços existentes no país. Sua finalidade é evidenciar vazios assistenciais e produzir informações estratégicas para subsidiar o planejamento regional integrado, contribuindo para a configuração dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde.

No âmbito da assistência à saúde, é criada uma Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece aos seus usuários. Visa promover o atendimento da integralidade da assistência à saúde, que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde. Os entes federativos pactuarão nas Comissões Intergestores suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes na Renases, inclusive sobre o financiamento. A primeira Relação será a somatória de todas as ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, devendo ser revisada a cada dois anos.

A assistência farmacêutica é consolidada por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que padroniza os medicamentos indicados à Atenção Básica em saúde e programas estratégicos do SUS. Estados e Municípios poderão adotar relações complementares à Rename, pactuadas nas respectivas Comissões Intergestores, assegurando o seu financiamento. O acesso à assistência farmacêutica é universal e igualitário. A prescrição deve estar em conformidade com a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e serem realizados por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções, em unidades indicadas pela direção do SUS.

Outro aspecto importante do Decreto diz respeito à organização das relações interfederativas, a partir do reconhecimento das Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito nacional; Bipartite, no âmbito estadual, e Regional; no âmbito das Regiões de Saúde, nas quais se discute e decide-se de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado. O CONASEMS, o CONASS e os COSEMS poderão representar os gestores públicos de saúde nas Comissões Intergestores.

O pacto a ser firmado entre os entes federativos deverá ser consubstanciado em termos que consagrem os compromissos assumidos. Para tanto, o Decreto prevê a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, cuja função é organizar e integrar, nas Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais, as responsabilidades dos entes federativos na garantia da integralidade da assistência aos seus usuários. É um instrumento estratégico concebido para aprimoramento da gestão pública da saúde, assentado em dois pilares: avaliação do desempenho dos gestores, com ênfase nos resultados e na melhoria do acesso, e gestão participativa, que considere a opinião, as necessidades e interesses dos cidadãos.

7 de outubro de 2011

## Justiça (na contramão) suspende audiência pública da ANVISA sobre o controle do tabaco

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** ANVISA, Audiência, Convenção Quadro, Indústria do fumo, Justiça, Tabaco.

O Brasil foi o centésimo país a aderir à “Convenção Quadro para o Controle do Tabaco” (MRE, 2006), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e essa adesão foi, na época, assinada pelas seguintes autoridades de então: Ministro da Saúde José Agenor Álvares da Silva, Ministro da Agricultura Roberto Rodrigues, Ministro do Desenvolvimento Agrário Miguel Rosseto, Ministro das Relações Exteriores Celso Amorim, Ministro da Fazenda Antônio Palocci e Ministra Chefe da Casa Civil Dilma Rousseff, hoje Presidenta da República.

Desde a edição da Lei nº. 9.294/1996 (PR, 1996), vem sendo reconhecido internacionalmente o esforço brasileiro para o controle do tabaco e a redução do tabagismo, colocando o Ministério da Saúde (MS), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) cada vez mais em evidência como referências nacionais nesse assunto, tendo as Vigilâncias Sanitárias dos Estados e Municípios Brasileiros destacados papéis na implementação da Política de Controle do Tabaco, produzindo com sucesso a mobilização da sociedade e a redução marcante no número de fumantes no Brasil.

Nesse contexto, a ANVISA vem ano a ano buscando o aperfeiçoamento do seu papel regulador (Lei nº. 9.782/1999) e ampliando a interlocução com outros órgãos de governo, com o setor regulado e, principalmente, com a sociedade, o que tem resultado mais transparência nas ações, melhor controle do tabaco e maior mobilização e adesão da população.

Contudo, mesmo com o avanço do conhecimento, e de mais informação para a sociedade, amadurecimento e incremento da Política de Controle do Tabaco, produzindo maior conscientização da população, continuam muito fortes a pressão e os interesses econômicos da Indústria do fumo, como tem sido possível observar nas diversas oportunidades em que a ANVISA discute a atualização e aprimoramento da Regulação e Controle do Tabaco, a exemplo

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

da proposição para Consulta Pública das duas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA:

A primeira, relativa aos “requisitos sanitários a serem observados para as embalagens e os materiais de propaganda dos produtos fumígenos derivados do tabaco”; a segunda, para “estabelecer os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, na corrente primária da fumaça dos cigarros, e a proibição da utilização de aditivos em todos os produtos derivados do tabaco, fabricados e comercializados no Brasil”.

Se por um lado a ANVISA e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) vêm buscando mais visibilidade e transparência de suas ações, com ampliação do debate e maior participação social, por outro lado, os interesses econômicos contrariados ainda detêm forte influência e poder, conforme se observa em dois episódios recentes, e que ilustram muito bem esta questão, sendo um deles relacionado ao Parlamento Federal e outro ao Poder Judiciário.

No primeiro caso, a Câmara dos Deputados, diante do anúncio da ANVISA de que faria as Consultas Públicas supracitadas, realizou uma Audiência Pública, convocada pela Comissão de Agricultura da Câmara que, inicialmente poderia ser um apoio e oportunidade para ampliação deste debate, no entanto, mostrou uma disposição impressionante dos mais de 50 (cinquenta) Deputados presentes em propor e defender a suspensão das Consultas Públicas da ANVISA. Ora, o parlamento, que deveria primar pela defesa da participação social e estimular o debate democraticamente, agia naquela ocasião exatamente ao contrário, tentando impedir duas Consultas Públicas que, na essência, representam um esforço importante e inovador de ouvir a sociedade.

Agora, após a realização das duas Consultas Públicas (CP 112/10 e CP 117/10) que receberam 247.658 correspondências, e somente 54 representaram alguma contribuição, a ANVISA propôs duas Audiências Públicas (2011), convocadas em tempo hábil e legal para se realizar em 6/10/2011 no Rio de Janeiro. Entretanto, em 5/10/2011, ou seja, na véspera, a Justiça determinou a suspensão dessas Audiências (ANVISA, 2011) a pedido do Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco, sentença proferida pelo Desembargador Federal Wilson Darós, que sequer ouviu a ANVISA, e cuja alegação é o fato de o auditório previsto para as Audiências possuir apenas 200 lugares, determinando então que as novas Audiências fossem realizadas em auditório com no mínimo 1.000 (um mil) lugares.

Nunca é demais lembrar que, a bem da verdade jurídica, a realização de Audiência Pública sobre temas de Regulação Sanitária não é uma imposição legal, mas ato voluntário da ANVISA, e que, no presente caso, não a realizando por força judicial, desperdiça esforços, recursos, divulgação e mobilização de instituições e pessoas. Não seria, de maneira nenhuma, inconveniente

solicitarem outra, e até mesmo outras Audiências, o que produziria o alcance do objetivo central, que é ampliar a discussão e a participação sobre o tema.

A construção da democracia e o fortalecimento da participação social no processo regulatório em Vigilância Sanitária, e mesmo a compreensão do efetivo papel regulador do Estado Brasileiro, ainda são desafios enormes que precisam ser enfrentados e assumidos por todos nós, de forma constante e persistente, pois como diz um ditado japonês “numa jornada de 100 jardas, 99 é apenas a metade”.

## Referências

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Acesso em 7/10/2011 e disponível em: [http://www2.mre.gov.br/dai/m\\_5658\\_2006.htm](http://www2.mre.gov.br/dai/m_5658_2006.htm)

Lei nº. 9.294/1996. Presidência da República. Acesso em 7/10/2011 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9294.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9294.htm)

Lei nº. 9.782/1999. Presidência da República. Acesso em 7/10/2011 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm)

ANVISA realiza audiências públicas e propõe mais rigor no controle do Tabaco. ANVISA. Acesso em 7/10/2011 e disponível em: <http://portal.ANVISA.gov.br/wps/portal/ANVISA/ANVISA/home>

Agravo de Instrumento nº. 5014373-16.2011.404.0000/RS. ANVISA. Acesso em 07/10/2011 e disponível em: <http://portal.ANVISA.gov.br/wps/wcm/connect/a66c168048959f8c87b8a7fa35813921/DEC+AGRAVO+ANVISA.pdf?MOD=AJPERES>



13 de outubro de 2011

## Instrumentos de gestão do SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Instrumentos de Gestão, Planejamento, Plano de saúde, Relatório de Gestão.

O Sistema Único de Saúde (SUS) elegeu alguns instrumentos essenciais para a sua gestão, a partir do planejamento que também encontra um diferencial na área da saúde.

O planejamento, denominado ascendente pela Lei nº. 8.080/90, na realidade, deve ser entendido como um planejamento individual e integrado ao mesmo tempo, uma vez que o planejamento das unidades federativas deve ser integrado para, a partir dos planejamentos unitários, comportar um planejamento regional que garanta o funcionamento da rede de atenção à saúde na Região de Saúde.

O processo do planejamento deve conter elementos que construam relações interfederativas de comunicação entre os sistemas municipais, regional e estadual para que o plano municipal de saúde seja de fato considerado no planejamento regional e estadual e vice-versa.

Do planejamento emerge o Plano de Saúde, base de todas as atividades do SUS, o qual deve combinar as necessidades de saúde da população com os recursos orçamentários, e ser elaborado mediante critérios demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos e de organização de serviços.

O Plano de Saúde deve ser plurianual e executado de acordo com programação anual, com explicitação das metas físicas anuais a serem alcançadas.

O Plano de Saúde deve prever a obtenção de resultados qualitativos, de acordo com prioridades e metas pactuadas anualmente por cada esfera de governo, em relação a pelo menos:

- I- redução das desigualdades em saúde;
- II- ampliação do acesso e atenção integral e regionalizada dos serviços de saúde;

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

III- redução de riscos e agravos, bem como dos indicadores de saúde referentes à morbimortalidade por causas evitáveis nas faixas etárias, estratos sociais e condições de vida e da oferta ou utilização de ações e serviços de saúde evitáveis ou desnecessários;

IV- aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

O relatório de gestão, por sua vez, é o instrumento que permite verificar, anualmente, a execução do Plano de Saúde pelos agentes públicos em todos os seus aspectos, inclusive o financeiro, e deverá conter, dentre outros elementos, obrigatoriamente:

I- a demonstração de evolução do cumprimento do plano de saúde e o atendimento das metas pactuadas com as demais esferas de governo, no âmbito da regionalização e avaliação de seu desempenho;

II- a população atendida, em cumprimento aos princípios da igualdade e da universalidade;

III- a oferta e execução de serviços na rede de atenção à saúde, própria e complementar, quanto à capacidade e grau de utilização das ações e serviços e quanto ao perfil de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;

IV- os indicadores de qualidade dos serviços e os resultados alcançados, de acordo com o previsto no Plano de Saúde e nas metas anuais;

V- comprovação da aplicação dos percentuais vinculados à saúde;

VI- os balanços financeiros, orçamentários, patrimoniais e demonstrativos de variações patrimoniais do fundo de saúde.

O relatório de gestão deverá ser elaborado pela direção do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo, observadas as diretrizes e padrões pactuados entre o Ministério da Saúde e o colegiado interfederativo, respeitada a autonomia dos entes federados, e encaminhado ao conselho de saúde respectivo na área de cada esfera de governo.

Todos os recursos financeiros destinados à saúde, sejam eles de qualquer natureza, serão depositados no fundo de saúde e discriminados como despesa de custeio e de investimentos da Administração direta, indireta e fundacional, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados à saúde.

Esses são os principais instrumentos de gestão do SUS, e se forem elaborados conforme determina a lei, já é um grande avanço para a governança da saúde. Sem nos esquecermos do relevante papel do controle social na discussão, aprovação e execução do plano de saúde.

14 de outubro de 2011

## Ouvidoria ativa no SUS

*Maria Francisca S. Abritta Moro<sup>1</sup>*

*Luís Carlos Bolzan<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Ouvidoria, SNO, SUS, Transparência.

Vivemos num país democrático e, nos últimos anos, dar acesso a informações a todo e qualquer cidadão é uma prática dos governos que trabalham com a transparência como princípio e conforme determina a Constituição. Para viabilizar o acesso à informação, várias estratégias são utilizadas, a exemplo dos portais da transparência e dos serviços de ouvidoria. Além disso, as instituições públicas vêm atuando na perspectiva de ampliar a participação da comunidade tanto para um melhor controle social, quanto na elaboração das políticas públicas.

Na área da saúde pública, a gestão é participativa, com financiamento tripartite e dirigido pelos entes federativos com relações interfederativas. Busca-se mais transparência na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e maior controle social, para garantias do direito à saúde de todo cidadão, imprescindível para assegurar o direito à vida.

Nesse contexto, as Ouvidorias constituem-se em serviços para disseminação de informações em saúde aos cidadãos, espaço de participação e qualificação da gestão, pautadas nos princípios éticos e constitucionais da Administração Pública e do SUS. Na perspectiva de garantir a gestão participativa, os serviços de ouvidoria devem atuar com estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e serviços, como ferramenta de sua melhoria, bem como para apuração das suas necessidades e interesses.

No âmbito do SUS, compete ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, propor e coordenar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, estimulando e apoiando a criação de estruturas descentralizadas, organizadas no Sistema Nacional de Ouvidoria (SNO), sob responsabilidade da coordenação geral do SNO. Visando a implementar uma cultura interfederativa de Ouvidoria ativa, o Doges tem estimulado as ouvidorias a atuarem na busca de informações

[1] Fisioterapeuta, mestre em Educação Física e coordenadora do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS.

[2] Psicólogo, especialista em psicologia da saúde, mestre em Saúde Pública, diretor do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES/SGEP/MS, ex-diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS/SGEP/MS.

e na realização de pesquisas que possam obter dados com a finalidade de subsidiar a gestão na avaliação dos programas, ações e serviços de saúde.

A Ouvidoria do SUS é um serviço que realiza de forma sistemática a escuta do cidadão, disponibilizando o acesso por diversos meios (carta, telefone, atendimento presencial, internet), dissemina informações e esclarecimentos sobre as campanhas em saúde, sobre as doenças (da definição ao tratamento), sobre os estabelecimentos e serviços de saúde, e acolhe manifestações (denúncias, reclamações, elogios, sugestões) ou solicitações de medicamentos, consultas, exames, tratamentos, insumos, materiais informativos.

Toda manifestação do cidadão registrada é analisada e recebe um tratamento, após um processo denominado tipificação, seja respondendo com informações disponíveis no próprio serviço de ouvidoria ou encaminhando a outros órgãos quando não se tratar de demandas da ouvidoria. A Ouvidoria do SUS deve acolher e escutar o cidadão que procura o serviço, garantindo a acessibilidade universal, e dar resposta ao problema do usuário, assumindo o papel de representação do cidadão, mas também de representação da gestão, atuando também como mediadora de conflitos.

A ação da Ouvidoria do SUS pode provocar mudanças coletivas ou individuais, por vezes reorganizando processos de trabalho, deslocando o eixo centrado no médico para a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde ou qualificando essa relação trabalhador-usuário em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Os profissionais que atuam na ouvidoria precisam ter conhecimento sobre as políticas, as ações e os programas em desenvolvimento no seu município ou região, bem como sobre as orientações técnicas em saúde para tais informações serem bem disseminadas e de forma correta ao cidadão. Isso demanda uma boa integração com a gestão e áreas técnicas, com os serviços e unidades que compõem a rede de saúde, para disponibilizar informações e respostas adequadas e em tempo hábil. Além da resposta ao cidadão, é fundamental a organização dessas manifestações e dados em relatórios gerenciais ou temáticos, para gestores e organismos de controle social, pautando-se pelos princípios da Administração Pública, retratando o serviço público sob a ótica do cidadão. Esse retrato contribui para a avaliação dos serviços, ações e programas do SUS e também para análise em relação à aplicação dos recursos públicos.

Diante disso, a Ouvidoria ativa deve ser capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscar as informações, realizando pesquisas ou atuando de forma itinerante, visando obter dados de forma

sincrônica aos fatos para subsidiar a gestão, o controle social e a resposta positiva em tempo hábil ao usuário do SUS.

**Comentários: 1**

**Márcia**, em 13 de fevereiro de 2012, às 15h 34

Legal o blog, mostrando o trabalho e as divulgações.

19 de outubro de 2011

## O SUS e as transferências de recursos da União para Estados e Municípios e o princípio da solidariedade na prestação de serviços de saúde

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Gestor da Saúde, Reforma Sanitária, SUS.

Diversos e muitos são os problemas do SUS. Contudo, dois deles precisam ser pensados em razão dos graves males que causam à gestão do SUS. São dois problemas que se interligam. Um deles é a transferência de recursos da União para Estados e Municípios e o outro, a decisão do STF de que todos os entes federativos são solidários na prestação de serviços de saúde à população, independentemente de seu porte demográfico e econômico.

O primeiro deles, o da transferência de recursos da União para os Estados e Municípios, é a decisão do STF de que recursos federais, mesmo quando repassados a estados e municípios, continuam federais e devem ser fiscalizados pela esfera federal – controle interno, a Controladoria da União e a auditoria do SUS; e controle externo, o Tribunal de Contas da União (TCU). Isso significa dizer que, repassados os recursos, esses recursos continuam federais e devem ser fiscalizados pela União. Eles não integram os recursos dos entes federativos recebedores, e por isso, não devem ser fiscalizados pelos seus sistemas de controle interno e externo.

Associando esse fato – controle federal – com as determinações do Ministério da Saúde no uso do dinheiro transferido, sempre sob a forma de incentivos a programas federais, ou seja, por adesão a esse ou aquele programa, os gestores do SUS passam a ter que cumprir as determinações federais sem a possibilidade de poder gerir seu plano de saúde, fruto de discussão e aprovação do conselho de saúde e que deve ser o espelho das necessidades de saúde do município ou da região ou do estado.

Essa forma de repasse de recursos e a decisão de que o recurso federal não perde sua coloração quando adentra o orçamento estadual ou municipal mitigam a autonomia do gestor da saúde na condução do seu sistema, de acordo com o planejamento local, regional e estadual. A definição, nos mínimos detalhes, do gasto dos recursos federais da saúde transforma o SUS

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

num grande convênio, ferindo o planejamento ascendente ou integrado, uma vez que as determinações são prévias ao planejamento; serão elas que irão definir o planejamento da saúde no nível estadual e municipal.

E o auditor do SUS e a Controladoria da União passam a controlar o gasto da saúde minuciosamente, não de acordo com o plano de saúde – base de todas as despesas de saúde de acordo com a lei –, mas sim de acordo com o definido nas portarias que dispõem sobre os incentivos a este ou aquele programa.

O segundo ponto – a solidariedade dos entes federativos na prestação dos serviços de saúde – é outro problema grave, diante da grande diversidade demográfica, econômica do nosso país. 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. E o nosso sistema de saúde é um sistema hierarquizado em termos de complexidade de serviços, cabendo a determinados entes federativos a prestação de serviços de maior ou menor complexidade, sendo impossível pensar em um sistema de saúde que imponha a todos os entes federativos – 5.564 municípios e 27 estados – uma igualdade de prestação de serviços. Seria um arrematado absurdo pensar num sistema de igualdade de responsabilidades e obrigações, quando os mesmos são totalmente diferenciados em população, renda, desenvolvimento econômico etc. e na própria responsabilidade com a prestação de serviços.

Esses dois pontos estão apenas sendo lançados neste *post* para uma reflexão, devendo ser objeto de preocupação, e estar nas agendas dos pensadores, especialistas e gestores da saúde por serem problemas que afetam gravemente o modelo de saúde concebido constitucionalmente. São problemas que afetam o centro do sistema de saúde, que é o seu financiamento e a sua gestão. Podemos falar em um sistema descentralizado, com competências próprias dos entes federativos, se grande parte dos recursos que o financiam são considerados federais, com definição de sua aplicação pela esfera federal? Será que foi esse o modelo pensado na Reforma Sanitária?

## **Comentários: 2**

***Maria Rosilene Lima de Almeida***, em 14 de junho de 2012, às 17h 14

Professora Lenir, não sei se é a mesma que foi minha professora de pós em Santarém/PA. Além desta reflexão, vejo que os municípios, em grande parte, não se importam de seguir as portarias. Já pensou se a Portaria nº. 2.488/2011 ou a anterior, 648, fossem respeitadas e realizadas pelos municípios? No nosso caso, do estado do Pará, vejo como omissão quando não realizam a parte que lhes compete. O federal, no repasse do financeiro em tempo hábil... você já imaginou o que é fazer campanha de vacinação sem recurso? Com chuvas, enchentes, sem transporte adequado? Eu não acho absurdo se pensar



em igualdade, mesmo com todas as diferenças. O que faltam são Auditorias sérias, comprometidas com a causa maior o SUS. É possível, sim, desde que se respeitem pelo menos as portarias. Enfermeira Rosilene. Alenquer/PA.

**Lenir Santos**, em 19 de junho de 2012, às 15h 21

Maria Josilene, boa noite. Não sou a sua professora. Moro em Campinas/SP e nunca dei aula no Pará. Se todos fizerem a sua parte, a saúde tem tudo para melhorar. Continue participando, e se quiser contribuir com algum artigo, é só me enviar.

21 de outubro de 2011

## Força-tarefa avalia situação dos mamógrafos no SUS

*Maria da Paz Luna Pereira<sup>1</sup>  
Adalberto Fulgencio dos Santos Júnior<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Auditoria, Câncer de Mama, Mamógrafo, SUS.

A Organização Mundial da Saúde estima mais de um milhão de casos novos de câncer de mama por ano em todo mundo. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), há aproximadamente 49 mil casos novos por ano – um risco de 51 casos para cada grupo de 100 mil mulheres, cerca de 10.000 óbitos por ano, e uma taxa bruta de 11,4 óbitos para cada 100 mil mulheres.

Países como Canadá, Reino Unido, Suécia, Finlândia e Holanda, dentre outros, fazem uso da mamografia (exame radiológico utilizado para detecção precoce do câncer de mama) periodicamente. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o exame a partir dos 50 anos de idade a cada dois anos. Todavia, para as pacientes de risco, o exame é recomendado anualmente, a partir dos 35 anos.

Essas recomendações reforçam a Lei Ordinária nº. 11.664, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria do Ministério da Saúde de nº. 1.101, de 12 de junho de 2002, instituiu o parâmetro de um mamógrafo para 240 mil habitantes. E o INCA estabelece que cada mamógrafo produza 6.758 mamografias por ano.

Dentre as diretrizes do Governo Federal, o controle do câncer de mama constitui-se como uma importante prioridade. Por isso, o Ministério da Saúde avaliou a situação e o funcionamento dos mamógrafos no âmbito do SUS, com o objetivo de verificar a produção dos aparelhos para tornar mais eficaz o funcionamento e a distribuição destes, assegurando a ampliação e o acesso aos exames.

A força-tarefa foi coordenada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da

[1] Farmacêutica, Mestre em Saúde Pública, técnica do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

[2] Advogado e Mestre em Organizações Aprendentes pela UFPb.

Saúde (Denasus/SGEP/MS), em parceria com os demais componentes do SNA (Sistema Nacional de Auditoria). Também integraram a ação: especialistas do Instituto Nacional de Câncer, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS), do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/SGEP/MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Denasus delineou um plano operacional para avaliação dos mamógrafos em 780 municípios. A ação foi uma realização do Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama, lançado em março de 2011, pela Presidente da República Dilma Rousseff.

Foram visitados, por macrorregiões, 1.959 estabelecimentos de saúde com mamógrafos, e constatado o quantitativo de 1.535 aparelhos disponíveis para o SUS. Na região Norte, estão 86 equipamentos; no Nordeste, 351; no Sudeste, 687; no Sul, 286; e na região Centro-Oeste, 125.

No país, são 1,9 mamógrafos para cada 240.000 habitantes, no âmbito do SUS. A região Sul tem o maior quantitativo de mamógrafos: 2,5; seguidos pelas regiões Sudeste e Centro-Oeste, com 2,1 cada. Na região Nordeste, o índice é de 1,6, e no Norte, 1,3. O estado do Amapá apresentou o mais baixo número de mamógrafos por habitantes: 0,7.

Os indicadores de maior número de mamógrafos por habitantes estão no Rio Grande do Sul, 2,9; Minas Gerais, 2,7; Goiás, 2,6; Santa Catarina, 2,5; Mato Grosso do Sul, 2,4; e Alagoas, 2,3.

Em relação ao funcionamento dos aparelhos, 14 estados estavam com mais de 80% deles em funcionamento: Rondônia, Roraima, Tocantins, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso. Os estados de Roraima e Santa Catarina estavam com todos os mamógrafos em pleno funcionamento.

O relatório da força-tarefa é um instrumento basilar para o planejamento de futuras ações, pois a partir da situação encontrada é possível estabelecer estratégias para reduzir a subutilização dos equipamentos, como também adequar a distribuição dos mamógrafos, de forma que o acesso seja ampliado, e as mulheres brasileiras realizem periodicamente os exames de acompanhamento e, conseqüentemente, haja uma redução da mortalidade por câncer de mama.

26 de outubro de 2011

## A especial oportunidade da agenda sanitária global

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Brasil, Conferências de Saúde, Desenvolvimento, REDE DS, Saúde.

Com as expectativas de Copa do Mundo de futebol (2014), Encontro de Ministros de Desenvolvimento Social das Américas (2012), Encontro Mundial do Papa com a Juventude (2013) e Olimpíadas (2016), todos no Brasil, não há como negar a efervescência que vive nosso país.

Igualmente, com a realização, também no Brasil, de 19 a 21 de outubro/2011, da Primeira Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS, 2011), depois da reunião de alto nível em Nova Iorque, em setembro/2011, convocada pela ONU, sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e às vésperas da realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2011), não há como negar a dinâmica e a atualidade do tema Saúde na agenda nacional e internacional.

Sua importância estratégica adquire contornos nacionais e sofre a influência do contexto internacional em todos os sentidos, colocando-se em evidência na atual conjuntura e mobilizando os mais diversos setores face à grande visibilidade e amplitude desse debate. Nesse cenário, três temas importantes, dentre outros, se colocam no centro dessa discussão e, seguramente, refletirão nos mais diferentes países, o que nos coloca o desafio e a necessidade de acompanhar de perto os desdobramentos dessa agenda e, fundamentalmente, aumentar nossa capacidade de atuar em Rede:

1. O encontro de alto nível de líderes mundiais, reunidos na cidade de Nova Iorque em setembro de 2011, convocado pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2011) para discutir o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Desde a criação da ONU, em 1945, essa é a terceira vez que a saúde entra na pauta de discussões dos chefes de Estado, o que representa oportunidade para o engajamento global na luta contra enfermidades como câncer, diabetes e problemas cardiovasculares. Sob a liderança da Organização Mundial da Saúde (OMS), os governos poderão construir um acordo e trabalhar recomendações e metas globais para prevenção e controle dessas enfermidades, considerando-se fundamental aliar Políticas de Saúde a

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

Programas de Desenvolvimento Social na busca do alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial, aquelas relativas à redução da pobreza e da desigualdade;

2. A discussão global sobre a determinação social da saúde, com a realização da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), no Rio de Janeiro/Brasil em outubro/2011, na medida em que confere maior amplitude e visibilidade desse debate, mostra a necessidade de articulação e integração internacional e regional, principalmente mobilização da sociedade para acompanhar e assumir seu papel protagonista nesta discussão, exigindo dos líderes mundiais resultados dos compromissos assumidos;

3. A realização, em junho de 2012, também no Brasil, da “Rio + 20 – Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável” (2011) –, um evento mundial sobre clima, ecologia e desenvolvimento do qual espera-se, de forma geral, que as decisões tomadas sejam mais do que um balanço dos últimos 20 anos que a separam da “Rio 92” que, por sua vez, foi um marco na história socioambiental mundial e que resultou numa série de documentos importantes, como a Agenda 21 e as Convenções sobre Clima e Diversidade Biológica. Os desafios centrais da Rio + 20 modelam a agenda do desenvolvimento sustentável nos próximos 20 ou 30 anos, considerando que as questões socioambientais devem estruturar e constituir o centro das estratégias de desenvolvimento nacionais, regionais e mundial.

Portanto, para a “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania (REDE DS)”, coloca-se a importante tarefa de contribuir na divulgação desses eventos e, além de discutir esses assuntos, buscar o aprofundamento desse debate, convidando todos a fazerem suas contribuições.

## Referências

Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS). Acesso em 23/10/2011 e disponível em: <http://cmdss2011.org/site>

Organização das Nações Unidas. Cúpula da ONU discute formas de reduzir número de mortes por doenças não transmissíveis. Acesso em 23/10/11 e disponível em: <http://www.onu.org.br/cupula-da-onu-discute-formas-de-reduzir-numero-de-mortes-por-doencas-nao-transmissiveis>

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 14ª Conferência Nacional de Saúde. Acesso em 23/10/11 e disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/index.html>

Rio+20 - United Nations Conference on Sustainable Development. Acesso em 23/10/2011 e disponível em: <http://www.uncsd2012.org/rio20>

3 de novembro de 2011

## A Lei nº. 12.466, de 2011, e a legalização das instâncias de consensos interfederativos

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Colegiados Interfederativos, Comissões Intergestores, CONASEMS, CONASS, Instâncias Interfederativas.

A publicação da Lei nº. 12.666, de 2011, que dispõe sobre as comissões intergestores no âmbito do SUS, é um marco no reconhecimento e institucionalização de um sistema de saúde que se assenta em alguns marcos, dentre eles, o da articulação federativa.

Venho, desde 2005, defendendo, em artigos e palestras, tese jurídica sobre a organização do Sistema Único de Saúde, a qual se fundamenta na integralidade de assistência à saúde – expressão do direito à saúde que compete ao SUS. A integralidade da assistência à saúde não pode ser garantida ao cidadão sem a integração de ações e serviços de saúde dos entes federativos. A partir dessa constatação, passei a defender a necessária regulamentação de determinados conceitos expressos na Lei nº. 8.080/90 para a sua melhor explicitação, o que acabou acontecendo com o Decreto nº. 7.508, de 2011.

Em 2007, como consultora da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, apresentei um plano de trabalho que tinha como objeto regulamentar o SUS no Estado em suas lacunas nacionais. Dentre os temas regulados – todos por leis estaduais –, estava o da institucionalização dos espaços de articulação federativa em âmbito estadual para discutir e acordar a operacionalização das políticas de saúde. Em 2008, foram aprovadas diversas leis, dentre elas a mais relevante, que dispunha sobre a organização e funcionamento do SUS.

Na época, em 2008, como consultora do CONASEMS, propus àquela entidade o encaminhamento de um projeto de lei que institucionalizasse as comissões intergestores tripartite, bipartite e regional e reconhecesse o CONASS e CONASEMS como representantes dos entes federativos nesses espaços de discussão e produção de consensos interfederativos.

Elaborei o projeto de lei, e o mesmo passou a ser discutido no âmbito do CONASEMS, que depois passou a discuti-lo com o CONASS, e depois com

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

o deputado Arlindo Chinaglia, que assumiu a sua autoria, apresentando-o em 2009.

Esta tese está expressa no meu livro, em coautoria com Luiz Odorico Monteiro de Andrade, publicado em 2007, no qual defendo a necessidade de institucionalizar a articulação federativa ínsita ao SUS.

O que a Lei nº. 12.466, de 2011, introduz no SUS: reconhece a importância da articulação federativa e, portanto, a interdependência dos entes federativos na garantia do direito à saúde, ou melhor dizendo, da integralidade da assistência à saúde. Isso porque o direito à saúde, previsto no art. 196 da CF, tem conceito mais amplo que aquele que compete ao SUS.

Ao SUS compete a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde de promoção, proteção e recuperação, enquanto o direito à saúde tem conceito mais amplo por englobar as políticas sociais e econômicas que evitem o agravo à saúde. Esse campo diz respeito à qualidade de vida, às condições determinantes e condicionantes da saúde. E essa parte do direito não é competência do SUS, mas sim do Estado como um todo, da sociedade, das pessoas, das empresas.

No SUS deve-se garantir a integralidade da assistência à saúde, e isso somente é possível se os entes federativos integrem seus serviços, suas ações, o financiamento etc.

O que muda com esta institucionalidade trazida pela Lei:

1. A CIT, CIB e CIR passam a ser reconhecidas como instâncias de decisão do SUS, e não do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde. Passa-se a falar em instância do SUS, e não em fóruns de um ou outro ente federativo;
2. As decisões dos entes federativos – que somente pode ser por consenso – passam a ser publicadas pela própria instância, as comissões intergestores;
3. As decisões publicadas no diário oficial passam a ter validade jurídica ante o reconhecimento legal, desde que não ultrapassem o seu campo de competência;
4. O CONASS e o CONASEMS passam a ser oficializados no sentido de seu reconhecimento legal como associações representantes dos estados e municípios no setor saúde, tanto que passam a poder receber recursos orçamentários da União para o custeio de suas atividades estatutárias;
5. O SUS se fortalece por poder contar com essas instâncias legais de pactuação, reafirmando o seu papel de um sistema que é único ao mesmo tempo em que é interdependente. Todos devem cuidar

da saúde, mas devem fazê-lo de maneira integrada, integrando suas ações e seus serviços de saúde, planejando integradamente as políticas de saúde.

## **Comentários: 2**

***Claudiomar Coêlho***, em 18 de fevereiro de 2012, às 15h 48

Dra. Lenir, estive no Seminário de Direito e Saúde em Brasília (novembro/2011). Trabalho como assessora jurídica da Secretaria de Estado de saúde do Amazonas e, realmente, enquanto não houver estas instâncias legais de pactuação, reconhecendo a importância e a colaboração dos entes federativos, sempre haverá um dos entes assumindo e executando o que não deveria ser de sua competência, comprometendo recursos para outros fins, sem atender para a máxima do planejamento e integrações de suas ações. Desde o término daquele seminário, fui “fisgada” de vez pelo Sistema, e pretendo me especializar nessa área. Parabéns pela excelente matéria.

***Lenir Santos***, em 24 de fevereiro de 2012, às 14h 43

Claudiomar, parabéns pela sua escolha. Continue assim.



8 de novembro de 2011

## Abaixo a hipocrisia

*Jurandi Frutuoso<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Lula, Saúde, SUS.

O Brasil, de repente, descobriu ter dois doentes, o ex-presidente Lula e o SUS. Para o primeiro, toda atenção merecida; para o segundo, apenas a exposição do diagnóstico. Quanto ao tratamento... vamos pensar!

Essa discussão eivada de preconceitos nos leva a uma certeza: somos ainda um país colonial quanto ao comportamento dos seus cidadãos. Se por um lado agredimos as pessoas na sua liberdade de escolha – o que diz, o que faz, ou onde quer se tratar –, por outro, separamos espaços de privilégios para quem pode pagar por um serviço mais qualificado (ex. educação e saúde); para os que depositaram seus impostos na conta do governo, ofertamos a “senzala” como querem alguns.

Há nisso tudo um misto de raiva, desprezo e irresponsabilidade. Para construirmos um país justo e igualitário, precisamos escalar o muro da nossa ignorância e prepararmos condições ideais para todos que aqui habitam. Dentre elas está o SUS, que mesmo duplamente desprotegido (pelo governo e pela população) consegue produzir bons resultados e ser reconhecido internacionalmente. Internacionalmente, eu disse!

Usemos as tintas gastas nessa discussão pueril para convencer os governantes de que temos a obrigação constitucional de construir um sistema público de saúde universal, integral, gratuito e de qualidade, e à população da sua obrigação de lutar pelos seus direitos até conseguir o sistema de saúde desejado.

Todos os presidentes citados acima, inclusive o Lula, devem, e muito, ao povo e ao SUS. Ninguém merece padecer na porta de entrada de um serviço de saúde ou pagar com a vida pela sua ineficiência. Todos querem o melhor quando ameaçados na sua integridade. O povo também tem o direito de pular a cerca da “senzala” e encontrar o lugar ideal para tratar dos seus problemas. Esse lugar é o SUS, se permitirem!

O SUS faz da prevenção à cura com as migalhas que sobram do banquete

[1] Médico Sanitarista, Secretário Executivo do CONASS desde 2007, ex-Secretário de Estado da Saúde do Ceará (2003 a 2006), ex-Presidente do CONASS, 2006/2007, Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca/CE (1997 a 2002), ex-Presidente do COSSEMS/CE (2001-2002) e mestrando em Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências da Saúde - UnB.

dos ricos; por que, então, não financiá-lo adequadamente e administrá-lo de forma a produzir os resultados esperados pela sociedade?

Que o presidente Lula trate seu câncer onde quiser, mas que o povo brasileiro tenha a garantia do acesso a serviços de qualidade quando precisar tratar o seu. Quanto aos revoltados, que cada um canalize suas energias na elaboração de ideias voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Deposito minhas esperanças na presidente Dilma. Não quero vê-la no rol dos insensatos.

PS: Vincent van Gogh não vendeu um só quadro em vida.

### **Comentários: 1**

**Carl**, em 6 de dezembro de 2011, às 17h 30

Ótima explanação. Concordo plenamente contigo. Isso mostra como o discernimento da população, ignorante de propósito à custa de um sistema de ensino burro, não consegue indignar-se com a situação. O presidente nem tenta experimentar um pouquinho do SUS. Sorte a dele que pode pagar um belo hospital particular!

16 de novembro de 2011

## CONSUMO SEGURO: Um novo e importante determinante social da saúde

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Consumidores, Consumo Seguro, Determinante Social, Saúde, Segurança de Produtos.

O tema “Segurança de Produtos” ou “Consumo Seguro de Produtos” (segurança na dimensão sanitária), embora esteja presente em dinâmica discussão no mundo desenvolvido há décadas, no Brasil constitui assunto bastante recente, mas que vem adquirindo maior amplitude e importância numa grande velocidade, em função da globalização e da maior presença da economia brasileira no contexto mundial.

Nos últimos dias aconteceram dois eventos mundiais relevantes nessa área, ambos realizados em Seul, Coreia do Sul. O primeiro, de 31/10 a 2/11/2011, “International Consumer Product Health And Safety Organization – ICPHSO – Organização Internacional Saúde e Consumo de Produtos Seguros (ICPHSO, 2011) – e o segundo, a “3rd Session of the OECD Working Party on Consumer Producty – 3ª Reunião do Grupo de Trabalho da OCDE sobre Produtos de Consumo (OCDE, 2011) –, na qual representantes governamentais e não governamentais de dezenas de países debateram os maiores desafios nesse campo e os seus respectivos enfrentamentos, especialmente o trabalho em Rede, estratégia de cooperação multilateral que se impõe a cada país e região, em tempos de globalização.

Tópicos e estratégias como normatização, medidas de segurança de produtos, sistemas de alertas rápidos, recall, informação para a sociedade, dentre outros, foram aprofundados e, diante da apresentação de diversas experiências exitosas nacionais (EUA e Austrália, por exemplo) e regionais (União Europeia, especialmente), foram propostos alguns encaminhamentos globais, regionais e nacionais na direção de promover e controlar maior segurança sanitária de consumo de produtos e, por consequência, assegurar também a lucratividade das empresas fabricantes, na medida em que o consumidor adquire mais confiança em seus produtos.

Nesse particular, observa-se no Brasil uma compreensão nova e crescente por boa parte de empresários e fabricantes, que passam a enxergar

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

a exigência e controle de boas práticas de fabricação (exercidos no papel da Regulação pelo Estado Brasileiro) como visando fundamentalmente a proteger a saúde da população, mas também – e por outro lado – constituindo uma forma de conferir confiança no consumidor a respeito daquele produto e, com isso, garantir os lucros e o negócio do fabricante.

É mesmo muito recente a discussão sobre “Consumo Seguro e Saúde” no Brasil, e na própria América Latina, porém o esforço e compromissos assumidos por ANVISA, INMETRO e DPDC, em conjunto com diversas outras instituições em vários países das Américas no movimento de construção da Rede Consumo Seguro e Saúde (RCSS, 2011), coordenado por OEA e OPAS, representa “a new kid in town” (“há algo de novo na praça”), em termos de região e em tempos de globalização. Se a economia está globalizada, nossa resposta precisa, também, ser globalizada!

## Referências

International Consumer Product Health and Safety Organization (ICPHSO). Acesso em 5/11/2011, disponível em <http://www.icphso.org>

3rd Session of the OECD Working Party on Consumer Producty. Acesso em 5/11/2011, disponível em <http://www.oecd.org>

Rede Consumo Seguro e Saúde – RCSS. Acesso em 5/11/2011, disponível em: [www.oas.org/rcss](http://www.oas.org/rcss)

## Comentários: 2

*Flávia, em 16 de novembro de 2011, às 19h 03*

Olá! Encontrei um site / fórum bem interessante sobre saúde, com perguntas e respostas sobre doenças, distúrbios e sintomas, vale a pena conferir! Site: Eu paciente: <http://eupaciente.com>, <http://eupaciente.com.br> e <http://eupaciente.com.pt>

*Recuperar, em 6 de dezembro de 2011, às 17h 27*

O consumo está descontrolado e descontrolando a sociedade. Conhecemos histórias de muitos outros países desenvolvidos onde o consumo exorbitante só trouxe problemas. Nesta atual situação do Brasil, precisamos ficar atentos ao nosso consumo e não cairmos nos mesmos problemas que eles.

## A dimensão humana da gestão em saúde

*Fernando P. Cupertino de Barros<sup>1</sup>*

O vasto campo da gestão pública abriu para a área da saúde, com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS –, um grande e instigante desafio: o de conseguir cumprir o dispositivo constitucional que assegura a saúde como direito de todos os cidadãos, imputando ao Estado a responsabilidade final para sua concretização (BRASIL, 1988). A chamada Constituição Cidadã, pródiga e generosa em suas normas programáticas, remeteu para o regramento infraconstitucional o necessário detalhamento a respeito de pontos relevantes, especialmente o que se refere a seu financiamento (art. 198) e a temas específicos, tais como a saúde do trabalhador, a formação de recursos humanos para a saúde, a fiscalização e inspeção de alimentos etc. (art. 200).

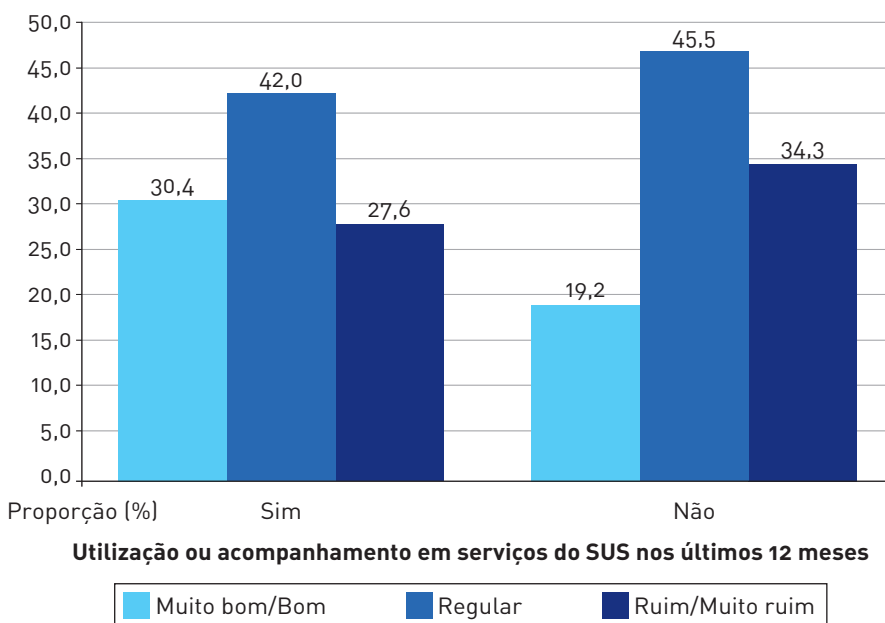
Em nenhum momento, no capítulo II – Da Seguridade Social –, Seção II – Da Saúde –, menciona-se o dever do cidadão para com sua própria saúde e para com a de sua comunidade. O assunto, porém, é abordado com muita propriedade no parágrafo 2º do art. 2º da Lei nº. 8.080/1990, chamada de “Lei Orgânica da Saúde”: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. Infelizmente, quase nunca nos lembramos desse dever que temos como cidadãos e como integrantes dos núcleos familiar e social. É sempre mais bombástico e impressionante o textual “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, que remete ao Estado a responsabilidade pela nossa saúde, sem agregar, contudo, a parcela de participação obrigatória de cada um na promoção, na preservação e na recuperação de sua própria saúde e na saúde de seus familiares e concidadãos. Assim, muitas vezes a saúde torna-se algo que somente parece dizer respeito às esferas governamentais, desobrigando o cidadão, suas famílias e as forças vivas da sociedade de trabalharem para a concretização desse ideal de saúde como uma expressão de bem-estar geral e de felicidade pessoal e coletiva.

Apesar de constituir-se numa importante conquista da sociedade brasileira, o SUS não é apropriado de maneira homogênea como um patrimônio dessa mesma sociedade, o que se percebe facilmente pelos resultados de

[1] Médico com especialização em Ginecologia e Obstetrícia; Mestre em Saúde Coletiva (ISC-UFBA); Secretário Municipal de Saúde de Goiás-GO (1986-1988 e 1996-1997); Secretário de Saúde do Estado de Goiás (1999-2006); Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS (2000-2003), onde atualmente exerce as funções de Assessor Técnico; doutorando em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciência da Saúde da UnB.

pesquisas de opinião sobre a satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde, em que quase invariavelmente os que pior avaliam o SUS são aqueles que dele não se utilizam para acesso a consultas, exames, hospitalizações, uma vez que dispõem de cobertura pela saúde suplementar ou de meios financeiros para fazê-la à suas próprias expensas, como demonstrado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA – (2010) (Figura 1). Assim, por desconhecimento ou preconceito, criticam e avaliam negativamente um sistema cujos usuários reais, ainda que reconhecendo e apontando os problemas existentes, avaliam-no positivamente.

**Figura 1 - Proporção (%) dos entrevistados a respeito da qualidade geral dos serviços públicos de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a utilização. Brasil, 2010.**



### **Conhecimentos e habilidades para se fazer gestão em saúde**

A gestão em saúde não é feita monocraticamente pela autoridade máxima de determinado nível de administração, no caso brasileiro podendo tratar-se do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde. A função de gestão é assegurada pelo conjunto de trabalhadores e profissionais de saúde que, em cada esfera, exercem o seu papel de planejadores, organizadores, executores de políticas, controladores, avaliadores e auditores do sistema. Assim, há que se ter presente a necessidade de certos conhecimentos e habilidades inerentes ao desempenho das diferentes funções no âmbito da gestão, acrescidas do reconhecimento

e do domínio de peculiaridades que requerem o exercício crítico da aplicação ou da adaptação de princípios gerais a situações particulares. Ao definirem-se como norteadores da estratégia de saúde da família, em sua formulação, os princípios da territorialidade e da adscrição de clientela (GONDIM et al., 2005), por exemplo, há que se interrogar sobre o que isso significa para o porteiro da Unidade Básica de Saúde da Família.

Será preciso, pois, no plano concreto do trabalho cotidiano, assegurar a perfeita compreensão desses conceitos na prática laboral de cada um. Mais que isso, será preciso alargar essa compreensão, de modo a torná-la acessível e compreensível a toda a população. Todos queremos sempre compreender o porquê das coisas e a isso temos pleno direito. Não se pode, portanto, discutir tais conceitos como se destinados à compreensão apenas de uma casta, de uma categoria de eleitos, no caso presente, aqueles que trabalham no âmbito do SUS, em quaisquer de seus níveis, independentemente das funções ou tarefas que desempenhem, seja na área meio, seja na área finalística da prestação direta de serviços de saúde. É certo que difundir entre os trabalhadores e profissionais do SUS a perfeita compreensão e a importância de princípios, conceitos e estratégias é algo fundamental, mas não podemos nos limitar a esse universo restrito. Não tenho notícias de cursos de formação que tenham por clientela os porteiros, os auxiliares de serviços gerais, motoristas e outros trabalhadores tão importantes no trato com as pessoas que diariamente comparecem a nossos serviços de saúde. Também esses trabalhadores precisam conhecer o porquê das coisas; o como e por que razão são ou deixam de ser organizadas de tal forma.

Ao longo de duas décadas, tive a oportunidade de exercer algumas atividades de gestão de saúde, seja como diretor de hospital, seja como gestor municipal ou estadual do SUS. Creio firmemente que para desempenhar tais responsabilidades, é necessário, primeiramente, ter conhecimento do assunto, o que no mais das vezes dá-se por meio de cursos de especialização em gestão ou em saúde coletiva com concentração nas atividades de gestão ou de organização de sistemas e serviços de saúde. Todavia, não basta apenas o conhecimento, pois diante das situações inusitadas, há que se lançar mão da proatividade, do espírito de iniciativa e da capacidade de adaptação quando nos deparamos com situações ou fatos acontecidos ou com forte risco de que venham a ocorrer. Onde quer que trabalhemos, são ainda imprescindíveis o espírito de equipe, a capacidade de análise crítica e o acesso a atividades de capacitação permanente. Porém, o que são mais importantes e devem vir antes de tudo o mais, são a humanidade e o respeito pelas pessoas.

Apesar de todos termos a impressão de que dispomos desse elenco de atributos, muitas vezes não os colocamos em prática de modo a beneficiar as pessoas que usam os serviços de saúde pelos quais temos algum tipo de responsabilidade. Particularmente os gestores que têm sob

sua responsabilidade a organização dos serviços são pródigos – e eu não fui nenhuma exceção – em criar dificuldades para os usuários. Em nome de uma maior racionalidade administrativa, muitas vezes ilusória ou insatisfatória, submetemos os pacientes a situações de verdadeiro calvário, criando fluxos, rotinas, autorizações prévias, quotas etc. Aqui, mais uma vez, o tecnicismo ocupa o lugar do humanismo e a sensibilidade diante da dor alheia cede lugar à indiferença e à impessoalidade. Se por um lado, no Direito Administrativo, a noção de impessoalidade é algo fundamental (MEIRELES, 1989), pois expressa a vedação ética, moral e legal a favorecimentos ou a direcionamentos pessoais, no atendimento à saúde a impessoalidade configura-se no tratamento frio, distante e desinteressado que é dispensado ao paciente sem que se leve em conta sua individualidade, sua dignidade como pessoa e seus direitos como cidadão.

Assim, antes de tudo, o chamado “acolhimento” àquele que demanda os serviços de saúde, seja do ponto de vista assistencial ou administrativo, deve pautar-se pelos valores mais elevados que se consubstanciam no respeito à individualidade e à dignidade da pessoa como elemento de relação interpessoal indispensável. Um exercício interessante – e acima de tudo necessário, seria indagar em que esta ou aquela estratégia, esta ou aquela nova prática, esta ou aquela nova forma de organizar os serviços beneficiam verdadeiramente o paciente? A melhor resposta, sem dúvida, seria aquela em que pudéssemos nos colocar em seu lugar e avaliar com clareza os benefícios e os prejuízos que poderiam ser acarretados àqueles que são a razão de ser dos sistemas de saúde: os cidadãos, seus usuários.

Dentro do vasto item dos conhecimentos, saliento um elemento sobre o qual têm incidido os holofotes nos últimos tempos: a avaliação. Somos pródigos em lançar novas políticas, novas estratégias, novo isso, novo aquilo, mas somos incapazes de prever e de promover avaliações sistemáticas e metodologicamente corretas no sentido de enxergar se estamos ou não no caminho certo; se será possível alcançar as metas pretendidas; se devemos reformular alguma coisa ou se devemos insistir com o que já estamos fazendo... Se por um lado a cultura da avaliação ainda não está suficientemente disseminada em nosso meio, apesar dos anos em que já ouço tal afirmação, é fato que temos ainda poucas pessoas suficientemente qualificadas para fazê-la. Entretanto, a avaliação é algo fundamental para que as políticas públicas possam ser convenientemente monitoradas e focadas nos resultados pretendidos, corrigindo-se equívocos, ajustando estratégias, inovando e aperfeiçoando estratégias para a consecução dos objetivos.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSUS), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), estatui dentre suas principais orientações sobre o que seja a “humanização” três pontos que tocam os aspectos relacionados ao bom atendimento das pessoas (a recepção atenciosa e atenta das pessoas segundo suas



necessidades, dores e angústias): 1) a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; 2) o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; e 3) o compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde.

Todavia, quando examinamos o conjunto de seus macro objetivos e estratégias, percebemos que a questão fundamental da humanidade no trato com os usuários do sistema de saúde diluiu-se num emaranhado de assuntos dispostos de forma a contemplar demandas de segmentos sociais, como a dos trabalhadores da saúde, sem, entretanto, focar precisamente e com a necessária ênfase à fundamental ação de bem-receber aqueles que buscam os serviços de saúde, com a atenção que qualquer um de nós, que neles trabalhamos, gostaria de merecer quando na condição de pacientes. Evidentemente, discorro em tese, pois há inúmeros profissionais e trabalhadores da saúde inteiramente devotados ao que fazem, atuando com uma humanidade natural que seria de se esperar de todos, sem exceção, que escolheram dedicar-se profissionalmente à promoção e à recuperação da saúde de seus semelhantes. Porém, há que se unir a vontade de transformar a prática com os meios para que isso se dê. Ambientes de trabalho inadequados, onde faltam por vezes as condições mais elementares para proporcionar um atendimento de qualidade, aliados a remunerações pouco atraentes – por vezes até mesmo aviltantes – trabalham contra os elevados propósitos de se progredir em direção a um sistema de saúde em que as pessoas sintam-se permanentemente bem recebidas, bem orientadas, bem tratadas, bem acompanhadas e apoiadas pelas instituições e pelos profissionais de saúde que delas se ocupam.

Outra parte do problema reside nos conteúdos inadequados e insuficientes que têm sido oferecidos ao longo do processo de formação dos profissionais de saúde. Tentativas de mudança, é bem verdade, têm acontecido, porém muitas vezes os responsáveis pela formação desses futuros profissionais não conseguem mudar sua própria prática. Então, como ensinar o novo praticando o velho? Por mais paradoxal que pareça, o “novo” a que me refiro é mais antigo que o “velho”, pois remonta a outros tempos em que a dimensão das relações interpessoais transcendia os aspectos do conhecimento científico, cujo desenvolvimento notável não se deu assim há tanto tempo. Trata-se, então, de recuperar uma prática que perdeu terreno para o primado do aspecto técnico-científico, na equivocada crença de que apenas o conhecimento das doenças e dos tratamentos disponíveis seria suficiente para tratar e cuidar do paciente. De que adianta o conhecimento se não formos capazes de transmitir carinho, respeito e interesse genuíno em ajudar, que se manifestam no olhar amigo, no aperto de mãos afetuoso, no abraço que conforta, na explicação detalhada e em linguagem acessível, respeitando-se a cultura e os valores que as pessoas trazem consigo?

No entanto, se tais mudanças acontecessem na totalidade de nossos serviços de saúde, organizados como estão atualmente, seria o caos. Como está hoje organizada, a lógica da produção quantitativa adquire preponderância sobre as lógicas da qualidade, da resolubilidade e da eficácia das ações por eles oferecidas. Assim, importa o número de atos e procedimentos realizados, não seus resultados efetivos. Para adotar-se uma prática em que sejamos capazes de receber bem as pessoas e praticar enfim tudo o que for necessário para que estas se sintam plenamente satisfeitas com um atendimento resolutivo e humanizado, seria imperioso aumentar o tempo de duração dos contatos pessoais (consultas médicas, consultas de enfermagem, entrevistas com psicólogos, com assistentes sociais, com agentes de portaria etc.). São conhecidos os resultados dos estudos empreendidos por Donabedian nas décadas de 1970 e 1980 sobre a qualidade dos serviços de saúde. Na percepção dos pacientes, segundo esse autor, a qualidade dos serviços de saúde depende de 30 a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico e de 40 a 50% da relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários, especialmente entre médico e paciente (Donabedian, 1990).

Poroutrolado – isto é bastante encontrado na prática médica – é preciso sempre buscar o equilíbrio entre os componentes da relação interpessoal adequada, com um olhar atento sobre os aspectos culturais, sociológicos, e o do necessário conhecimento científico, de modo a potencializar os benefícios decorrentes dessa relação. A ruptura desse equilíbrio ocasiona a prática enganadora do profissional excelente para conversar e estabelecer uma relação positiva com o paciente, mas absolutamente incapaz e inútil na proposição de soluções efetivas para os problemas, sendo ainda, por vezes, uma verdadeira usina de iatrogenia. Por outro lado, às vezes nos deparamos com o relato de pacientes do tipo “o doutor fulano é muito competente, mas é um cavalo para tratar a gente!”, ou seja, aquela situação em que o profissional preocupa-se única e exclusivamente com as dimensões científicas da semiótica ou da terapêutica medicamentosa, esquecendo-se de que ele não está sendo chamado para ocupar-se de uma doença, mas sim do paciente. Esse mesmo paciente que é parte integrante e participante ativo do processo do cuidado em saúde.

### **Reflexões finais à guisa de conclusão**

Como em muitas situações semelhantes, não creio ser possível qualquer solução sem que se passe, primeiramente, pela formação.

Formação dos graduandos e formação ainda mais profunda dos graduados, sobretudo dos professores e daqueles investidos das funções de orientação. A realidade vivida hoje na saúde brasileira é preocupante do ponto de vista dos resultados, que dependem, fundamentalmente, da

qualidade dessa formação. Assim, coloca-se muitas vezes nas mãos de jovens recém-formados – e refiro-me aqui de modo especial aos médicos – a imensa responsabilidade de atuação no âmbito da Saúde da Família, ou nos serviços de urgência, ou nos ambulatorios, sem que para isso tenham recebido uma formação adequada. Desta forma, em especial o atendimento às urgências e a prática da saúde da família são seriamente comprometidos, atingindo até mesmo as políticas públicas planejadas para tal, colocando-as em sério risco de desagregação e de descrédito.

Paralelamente, é preciso valorizar e investir na educação continuada dos profissionais de saúde não como uma atividade opcional, mas compulsória, dentro do seu horário de trabalho.

Para isso, é preciso banir a insuficiência de pessoal; fornecer condições adequadas para o trabalho; exigir o cumprimento das tarefas e obrigações; e, mais que tudo, motivar continuamente toda a equipe de saúde, avaliando e propondo as alterações de estratégia necessárias para as mudanças pretendidas. Valorizar a coleta e o uso da informação como elemento fundamental para o planejamento é outra necessidade vital, pois a grande maioria dos profissionais que preenchem formulários e mais formulários nas unidades de saúde não costuma ser informada sobre o destino e a utilidade de seu trabalho. Se fôssemos capazes de dar o retorno a esses colegas, mostrando a eles quantas estratégias puderam ser traçadas, quantas situações novas puderam ser identificadas e ações idealizadas para enfrentá-las, com certeza teríamos um sistema de informações de muito maior refinamento e eficiência em seu funcionamento.

Outro ponto que chama atenção é o emprego exagerado de novas tecnologias em saúde, tantas vezes onerosas e desnecessárias, causando transtornos aos pacientes para sua realização e com elevado percentual de normalidade em seus resultados como decorrência de indicações mal feitas. É preciso, sim, lançar mão de tecnologias, mas de forma racional, não como substituição da relação médico-paciente, nem de uma boa avaliação clínica, mas como um valoroso auxílio complementar. É necessário, ainda, colocar mais tecnologia na Atenção Primária, dando condições satisfatórias de conectividade a Unidades Básicas de Saúde; de comunicação telefônica adequada; de glicosímetros de bolso; da utilização do fantástico recurso da telemedicina etc.

Não podemos menosprezar os significativos avanços obtidos pelo sistema de saúde brasileiro ao longo destes pouco mais de vinte anos de existência do SUS. Muitos problemas sérios foram vencidos; outros estão sendo enfrentados com tenacidade, porém o panorama social e o perfil epidemiológico mudam constantemente, e assim, novos desafios se apresentam enquanto antigas ameaças continuam à espreita.

## Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em 10 de junho de 2011.

GONDIM G.M.M., MONKEN M., ROJAS, L.I., BARCELLOS C., PEITER P., NAVARRO M., GRACIE R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. Disponível em [http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11\\_2.pdf](http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf). Acesso em 12 de outubro de 2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social (Saúde). Brasília: 2011. Disponível em [www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf). Acesso em 10 de fevereiro de 2011.

MEIRELES, H.L. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288). Acesso em 12 de junho de 2011.

CAPRARA, A., RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*. 9(1): 139-146, 2004.

DONABEDIAN, A. La qualità dell'assistenza sanitaria, principe e metodologie de valutazione. La Nuova Italia Scientifica, Roma: 1990.

## Dilemas, desafios e limites do SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Desafios do SUS, Dilema do SUS, Financiamento, Limites do SUS, o Público e o Privado.

Outro dia fui convidada a fazer uma palestra no Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), em São Bernardo do Campo, São Paulo, e ao ter que refletir sobre esses três temas, dilemas, desafios e limites do SUS, concluí o seguinte: O grande dilema do SUS é o público e o privado; Os desafios são fundamentalmente três: o financiamento, a gestão pública e a participação da comunidade, expressão da democracia participativa; e os limites dizem respeito à definição de que SUS queremos e o respectivo padrão de integralidade que ele comporta.

O dilema público-privado tem duas dimensões: a) a dimensão do setor privado que adentra o SUS; b) a dimensão do público em relação à iniciativa privada e à regulação, controle e fiscalização que compete ao SUS.

O privado que adentra o SUS tem causado discussões, debates, celeumas, uma vez que sua regulação é tênue, insipiente. O fato de existirem leis dispendo sobre três modelos de qualificação de entidades privadas sem finalidades lucrativas não significa que temos legislação suficiente para regular a gestão pública e sua articulação mediante parceria, colaboração ou fomento com o setor privado na saúde.

A regulação dessas entidades em relação ao Poder Público ainda é frágil, tanto que uma delas está sub judice, a organização social. As OSCIPs têm sido utilizadas de maneira equivocada ao realizar atividades públicas permanentes quando seu escopo deveria ser apenas a parceria em determinados programas com prazo certo. Há ainda a confusão com o regime da complementaridade do privado no SUS, que muitas vezes ganha o tom de substituição de serviços públicos ao invés de complemento.

Não defendemos a ausência do regime de parceria público-privado, mas certamente está faltando melhor definição e regulamentação.

No tocante à relação do Poder Público com o setor lucrativo, a falta de regulamentação é flagrante. Pouco avançamos, sendo que nem mesmo em relação à medicina suplementar (planos de saúde) estamos à cavalheiro. Nem

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

mesmo o ressarcimento das operadoras de saúde ao SUS, pela utilização de seus serviços pelos usuários de planos de saúde, foi executado até o presente momento, ainda que a lei seja de 1998.

Há que se ter coragem de planejar a saúde de maneira global: a pública e a privada para que de fato possamos utilizar os serviços privados como complementares ou suplementares dos serviços públicos, induzindo suas atividades aos interesses públicos por serem serviços de relevância pública.

Os desafios a serem vencidos em relação ao financiamento insuficiente, a gestão pública inadequada e a participação social equivocada precisam ser vencidos. Temos que refletir sobre o financiamento, que não pode continuar com o percentual público de 3,4% do PIB, sem fontes definitivas e suficientes.

A gestão pública é arcaica, amarrada, engessada. O marco regulatório da Administração Pública data de 1967. Muita coisa mudou de lá pra cá. É preciso inovar e melhorar a gestão. A participação da comunidade no SUS, expressão da democracia participativa, um valor democrático de profundo respeito à cidadania, tem sido muito mal utilizada pelo nosso cidadão.

Os Conselhos de Saúde, que devem discutir a política de saúde, aprovar o plano de saúde e fiscalizar a sua execução, têm feito tudo, menos isso na maioria das vezes. Os interesses são corporativos, segmentados, com falta de alternância no papel de conselheiro, que deve ser, antes de tudo, um exercício da cidadania, articulando os interesses coletivos, e não os interesses de segmentos sociais, dos setores de onde os conselheiros se originam. Conselhos cujos representantes são de minorias jamais irão defender um SUS, que deve ser para todos, igualmente, e sua representação sempre deixará a desejar.

Outro ponto são os limites do SUS. Por limites entendo a necessidade de definição de que SUS queremos, e se o SUS que queremos cabe na riqueza do País e se o estamos executando. Devemos definir o padrão de integralidade, que não pode nem ser nem a míngua do direito à saúde nem a abundância que o País não conseguiria garantir para todos.

Enfim, para chegarmos ao SUS que queremos, precisamos saber que SUS queremos e fazer um pacto sociedade-Estado, definindo-o com clareza, e perseguir com coerência a sua efetividade.

## **Comentários: 1**

**Ministério da Saúde**, em 15 de dezembro de 2011, às 15h 32

Olá blogueiro (a). O Ministério da Saúde lançou a campanha “Médicos Perto de Você” com o objetivo de estimular médicos residentes a trabalharem no interior do país, pois assim vamos melhorar a qualidade de vida de todo o Brasil sem distinção de região. Você não acha? Faça parte você também dessa campanha. Precisamos incentivar os novos médicos nessa caminhada. Saiba

mais sobre o assunto através do site: <http://www.medicospertodevoce.com.br>. Lá, você poderá conferir depoimentos de médicos que construíram carreira sólida no interior do país e muito mais. Caso tenha interesse em colocar algum material da campanha em seu *blog*, entre em contato com a nossa equipe pelo e-mail [comunicacao@saude.gov.br](mailto:comunicacao@saude.gov.br). Obrigado.

19 de dezembro de 2011

## MEDIDAS REGULATÓRIAS NO CAMPO DA TOXICOLOGIA E PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO BRASIL: A contribuição do Programa de Monitoramento de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA)

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>  
Letícia Rodrigues da Silva<sup>2</sup>  
Luiz Cláudio Meirelles<sup>3</sup>*

**Palavras-chave:** Agrotóxico, Alimentação Saudável, SUS, Toxicologia, Vigilância Sanitária.

O Brasil, desde o ano de 2008, tornou-se, em montante financeiro comercializado, o maior mercado consumidor de agrotóxicos do mundo. Em 2010, esse comércio totalizou US\$ 7,3 bilhões, contra US\$ 6,6 bilhões nos Estados Unidos, o segundo maior mercado mundial.

Devido às características de os danos associados ao uso de agrotóxicos serem atemporais, não geográficos e imperceptíveis, medidas de controle desses produtos constituem importantes ações dentro, também, das Políticas de Direitos, especialmente o direito à saúde, contribuindo ainda para a realização do direito à informação, direito à alimentação saudável, bem como no atendimento a outros direitos de cidadania.

No campo da Proteção e da Promoção da Saúde, destacam-se tanto ações prévias ao registro destas substâncias, com uma criteriosa avaliação toxicológica, como também a adoção de medidas de controle pós-registro, tais como:

- Fiscalização nas fábricas de agrotóxicos, com a finalidade de verificar se os produtos estão sendo produzidos conforme as especificações com que foram registrados;
- Reavaliação toxicológica para retirada do mercado de produtos para os quais as informações pós-registro indicam perigos inaceitáveis à saúde;

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*.

[2] Especialista em Vigilância Sanitária, Gerente de Normatização e Avaliação da ANVISA, Mestranda em Toxicologia aplicada à Vigilância Sanitária.

[3] Engenheiro Agrônomo, Especialista em Saúde do Trabalhador pela FIOCUZ, Especialista em Engenharia Sanitária pela UERJ, Mestre em Engenharia de Produção pela COPPE/UFRJ, Pesquisador em Saúde Pública e Gerente Geral de Toxicologia da ANVISA.



- Monitoramento de resíduos nas culturas agrícolas tratadas com agrotóxicos;
- Acompanhamento das notificações de intoxicações acidentais ou ocupacionais causadas por estes produtos e 'notificadas' à Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT).

O monitoramento de resíduos nas culturas tratadas com agrotóxicos para verificação constante sobre os limites de resíduos presentes nos alimentos é realizado no âmbito do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), iniciativa criada pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – em 2001, com o objetivo de implantar e desenvolver ações de controle, além de estruturar um serviço para avaliar a qualidade dos alimentos em relação aos resíduos de agrotóxicos. Esse Programa é uma ação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), coordenado pela ANVISA em conjunto com os órgãos de Vigilância Sanitária de 25 estados participantes, e o Distrito Federal.

No ano de 2010, os Estados realizaram coletas de amostras seguindo o plano de amostragem do Programa (Tabela 1), tendo sido monitorados 18 tipos diferentes de alimentos (Tabela 2). Neste ano o Programa conseguiu realizar as análises todas nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacens), pertencentes à Rede de Laboratórios do Programa, sem a contratação de laboratório privado (costumeira em anos anteriores), para a realização de tal atividade.

**Tabela 1: Amostras analisadas em 2010 e amostras insatisfatórias por Unidade Federativa.**

UF	Amostras Analisadas	Amostras Insatisfatórias	% de Amostras Insatisfatórias
AC	100	26	26%
AL	83	15	18%
AM	93	26	28%
AP	75	19	25%
BA	99	24	24%
CE	101	26	26%
DF	104	29	28%
ES	102	27	26%
GO	100	31	31%
MA	94	28	30%
MG	111	38	34%
MS	94	30	32%
MT	78	24	31%
PA	98	29	30%

UF	Amostras Analisadas	Amostras Insatisfatórias	% de Amostras Insatisfatórias
PB	77	22	29%
PE	107	29	27%
PI	100	31	31%
PR	105	27	26%
RJ	105	41	39%
RN	108	27	25%
RO	88	22	25%
RR	54	11	20%
RS	102	26	25%
SC	116	39	34%
SE	95	24	25%
TO	98	27	28%
<b>TOTAL</b>	<b>2487</b>	<b>698</b>	<b>28%</b>

**Tabela 2: Amostras analisadas em 2010 e amostras insatisfatórias por produto.**

Produto	Amostras Analisadas	Amostras Insatisfatórias	% de Amostras Insatisfatórias
Abacaxi	122	40	32,8%
Alface	131	71	54,2%
Arroz	148	11	7,4%
Batata	145	0	0,0%
Beterraba	144	47	32,6%
Cebola	131	4	3,1%
Cenoura	141	70	49,6%
Couve	144	46	31,9%
Feijão	153	10	6,5%
Laranja	148	18	12,2%
Maçã	146	13	8,9%
Mamão	148	45	30,4%
Manga	125	5	4,0%
Morango	112	71	63,4%
Pepino	136	78	57,4%
Pimentão	145	134	92,4%
Repolho	127	12	9,4%
Tomate	141	23	16,3%
<b>TOTAL</b>	<b>2487</b>	<b>698</b>	<b>28%</b>

Como se observa na tabela 2, no presente ano, foram analisadas 2.487 amostras, das quais 698 (28%) mostraram resultados considerados insatisfatórios quanto a resíduos de agrotóxico. As principais irregularidades encontradas nas amostras vão desde a presença de agrotóxicos em níveis acima do Limite Máximo de Resíduos (LMR) até a utilização de agrotóxicos não autorizados para aquela cultura.

O conhecimento destas alterações e/ou irregularidades é fundamental para que o Programa de Controle Pós-Registro adote medidas que contribuam para promover mudanças na organização dos serviços de saúde, de modo a melhor prevenir e controlar agravos relacionados aos agrotóxicos. Dentre as diversas ações, algumas adquirem papel central e devem ser destacadas:

- Subsidiar a tomada de decisão para restrição e banimento de agrotóxicos que configurem como perigosos para a população;
- Organização da Vigilância Sanitária de todos os estados para que implementem ações de educação e controle dos agrotóxicos;
- Estabelecimento da Rede de Laboratórios com capacidade analítica para investigar resíduos de agrotóxicos;
- Disponibilização de ferramentas informatizadas para agilizar ações dos estados a partir das informações geradas;
- Articulação no âmbito estadual, a exemplo da esfera, com os diferentes atores (saúde, agricultura, meio ambiente, trabalho, Ministério Público, dentre outros), responsáveis pela cadeia produtiva relacionada aos agrotóxicos, para mitigar ou eliminar riscos;
- Incrementar publicações e fomento a pesquisas sobre impacto dos agrotóxicos em diferentes áreas como meio ambiente e, especialmente, na saúde humana.

Os resultados do PARA e as mobilizações promovidas em função do Programa têm fomentado ainda a discussão em diferentes espaços da sociedade civil e indicado diretrizes políticas e agendas nesses setores, como por exemplo, no Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Segurança Alimentar, na Política Nacional de Direitos Humanos, nos Movimentos Sociais Organizados (Marcha da Margaridas, MST, Via Campesina, MLST, ABAS, ANA etc.), nos Fóruns Nacional e Estaduais para controle e combate dos impactos decorrentes de agrotóxicos.

E, muito importante, algumas ações novas têm sido implementadas com caráter bastante estratégico, como a criação, na Câmara dos Deputados, de uma subcomissão para investigação dos danos causados por Agrotóxicos. Essa iniciativa e outras medidas certamente contribuirão tanto para melhorar a avaliação do Programa (PARA), como para destacar e divulgar seus resultados, numa estreita correlação entre o bom monitoramento do uso de Agrotóxico e a promoção dos Direitos à Saúde e Alimentação Saudável em nosso país.

## Referências

ABIQUIM. Associação Brasileira da Indústria Química. A INDÚSTRIA QUÍMICA BRASILEIRA EM 2009. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: <http://www.abiquim.org.br/conteudo.asp?princ=ain&pag=estat>

AGROFIT. Sistema de Agrotóxicos Fitossanitários. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: <http://www.agricultura.gov.br>

ALICEWEB. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: <http://aliceweb.desenvolvimento.gov.br/>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Toxicologia. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: <http://portal.ANVISA.gov.br/wps/portal/ANVISA/ANVISA/home/agrotoxicotoxicologia/>

COMTRADE. United Nations Commodity Trade Statistics Database. Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (International Merchandise Trade Statistics - IMTS). DOW. Annual Report 2008. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: <http://www.dow.com/financial/pdfs/161-00720.pdf>

DUPONT. Annual Report 2010. EPA - Environment Protection Agency. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: <http://www.epa.gov/pesticides/contacts/index.htm#office>

EPA - Environment Protection Agency. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: [http://www.epa.gov/pesticides/fees/tool/decisiontree/conventional/main\\_2.htm](http://www.epa.gov/pesticides/fees/tool/decisiontree/conventional/main_2.htm)

McDOUGALL, Phillips. The global agrochemical and seed markets: Industry prospects. In: CPDA ANNUAL MEETING. 2008, São Francisco. Acesso em 14/11/2011 e disponível em: <http://cpda.kma.net/index.asp?bid=151>

SINDAG. Estatísticas de Mercados do Sindicato Nacional da Indústria de Produtos Para Defesa Agrícola. São Paulo, 1995–2007. Disponível em: <http://www.sindag.org.br>. Acesso em: 15/1/2008

## O público e o privado. Complementaridade dos serviços públicos de saúde

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Complementaridade do Setor Público, Gestão Pública, Privado, Público, Saúde.

A crise do Estado mais recente refere-se à diminuição de suas atividades em razão do traspasse de serviços públicos a entidades privadas mediante concessão e permissão, além da privatização de muitas delas. De acordo com Sabino Casesse, a crise do Estado atualmente significa “perda da unidade do maior poder público no contexto interno e perda da soberania em relação ao exterior”.

Sem dúvida, o alargamento das atividades do próprio Estado, em razão do aumento das atividades globais e da garantia de direitos, exigem novas formas de gestão. O SUS não escapou dessa necessidade de participação do setor privado como complementar às atividades públicas da saúde.

A Constituição de 88 tratou desse tema ao permitir ao Poder Público recorrer aos serviços privados de saúde quando os próprios fossem insuficientes.

A complementaridade prevista na Constituição tinha o condão de não criar embaraços à Administração Pública, que, na época, contava com 70% dos serviços privados complementando os serviços públicos. Impossível desconsiderar tal fato. Era o INAMPS quem mantinha esses contratos e convênios com o setor privado lucrativo e sem fins lucrativos.

Contudo, de crise em crise – do financiamento às dificuldades da Administração Pública em gerir os serviços de saúde – novas formas de terceirização surgiram, como as organizações sociais, as organizações da sociedade civil de interesse público e outras modalidades, como cooperativas de serviços, fundações de apoio, parcerias público-privadas (PPPs) etc.

A realidade é que hoje seria impossível defender uma Administração Pública executora direta de serviços sem contar com a participação do setor privado. O problema é a complementaridade ser substitutiva dos serviços

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

públicos. O risco é invés de se complementar os serviços públicos, sob regras públicas e em quantidade que realmente possa ser denominada de complementar, a gestão pública minguar, e os serviços privados crescerem além da justa medida e sem os necessários e devidos controles.

Os limites tem sido tênues. E na saúde há, muitas vezes, uma confusão entre esses interesses, principalmente quando entidades sem fins lucrativos. A inversão é perigosa. O SUS poderá, em muitos casos, ser complementar da atividade privada lucrativa, em nome de um direito à saúde que, no nosso entendimento, não pode sustentar-se nesse tipo de reivindicação. Esse será um caminho invertido, um caminho que irá na contramão do direito à saúde e a favor do consumo de saúde.

Nesse ponto importa pensar que, se a atividade privada não perecerá e irá conviver com a pública no mesmo espaço social de garantias de direitos, a atividade privada terá, de fato, de ser complementar, e não substitutiva do Estado. E essa complementaridade precisa ser consubstanciada em ajuste de colaboração e contratos de prestação de serviços que de fato sejam capazes de manter o controle do Poder Público sobre o setor privado complementar. É preciso encarar essa realidade e regulá-la em prol do interesse público.

Urge encarar essa realidade: o Poder Público não irá prescindir da sociedade. Em sendo assim, é necessário desenvolver mecanismos, não apenas de controle das atividades, mas que possam impor rumos, diretrizes, princípios públicos, controles que devem contar com a participação eficaz de uma sociedade consciente de seus direitos e com sentimento de pertencimento aos serviços de interesse público.

As finalidades coletivas devem motivar os serviços privados que estejam a serviço do Estado, mediante contrato. Isso não significa negar que o setor privado deve gozar de suas autonomias, ter justo retorno do capital investido sem, contudo, descurar do seu fim: atendimento dos interesses sociais, coletivos, públicos.

Assim, não podemos mais ignorar a interdependência do público e do privado, fazendo de conta que o Estado irá, de forma direta, executar todas as atividades que lhe são próprias, sem contar com o setor privado, e que o setor privado pode atuar sem a participação do público.

Há que se ter a justa medida. Ela precisa ser demarcada, delimitada, controlada, fiscalizada e estar sob o comando público no tocante aos princípios, diretrizes e cumprimento das finalidades públicas.

E isso deve se dar fundamentalmente no plano político: cidadania, democracia, transparência, qualidade de serviços, atendimento das necessidades públicas.

## **Comentários: 1**

*Zélia Madalena Dias Costa, em 22 de abril de 2012, às 17h 47*

Prezada Lenir. Hoje, mais do que nunca, percebemos que em muitos casos o público está complementando o privado nas ações de saúde. Considero isso uma perigosa travessia que levará fatalmente à privatização dos serviços que tão acertadamente ficaram ao encargo do setor público. O lucro não pode ser considerado dentro da perspectiva da saúde pública. No caso, a justa medida é que é difícil de se chegar sem vontade política, sem gestores capazes, sem profissionais com vínculo único e conhecedores das demandas da gestão pública.

11 de janeiro de 2012

## **CONSUMO SEGURO: Um novo determinante social da saúde, um desafio e convite em defesa da Saúde**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Consumidor, Consumo Seguro, Determinantes Sociais da Saúde, Rede Consumo Seguro e Saúde, Saúde.

A saúde, um direito fundamental da pessoa humana, é cada vez mais compreendida como multideterminada socialmente – decorrente de um conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais e culturais – e reconhecida como um direito de cidadania que, para ser efetivado, necessita de variadas abordagens, o que tem resultado uma forte tensão paradigmática, tanto na dimensão dos conceitos, quanto na dimensão da compreensão e defesa dos modelos de atenção à saúde, tendo como linha referencial a discussão da integralidade da saúde, em toda sua abrangência e amplitude: do individual ao coletivo, do local ao global.

Com o avanço da tecnologia e da globalização, antigos e novos riscos sanitários tornaram-se uma ameaça permanente em todas as partes do mundo, afetando indiscriminadamente todas as camadas de populações em todo o mundo, especialmente as mais vulneráveis socialmente. Por outro lado, novos conhecimentos em regulação e vigilância à saúde avançam numa velocidade mais lenta do que a produção de novos produtos e tecnologias e, portanto, diante de novos e múltiplos riscos sanitários, torna-se necessário maior rapidez e facilidade de acesso a informações, destacadamente sobre segurança de consumo.

Assim, é imprescindível uma vigilância permanente sobre consumo seguro de produtos e serviços, em todos os países do globo, desenvolvidos ou não, capacitados para isso ou não, o que produz uma grande assimetria na proteção à saúde das pessoas, na medida em que uma quantidade considerável de países ainda não conta, para isso, com recursos necessários e não domina os novos conhecimentos e/ou, mesmo, não dispõe de legislação específica para assegurar efetiva segurança sanitária no consumo de produtos e serviços.

Com o propósito de contribuir para o enfrentamento desses desafios, a Organização dos Estados Americanos (OEA, 2011) e a Organização Pan-

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.



Americana da Saúde (OPAS, 2011), mais um conjunto de países, vêm a partir de 2010 articulando e construindo uma articulação e cooperação interamericana, a Rede Consumo Seguro e Saúde das Américas – RCSS (Oliveira, 2010) –, que se propõe a atuar em três eixos prioritários: intercâmbio de informações e experiências; formação e capacitação em segurança de consumo para técnicos e autoridades do continente; e portal de alertas rápidos sobre insegurança de consumo (RCSS, 2011).

No Brasil, nestes dois anos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) e o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) lideram o movimento de discussão e organização da Rede Consumo Seguro e Saúde das Américas (RCSS) no país, numa perspectiva de que Consumo de Produtos representa um novo e potente Determinante Social da Saúde.

À luz e na esteira das discussões da Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS, 2011), recentemente realizada no Brasil, com a participação de uma quantidade muito grande de países de todos os continentes, Consumo Seguro de Produtos, um novo determinante social da saúde, demanda no seu enfrentamento de uma articulação e interação multi-institucional e intersetorial, com disponibilidade de informações, rápidas e claras, cotidianamente, para toda a população, e em todos os países.

## Referências

Organização dos Estados Americanos (OEA). Rede Consumo Seguro e Saúde das Américas. Acesso em 29/12/2011 e disponível em: [www.oas.org/rcss](http://www.oas.org/rcss)

OLIVEIRA NA. Além de um observatório, uma rede consumo seguro e saúde. *Blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*, 9 de junho de 2010. Acesso em 29/12/2011 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/06/09/alem-de-um-observatorio-uma-rede-consumo-seguro-e-saude>

Organização dos Estados Americanos (OEA). Rede Consumo Seguro e Saúde das Américas - Portal de alertas rápidos. Acesso em 29/12/2011 e disponível em: [http://www.oas.org/en/sla/cshn/about\\_cshn.asp](http://www.oas.org/en/sla/cshn/about_cshn.asp)

Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde. Acesso em 29/12/2011 e disponível em: <http://cmdss2011.org/site>

## Comentários: 4

**Ministério da Saúde**, em 17 de janeiro de 2012, às 08h 53

Olá! Sempre é hora de combater a dengue. Juntos, podemos mobilizar a população sobre a importância de se prevenir contra o mosquito Aedes

aegypti, mantendo hábitos simples como limpar calhas, caixas d'água, recolher o lixo e nunca deixar pneus ao ar livre para não juntar água. Por isso, faça um post nas Redes Sociais, divulgue a hashtag #combatadengue e compartilhe essa informação com seus amigos, parentes e vizinhos. A sua contribuição é fundamental para o sucesso desta campanha. Caso tenha interesse em divulgar algum material da campanha, entre em contato através do e-mail [comunicacao@saude.gov.br](mailto:comunicacao@saude.gov.br). Saiba mais sobre a campanha no site: <http://www.combatadengue.com.br> Você também pode nos seguir no Twitter: [http://www.twitter.com/dengue\\_MS](http://www.twitter.com/dengue_MS) Estamos também no Facebook! Confira: [http://www.facebook.com/minsaude?sk=app\\_110819375702256](http://www.facebook.com/minsaude?sk=app_110819375702256). Obrigado.

**Legal Aid Help**, em 7 de fevereiro de 2012, às 11h 29

*Thanks a lot for a outstanding posting! I really enjoyed reading it, I will bookmark your web site and will eventually come once again whenever time permits me!*  
/ Muito obrigado pelo excelente post. Eu realmente tive prazer em lê-lo. Adicionei seu website aos meus favoritos e retornarei novamente sempre que o tempo me permitir! [Nota do organizador]

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 23 de fevereiro de 2012, às 12h 18

Reitero o convite e lembro a todos que este blog da “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania (REDE DS)” é um canal aberto à participação de todos, e discute 5 eixos prioritários: 1-Desfesa do Direito à Saúde 2-Fortalecimento e aprimoramento do SUS 3-Cidadania e Saúde 4-Produção e Difusão de novos conhecimentos em Direito Sanitário 5-Mobilização Política e Social no campo da Saúde. Sejam, então, bem vindos ao debate! Neilton – pelo Grupo Editorial e Coordenador do blog DS.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 23 de fevereiro de 2012, às 12h 24

Todos são muito bem vindos ao blog da “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e cidadania - REDE DS”. Obrigado pela participação e vamos ampliar o debate!

23 de fevereiro de 2012

## REGULAÇÃO SANITÁRIA, UM FATOR DE PROTEÇÃO À SAÚDE: A vez do açúcar

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Açúcar, Novos Conhecimentos, Proteção à Saúde, Regulação Sanitária.

Uma notícia<sup>2</sup> com um título em forma de pergunta muito instigadora, “DOCES DE AÇÚCAR AMERICANOS: tempo para regular?”, traz a informação de que os americanos estão comendo quantidades excessivas de açúcar, ao mesmo tempo em que diversos especialistas<sup>3</sup> analisam se essa questão sobre o excesso de açúcar deve ser regulamentada como acontece com o álcool e o tabaco.

Um desses especialistas, Robert H. Lustig, professor de pediatria clínica no Centro de UCSF para o Estudo, Avaliação e Tratamento da Obesidade, ao publicar seus pontos de vista sobre a regulamentação de açúcar, como um comentário na revista Nature, afirma que “agora estamos vendo o lado negativo (tóxico) do consumo de excesso de açúcar”, e que “precisa ocorrer algum tipo de intervenção social. As pessoas sozinhas não podem fazer isso por conta própria, já que o açúcar é viciante. Uma decisão pessoal é importante e necessária, mas não suficiente (...)”.

Claro que se trata de uma questão inusitada e mesmo muito polêmica, além de conflituosa, uma vez que envolve novos conhecimentos científicos e questões de interesses econômicos de peso que, por conseguinte, provocará, por parte da indústria do açúcar, muitas restrições e resistências para rever suas ponderações, a exemplo do que disse Charles Baker, diretor de associação científica ligada à indústria: “Quando à luz da ciência se faz uma grande revisão, os especialistas continuam a concluir que a ingestão de açúcar não é um fator causador de qualquer doença, incluindo a obesidade”. Esse ponto é contestado por Lustig, que considera os efeitos do excesso de açúcar na dieta como associados, sim, a problemas de saúde, e que ocorrem mesmo em pessoas que estão com peso normal, dentre os quais destaca:

- Pressão arterial elevada (a frutose eleva o ácido úrico que, por sua vez, eleva a pressão arterial);

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

- Diabetes;
- Aumento nas gorduras do sangue chamadas triglicérides;
- Obesidade;
- Problemas hepáticos.

E acrescenta: “(...) como o tabaco e o álcool, o açúcar tem potencial para abuso, e age no cérebro para estimular o consumo posterior”. Mas é preciso entender que ele está se referindo aos açúcares adicionados, não aqueles que ocorrem naturalmente em alimentos tais como frutas ou leite. A definição de açúcar adicionado refere-se a “qualquer edulcorante contendo a molécula frutose, que é adicionada ao alimento no processamento”.

Ainda segundo especialistas, os homens devem comer mais de nove colheres de chá de açúcar por dia, e as mulheres devem comer mais de seis colheres de chá, diariamente. Um refrigerante de 12 onças (aproximadamente 360 ml) inclui cerca de 8 colheres de chá de açúcar, e a ingestão média de açúcares adicionados nos EUA é de cerca de 22 colheres de chá por dia.

Por sua vez, Marion Nestle, professora de nutrição, estudos alimentares e saúde pública da Universidade de Nova York, ao analisar o comentário de Robert H. Lustig, considera que esta discussão deve ser um chamado e um alerta para os formuladores de políticas e acrescenta que o prof. Lustig tem a ciência a apoiá-lo quando diz que é hora de regular o açúcar e conclui considerando que a tese (os americanos seriam mais saudáveis consumindo menos açúcares) é óbvia e facilmente demonstrável.

É bem possível que, tal como nos Estados Unidos, na maioria dos países ocidentais desenvolvidos, algumas pessoas comem tanto açúcar que ultrapassa suas necessidades em pelo menos uma vez e meia o limite de calorias diárias para manter seu peso. Também parece bastante claro que um primeiro passo para qualquer um que tenta reduzir o açúcar, é cortar o consumo de bebidas açucaradas.

Dentre os parâmetros ou critérios usados para regular o álcool e o tabaco, alguns são sugeridos pelo prof. Lustig para trabalhar uma possível regulação para o açúcar:

- Imposto sobre alimentos açucarados. (Para funcionar, ele diz que o imposto deve ser robusto, como um imposto de US\$ 1 em US\$ 1 no preço da lata de refrigerante.);
- Limite de disponibilidade ou acessibilidade. Os requisitos de licenciamento para máquinas de venda automática poderiam ser mais rigorosos;
- Definição de um limite de idade para a compra de bebidas e alimentos açucarados.

Explicitar a quantidade de açúcares adicionados, no rótulo dos produtos, também ajudaria, embora informar só açúcares totais no rótulo não seja suficiente, já que não especifica a quantidade adicionada e a quantidade de açúcar natural e, assim, os consumidores poderiam ser levados a decisões equivocadas.

Tratando-se de uma discussão nova e que envolve novos conhecimentos e muitos atores, essa questão reveste-se de maior importância e de uma atualidade inequívoca, face ao que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Brasil, em especial, estão propondo no que está sendo conhecido como “Plano de Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis”. Assim, o convite para se ampliar esse debate está feito, e todas as considerações serão muito bem vindas.

## Referências

[2] Acesso 7/2/12 e disponível em: <http://www.webmd.com/diet/news/20120201/americans-sweet-on-sugar-time-to-regulate>

[3] Lustig, R. Nature, Feb. 2, 2012. Robert Lustig, MD, pediatric endocrinologist at the University of California, San Francisco Benioff Children’s Hospital; professor of clinical pediatrics, UCSF Center for Obesity Assessment, Study, and Treatment.

Marion Nestle, PhD, MPH, Paulette Goddard professor of nutrition, food studies and public health, New York University.

Douglas Karas, FDA spokesperson.

Charles Baker, PhD, chief scientific officer, the Sugar Association. News release, American Beverage Association.

## Comentários: 2

**Cristina Mynnerlyn**, em 11 de março de 2012, às 07h 34

Realmente gostei desse template para word press. Além disso, esse post está soberbo. Comtemplo a essência que você emprega no seu trabalho. Vou linkar esse artigo em meu blog!

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 12 de março de 2012, às 17h 24

Muitos dos temas contemplados no “blog DS” já são bastante conhecidos e compõem um cardápio regular de discussão, que queremos ampliar e, com isso, mobilizar setores importantes da sociedade. No entanto, alguns outros temas (como o do presente caso), por representarem questões novas, pretendem ser um estímulo e um convite ao debate. Sejam todos bem vindos!

1º de março de 2012

## Saúde, desenvolvimento e outros desafios urgentes do Brasil

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Brasil, Desafios e Reformas, Desenvolvimento, Saúde.

O Brasil é agora a sexta maior economia mundial, ultrapassando o Reino Unido, segundo uma equipe de economistas (Inman, 2012), e as expectativas de crescimento continuam para os próximos anos, especialmente tendo a crise na Europa e EUA como pano de fundo a beneficiar sua ascensão, ao lado de outros países emergentes, especialmente China e Índia que detêm os maiores índices nas taxas anuais de crescimento.

Não é ignorado que tudo isto tem um custo. Em interessante e recente texto, Médici e Beltrão (2012), ao afirmarem que um dos frutos do desenvolvimento é a possibilidade de viver mais e com mais saúde, lembram que o desenvolvimento econômico e social leva à redução da mortalidade precoce e a consequente extensão da expectativa de vida, gerando, conseqüentemente, custos elevados. Ao discutirem os frutos do desenvolvimento e o preço do desenvolvimento, em uma enxuta e consistente análise, mostram dados muito claros, comparam diversos países e continentes e apontam alguns caminhos a serem enfrentados.

Por outro lado, e nesse contexto, muito se tem falado atualmente sobre a exposição mundial do Brasil, e de seus problemas e potencialidades, em tempos de plena preparação nacional visando aos grandes eventos internacionais que aqui se realizarão, tais como a Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Sustentável “Rio+20”, em junho do presente ano; o “Encontro Mundial da Juventude com o Papa”, em 2013, quando jovens de cerca de 190 países estarão presentes; a tão esperada (64 anos depois) “Copa do Mundo de Futebol”, em 2014; e as tão sonhadas “Olimpíadas”, em 2016.

É diante dessas grandes expectativas que algumas questões assumem mais relevância, quer seja pela sua importância, quer seja pela extensão e visibilidade que o problema alcança. Assim é o caso dos transportes e mobilidade urbana, por exemplo, tal como (e principalmente) é o caso da saúde. Único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes a

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

enfrentar o desafio de construir um sistema universal de saúde, que ao longo das duas últimas décadas vem se consolidando, o Brasil formula novos programas e consegue avanços importantes em alguns indicadores da saúde, mas em outros, nem tanto, como é o caso da eliminação da Hanseníase e as altíssimas taxas de mortalidade de jovens por homicídios e por acidentes de trânsito, só para citar alguns.

Ao lado da busca de ampliação do acesso a serviços e ações de saúde e da busca pela superação de desigualdades ainda gritantes na distribuição de renda, e outras inequidades nas políticas públicas, a ampliação de direitos e o aumento de consciência cidadã constituem desafios centrais, e de grande destaque, nesta discussão das condições e parâmetros para o país ser colocado no rol de países desenvolvidos. Muitas questões novas vão ocupando mais espaço nesse contexto, a exemplo da questão de o Consumo Seguro de Produtos ser considerado como um novo e importante Determinante Social da Saúde (Oliveira, 2012), e do reclamado direito a ter informações claras e corretas sobre fatores de risco no consumo, que ainda ameaçam o cotidiano e a qualidade de vida dos brasileiros.

Com uma eficiente e extensa rede de comunicações, alcançando todo o território nacional, e alta conectividade das pessoas a telefones e à internet, precisamos explorar melhor nossas potencialidades, ampliar e qualificar o debate, aumentar a difusão de informações e conhecimentos estratégicos, mobilizar a nação e, principalmente, enfrentar os desafios para promover as reformas urgentes que o Aparelho de Estado Brasileiro necessita (e isso está atrasado!), especialmente a construção dos instrumentos de Gestão Pública, para que seja ágil, competente e efetiva.

## Referências

Inman, P. [The Guardian]. *Brazil overtakes UK as sixth-largest economy*. Acesso em 7/2/12 e disponível em: <http://www.guardian.co.uk/business/2011/dec/26/brazil-overtakes-uk-economy>

Medici, A. e Beltrão, K.I. [Monitor da Saúde]. *A Saúde e o Preço do Desenvolvimento*. Acesso em 20/2/12 e disponível em: <http://www.monitordesaude.blogspot.com/2012/01/saude-e-o-preco-do-desenvolvimento.html>

Oliveira, N.A. [*blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*]. *CONSUMO SEGURO: um novo determinante social da saúde, um desafio e convite em defesa da Saúde*. Acesso em 20/2/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/01/11/consumo-seguro-um-novo-determinante-social-da-saude-um-desafio-e-convite-em-defesa-da-saude>

12 de março de 2012

## LEI COMPLEMENTAR n.º 141/2012: Novo marco das transferências interfederativas no SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Critérios de Rateio, Lei Complementar n.º 141, SUS, Transferências Federativas, Vinculação de Serviços na Saúde.

Em 16 de janeiro de 2012 foi editada, após nove anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Complementar n.º 141, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A edição dessa Lei Complementar estava prevista no art. 198, § 3º, da CF, introduzido pela EC 29, o qual determinava que Lei Complementar, reavaliada a cada cinco anos, deveria estabelecer os percentuais de receitas vinculados à saúde dos entes federativos, os critérios de rateio interfederativo e o controle e fiscalização dos recursos do SUS.

O § 4º do art. 77 do ADCT dispunha que na ausência da Lei Complementar, a partir do exercício financeiro de 2005, se aplicaria à União, aos estados, DF e municípios o disposto naquele artigo. Durante todos esses anos – 2005 a 2012 – prevaleceram as disposições do art. 77 do ADCT, que doravante perde a sua eficácia por ter sido editada a Lei Complementar n.º 141.

O que é importante destacar da Lei Complementar n.º 141?

Primeiramente, trata-se de uma lei bastante complexa no tocante às questões orçamentário-financeiras, às transferências dos recursos entre os entes federativos, ao controle e fiscalização dos recursos do SUS.

Seus primeiros artigos definem o que são gastos com saúde no sentido de esclarecer quais as ações e serviços podem e não podem ser financiadas com os recursos da saúde, depositados nos fundos de saúde. Essas disposições

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.



são importantes para encerrar polêmicas existentes quanto à aplicação dos recursos da saúde em ações e serviços.

Outro destaque relevante são as vinculações de percentuais das receitas fiscais para serem aplicados com exclusividade na saúde: municípios, 15% de suas receitas; estados, 12% de suas receitas; e a União, o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB. Se acontecer de o PIB ter variação negativa em relação ao ano anterior, não se poderá reduzir o seu valor. Outro ponto é que os recursos da saúde não podem sofrer contingenciamento.

Todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde, e para os entes federativos receberem recursos transferidos por outro ente, deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em funcionamento.

As transferências da União para os estados, DF e municípios devem observar os critérios da Lei Complementar, os do art. 35 da lei nº. 8.080, cabendo à CIT – Comissão Intergestores Tripartite – definir a metodologia de cálculo, que deverá ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Os valores dos recursos das transferências da União devem ser publicados anualmente.

A Lei Complementar também determina como devem ser a metodologia e os critérios de repasse dos recursos da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios. Os critérios são os definidos na Lei Complementar, e a metodologia deverá ser definida pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Os controles sobre o uso dos recursos serão dos conselhos de saúde e dos tribunais de contas, afora o controle específico do SUS, o Sistema Nacional de Auditoria.

No caso de utilização indevida dos recursos das transferências interfederativas, o ente federativo deverá repor os recursos aplicados indevidamente e reaplicá-los nas ações e serviços de saúde prejudicados. Em caso de malversação, o ente responderá administrativa e penalmente, conforme a infração cometida, nos termos de leis específicas.

## **Comentários: 7**

**Eneas**, em 10 de março de 2012, às 12h 36

Saudações! Uma questão: Esta Lei Complementar altera a periodicidade relacionada às suas audiências públicas, ou seja, trimestral para quadrimestral? Antecipadamente, agradeço.

**Lenir Santos**, em 14 de maio de 18h 43

Eneas, realmente a Lei Complementar nº. 141 alterou a periodicidade da audiência, que agora passa a ser nos meses de fevereiro, maio e setembro.

**Reinaldo Cantanhêde Lima**, em 20 de junho de 2012, às 22h 37

Boa noite senhor legislador. Entendo que leis no Brasil são apenas um faz de conta. Da mesma forma como crítico o Pai Nosso (eu chamo um exercício labial). Qual a lei que é cumprida no Brasil? A lei deveria ser utilizada como instrumento de justiça social. Não é! Quanto por cento o governo federal aplica no atendimento à saúde? Quanto por cento os Estados aplicam em Saúde? Qual é o município que aplica na saúde o que determina a Lei? Em Rosário/MA, quanto o Prefeito aplica, do tesouro municipal, em saúde? No Brasil, existem muitos deuses, são eles dirigentes de escolas; enfim, todo mundo com cargo de chefia é uma espécie de rei, faz a sua própria lei! Abraços.

**Lenir Santos**, em 21 de junho de 2012, às 16h 21

Oi Reinaldo. Bom dia! Precisamos fazer com que as leis sejam cumpridas. Obrigada por participar Abraços.

**Antônio Francisco Pereira**, em 24 de agosto de 2012, às 17h 06

O que significa ADCT, que está no §4º do art. 77, por favor? Aguardo resposta.

**Lenir Santos**, em 27 de agosto de 2012, às 16h 42

Ato das disposições constitucionais transitórias. Está no final da Constituição Federal.

**Sebastião de Oliveira Martins**, em 2 de setembro de 2012, às 13h 08

Excelentes seus comentários e esclarecimentos. Você é funcionária do Ministério da Saúde? Como manter contatos?

16 de março de 2012

## RIO + 20 e Desenvolvimento Sustentável

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Brasil, Cidadania, Desenvolvimento Sustentável, Meio Ambiente, Rio+20.

A Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20, 2012), a se realizar no Rio de Janeiro em junho próximo (portanto, há menos de cem dias), coloca para o Brasil a oportunidade de se consagrar como “país-estrela e atração mundial”, com a possibilidade de ampliar e aprofundar um debate crucial sobre seu processo de desenvolvimento e sua crescente exposição, como potência de significativa importância, no cenário internacional, e num momento de grave crise econômica, instalada em vários países desenvolvidos.

Essa importância do Brasil pode ser verificada tanto enquanto uma das grandes economias do mundo – agora a sexta maior do planeta, tendo ultrapassado recentemente o Reino Unido (*blog DS*, 2012), como também enquanto nação com recentes e importantes conquistas na área social (face a resultados de fortes programas de inclusão social que têm levado significativa parcela da população a ascender social e economicamente nas duas últimas décadas) ou, ainda, enquanto país com imenso potencial ambiental (para além da já fantástica e reconhecida riqueza representada pela Amazônia brasileira e seu imenso reservatório de água doce e uma multidiversidade ainda por ser pesquisada e explorada no bom sentido da palavra!).

Fala-se muito que, mesmo reconhecendo e defendendo a interligação entre essas três dimensões fundamentais do desenvolvimento sustentável (econômica, social e ambiental), o Brasil quer dar ênfase maior à questão econômica, recebendo por isso mesmo críticas de personalidades importantes, nacionais e internacionais, cuja síntese e conclusão contundente é a de que nenhum modelo de desenvolvimento econômico se sustenta sem um sólido programa socioambiental no qual se assegure proteção e preservação de seus recursos naturais e, por outro lado, se promova um crescente estado de bem-estar social com, especialmente, proteção sanitária da população e a qualificação educacional de sua ‘força de trabalho’ de modo a disputar espaços e ganhos na altíssima competitividade científica e tecnológica.

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*.

Portanto, parece não haver dúvidas sobre a necessidade de forte engajamento de todos os setores nacionais nesse debate, e do seu consequente compromisso para concretizar as proposições que vierem a ser formuladas na Rio+20, condições, aliás, fundamentais para consolidar o Brasil como um país de liderança mundial, de avançado programa de desenvolvimento (sustentável!) e de nação promotora de equidade, de cidadania e de solidariedade, tudo isso compondo um cardápio muito maior (e mais importante) do que o simples, somente, mas tão propalado, crescimento econômico.

## **Referências**

Rio+20, 2012 - Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <http://www.rio20.gov.br>

Blog DS, 2012 - SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E OUTROS DESAFIOS URGENTES DO BRASIL. Blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/01/saude-desenvolvimento-e-outros-desafios-urgentes-do-brasil>

22 de março de 2012

## REGULAÇÃO DE ADITIVOS EM PRODUTOS DO TABACO: Uma vitória importante na luta contra o tabagismo.

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Aditivos, ANVISA, RDC, Regulação, Tabaco.

Em reunião pública da Diretoria Colegiada (Dicol) da ANVISA, no dia 13/3/2012, finalmente foi aprovada uma RDC – Resolução da Diretoria Colegiada – sobre os chamados “aditivos” de cigarros e outros produtos derivados do tabaco (ANVISA, 2012), o que, na prática, significa retirar produtos como mentol, cravo, chocolate, baunilha, canela e outras substâncias usadas como “aditivos” que, conferindo aroma e/ou sabor, visam a diminuir ou “mascarar” a irritação do tabaco, com a clara e proposital finalidade de promover maior atração ao vício de fumar, especialmente facilitar a iniciação de jovens e crianças.

O tempo de dois anos e os múltiplos percalços que este processo de discussão enfrentou mostra que medidas regulatórias que envolvem grandes interesses econômicos (como esses da indústria do fumo) precisam mesmo ser desenvolvidas com muita transparência (visibilidade), com paciência e competência técnica, fundamentada em conhecimentos e fortes evidências científicas e, principalmente, com intensa e ativa participação da sociedade.

Na primeira tentativa de aprovação dessa RDC (na Dicol pública da ANVISA de 14/2/2012), todas as pessoas inscritas para sustentação oral sobre o assunto eram representantes de interesses do setor regulado (incluindo aí alguns parlamentares). Isso representou uma situação esquisita à medida que mesmo depois de uma ampla e consistente demonstração de apoio por parte de setores acadêmicos e sociedades científicas, outros setores governamentais, ONG e outras instituições comunitárias representativas da sociedade, em favor da proibição de aditivos do tabaco, a imagem que ficava era a de que só os representantes do setor produtivo se interessavam no acompanhamento desta regulamentação.

Ao longo da trajetória da discussão desse tema, foi-se evidenciando uma clara percepção de que, majoritariamente, a sociedade apoiava a regulação por parte da ANVISA, o que não se deu naturalmente por acaso, e sim, fruto de inúmeras reuniões e debates sobre o tema, que foi priorizado

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

na Agenda Regulatória da Agência, já em 2010, e foi colocada em Consulta Pública – CP – (nº. 112), sendo alvo de diversas Audiências Públicas convocadas por parlamentares na Câmara dos Deputados, reuniões com inúmeros representantes de todas as empresas/indústrias de tabaco que operam no Brasil. De forma muito especial, o tema em discussão ficou muito visível por ocasião das Audiências Públicas sobre as duas CP (112 e 117) do tabaco, realizadas pela ANVISA no Ginásio Nilson Nelson, em Brasília, depois de a proposição inicial da ANVISA para realizar as duas Audiências no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, ter sido suspensa por decisão judicial, a pedido do Sindicato do Fumo, alegando que, comportando 200 pessoas, o auditório do INCA era pequeno (Oliveira, 2012).

Então, o que se viu nessa reunião da Dicol/ANVISA, em 13/3/2012, em que foi aprovada a proibição dos aditivos do tabaco, foi completamente diferente. Entre os inscritos para se manifestarem oralmente na fase de debate, estavam lá novamente parlamentares e outros representantes da indústria do tabaco, porém estavam também representantes de muitos outros setores sociais, sociedades científicas, órgãos governamentais que apoiavam a decisão, agora unânime, da Dicol/ANVISA, consubstanciada na RDC 14/2012 (ANVISA, 2012).

Cada vez mais o País vai amadurecendo sua democracia e ficando mais evidente que o papel regulador do Estado deve ser exercido com visibilidade e ampla participação, levando-se em conta todos os interesses envolvidos e, para além dos interesses econômicos tradicionais e conservadores, fundamentar suas proposições e decisões em fortes evidências científicas e conhecimentos técnicos, de modo que o resultado da decisão não seja visto como “contra” ou a “favor” deste ou daquele setor, mas sim, e sobretudo, a favor da proteção da sociedade e, como neste presente caso, a favor da saúde da população.

## Referências

RDC 14/2012. ANVISA. Acesso em 18/3/2012 e disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/ANVISA+portal/ANVISA/sala+de+imprensa/assunto+de+interesse/noticias/publicada+resolucao+que+restringe+aditivos+em+cigarros>

Oliveira, N.A. Justiça (na contramão) suspende Audiência Pública da ANVISA sobre o Controle do Tabaco. [blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania]. Acesso em 17/3/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/10/07/justica-na-contramao-suspende-audiencia-publica-da-ANVISA-sobre-o-controle-do-tabaco>

30 de março de 2012

## ACIDENTES DE CONSUMO EM CRIANÇAS: Uma questão pouco conhecida e uma prioridade ainda não enfrentada no Brasil

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Acidentes, Brasil, Consumo Seguro, Crianças, Direito do Consumidor.

Os acidentes de consumo em crianças no Brasil podem representar um problema mais grave do que se pensa e, mesmo constituindo uma das maiores causas de internação de crianças, ainda são pouco conhecidos, sendo, por consequência, pouco enfrentados em sua grande maioria.

Um aspecto fundamental nesse contexto é a própria noção de risco e responsabilidade relacionada a esses acidentes. Se uma criança bate a cabeça em um canto agudo da mesa da sala, ou se engasga e se asfixia com uma peça pequena de brinquedo que se solta, ou ainda se estrangula numa cordinha de uma persiana ou de um casaquinho de frio, a noção ainda preponderante no país é que se trata de um descuido dos pais ou da própria criança e, portanto, deixa de se reconhecer aí um acidente de consumo.

Quedas, afogamentos, envenenamentos acidentais, queimaduras, cortes e outras lesões, e outros incidentes preveníveis, na sua imensa maioria em ambientes domésticos, não podem continuar sendo pensados e considerados como casos particulares, pois constituem um grave problema de saúde pública e de direito do consumidor, que representam um “custo econômico” muito maior do que se imagina e, muitas vezes, custam vidas.

Nos países desenvolvidos, a noção e conceito de acidente de consumo constituem uma preocupação prioritária que vem sendo enfrentada de forma interinstitucional e intersetorial, em alguns casos liderados pelo setor sanitário, em outros, pelo Departamento de Justiça, mas que inclui obrigatoriamente outros setores como Ministérios da Educação, Desenvolvimento, Segurança, Proteção e Assistência Social, Indústria e Comércio, Trabalho, Transporte, Esporte, Meio Ambiente, dentre outros.

Nos Estados Unidos, Canadá, países da União Europeia, Austrália, Japão, por exemplos, os Serviços e Agências de Segurança de Consumo há algumas

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

décadas vêm trabalhando essa questão com informações sistematizadas e disponíveis e Sistemas de Vigilância e Segurança de Produtos, de forma prioritária, e articulação de diversas medidas e programas numa cooperação governo, setor produtivo e sociedade, visando ao conhecimento, prevenção e controle dos Acidentes de Consumo.

Em Israel, país que ocupa a 99ª posição em população no mundo, com 7.112.359 habitantes (Wikipédia, 2012), diariamente 500 crianças israelenses são levadas para salas de emergência nos hospitais em decorrência de acidentes, 24.000 são hospitalizadas, e quase 150, em média, morrem a cada ano, o que sugere a gravidade desse problema também em outros países. Face a esse dado, uma proposta do Ministério da Saúde daquele país foi aprovada por unanimidade do governo para se constituir um “Plano maior e coordenado para promover a segurança das crianças e reduzir o número de acidentes fatais e incapacitantes em 35 por cento, até 2020” (Sellem, 2012).

Segundo Ya’acov Litzman (Vice Ministro da Saúde Israelense), “Nossas crianças são nosso futuro. A responsabilidade por sua segurança tem de estar no topo das nossas prioridades. Infelizmente, a grande maioria de tais incidentes poderiam ter sido evitadas com atenção e cuidados. Nós, setor produtivo, país, sociedade e o Estado devemos evitar o risco à vida.” (Sellem, 2012).

Nesse exemplo, o que se vê, antes de tudo, é que dispor de dados e informações consistentes e ampliar o conhecimento sobre o tema é imprescindível no estabelecimento de prioridades e aprovação de planos, programas e políticas que visam aos interesses sociais, como é o caso da segurança de consumo, ou seguridad de productos, um tema considerado muito importante no mundo desenvolvido.

Para o Brasil, que vem nas últimas décadas alcançando patamares significativamente mais elevados em termos de crescimento econômico e de desenvolvimento social, político, cultural, sanitário, educacional etc., e sendo palco de grandes eventos mundiais nos próximos anos (conferindo-lhe imensa visibilidade mundial), a presente questão se coloca como um grande e urgente desafio a ser enfrentado, começando por se estabelecer um bom e confiável sistema de informações sobre acidentes de consumo em crianças, e que pode se iniciar pela realização de um projeto piloto em uma ou duas capitais brasileiras, coordenado pelo Ministério da Saúde, de modo a possibilitar a priorização e constituição de um “Programa de Prevenção e Controle de Acidentes de Consumo em Crianças”, ainda mais quando levamos em conta que Consumo Seguro constitui um novo e importante Determinante Social da Saúde (Oliveira, 2012).



## Referências

População mundial por países. Wikipédia. Acesso em 26/2/12 e disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista\\_de\\_pa%C3%ADses\\_por\\_popula%C3%A7%C3%A3o](http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_pa%C3%ADses_por_popula%C3%A7%C3%A3o)

Sellem, M.I. *Cabinet approves plan to reduce child injuries*. Acesso em 24/2/12 e disponível em: <http://www.jpost.com/NationalNews/Article.aspx?id=258533>

Oliveira, N.A. CONSUMO SEGURO: um novo determinante social da saúde, um desafio e convite em defesa da Saúde. [blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania]. Acesso em 18/3/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/01/11/consumo-seguro-um-novo-determinante-social-da-saude-um-desafio-e-convite-em-defesa-da-saude>

12 de abril de 2012

## O SUS e a equidade orçamentária regional

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Equidade Orçamentária Regional, Financiamento, Lei Complementar nº. 141, Partilha Constitucional, SUS.

A equidade regional constitui-se num tema fundamental para a saúde. Ao lado da vinculação de receitas tributárias à saúde, a partilha dos recursos da União para os estados e municípios e dos estados para seus municípios constitui um dos fundamentos do financiamento da saúde pública. Seu fundamento se assenta na premissa da necessidade de diminuição das desigualdades regionais.

A partilha de recursos da União para estados e municípios e dos estados para os municípios é um dos fundamentos da equidade orçamentária regional. O art. 3º, III, da CF determina como um dos objetivos fundamentais da República brasileira reduzir as desigualdades sociais e regionais.

Em coerência com esse objetivo nacional, o art. 159, que trata da repartição das receitas tributárias da União, impõe diferenciação na repartição dessas receitas para regiões brasileiras com maior carência socioeconômica, fazendo surgir o princípio da equidade entre regiões, no dizer de Ricardo Lobo Torres<sup>2</sup>.

É através da legislação tributária, da confecção do PPA e dos planos e programas nacionais que se deve promover a equidade entre as regiões do País e, conseqüentemente, o orçamento deverá ser compatível com essa determinação constitucional.

Aliás, a equidade entre regiões tem sido um princípio que informa o constitucionalismo moderno. E nem poderia ser de outro modo, tendo em vista que somente quando se atinge uma homogeneidade no desenvolvimento social, se chega à justiça social. Afora que nosso país é dotado de forte desigualdade regional, o que tem gerado graves iniquidades sociais com grande reflexo na saúde pública, que é essencialmente interdependente no tocante à sua gestão sistêmica regional, estadual e nacional.

Na saúde, desde o advento do SUS, a equidade regional é pauta. Pauta constitucional e legal. Princípio nem sempre respeitado ou entendido nos

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

seus devidos termos na área da saúde. Os critérios de rateio dos recursos da saúde, conforme previsto no art. 35 da lei nº. 8.080, recepcionado pela Lei Complementar nº. 141, que introduziu novos critérios a par dos já existentes, tem como fundamento garantir equidade regional. Ainda que não tenha sido cumprido pela União desde 1990 por nunca ter utilizado os critérios do art. 35 nem cumprido os critérios da lei nº. 8.142<sup>3</sup>, este é o fundamento republicano das partilhas da União para estados e municípios: que se garanta aos municípios e estados menos desenvolvidos mais recursos para se alcançar o justo desenvolvimento na saúde.

A União, pelo Ministério da Saúde, durante esses mais de vinte anos, tem utilizado como regra para ratear os recursos da saúde o disposto no art. 26 da Lei nº. 8.080, voltado para o pagamento dos contratos firmados com o setor privado complementar ao SUS, e não os critérios legais de partilha dos recursos federais para os demais entes federativos, ao arrepio da norma fundamental inserta nos artigos da Constituição mencionados acima, ferindo o princípio da equidade orçamentária regional. Partilhar recursos pelo critério de tabelas de procedimentos (pagamento de serviços prestados pelo setor privado ao SUS) desrespeita o mandamento constitucional de promover equidade regional e inter-regional.

Com a Lei Complementar nº. 141, de 2012, essa discussão volta ao palco da Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. O rateio dos recursos deverá observar a combinação de critérios legais, mediante metodologia a ser definida pela Comissão Intergestores Tripartite, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

## Referências

[2] Torres, Ricardo Lobo. Op. cit. pág. 103.

[3] Aliás, é bom dizer que o disposto no art. 3º da lei nº. 8.142, de 1990, se cumprido fosse, jamais promoveria a equidade regional, tendo em vista ter adotado um único critério de transferência de recurso, o critério populacional o qual poderia promover mais desigualdade regional.

27 de abril de 2012

## PROTEÇÃO SANITÁRIA, INTEGRALIDADE DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Brasil, Desenvolvimento, Direitos Sociais, Proteção Sanitária, Saúde.

Em plena efervescência de crises econômicas em vários países e partes do mundo, o Brasil segue firme no seu processo de crescimento econômico e de desenvolvimento – lembrando que crescimento e desenvolvimento são coisas diferentes – e seus inúmeros desafios, alguns muito urgentes (*blog DS*, 2012a).

Já somos a sexta economia mundial (Inman, 2012), enquanto países desenvolvidos enfrentam situações complicadas do ponto de vista econômico, que acabam por repercutir nos aspectos sociais, ambientais e outros, em diferentes partes do planeta. Entretanto, ao mesmo tempo em que vemos avanços brasileiros, no campo econômico e em outros e tantos campos, velhos problemas, como por exemplo, desrespeito a direitos e, principalmente, corrupção e ineficiência de gestão continuam ocupando grande parte de nossos noticiários, de nossas energias e, mesmo, de nossas esperanças.

Por outro lado, é seguro que aumentam os sinais na direção do se convencionou chamar de ‘processo civilizatório’, a exemplo dos avanços na compreensão de que Segurança de Consumo ou Consumo Seguro é um importante determinante social da saúde; ou de que a integralidade da saúde e a existência de um bom Sistema de Saúde são fundamentais para qualquer projeto de desenvolvimento (nenhum país ou região vai se desenvolver se não contar com um sistema de saúde efetivo e de qualidade!); ou, ainda, a notícia que ouvi hoje (27 de abril), de que o Governo estuda a proposição de colocar nos currículos escolares uma disciplina relacionada à segurança do trabalho. E, falando de educação, está aí outro desafio gigantesco da nação brasileira: contar com um Sistema Educacional tão estruturado e de boa qualidade quanto o Sistema de Telecomunicações e o Sistema Bancário, dos quais o Brasil já é possuidor.

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania*.

Os avanços na regulação e regulamentação de produtos derivados do tabaco (*blog DS, 2012b*), e de outros produtos perigosos como os venenos, também chamados agrotóxicos (*Clipping, 2012*), a efetividade de nosso Sistema Nacional de Imunizações, os avanços e conquistas de diferentes direitos (mesmo que não estejamos avançando tanto na questão ambiental e agrária, nem na regulação da propaganda de bebidas alcoólicas), a perspectiva de que, a partir de 16 de maio, poderemos contar com a efetivação da nova lei que assegura e intensifica o acesso pelo cidadão a qualquer tipo de informação pública também são bons sinais do processo de desenvolvimento que podemos alcançar.

É muito difícil imaginar um país desenvolvido sem ofertas e respeito a direitos de cidadania, e é impossível para qualquer país construir esse desenvolvimento sem melhorias das condições sociais (trabalho, moradia, saneamento, cultura, etc), ou sem melhoria na repartição da renda e salários e, sobretudo, na maior visibilidade e transparência da gestão pública e fortalecimento dos valores éticos e coletivos. Por isso, o desafio é de todos nós e é para todos nós: só com efetiva participação social, não só em períodos eleitorais – que estão se aproximando, mas cotidiana e permanente, é que transformaremos essas grandes e oportunas possibilidades em realidades e conquistas concretas.

## Referências

Oliveira NA. SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E OUTROS DESAFIOS URGENTES DO BRASIL. Acesso em 27/4/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/01/saude-desenvolvimento-e-outros-desafios-urgentes-do-brasil>

Inman, P. [The Guardian]. *Brazil overtakes UK as sixth-largest economy*. Acesso em 27/4/12 e disponível em: <http://www.guardian.co.uk/business/2011/dec/26/brazil-overtakes-uk-economy>

Oliveira NA. REGULAÇÃO DE ADITIVOS EM PRODUTOS DO TABACO: uma vitória importante na luta contra o tabagismo. Acesso em 27/4/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/22/regulacao-de-aditivos-em-produtos-do-tabaco-uma-vitoria-importante-na-luta-contra-o-tabagismo>

O Globo. População não conhece os riscos dos agrotóxicos. Acesso em 27/4/12 e disponível em: <http://clippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2012/4/24/populacao-nao-conhece-os-riscos-dos-agrotoxicos>

Brasil. Lei nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Acesso em 27/4/12 e disponível em: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2011-11-18;12527>

17 de maio de 2012

## **Da inconstitucionalidade ao descumprimento de leis, e o direito à saúde**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Direito à Saúde, Inconstitucionalidade, Leis, STF, SUS.

Vejo nesta semana uma notícia de que, em 2011, 83% das leis analisadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) foram consideradas inconstitucionais (Correio Braziliense, 2012), sendo esse índice o mais elevado da história, representando um grande problema, especialmente relativo às leis produzidas pelos legislativos estaduais. O estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal são as duas cidades da federação que, respectivamente, ocupam 1º e 2º lugar, o que de imediato, e numa análise talvez até precipitada, nos leva a considerar que não é a proximidade com o poder central que assegura maior rigor na aprovação de leis, já que Brasília é a atual capital da República, em substituição à posição até então ocupada pelo Rio de Janeiro.

Ora, se os legisladores (principalmente deputados e vereadores, como mostra a decisão do STF) não primam pelo respeito à Constituição na elaboração das leis, certamente isso contribuirá para a manutenção da cultura atual, ainda muito forte no Brasil, de (des)cumprimento dos preceitos legais como se vê tão frequentemente, especialmente na área de atendimento de direitos sociais, incluindo aí a área da saúde.

A importância da área ou setor saúde é muito maior do que comumente se pensa: representa 9% do PIB nacional e 10% do emprego formal do país, só para dar dois exemplos. 25% do gasto mundial com pesquisa estão na área da saúde e, assim, em qualquer respectiva futura, a área da saúde ocupa lugar central e privilegiado. E é importante lembrar que nenhum país ou região do mundo se desenvolverá se não contar com um sistema de saúde eficiente e de fácil acesso.

Na dimensão da integralidade da atenção à saúde, as ações de “proteção sanitária” representam possivelmente as de maior potencialidade de garantir saúde e qualidade de vida à população brasileira, como também constituem as de menor custo, frente aos inúmeros e significativos benefícios. Além disso, possivelmente representam as de maior potencialidade de mobilização social para defender o direito à saúde e fortalecer o processo

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente na grave questão do subfinanciamento do setor.

Todas as conquistas nessa luta vitoriosa de cerca de 25 anos de construção do Sistema Público de Saúde não foram e não são suficientes para assegurar a robustez, a qualidade desejada e muito menos a sustentabilidade do SUS, que hoje, ainda não consolidado, está gravemente ameaçado, seja pela insuficiência de financiamento, seja pela inadequação da formação/capacitação de recursos humanos, ou ainda, e talvez o nosso maior desafio, pelas dificuldades da gestão pública. No tocante a essa última questão, o país ainda sofre as consequências pesadas da corrupção – está aí uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) no Congresso Nacional, que se espera “não terminar em pizza” –, além de sofrer também, e mais fortemente, as consequências de um instrumental jurídico administrativo atrasado e ineficiente, ou talvez até “eficiente”, mesmo, para fazer a gestão pública não funcionar adequada e oportunamente, como a natureza do setor saúde exige.

Há, portanto – e de forma muito urgente –, necessidade de modernizar o aparelho de estado e seus instrumentos legais, a fim de possibilitar uma eficiente Administração Pública, dar condições de qualidade e agilidade nas respostas governamentais às demandas da sociedade, especialmente na área da saúde. Ademais, é fundamental produzir visibilidade e transparência das medidas adotadas (ou das razões pela não adoção de algumas dessas medidas), enfim, é preciso assegurar efetividade, eficiência e eficácia na atuação do setor público.

Mas como pode ser possível isso, no curto prazo, se na própria formulação e aprovação das leis, a quase totalidade delas (75% em 2007 e agora 83% em 2011) é considerada inconstitucional?

## Referências

Supremo Tribunal Federal declara inconstitucionais 66 leis. Correio Braziliense, 5/5/12, pág. 8, seção política. Acesso em 8/5/2012 e disponível em: [http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2012/05/05/interna\\_politica,300928/supremo-tribunal-federal-declara-inconstitucionais-66-leis.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2012/05/05/interna_politica,300928/supremo-tribunal-federal-declara-inconstitucionais-66-leis.shtml)

## Comentários: 4

*Joselires Júnior, em 9 de julho de 2012, às 19h 01*

Caro Dr. Neilton, devemos lembrar que o percentual de leis que foram consideradas inconstitucionais é relativo às leis que passaram pela crivo do

STF, de modo que se elas sofreram ADIN é porque já se suspeitavam de um vício que posteriormente foi declarado pelo STF. A maioria esmagadora das leis não passa pela avaliação do Supremo por meio de ADIN ou ADECON, de forma que aquele percentual em relação a todas as leis aprovadas pelas Casas respectivas não seria de 75 e 83%. Seria bem inferior.

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 11 de julho de 2012, às 19h 23

Prezado Joselires. Agradeço muitíssimo sua observação e considerações que ressaltam um ponto importante: a diferença de ‘total de leis produzidas’ e ‘total de leis que passam pela análise/apreciação do STF’. De fato, como explicitado na primeira linha do texto acima, me reporte ao total de leis apreciadas pelo STF para fazer um contraponto relacionando o “fazer” leis e o “respeito” às leis, especialmente o respeito àquelas que tratam de Direitos Sociais. Mais uma vez, obrigado pela contribuição e reitero o convite para continuar participando do debate em torno do Direito Sanitário, objetivo principal deste nosso *blog*. Até breve!

**Joselires Júnior**, em 12 de julho de 2012, às 22h 09

Caro Neilton. No comentário que fiz, tinha em mente o último parágrafo de seu texto: “Mas como pode ser possível isso, no curto prazo, se na própria formulação e aprovação das leis, a quase totalidade delas (75% em 2007 e agora 83% em 2011) é considerada inconstitucional?”. Quanto à minha participação no debate em torno do Direito Sanitário, será constante. O *blog* é excelente! Estão todos de parabéns pela ideia de criar um espaço como este. Descobri o *blog* recentemente e já li quase todos os textos e sempre fico atento a novas publicações. Peço permissão para divulgar o *blog* para que mais pessoas possam ter conhecimento e participar. Grato!

**Neilton Araujo de Oliveira**, em 23 de julho de 2012, às 10h 37

Obrigado, Joselires. Todos são muito bem vindos à discussão e à mobilização em favor do Direito à Saúde e em defesa do SUS; este nosso *blog* se destina exatamente a isso. Podem também nos enviar textos com cerca de 500 palavras, contemplando os cinco eixos: 1) luta pelo direito à saúde; 2) defesa e fortalecimento do SUS; 3) produção e difusão de conhecimentos em Direito Sanitário; 4) formação/capacitação em saúde/Direito Sanitário; 5) mobilização política e social em torno da saúde. Lembrar sempre de colocar três “palavras-chave”, referências (se houver) e sua identificação. Vamos que vamos! Um abraço.



30 de maio de 2012

## A Luta em Defesa da Saúde é contínua... e precisa avançar!

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Direito à Saúde, EC 29, Luta pela Saúde, Saúde Pública, SUS.

Desde antes do nascimento do SUS, na Constituição Federal de 88 (Brasil, 1988), a luta pela Saúde Pública tinha grande relevância e representava um esforço de inúmeros sujeitos sociais para sua efetivação... como direito e como sistema. Nesta fase pré-constitucional, cuja síntese pode ser considerada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, essa luta adquiriu grande visibilidade, e maior força política, na articulação que ficou conhecida como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), em que diversos autores sociais se destacaram e alguns até nasceram, como foi o caso do CEBES.

A criação do CEBES em 1976 (Fonseca, 2000) representou um novo e importante espaço de mobilização, num contexto político de forte conotação e de grande tensão ideológica que então orientava o MRSB (e a própria atuação do CEBES) nos anos seguintes. Isso veio a propiciar maior discussão e participação em torno da questão “saúde”, na sua dimensão de Direito Social e na sua necessidade de ser assistida com qualidade, e na sua relação com a luta pela Democracia e a Cidadania, dentre outros valores.

Entretanto, e mais especialmente, foi a busca da construção de um sistema – que dê conta de atender de forma integral esse sempre DIREITO HUMANO, mas com a CF/88 um então DIREITO CONSTITUCIONAL – que canalizou a maior parte das forças políticas e sociais, já volumosas no final de década de 80 e início da década de 90, e que continuam se ampliando, diversificando e se fortalecendo. Seguramente, isso foi determinante, até agora, para que diante de tantas (e até atuais) tentativas de destruir o SUS não o perdêssemos.

Essa ideia de movimento plural e mobilização interinstitucional e intersetorial vem, ao longo dos últimos 35 anos, orientando as diversas e diferentes iniciativas (e os múltiplos atores sociais e políticos) que intensificaram e fortaleceram a luta em defesa da saúde, tanto no campo organizacional quanto no campo ideológico, de modo a permitir as inúmeras

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

conquistas e avanços na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que, no entanto, não deixa de continuar ameaçado.

Portanto, é essa mesma ideia de movimento plural e a permanente disposição de defender o SUS de qualidade que orientam, nesse momento, uma nova iniciativa, o “Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública”, representado por uma ampla frente composta por mais de 50 entidades, com lançamento oficial em 17/4/2012, e cujo principal objetivo é o de aprovar um Projeto de Lei de iniciativa Popular, pela revisão imediata da Regulamentação da Emenda 29 e destinação de 10% da Renda Bruta da União para a saúde.

É necessário lembrar que, com a então recente regulamentação da EC 29, “nenhum novo recurso federal foi de fato destinado para garantir a universalidade da saúde. O projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2001) não foi aprovado na versão original (aplicação da União em 10%, no mínimo, da receita corrente bruta – RCB), que poderia ter acrescentado para o orçamento do Ministério da Saúde de 2011 o correspondente a cerca de R\$ 32,5 bilhões” (Mendes, 2012).

Para o projeto chegar ao Congresso Nacional, será necessário pelo menos 1,4 milhão de assinaturas, ou seja, 1% (um por cento) do eleitorado brasileiro, o que está mobilizando essas entidades no recolhimento das assinaturas e na ampliação dessa discussão e sua importância para a saúde da população.

Todas as pessoas podem participar desse esforço e mobilização, e colocar sua assinatura no projeto. Para isso é só baixar o formulário no [site <http://www.saudemaisdez.org.br/>](http://www.saudemaisdez.org.br/) e, depois de preenchido e assinado, o encaminhar através de sua entidade ou de qualquer uma outra das mais de 50 instituições participantes dessa proposição.

A Luta em Defesa da Saúde é contínua... e precisa avançar!

## Referências

BRASIL. Constituição Federal 1988. Acesso em 08/12/2009 e disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

Fonseca, CMO. Repensando o papel do Estado diante da saúde pública contemporânea. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.6 no.3 Rio de Janeiro Nov. 1999/Feb. 2000. Acesso em 15/5/12 e disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702000000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000400013)

Blog do CEBES. Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública: CEBES, presente! Acesso em 15/5/12 e disponível em: <http://www.cebex.org.br/verblog.asp?idConteudo=2639&idSubCategoria=56>

Mendes, A. Análise de conjuntura do financiamento público federal de saúde no Brasil. Acesso em 15/05/12 e disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br>

## **Comentários: 2**

***Federação Nacional dos Médicos – FENAM, em 4 de junho de 2012, às 16h 19***

Chegou a hora de os médicos manifestarem sua revolta contra a Medida Provisória 568/2012, que interfere na remuneração dos médicos servidores públicos federais. Uma audiência pública marcada para a próxima terça-feira (5) vai debater o tema na Câmara dos Deputados. Para mobilizar os parlamentares, médicos devem lotar o plenário, em um momento de luta e de união para reivindicarem a retirada dos profissionais da medida. <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/399242>

***Neilton Araujo de Oliveira, em 20 de junho de 2012, às 12h 17***

De fato, todo processo de conquista exige mobilização e participação. No presente caso, apontado pela FENAM, só a disposição da categoria médica se posicionar e confrontar a proposição contida na MP 568/12 já gerou uma reflexão por parte do governo que concluiu pela improcedência da proposta, não acometendo, portanto, prejuízos à remuneração dos médicos servidores federais. Isso bem que poderia servir de estímulo para uma maior atenção e participação dos médicos em geral (uma força enorme, pela importância da categoria), acompanhando e respaldando a direção de suas entidades nacionais na defesa e construção do SUS, ainda tão ameaçado em seus princípios basilares, especialmente na sua essência maior, que é a de atender o interesse público.

20 de junho de 2012

## REGIONALIZANDO A DESCENTRALIZAÇÃO: Região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos?

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Descentralização, Região de Saúde, Regionalização, SUS.

Um sistema organizado de forma regionalizada em um Estado Federal, composto por estados-membros e municípios, que têm competências comuns e interdependentes na saúde, leva à conclusão de que a regionalização, que diz respeito à divisão do território estadual, com aglutinação de municípios em região de saúde (microrregiões no sentido constitucional), se insere na competência do estado, nos termos do art. 25 da Constituição Federal.

Sendo os municípios unidades federativas assimétricas quanto ao seu desenvolvimento, a organização do SUS fica dotada de grave complexidade no tocante à distribuição de competências entre os entes federativos na saúde. As competências, ainda que comuns, não podem ser tidas como iguais, simétricas em relação aos entes federativos, com a mesma abrangência no tocante à garantia da efetividade do direito à saúde. Elas devem guardar proporção ao porte demográfico, social, cultural e econômico do ente da Federação. As responsabilidades individuais na rede devem ser assimétricas para garantir uma rede simétrica e equânime.

Por esse motivo, a rede de saúde deve estar em regiões de saúde constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes para integrar a organização, o planejamento e a execução da função pública da saúde que deve ser compartilhada. Se todos tivessem que garantir na integralidade o direito à saúde, per se, não haveria necessidade de se criar um sistema integrado, nem mesmo de se ter rede, tampouco região de saúde. Cada ente garantiria individualmente a seu munícipe o direito à saúde em seus amplos termos.

No tocante à necessidade de se instituir região de saúde, demarcando um território que conterà um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, trata-se de um fato incontroverso do ponto de vista jurídico, uma vez imposto pela Constituição, devendo ser dotado de inteligência sanitário-organizativa para integrar serviços, ganhar escala, ampliar a cobertura e permitir a continuidade do cuidado em toda a sua dimensão sanitária.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Venho defendendo que a instituição de regiões de saúde como espaço territorial, que tem a finalidade de garantir um amplo rol de ações e serviços, nos termos do art. 198 c/c com o art. 7º, II, da lei nº. 8.080, de 1990, é ato administrativo essencial, sob coordenação estadual.

A região de saúde é necessária para a efetividade do direito à saúde por permitir juntar o que o princípio da descentralização separou e que, por força sistêmica, deve se unir novamente em torno de uma região, dando à luz uma gestão que ao mesmo tempo em que é individual (de cada ente federativo, direção única) também é solidária ante a interdependência sistêmica.

As regiões de saúde devem ter a função de aglutinar serviços de saúde que poderiam fracionar a garantia do direito à saúde que deve ser satisfeita de maneira integral. A região de saúde deve conter determinados atributos, como população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde; diversos níveis de atenção, porta de entrada do sistema que integra e coordena a atenção e sistema de governança único para toda a rede<sup>2</sup>.

A região de saúde confere uma externalidade ao SUS por definir, para uma determinada população, o locus de sua efetivação; contudo, a região não pode ser confundida com a divisão administrativa do estado-membro, pois são temas diversos. Uma diz respeito aos espaços onde se localizam os serviços de saúde; a outra é mera divisão administrativa da secretaria da saúde, que se desconcentra para melhor atender à sua burocracia orgânica. A primeira implica a união de unidades federativas, ao passo que a segunda é uma mera divisão administrativa de um único ente federativo.

Unidos os municípios, eles passam a constituir uma região de saúde para organizar, planejar e executar de maneira compartilhada os serviços de saúde. Nesse passo, saiu-se da individualidade federativa, do interesse local, para a solidariedade interfederativa e o interesse regional, fazendo saltar deveres constitucionais de financiamento interfederativo da saúde.

## Referências

[2] Kuschnir R e Chorny AH, 2010, pág. 2307.

28 de junho de 2012

## Democracia é transparência

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Democracia, Informação, Ouvidoria, Transparência.

Fazer valer a Constituição Federal e considerar a publicidade das informações dos órgãos públicos uma regra é o objetivo da Lei nº. 12.527/11, a Lei Geral de Acesso à Informação, que entra em vigor este mês de maio. O objetivo é fomentar uma cultura de transparência e garantir ferramentas, inclusive tecnológicas, para que as pessoas possam, de fato, exercer o controle social na Administração Pública.

Pela Lei, todas as informações produzidas pelo poder público e não classificadas como sigilosas são públicas e, portanto, acessíveis a todos os cidadãos. A legislação abrange órgãos e entidades de todos os poderes e entes federativos, incluindo entidades privadas, sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos.

A decisão segue uma tendência internacional. Cerca de 90 países possuem leis que regulamentam o direito de acesso à informação, como Estados Unidos, Inglaterra, Índia, México, Chile e Uruguai. Os artigos 5º, 37 e 216 da Constituição Federal, que tratam do direito do cidadão a informações da Administração Pública, ficam regulamentados.

Seguindo estes preceitos, a gestão da informação deve ser transparente e com amplo acesso, a começar por uma estrutura de atendimento ao público. O Ministério da Saúde está montando um Serviço de Informação ao Cidadão, com servidores que vão receber, presencialmente, documentos, requerimentos de acesso e informar sobre a tramitação de processos.

O serviço é coordenado pela Ouvidoria Geral do SUS, que também vai redirecionar solicitações via Disque-Saúde aos atendentes do SIC. A Ouvidoria acompanhará todo o processo de solicitação do cidadão, inclusive o recebimento de recursos e prazos.

No Portal Saúde, o Ministério está disponibilizando uma página, com linguagem e ferramentas claras para leigos. No espaço podem ser acessadas agenda das autoridades, lista de documentos sigilosos e não-sigilosos e movimentação financeira. A página também estará disponível para a população em totens que a Ouvidoria instalará, em breve, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em todo o País.

[1] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

O papel da Ouvidoria é fundamental nesse processo, principalmente por suas ações de divulgação proativa de informações. A Ouvidoria ativa vai até o cidadão e o traz para a gestão, com ações inovadoras como a Carta SUS, Ouvidoria Itinerante e as pesquisas, entre estas, a de qualidade no atendimento às pacientes da Rede Cegonha.

A Lei é, portanto, um passo importante que reflete o quanto a democracia vem amadurecendo no Brasil. A Legislação vem ao encontro dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde que têm, como grande diferencial, o fortalecimento da gestão participativa.

6 de julho de 2012

## Vigilância Sanitária, pesquisa e graduação/formação em Saúde

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Conhecimento, Formação em Saúde, Pesquisas, Vigilância Sanitária.

Nos últimos dez anos, tenho observado e acompanhado mais de perto o processo de mudanças na formação/graduação em saúde, especialmente o que tem ocorrido nos cursos e escolas de medicina, o que me permitiu desenvolver e defender uma tese de doutorado a respeito da Educação Médica no Brasil, no contexto do SUS (Oliveira, 2007), que, ao lado de tantos outros estudos a respeito, tem ampliado o debate e pode contribuir para o aprimoramento desse processo de mudanças.

Na esteira dessa discussão, de cinco anos para cá, acrescentei uma preocupação nova na busca de uma ainda maior ampliação do debate, para o qual este *blog* da “REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania (REDE DS)” tem contribuído muito. Trata-se da Vigilância Sanitária (VISA), um tema muito antigo e, ao mesmo tempo, muito recente. Antigo por constituir o objeto da primeira medida de saúde pública adotada após a chegada da família real ao Brasil, em 1808, quando da criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil, incluindo o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos estados (MS, 2004); e recente por, diante do atual avanço brasileiro na economia e sua importância no contexto mundial, a VISA vem representando um importante exemplo e grande visibilidade do papel regulador que ao Estado compete.

Nesse contexto, no âmbito da formação/graduação em medicina e demais cursos da saúde, o que chama a atenção é ainda a ausência absoluta do tema da Vigilância Sanitária nos currículos escolares, embora em Congressos e Seminários essa presença vem sendo mais observada nos últimos anos. Um campo que pode ser considerado privilegiado para uma maior exposição e mais visibilidade do tema VISA é o da pesquisa e outros estudos, cuja produção de conhecimentos pode contribuir muito para acelerar a inserção do tema VISA no meio acadêmico e na própria sociedade.

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.



Para isso, é uma importante contribuição o trabalho desenvolvido pelo “Núcleo de Educação Pesquisa e Conhecimento (NEPEC)” da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde o estabelecimento de Prioridades para edital de pesquisa em Vigilância Sanitária (ENSP, 2010), até o maior aporte de recursos financeiros para o desenvolvimento de pesquisa nesse campo, além de uma efetiva articulação e integração com outros organismos acadêmicos e de pesquisas.

Diversos focos foram priorizados nesse sentido (ANVISA, 2011), abrangendo Políticas, Organização e Gestão da Vigilância Sanitária, e priorizando alguns objetos de intervenção, como produtos e tecnologias de interesse à saúde; nanotecnologia em produtos de interesse da saúde; alimentos; agrotóxicos; viajantes e áreas de fronteira; riscos transnacionais e exposição populacional; laboratórios de saúde pública. Ademais, incluíram-se nessas prioridades Tecnologias ou instrumentos de intervenção, como estudos sobre a avaliação de métodos de gerenciamento de risco em vigilância sanitária e – um tema considerado fundamental – Vigilância Sanitária e Sociedade, com destaque para “comunicação e educação” e “estudos sobre a percepção da Vigilância Sanitária pela sociedade”.

Assim, mesmo que ainda bastante periférico, o assunto “Pesquisas em Vigilância Sanitária” vai então adquirindo maior densidade e, naturalmente, ao produzir novos conhecimentos, repercutirá positivamente na maior exposição, compreensão e visibilidade da importância da Vigilância Sanitária, pela academia e, principalmente, pela população.

## Referências

Oliveira NA. 2007. ENSINO MÉDICO NO BRASIL: Desafios e prioridades, no contexto do SUS – um estudo a partir de seis estados brasileiros [tese de doutorado]. Acesso em 20/6/12 e disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/teses.php>

Ministério da Saúde/Funasa. 2004. Museu da Funasa - Cronologia histórica de Saúde Pública. Acesso em 20/6/12 e disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/museuCronHis.asp>

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). 2010. ANVISA faz consulta pública sobre prioridade de pesquisa em vigilância sanitária. Acesso em 20/6/12 e disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/23850>

ANVISA. 2011. Câmara Técnica de Pesquisa e Educação-Catepe [Ata de reunião de 14 e 15/2/2011]. Acesso em 20/6/12 e disponível em: [http://portal.ANVISA.gov.br/wps/wcm/connect/96b5200047458ad59457d43fbc4c6735/Ata\\_da\\_reuniao\\_de\\_fevereiro\\_2011.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.ANVISA.gov.br/wps/wcm/connect/96b5200047458ad59457d43fbc4c6735/Ata_da_reuniao_de_fevereiro_2011.pdf?MOD=AJPERES)

13 de julho de 2012

## Integração das ações e serviços de saúde descentralizados em rede de atenção à saúde

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Equidade, Integralidade, Rede de Atenção, Região de Saúde.

A Constituição exige que todos os serviços públicos de todos os entes federativos sejam integrados em rede. Integrar serviços em rede no âmbito da saúde pública é, na realidade, a única forma de se garantir ao cidadão e à coletividade a integralidade da assistência à saúde pelo fato de a saúde, conforme definida no art. 7º, II, da Lei nº. 8.080, de 1990, não ser passível de ser cumprida no território de um único ente federativo, e sim dentro de um sistema nacional que deve se regionalizar.

Na verdade, é a integralidade da assistência que impõe ao SUS esse formato organizativo de rede de ações e serviços de saúde por requerer a interação de serviços uns dos outros para efetivar o direito à saúde, que não se esgota num único ente diante da complexidade de suas ações e serviços, que vão desde a Atenção Primária aos serviços de complexa densidade tecnológica.

A rede no SUS visa a juntar os serviços de saúde e tudo o que se agrega a eles sob o comando descentralizado (unitário) e regionalizado (conjunto) a um só tempo, para garantir ao cidadão a integralidade da assistência à sua saúde. Por isso, a integralidade pauta a organização do SUS em rede regionalizada, que deve ser estruturada em níveis de complexidade crescente: Atenção Primária, Secundária e Terciária. Essa estruturação não significa valorar os serviços em menor ou maior importância, mas dar consequência, dentro da rede, à sua densidade ou complexidade tecnológica.

A integralidade da assistência à saúde será a matriz da organização do SUS em rede regionalizada. É a integralidade que une o que supostamente a descentralização teria separado. É a integralidade que gera solidariedade sistêmica entre os entes federativos numa região de saúde ou entre regiões de saúde que devem alcançar a equidade pela partilha de recursos federativos e pela solidariedade no desenvolvimento de seu território visando a gerar boa governança.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

A própria definição da integralidade – conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos – pressupõe uma rede de serviços. Uma rede de ações e serviços de diversos entes ligados por territórios contíguos: entes autônomos sob o ponto de vista político e interligados sob o ponto de vista organizativo. A integração dos serviços de saúde é, conforme se disse, consequência natural da necessidade de se garantir o direito integral à saúde em um país federado, no qual a União e os estados-membros, tanto quanto os municípios, têm competência para cuidar da saúde da população e o devem fazê-lo de acordo com o preceito do art. 18 da CF, que os define como entes autônomos para se auto-organizar e cumprir com seus deveres constitucionais.

Em nossa federação, onde os municípios são profundamente desiguais quanto a seu porte populacional, riqueza, cultura, economia, desenvolvimento social, exige-se a integração de todos os entes para conformar uma rede assentada em uma solidariedade sistêmica. A desigualdade encontra a igualdade na rede.

Em contrapartida, seria impossível pensar em rede de serviços de saúde sem uma conseqüente delimitação territorial, que é a região de saúde. Poderia ter sido o território estadual, mas o legislador preferiu a região, mais condizente com o modelo tridimensional de nossa Federação e com a descentralização da saúde. A região decorre da necessidade de qualificar a rede, que não pode ser um mero agrupamento de municípios, mas composta por elementos essenciais que caracterizem uma região.

Há que se ter em conta a organização da rede de serviços de saúde e as demais condicionantes e determinantes da saúde para que a integralidade da assistência à saúde possa de fato ser atendida.

#### **Comentários: 4**

**Renata**, em 29 de setembro de 2012, às 15h 55

Muito bom o texto!

23 de julho de 2012

## 10% da RCB para a saúde

*Jurandi Frutuoso<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Financiamento, Gestão, Saúde Pública, Sistema de Saúde.

Estudos internacionais mostram que o mundo se debate tentando encontrar fórmulas que revertam a tendência de agravamento da crise dos sistemas de saúde, provocada pela mudança do perfil demográfico e epidemiológico, o incremento acelerado de novas tecnologias, a “desresponsabilização solidária” dos entes envolvidos (profissionais, usuários e gestores) e o desequilíbrio ecológico crescente.

O Brasil tenta aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS), o problema é que, apesar das respostas oferecidas pelo sistema em pouco mais de duas décadas de existência, o subfinanciamento drástico compromete sua evolução e o impede de cumprir os princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade. No Brasil, a saúde é subfinanciada!

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup>, o Brasil compromete 8,4% do PIB com saúde, mas apenas 43% do percentual total é gasto público, um dos mais baixos do mundo; do orçamento público, apenas 5,9% são gastos com saúde (igual à média da África); os gastos privados já somam 56,4% do gasto total num sistema que pretende-se universal e gratuito. A União, que em 1993 era responsável por 72% dos gastos públicos com saúde, em 2008 respondeu apenas por 43,5%, enquanto estados e municípios somados respondem por 56,2%.

A Emenda Constitucional n.º 29, regulamentada pela Lei n.º 141/12 definiu que estados e municípios deveriam destinar 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas com saúde, mas foi incapaz de definir 10% das receitas correntes brutas (RCB) da União para o mesmo fim, frustrando a expectativa de milhões de brasileiros. Sem alternativa, várias entidades, entre elas o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criaram o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde + 10), com o objetivo de coletar 1,4 milhão de assinaturas (1% dos eleitores do país, no mínimo, em cinco estados) para dar entrada no Congresso Nacional em um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que estabeleça essa obrigação.

O Saúde + 10 afirma que: todo dinheiro que o governo usa sai do bolso do povo; o povo tem o direito de dizer onde quer que o dinheiro seja usado;

[1] Médico Sanitarista / Secretário Executivo do CONASS / Conselheiro Nacional de Saúde / Ex-Secretário de Estado da Saúde do Ceará.

o dinheiro que o governo destina para a saúde é pouco; e o governo federal precisa investir mais e melhor no SUS. Por fim, afirma que 10 % da RCB é o mínimo que a União deve colocar no SUS para melhorar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Os gestores têm a obrigação de qualificar a gestão. É fato, mas com (sub)financiamento agredindo a racionalidade responsável para um setor vital ao desenvolvimento do país, é impossível fazê-la e insensato calar.

10% das RCB já! Sua assinatura fortalece a saúde do Brasil.

## Referências

[2] Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Organización Mundial de Saúde. Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf). Acesso em 15 de julho de 2012.

## Comentários: 1

**Fausto Jaime**, em 7 de agosto de 2012, às 10h 29

Parabéns ao Jurandi Frutuoso pelo artigo. Contem comigo nesta campanha pelos 10% das receitas correntes brutas (RCB) da União para o financiamento da saúde em nosso país. Fraternalmente. Fausto.

31 de julho de 2012

## CONTROLE SOCIAL: A grande fortaleza do SUS

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>*

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Controle social, Gestão Participativa, Participação Popular, SUS.

Participação popular é a chave do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O exercício da democracia em suas instâncias decisórias é um dos diferenciais que tornam o SUS uma das mais ousadas políticas de saúde pública do mundo. Da tecnologia de ponta às pequenas ações do cotidiano, do hospital de referência à casa do cidadão, tudo contribui para a construção dessa conquista do povo brasileiro, que tem desafios proporcionais ao seu tamanho.

E é o povo, legitimamente representado, quem aponta os problemas e sugere alternativas para melhorar o funcionamento do Sistema, olhando para a realidade de seu município e região. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são espaços para a defesa dessas propostas. A participação da comunidade é, portanto, uma conquista da mobilização social, que lutou para fazer valer a Constituição de 1988 e conseguiu a aprovação da Lei nº. 8.142/90, assegurando o poder deliberativo dessas duas instâncias colegiadas.

Com o tema “Todos usam o SUS!”, foi realizada a última (14ª) Conferência Nacional de Saúde, em 2011. No centro do debate, um dos maiores anseios em relação à saúde: “acesso e acolhimento com qualidade”. Por outro lado, reforçou a ideia de convidar as pessoas a perceberem a presença e o papel relevante do Sistema em seu cotidiano, na sua integralidade: da água que bebem e alimentos que consomem à procura por atendimentos médicos de alta complexidade, como os transplantes.

Em todo o país, registraram-se recordes de participação social, e muitos estados atingiram metas históricas de 100% dos municípios com conferências realizadas, sendo que as conferências municipais são espaços privilegiados de discussão e mobilização, à medida que levantam questões importantes para a discussão loco-regional e nacional, como por exemplos, o financiamento do sistema, a valorização dos profissionais / trabalhadores da saúde e a relação público-privado, dentre outros.

[1] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

[2] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

Nesse cenário, o sucesso do evento demonstrou o empenho dos conselheiros de saúde no sentido de consolidar o controle social em sua missão de analisar, acompanhar, aprovar, desaprovar e deliberar ações.

Uma representação social forte e organizada dá ao SUS mais agilidade, mais efetividade na apresentação de propostas e ações que terão reflexo direto na melhoria da atenção à saúde das pessoas e, conseqüentemente, na vida de toda a população.

Assim, a meta de construção conjunta (governos, trabalhadores, prestadores de serviços e sociedade) de diretrizes essenciais para o desenvolvimento e consolidação do SUS, buscando seu fortalecimento e aprimoramento, é, também, um facilitador e condição para uma gestão de fato participativa, e essa aproximação e sintonia entre esses diferentes atores políticos e sociais é que possibilitará a construção de objetivos comuns.

8 de agosto de 2012

## **Saúde, urbanização, desenvolvimento e eleições no contexto da crise econômica mundial**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Eleições, Crise Mundial, Urbanização, Desenvolvimento, Saúde.

Aproxima-se o dia das eleições municipais brasileiras, no primeiro domingo de outubro (7/10/12) e, embora a efervescência do período eleitoral ainda não tenha se manifestado – faltando apenas cerca de sessenta dias para o pleito que elegerá prefeitos, vice-prefeitos e vereadores em 5.565 municípios do país –, qualquer tema que se pretenda discutir ou analisar, nos dois próximos meses, precisará ter em conta o ‘clima’, a disputa e, principalmente, os interesses eleitorais. E isso não será possível sem considerar, também, o contexto mundial (e brasileiro) da crise econômica atual.

Lembrando que Crescimento e Desenvolvimento são coisas diferentes (Oliveira, 2012a), e que muitas vezes são apresentados como somente crescimento econômico, os noticiários diariamente destacam a evolução da crise econômica atualmente em curso em todas as partes do mundo (muito especialmente na Europa), afetando o “crescimento” e o “desenvolvimento” naqueles países, mas também em todos os demais países do planeta. Ressaltam fortemente suas possíveis causas, as principais intercorrências e, muito enfaticamente, seus efeitos devastadores nas economias nacionais, regionais e mundiais, afetando os mais diversos campos. Porém, particularmente “carregam na tinta” quando se referem e justificam os prejuízos sobre direitos sociais, como saúde, educação, moradia, proteção ambiental, salários e outros direitos dos trabalhadores.

Ainda que sem muita “pressão”, e não tão visível para a maioria da sociedade, no Brasil também se podem sentir os efeitos e repercussões da crise global, afetando o crescimento da economia, a maioria dos negócios, a intensidade de consumo e a qualidade de vida das pessoas, ameaçando e sacrificando principalmente os mais pobres, ou seja, comprometendo o nosso desenvolvimento (Oliveira, 2012b). As repercussões são muitas, e nos mais variados setores, mas em alguns deles elas são mais severas e, por isso mesmo, mais notadas.

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.



Um importante determinante social da saúde (CMDSS, 2011), a urbanização, por exemplo, segundo estudo publicado pela Fundação Rockefeller (2012), é uma das forças mais poderosas e visíveis da Terra, irreversível e antropogênica, vem dirigindo transformações de paisagens e ecossistemas, produzindo muitos e graves problemas ambientais globais que incidem direta e pesadamente na vida das populações. “Cidades em todo o mundo em desenvolvimento estão se esforçando para atender à demanda crescente por moradia segura e respeitável, transporte, água, tratamento de resíduos e outras infraestruturas e serviços necessários para fomentar ambientes saudáveis e produtivos, adequados, portanto, para viver e trabalhar. Como a compreensão cresce em torno de como as mudanças climáticas afetarão áreas urbanas, “resistência às alterações climáticas” e “triagem dos riscos climáticos” estão cada vez mais se tornando parte do arsenal de doadores e governos, refletindo um desejo de investimentos de infraestrutura a ser protegido contra choques relacionados com o clima (...)” (Rockefeller, 2012).

Os efeitos sobre todas estas dimensões, ou componentes, da urbanização refletem fundamentalmente nas condições de saúde da população, sobrecarregando as políticas e sistemas de saúde, e a economia, e as pessoas adoentadas gerarão, num círculo vicioso, mais dificuldades e sobrecarga para a economia.

Dessa forma, nas eleições brasileiras deste ano, embora se refiram somente a cargos da esfera municipal, a discussão, o debate e a proposição de ações não poderão ser relativas apenas aos temas locais: decididamente, os candidatos e partidos que relacionarem seus projetos e propostas a questões regionais, nacionais e globais, e que motivarem mais o posicionamento crítico e participativo dos eleitores, estarão mais em sintonia com os anseios da população e, portanto, com maior chance de serem bem sucedidos.

## Referências

Oliveira NA. Proteção Sanitária, Integralidade da Saúde e Desenvolvimento. Acesso em 29/7/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/04/27/protecao-sanitaria-integralidade-da-saude-e-desenvolvimento>

Oliveira NA. SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E OUTROS DESAFIOS URGENTES DO BRASIL. Acesso em 29/7/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/01/saude-desenvolvimento-e-outros-desafios-urgentes-do-brasil>

Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde. Acesso em 29/7/2012 e disponível em: <http://cmdss2011.org/site>

Rockefeller Foundation. Addressing Grand Challenges for Global Sustainability: Monitoring, Forecasting, and Governance of Urban Systems. Acesso em 29/7/2012 e disponível em: <http://www.rockefellerfoundation.org/news/publications/addressing-grand-challenges-global>

20 de agosto de 2012

## A municipalização, a saúde coletiva e a Atenção Primária em Saúde

*Fernando P. Cupertino de Barros<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Municipalização, Política de Saúde, Saúde Coletiva, SUS.

A promulgação da Constituição Federal, em 1988, consagra a saúde como um direito universal do cidadão, atribuindo ao Estado o dever de assegurá-la. A Lei nº. 8.080/1990 e a Lei nº. 8.142/1990, consideradas as “Leis Orgânicas da Saúde”, promovem o detalhamento e assentam as bases do Sistema Único de Saúde, cujo aperfeiçoamento continua a ensejar o aparecimento de outros atos normativos posteriores.

Na vivência cotidiana do município, na década de 1980, no bojo de todas essas transformações, assistimos ao surgimento de organismos da administração municipal voltados para a área da saúde. Até então, a grande maioria dos municípios não possuía estruturas administrativas que se ocupassem da saúde, uma vez que sobre ela não tinham responsabilidade direta. Mesmo os centros e postos de saúde eram de responsabilidade estadual. Assim, surgem rapidamente departamentos, superintendências e Secretarias Municipais de Saúde. Essa última conformação orgânica acaba por tornar-se a regra em todos os municípios brasileiros nos anos que se seguiram. Se por um lado tais transformações traziam entusiasmo, por ser o resultado de um processo de luta em favor de um novo modelo de atenção à saúde, com descentralização e distribuição do poder de decisão, alguns problemas começavam a se apresentar.

Dentre os diferentes e múltiplos problemas com que as jovens estruturas municipais de gestão da saúde passaram a se defrontar, talvez um dos mais graves tenha sido o da falta de recursos humanos qualificados para responder adequadamente aos novos desafios que agora estavam entregues à responsabilidade do município e de suas comunidades. A dificuldade era de duplo sentido, pois, se de um lado os municípios não possuíam servidores da área da saúde, por outro, a cessão de quadros das secretarias estaduais ou até mesmo de servidores federais, vinculados ao antigo INAMPS, traziam consigo a mesma mentalidade médico-assistencial individualista e focada na doença. Contribuía para isso, a cultura do povo, acostumado desde sempre

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT-Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA - é dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

à assistência médica voltada ao processo de diagnóstico e tratamento da doença, tendo como sustentáculo maior a figura do hospital. Abundavam assim, em proporções inacreditáveis, as internações hospitalares que representavam muito mais um fator de lucro para as instituições privadas já vinculadas anteriormente ao INAMPS e que insistiam em perpetuar sua prática tradicional.

O foco bem definido da nova orientação da política de saúde no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi sem dúvida o grande marco referencial para a mudança do modelo. Para tanto, era preciso incutir nos profissionais e nas pessoas (líderes comunitários, conselheiros de saúde, representantes de categorias profissionais) as noções de saúde coletiva, sem negligenciar, contudo, os aspectos assistenciais, que passavam a integrar uma cadeia lógica relacionada ao cumprimento do preceito da integralidade. A atuação de algumas secretarias estaduais de saúde foi fundamental para apoiar e amplificar esse processo, montando cursos de capacitação de conselheiros municipais de saúde; cursos de capacitação para gestores; e cursos de capacitação e aperfeiçoamento para profissionais de saúde que tivessem atuação nas unidades de APS. Houve, também, é bem verdade, em algumas regiões do país, uma migração de servidores das secretarias estaduais para os municípios, fortalecendo os quadros municipais da saúde em estruturação, mas impondo um severo prejuízo ao nível estadual, que levaria anos para recuperar-se desse desfalque.

A preocupação com o incremento da APS materializou-se no movimento de municipalização da saúde no Brasil na década de 1990, transferindo aos serviços locais, sob coordenação de uma Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade pelas atividades típicas da APS, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Nascia, assim, uma nova forma de organização dos serviços de saúde em que, pela primeira vez, os cuidados básicos de saúde passavam a ser objeto de atenção e de investimentos, na perspectiva de virem a ser o eixo estruturante da prestação de serviços à saúde e a “porta de entrada” do sistema. O desejo era, evidentemente, de ampliar o acesso à saúde à totalidade da população brasileira, garantindo a saúde como um direito inerente à cidadania, com integralidade e equidade.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – (1990) e, depois, do Programa de Saúde da Família – PSF – (1994) deu grande impulso ao desenvolvimento da APS no Brasil, o que é atestado pela mudança importante de certos indicadores de saúde. A perenização dessa metodologia de trabalho em equipe, com a destacada participação do agente comunitário de saúde escolhido na própria comunidade, é sem dúvida um dos fatores de sucesso experimentado pelo sistema de saúde brasileiro, sobretudo em comunidades menos favorecidas, em locais distantes e

em pequenos municípios. A meu ver, traduz-se como a experiência mais emblemática em termos de desempenho no âmbito da saúde do Brasil.

Embora os resultados de saúde tenham melhorado significativamente desde então, muitas disparidades persistem de forma considerável. Além disso, a transição demográfica e a atual situação epidemiológica vivida pelo Brasil, a chamada “tripla carga de doenças” – que mescla um panorama de doenças infecciosas ainda não totalmente debeladas –, o crescimento exponencial de doenças crônicas com aumento de seus fatores de risco e, ainda, um crescimento importante das causas externas (acidentes, violências), estão a exigir uma mudança radical na organização de um modelo de atenção coerente com a situação de saúde vivida pela população. Com isso, delineia-se claramente a premente necessidade de que a incorporação dos conhecimentos da saúde coletiva, no âmbito das políticas e práticas municipais, seja capaz de promover as mudanças necessárias no modelo de atenção. O impacto que isso trará ao sistema e à melhoria das condições de vida e de atenção à saúde das pessoas será determinante para, inclusive, o bom uso dos recursos financeiros de que o sistema de saúde carece. De nada adiantará obtermos mais financiamento para continuar trabalhando num modelo de atenção desconectado da realidade da situação de saúde e que, muitas vezes, é gerador de iniquidades.

Ainda que exitosa, a estratégia de saúde da família enfrenta desafios que vão desde o recrutamento e retenção de médicos com formação adequada ao provimento de serviços de APS, à heterogeneidade da qualidade local da atenção, bem como a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário e a maior dificuldade de expansão do PSF em grandes centros urbanos. Junta-se a tais preocupações a recente flexibilização da carga horária dos médicos de família, que passam a ter a possibilidade de prestar 40 horas, 30 horas ou 20 horas de trabalho semanal, em lugar das 40 horas anteriormente obrigatórias. Isso trabalha contra a própria razão de ser da estratégia que procura, dentre outras coisas, criar um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um vínculo de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adscritas. As razões que levaram o Ministério da Saúde a sancionar tal medida podem estar ligadas a dificuldades de financiamento, já que a remuneração para uma carga horária de 40 horas semanais certamente estaria a exigir um dispêndio maior que os poucos recursos disponíveis, sobretudo no âmbito municipal, já extremamente sobrecarregado com os crescentes gastos em saúde.

Outra preocupação refere-se à insuficiente formação do jovem médico, que muitas vezes é levado a trabalhar na Saúde da Família desde o momento em que deixa a universidade, sem ter adquirido as condições necessárias para o bom desempenho de suas funções. Ao contrário do que possa parecer, a Atenção Primária à Saúde é altamente exigente em termos cognitivos e na capacidade de percepção dos condicionantes e determinantes

sociais da saúde, requerendo, ainda, a aplicação vigorosa dos preceitos éticos na perspectiva das relações humanas. A despeito da crescente oferta de iniciativas governamentais de qualificação desses jovens profissionais, a experiência, a vivência clínica, a coexistência e o equilíbrio entre as dimensões do conhecimento científico e do comportamento ético e humano não podem ser forjados em pouco espaço de tempo. Além disso, a falta de condições de trabalho, o isolamento e a falta de articulação com serviços e com profissionais especializados dificultam a atuação dos generalistas, especialmente se fragilizados em sua autoconfiança, fazendo com que haja um número de encaminhamentos muito além do necessário a serviços de média ou de alta densidade tecnológica.

Ao fim e ao cabo, talvez seja pertinente perguntar se o SUS, assim como outros sistemas universais de saúde, têm sido capazes de responder às necessidades de saúde da população com eficácia e com efetividade. Afinal, o envelhecimento populacional, em diferentes graus de intensidade, a prevalência crescente das condições crônicas e de seus fatores de risco aliadas a um modelo de atenção geralmente focado no atendimento das condições agudas não são problemas locais, mas globais. No caso brasileiro, a utilização sistemática dos conhecimentos da saúde coletiva nas três esferas de governo do SUS, assim como sua apropriação pelos integrantes do controle social, são decisivas para que se alcancem plenamente os objetivos constitucionais propostos e acalentados por toda a sociedade.

## Referências

- Giovanella L et cols. *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigo 196. Disponível em: [http://www.dji.com.br/constituicao\\_federal/cf196a200.htm](http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm) .
- Ministério da Saúde (Brasil). *Orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o Biênio 2010-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Harris M, Haines A. *Brazil's Family Health Programme*. *British Medical Journal* 2010; 341:c4945.
- The Economist. *Health Care in Brazil*. 27 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.economist.com/node/21526773>.
- Campos GW. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cad Saúde Pública* 2008;24: p17-19.
- Guanais F C. *Health equity in Brazil*. *British Medical Journal*, 2010; 341:c6542.

28 de agosto de 2012

## A DIREÇÃO ÚNICA EM CADA ESFERA DE GOVERNO: A melhor hermenêutica

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Direção Única, Comando Único; Integração de Serviços; Rede de Serviços.

A direção única surgiu na Reforma Sanitária como uma crítica à dispersão organizativa existente no antigo Sistema Nacional de Saúde. Havia na esfera federal cinco Ministérios responsáveis pelas ações e serviços de saúde. Cuidavam da saúde os Ministérios da Saúde (prevenção), da Previdência e Assistência Social (serviços de assistência à saúde dos trabalhadores previdenciários), da Educação e Cultura (hospitais universitários), do Trabalho (segurança do trabalho) e do Interior (saneamento)<sup>2</sup>.

A direção única em cada esfera de governo tinha como pressuposto, de um lado, impedir a pluralidade de entes governamentais, mantendo, de forma isolada, serviços em um mesmo território político-administrativo, sem inseri-los numa rede de referências\* e, de outro, coibir que numa mesma esfera de governo diversos órgãos ou setores pudessem cuidar da saúde. Esse segundo ponto não encerra grandes discussões, sendo mesmo uma questão de bom senso conferir a um mesmo órgão (Secretaria de Saúde) toda a administração de uma mesma matéria (saúde). Mas o primeiro ponto – a vedação de que em um mesmo território político-administrativo não deve haver serviços de outros entes federativos desvinculados da direção única – tem gerado polêmica até os dias de hoje.

A “direção única” contemplada na Constituição em seu art. 198, I, que estatui ser o sistema público de saúde descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, levou a Lei nº. 8.080/90 a dispor em seu art. 9º que:

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II- no âmbito do Estado e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria da Saúde ou órgão equivalente; e, III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

A competência comum traz para todos os entes federativos um mesmo dever de prestação de serviços. Em todos os campos comuns, seja no econômico, social, cultural, ambiental, a atuação de cada um dos entes políticos pode ser conjugada ou isolada\*\*. Na área da saúde, a atuação isolada é incompatível com a forma de organização do sistema público de saúde.

A direção única, em sua dimensão territorial, pressupõe que os dirigentes da saúde, ao decidirem o sistema de referência, devem também decidir sobre a inclusão dos serviços próprios do Estado, sediados no município-referência, e sobre a participação complementar do setor privado no SUS para os demais municípios daquela região de saúde, os quais devem estar referenciados numa rede única.

O Ministério da Saúde visou a regulamentar essa questão na NOB 01/96, ao criar definições próprias para gestão e gerência, definindo a gestão como sendo do sistema de saúde como um todo, e a gerência de unidades individualizadas de prestação de serviços. Bastaria a interpretação dada pela Constituição e pela Lei n.º. 8.080, de que a direção do SUS é única em cada esfera de governo. Sendo única, nascem para o ente federativo poderes para conduzir, local e politicamente, seu sistema, respeitando-se sempre os arranjos administrativo-operativos dos serviços de outros entes federativos com sede no território municipal em nome da necessidade de integrar serviços em rede.

O executor do serviço de outra esfera de governo não perde a gestão sobre seus serviços, e o dirigente único não perde sua direção única, que é política. Elas devem conviver harmonicamente: a direção política com a direção operativa.

Quando houver verdadeiras redes regionalizadas de atenção à saúde, com gestão interfederativa compartilhada, essas questões serão facilmente resolvidas nos colegiados de gestão e nos contratos interfederativos (contrato organizativo de ação pública) que venham a organizar as responsabilidades sanitárias dos entes na rede.

\*Referência: esse conceito diz respeito ao grau de complexidade dos serviços.

\*\*Na competência comum, conforme ensina Ives Gandra Martins, todos “atuam sobre a mesma matéria e nos mesmos campos sem conflito”, enquanto na competência privativa são excluídos os entes que não a detém. Op. cit. Bastos e Martins. Comentários à Constituição do Brasil. 1988.

## Referências

[2] Lei n.º. 6.229, de 17 de julho de 1975.



4 de setembro de 2012

## O risco de enfraquecer a cidadania pela supervalorização do consumo e do mercado

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Cidadania, Consumidor, Mercado, IDEC, Estado.

“O Brasil mudou”, o Brasil “cresceu e apareceu”. Mais do que ser de conhecimento de todos, o ‘crescimento’ do Brasil tem sido declarado, propalado e utilizado, até de forma exagerada, como um grande e novo apelo do mercado, com vistas a aumentar o consumo. Não o aumento do acesso e consumo a bens, produtos e serviços essenciais e necessários, mas, sobretudo, o aumento do consumo pelo consumo, consumo de supérfluos, consumo de novidades que pouco ou nada acrescentam aos produtos existentes (e dos quais já dispomos), num processo de consumismo progressivo e perigoso, sob todos os pontos de vista.

Os exemplos são diversos, em todos e nos mais variados campos, e na saúde não poderia ser diferente: o consumo de produtos (medicamentos, cosméticos, alimentos e outros) é muito mais destinado aos aspectos do embelezamento do que propiciadores de condições de uma vida saudável. As formas e clichês adquirem supremacia a conteúdos e valores, o “ter” e o “parecer” se sobrepõem ao “ser” e ao “merecer”.

O consumo e o mercado se colocam como o centro e a finalidade de tudo e se apresentam como as grandes “estrelas” do processo de crescimento; crescimento numa significação equivocada de desenvolvimento, já que desenvolvimento e crescimento são coisas completamente diferentes (Oliveira, 2012). E, num perigoso exagero e supervalorização do consumo e do mercado, tentam caracterizar ou identificar como consumidor a pessoa apenas na sua relação econômica/financeira, dependente desse mesmo consumo e mercado – o foco é o poder de compra... e/ou o sentimento de exclusão quando não se consegue ou não se pode adquirir este ou aquele produto. De tal forma fica evidente essa pretensão e condição impostas pelo marketing e pela moda, compondo um lugar comum, que ignoram fortemente a condição e a identidade de cidadão desse consumidor.

Esta foi uma das linhas primordiais, desenvolvida e debatida pelo “Seminário Consumo e Cidadania: os novos consumidores e os desafios

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.



para garantir seus direitos” (IDEC, 2012), em comemoração aos 25 anos de existência e de luta do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), numa variada e densa programação neste 14 de agosto, na cidade de São Paulo, reunindo estudiosos, pesquisadores, juristas, autoridades, entidades de consumidores e diversos outros atores envolvidos na defesa e proteção do consumidor brasileiro.

No contexto dessa temática e no âmbito desta reflexão, usuários dos serviços públicos, em grande medida, não são considerados consumidores; tentam distingui-los conceitualmente, e mais: buscam distanciá-los e, estrategicamente, separá-los, numa equivocada diferenciação de valores, apresentando, assim, usuários e consumidores em concepções muito diferenciadas, com uma clara intenção de esconder a condição CIDADÃ comum a ambos, e que têm direitos equivalentes! Dito de outra maneira, é como se/ou ser consumidor (na lógica do mercado) fosse uma condição de cidadão diferente de ser usuário cidadão/consumidor de serviços e políticas públicas. A concretização da cidadania não está, evidentemente, na condição de ser chamado consumidor ou usuário, mas na essência da natureza comum de cidadão com direitos iguais em ambos, e igualmente ambos necessitam do Estado para sua defesa e proteção.

Desse modo, usuários de serviços e políticas públicas, como educação, transporte, saúde, moradia, cultura etc. devem ser colocados como consumidores destes serviços e, portanto, passíveis de exigirem jurídica e legalmente seus direitos também como consumidores.

Consequentemente, a luta por direitos de cidadania e a luta por direitos do consumidor não podem ser vistas e/ou caracterizadas como coisas estanques e desvinculadas entre si, e muito menos com uma supremacia forte do mercado sobre a cidadania. Não se pode permitir que todo o aparato de marketing do mercado e seu poder de sedução e indução imponham o consumo pelo consumo, sem uma discussão responsável e corajosa sobre necessidades, possibilidades e sustentabilidade.

O Estado não pode se furtar ao seu papel regulador, muito menos ao seu papel promotor de cidadania e de qualidade de vida para todos.

## Referências

Oliveira NA. Proteção Sanitária, Integralidade da Saúde e Desenvolvimento. Acesso em 13/8/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/04/27/protacao-sanitaria-integralidade-da-saude-e-desenvolvimento/>

IDEC. Seminário Consumo e Cidadania: os novos consumidores e os desafios para garantir seus direitos. Acesso em 13/8/12 e disponível em:

<https://www.idec.org.br/mobilize-se/evento/seminario-consumo-e-cidadania-os-novos-consumidores-e-os-desafios-para-garantir-seus-direitos>.

12 de setembro de 2012

## **Avaliação do SUS ao alcance do cidadão**

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Avaliação, Cidadão, Informação, SUS.

Garantir acesso integral à saúde para quase 200 milhões de pessoas é um diferencial que faz do Sistema Único de Saúde exemplo para o mundo. Cuidar para que esse acesso se dê com qualidade e em tempo adequado torna a tarefa bem mais complexa, exigindo a participação não apenas do Estado, mas da outra parte interessada: o cidadão.

O SUS tem como princípio a participação da comunidade na gestão, que se concretiza com as Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Entretanto, para mantê-lo forte, é preciso disponibilizar mais canais que tragam as pessoas para perto da gestão.

E esse é o objetivo da Carta SUS, uma das ferramentas implantadas pela Ouvidoria Geral do SUS, que dá aos usuários a possibilidade de avaliar o atendimento e denunciar irregularidades, como a cobrança de procedimentos em hospitais do Sistema ou conveniados.

A ação foi lançada pelo Ministério da Saúde, em novembro do ano passado e, até o momento, mais de três milhões de cartas foram enviadas. Desse total, quase 34 mil pessoas responderam ao questionário. A maioria avaliou com “muito bom” os seguintes itens: instalações físicas do hospital (49%), atendimento da equipe médica (70%) e de enfermagem (61%), maneira como foi tratado (65%). Mais de 90% disseram que recomendariam a unidade para um amigo ou familiar.

As 261 denúncias de irregularidades registradas até agora estão sendo encaminhadas ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA, 2012) para averiguação. A Carta traz informações a serem conferidas pelo paciente: a data da entrada e da alta no hospital, motivo e custo total da internação.

Tais dados são preciosos para o controle dos procedimentos hospitalares realizados, a partir do comparativo com a Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Portanto, o formulário é essencial para um novo modelo de fiscalização dos gastos públicos.

O Disque-Saúde foi simplificado, e a população pode ligar 136 de telefone fixo, orelhão ou celular. Denúncias, sugestões à Ouvidoria e/ou respostas à Carta SUS podem ser enviadas por meio do Portal Saúde.

[1] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

A Ouvidoria Ativa é outro instrumento de comunicação direta com o cidadão que está sendo aperfeiçoado. O Programa Rede Cegonha, por exemplo, já cadastrou mais de 70 mil mulheres que tiveram filhos em hospitais públicos. Elas estão recebendo uma ligação telefônica para avaliar a qualidade do serviço, desde o pré-natal até o parto.

O Serviço de Informação ao Cidadão (SIC, 2012), que funciona na sede do Ministério da Saúde e está disponível no Portal, é mais um importante espaço de participação na gestão. Recentemente implantado, com base na Lei nº. 12.527/11, o SIC disponibiliza informações da Administração Pública, fortalecendo o Controle Social.

Para colaborar com a construção do SUS, é preciso conhecê-lo, tomá-lo como seu. Críticas, denúncias e sugestões fundamentadas são preciosas para a gestão desse Sistema que é patrimônio do povo brasileiro!.

## **Referências**

Oliveira NA. Proteção Sanitária, Integralidade da Saúde e Desenvolvimento. Acesso em 13/8/12 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/04/27/protecao-sanitaria-integralidade-da-saude-e-desenvolvimento>

IDEC. Seminário Consumo e Cidadania: os novos consumidores e os desafios para garantir seus direitos. Acesso em 13/8/12 e disponível em:

<https://www.idec.org.br/mobilize-se/evento/seminario-consumo-e-cidadania-os-novos-consumidores-e-os-desafios-para-garantir-seus-direitos>.

19 de setembro de 2012

## Direito à saúde e a RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Direito à Saúde, Integralidade, RENAME, RENASES.

O direito à saúde acompanha o amplo conceito de saúde, que tem dimensão social, econômica, cultural, mental, ultrapassando a visão biogenética, sendo, na realidade, o resultado da qualidade de vida das pessoas e da comunidade.

O direito à saúde, para ser satisfeito, implica a adoção pelo Poder Público de políticas sociais e econômicas que evitem o risco de adoecer e garantam o acesso às ações e serviços de saúde de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para garantir o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde, a Constituição Federal previu uma estrutura pública, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS deve ser capaz de garantir ao cidadão o seu direito à saúde, configurado como um rol de ações e serviços de saúde capazes de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde. As demais ações e serviços de saúde que integram o conceito abrangente do direito à saúde competem ao Governo como um todo em suas políticas públicas que evitem o risco do agravo à saúde (meio ambiente, educação, trabalho, renda, lazer, assistência social etc.) e reduzam as desigualdades sociais.

Ao SUS compete atuar em todos os campos definidos pelo art. 3º da Lei Complementar nº. 141, de 2012, que explicita o que são ações e serviços de saúde para efeito do seu financiamento. Dentro do escopo traçado pela Lei Complementar nº. 141, caberá ao Poder Público definir as ações e serviços de saúde capazes de garantir a integralidade da assistência à saúde, conforme definição do art. 7º, II, da Lei nº. 8.080, de 1990, compatibilizando essas ações e serviços com as necessidades de saúde da população e seu financiamento obrigatório previsto na própria Lei Complementar nº. 141.

Essa definição deve ser feita entre o Estado e a Sociedade (conselhos de saúde) e tornada pública mediante a RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

A RENASES, conforme prevista no Decreto nº. 7.508, de 2011, é a relação de todas as ações e serviços públicos que o SUS garante para a população, no âmbito do SUS, com a finalidade de atender a integralidade da assistência à saúde.

Além da RENASES, há a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos. A RENAME deve disponibilizar os medicamentos necessários ao atendimento da população, de acordo com as prescrições realizadas no âmbito do SUS por um profissional integrante de seus quadros.

O Decreto nº. 7.508, de 2011, cria duas exceções: a) a ampliação do acesso a medicamentos à população não usuária do SUS por motivos de saúde pública justificados. Isso significa dizer que os entes federativos podem definir um rol de medicamentos que devem ser disponibilizados à população independentemente de estarem ou não em tratamento no SUS. É o que acontece com os medicamentos para diabetes e hipertensão que são franqueados a todos, sem condicionamentos de terem sido prescritos por um profissional do SUS em suas dependências. A outra exceção diz respeito aos medicamentos especializados que podem ser prescritos por médicos que não pertencem aos quadros do SUS ante a ausência de especialistas no próprio serviço público de saúde. Nesse caso, a receita privada poderá ser admitida pelos profissionais de saúde do SUS. Essa exceção somente poderá ser regulamentada pelo Ministério da Saúde, enquanto a primeira é da competência dos entes federativos no âmbito em sua jurisdição administrativa, nos termos do Decreto nº. 7.508, de 2012.

Desse modo, a RENASES e a RENAME contêm as ações e serviços de saúde que o SUS garante ao cidadão.

26 de setembro de 2012

## **REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania... continua a mobilização e vem aí seu 1º Congresso**

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** REDE DS, Saúde, Cidadania, Mobilização, Congresso.

Observando a lista de *posts* publicados no *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde Cidadania nestes seus três anos de existência (no dia 30 do próximo novembro nosso *blog* DS comemora seu terceiro aniversário), constato que o presente *post* é o de número 100, uma marca mais que simbólica, pois equivale à publicação de uma média de três *posts* a cada mês, abordando os mais diferentes assuntos, no contexto do Direito Sanitário e dentro dos cinco eixos que priorizamos para o debate no âmbito da REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania (REDE DS) – os quais foram apresentados no *post* de número 10 (2010), publicado aqui no *blog* DS: 1. Defesa do Direito à Saúde; 2. Fortalecimento do SUS; 3. Cidadania; 4. Produção e Difusão de Conhecimentos em DS; e 5. Mobilização Política e Social.

Alguns dos *posts* tiveram uma ampla repercussão e suscitaram um grande número de comentários, com um bom volume de debates, o que possibilitou aprofundar mais a discussão do tema e observar diferentes opiniões, por envolver diversos sujeitos, desde acadêmicos, gestores, juristas, profissionais de Saúde e profissionais do Direito, professores, até usuários do SUS e outros interessados no tema Direito Sanitário. Sem dúvida nenhuma, isso tem legitimado o propósito do *blog* DS que, cada vez mais, mobiliza pessoas e instituições na discussão e divulgação do Direito Sanitário, um campo bastante novo de conhecimento e em franco processo de construção.

É evidente que esse ótimo resultado só está sendo possível graças ao esforço de um grupo de instituições, cujos representantes integram o Conselho Gestor da REDE DS e/ou o Comitê Editorial do *blog*, o que possibilitou a manutenção, tanto da regularidade de publicação de *posts*, quanto do crescente debate e divulgação do tema, produzindo como consequência mais mobilização de pessoas e instituições e um conjunto muito grande de atividades, incluindo seminários, oficinas, dentre outros eventos.

Com tudo isso, criamos um ambiente adequado para propor a realização do 1º Congresso Brasileiro de Direito Sanitário: Saúde, Cidadania,

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do *blog* DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

Desenvolvimento e Participação Social, previsto para a primeira semana de dezembro de 2012, em Brasília, e que reunirá um conjunto muito significativo de autores e atores envolvidos e interessados nessa discussão e mobilização.

Então, neste 3º aniversário da REDE DS e seu *blog*, temos muito a comemorar e, na perspectiva de utilizar essas conquistas para reforçar nossa capacidade de articulação, fortalecer mais ainda a REDE DS, consolidarmos o movimento em torno do Direito Sanitário. Com isso, estaremos melhor preparados para enfrentar alguns dos desafios mais urgentes: a produção de conhecimento em Direito Sanitário e a formação de pessoal podem ser considerados como os principais.

Não é aceitável que até o presente momento o Brasil (embora conte com vários, mas ainda poucos cursos de especialização em DS) ainda não tenha um curso de mestrado ou de doutorado em DS, algo que ampliaria, potencializaria e favoreceria a discussão e desenvolvimento do tema, a exemplo de muitos países, alguns até com menores índices de desenvolvimento do que os índices brasileiros.

Portanto, ao renovar e reforçar o convite para a participação neste movimento da REDE DS, e enfrentarmos com firmeza esses desafios, conclamamos a todos a se prepararem para o nosso “1º Congresso Brasileiro de Direito Sanitário: Saúde, Cidadania, Desenvolvimento e Participação Social”. Assim, a mobilização continua!

## Referências

DIREITO SANITÁRIO: para além da judicialização da saúde, um campo novo de conhecimento, uma nova articulação política e plural pela cidadania [*blog DS: saúde e cidadania*]. Acesso em 7/9/2012 e disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/01/21/direito-sanitario-para-alem-da-judicializacao-da-saude-um-campo-novo-de-conhecimento-uma-nova-articulacao-politica-e-plural-pela-cidadania>

4 de outubro de 2012

## Políticas de sangue no Brasil

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Sangue, Hemobrás, Política Pública, SUS.

Atingir quatro milhões de voluntários; coletar 4,5 milhões de bolsas de sangue por ano; reforçar as medidas de proteção a quem doa e a quem recebe sangue; concluir a fábrica da Hemobrás (2012). São metas ousadas para um desafio ousado: tornar o Brasil autossuficiente na área de sangue e hemoderivados.

O Ministério da Saúde vem tomando várias medidas para alcançar esse objetivo, como a ampliação da faixa etária de doação, que está entre 16 e 68 anos. Isso significa que 14 milhões de brasileiros podem ser incentivados a tornarem-se potenciais doadores.

A fábrica da Hemobrás será a maior de hemoderivados da América Latina, com capacidade de processar 500 mil litros de plasma sanguíneo por ano. Serão investidos R\$ 670 milhões. Além de fortalecer o complexo industrial da saúde no País, o empreendimento será berço de novas pesquisas e produção de medicamentos essenciais à vida de pessoas com hemofilia, portadores de câncer, AIDS etc.

Para garantir acesso seguro, universal e qualificado às redes de hemoterapia e hematologia, a gestão interfederativa do SUS é fundamental. Cada unidade federativa delinea o Sistema Estadual de Sangue por meio das hemorredes.

As articulações se dão pelo Sistema Nacional de Sangue (Sinasan, 2012), que inter-relacionam Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Sistema Estadual de Saúde. Um novo Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos estabelece um controle de qualidade nos hemocentros. Outra medida importante é a implantação de um sistema de informações que possibilite um controle de toda a produção e estocagem do sangue coletado no País.

A padronização da rede brasileira, por meio de um sistema nacional de etiquetagem, vai permitir a troca de dados pelos serviços de hemoterapia e gestores do SUS. Tais ações fazem parte da estrutura de um plano de contingência, com vistas à Copa do Mundo de 2014 e às Olimpíadas de 2016.

[1] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.



Em um contexto histórico recente, saímos de um período em que se comercializava sangue sem critérios, triagem ou uso de material descartável para um momento de implantação de projetos inovadores que refletirão na saúde e também no setor econômico e social, consolidando o SUS como referência mundial.

Precisamos continuar trabalhando e ousando juntos, em uma gestão interfederativa e participativa, para fazermos jus ao clamor de Betinho e Henfil e salvarmos o sangue do povo brasileiro.

## **Referências**

Fábrica da Hemobrás. Acesso em 22/7/2012 e disponível em: <http://www.hemobras.gov.br/site/conteudo/fabrica.asp>

Sistema Nacional de Sangue (Sinasan). Acesso em 22/7/2012 e disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1296](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1296)

11 de outubro de 2012

## DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: Informações científicas ao alcance de todos

*Alessandra Schneider<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Primeira Infância, Informação Científica, Desenvolvimento Infantil.

Estudos recentes têm demonstrado a relevância da educação e dos cuidados de qualidade durante a gestação e os primeiros anos de vida para a promoção da saúde física e mental da criança, a ampliação da sua capacidade de aprendizagem, e a prevenção do comportamento violento futuro (Schneider e Ramires, 2007). Cuidar e educar crianças pequenas são responsabilidade de todos: família, Estado e sociedade.

Com o intuito de contribuir para a disseminação de informações relevantes sobre o desenvolvimento psicossocial de crianças da concepção aos cinco anos de idade, foi elaborada, no Canadá, a Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Essa proposta inovadora foi idealizada e é gerenciada pelo Centre of Excellence for Early Childhood Development (Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância), da Universidade de Montreal.

Publicada na internet, portanto em meio digital, a Enciclopédia é de acesso livre e aberto. Está disponível em quatro idiomas: inglês, francês, português e espanhol. Reúne centenas de artigos de renomados pesquisadores internacionais e nacionais sobre 48 temas relacionados ao desenvolvimento psicossocial da criança. Uma síntese sobre cada tema é apresentada sob três perspectivas: desenvolvimento, serviços e políticas, abordando três questões: Qual é sua importância? O que sabemos? O que pode ser feito? Disponibiliza, ainda, mensagens-chave direcionadas a pais e profissionais que sintetizam didaticamente as principais evidências científicas, e ajudam na interação com a criança pequena (CONASS, 2012).

A versão em português da Enciclopédia é fruto da parceria entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Centre of Excellence for Early Childhood Development e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. O link para a Enciclopédia está disponível no Portal do CONASS ([www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)) ou ainda pelo endereço eletrônico [www.encyclopedia-crianca.com](http://www.encyclopedia-crianca.com).

[1] Psicóloga, Mestre em Psicologia, Especialista em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê (ênfase em 0 a 3 anos), Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Consultora da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da UNESCO.

Atualmente, estão disponíveis para consulta 33 temas em português que somam mais de 260 textos de especialistas. Além disso, há 22 mensagens-chave para pais e profissionais. Os textos são uma fonte de atualização importante para os profissionais das políticas sociais básicas que atuam, sobretudo, na Atenção Primária à Saúde, em creches e pré-escolas, em programas da assistência social, e em programas bandeira do Governo Federal como a Ação Brasil Carinhoso.

Acreditamos que o acesso livre e aberto a informações atualizadas e com base científica sobre a gestação e os primeiros anos de vida da criança são elementos-chave para a qualificação e o fortalecimento da atenção integral à primeira infância – alicerce das habilidades e competências humanas ao longo de toda a vida.

## **Referências**

Schneider, A e Ramires, VR. Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública. UNESCO, 2007.

CONASS-Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Acesso em 22/7/2012 e disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/pt-pt/inicio.html>

19 de outubro de 2012

## MEDICAMENTOS: Inovação tecnológica, lucros, regulação e acesso

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Estado, Indústria Farmacêutica, Inovação Tecnológica, Medicamentos, Regulação.

Os grandes desafios do SUS não se localizam apenas dentro de suas fronteiras e dimensões próprias e características, como financiamento, gestão, recursos humanos, acesso, cobertura da atenção etc, mas residem, também, e muito fortemente, nas dimensões derivadas das relações entre Estado e Mercado, Mercado e Sociedade, Relação Público e Privado, dentre outros, com consequências para o seu aprimoramento, organização e abrangência.

Na questão específica da assistência farmacêutica, talvez isso se expresse com maior veemência e significado, desnudando graves conflitos originados, primeiro, pela dupla natureza da saúde, sendo ao mesmo tempo ‘bem público/direito de cidadania’ e ‘mercadoria’ e, segundo, pela dinâmica da velocidade de conhecimentos e inovação tecnológica no setor industrial-privado contrastando com a do setor governamental-público, só para citar dois exemplos.

Uma boa amostra disso reside no tema medicamentos, historicamente compreendido nessa dupla e conflitante natureza. De modo bastante resumido, por um lado, é alvo de reconhecimentos e louvores em suas descobertas e efeitos “milagrosos” que salvam milhares de vidas, sendo a indústria farmacêutica e sua imensa atividade vistas como “extremamente benéficas para a humanidade” (Bolle, 2012) e, por outro lado – novamente citando Bolle (2012) –, “retratados de forma pejorativa em filmes e documentários, expondo o lado vil, mesquinho, marcado por práticas duvidosas em busca de lucros cada vez maiores (...), com inúmeros documentários sobre os ‘lucros insalubres’ da indústria farmacêutica (...); e basta uma breve pesquisa no Google para encontrar milhares de curtas-metragens, alguns mais sensacionalistas do que outros, sobre o lado funesto da indústria de fármacos”.

Em oportuno artigo, postado e comentado por André Médici (2012)

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

no *blog Monitor de Saúde*, Bolle (2012) discute criticamente esse tema dos medicamentos, abordando diversas outras dimensões como a questão das patentes, pesquisa farmacológica e inovação tecnológica, novos medicamentos e tratamentos especiais, preços e lucros, maior acessibilidade aos remédios, legislação, regulação e políticas públicas, dentre outros, enquanto Médici (2012) ressalta que “a indústria farmacêutica desperta sentimentos ambivalentes: por um lado, muitos olham para ela como a solução para resgatar a vida humana das doenças infecciosas ou crônicas que comprometem a qualidade de vida e reduzem sua extensão e, por outro lado, muitos a olham como um fardo para a economia, (...) muitos encaram a indústria farmacêutica como um tubarão atrás de lucros injustificados...”. Ao mesmo tempo, ele destaca de forma enfática a principal vantagem deste setor – seu potencial de inovação –, e o papel estratégico que cumprem os incentivos e subsídios diretos e indiretos a esta indústria, através de compras públicas, para estender o acesso generalizado, socializando seus efeitos positivos.

É evidente que, em se tratando de assunto por natureza polêmico, mas de grande relevância, e com reflexos importantes para o mercado, para o governo e para a sociedade, especialmente para a população e para o desenvolvimento do SUS (com uma crescente judicialização, mais intensa na área da assistência farmacêutica), sobressai o papel estratégico da regulação a ser exercido pelo Estado nesse campo, no sentido de assegurar tanto a proteção à propriedade intelectual, quanto a implementação de políticas públicas efetivas que, no caso dos medicamentos, pode ser expressa em fabricação de remédios, de forma barata e acessível aos consumidores.

Essa discussão, “especialmente nos dias de hoje, quando a referida indústria atravessa uma fase de grandes mudanças em sua base produtiva, dado que o padrão biotecnológico passa progressivamente a substituir ou complementar a base química da produção de fármacos” (Médici, 2012), não pode ser enfrentada somente pelos experts no assunto; ninguém pode ficar de fora, particularmente os maiores interessados nesse debate: toda a população!

## Referências

Bolle, MB. Vidas Manipuladas pelo Lucro? *Blog Monitor de Saúde*. Acesso em 31/7/2012 e disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br>

Médici, A. Estado, Mercado e a Indústria Farmacêutica. *Blog Monitor de Saúde*. Acesso em 31/7/2012 e disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br>

27 de outubro de 2012

## COMBATE AO CRACK: Priorizar e acreditar

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** SUS, Crack, CAPS, Programas.

A meta é abrir 378 consultórios nas ruas, com atendimento volante nos locais onde há maior incidência de crack.

Quando lançou o Programa Nacional de Combate ao Crack, a Presidente Dilma Rousseff destacou três verbos que precisam ser utilizados: prevenir, cuidar e reprimir. Esta, segundo a Presidente, é a síntese de um pacto digno de um país que tirou 40 milhões de pessoas da pobreza.

Para se ter uma dimensão desse desafio, entre 2003 e 2011, o número de atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) por dependência química aumentou em dez vezes no Brasil. O crack se tornou uma ferida social pela capacidade de desestruturar famílias.

Sensível à situação, a Presidente enfatizou que o programa necessita da atuação conjunta de vários setores do governo e da sociedade. Até 2014 serão investidos R\$ 4 bilhões na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, em parceria com estados e municípios, em uma relação interfederativa de responsabilidades.

A rede está sendo estruturada para auxiliar os dependentes químicos e seus familiares na superação do vício e reinserção social. A meta é abrir 378 consultórios nas ruas, com atendimento volante nos locais onde há maior incidência de crack. Também vão ser ofertadas 574 Unidades de Acolhimento, que cuidam em regime residencial até a estabilidade clínica e o controle da abstinência.

Já os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) passam a funcionar 24 horas por dia, 7 dias por semana, atendendo 400 pessoas por mês. Até 2014, serão 175 unidades em todo o País. As Comunidades Terapêuticas vão receber do Governo Federal mais de R\$ 300 milhões nos próximos três anos.

O enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas é uma vertente do programa, tocada pelo Ministério da Justiça, com apoio da Polícia Federal e da Polícia Rodoviária Federal. Outra frente é o Programa de Prevenção do Uso de Drogas na Escola, com a proposta de capacitar 210 mil educadores em 42 mil escolas públicas, além de 170 mil líderes comunitários.

[1] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

Visando a reforçar esse trabalho, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS) realiza uma parceria com a Central Única de Favelas (Cufa), promovendo caravanas sociais nas capitais. O objetivo é atingir territórios invisíveis à sociedade, com estratégias de mobilização e prevenção.

São muitas ações em prol de uma mesma luta. E mais verbos podem ser conjugados: enfrentar, agir, capacitar. Para colocá-los em prática, o Ministério da Saúde conjuga mais dois: priorizar e acreditar.

5 de novembro de 2012

## SUS e a novidade de gestão interfederativa por contrato

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Brasil, SUS, COAP, Conquistas da Saúde.

Em 17 de agosto de 2012, os entes federativos deram um passo decisivo para a consolidação da gestão interfederativa do SUS ao assinarem o 1º contrato organizativo de ação pública da saúde. Presentes no ato de assinatura desse 1º contrato, o Ministro da Saúde Alexandre Padilha, o Governador do Estado do Ceará Cid Gomes, e os prefeitos municipais de quatro regiões de saúde cearenses.

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, conhecido hoje no âmbito do SUS pela sigla COAP, constitui um avanço na definição de responsabilidades dos entes federativos em regiões de saúde dos Estados brasileiros.

O contrato se revela como a melhor forma de os entes federativos se organizarem nas regiões de saúde para gerir a rede de atenção à saúde e estabelecer as suas responsabilidades individuais e solidárias, compartilhando suas ações e serviços e seu financiamento.

Pela primeira vez o SUS passa a ser pauta dos Chefes do Executivo, juntamente com seus Secretários de Saúde, dotando-o da importância que a Constituição lhe reservou ao dispor serem as ações e serviços de saúde de relevância pública, por se vincular diretamente ao direito à vida.

Sendo o SUS um sistema de interações, interdependências e compartilhamentos, somente um documento que vincule as partes e confira segurança jurídica à avença será capaz de garantir que a estrutura interfederativa do SUS possa de fato implicar todos os entes de maneira responsável e equitativa. A equidade no financiamento do SUS está condicionada à solidariedade entre os entes federativos na gestão da saúde, tendo em vista as fortes assimetrias socioeconômica e demográfica de nossa Federação, em especial dos municípios. E o contrato é essencial para essa realização.

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

[2] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.



O cidadão brasileiro não pode ficar à mercê da capacidade de seu município para a efetiva garantia de seus direitos na saúde. A rede de atenção à saúde na sua região deve estar apta a atendê-lo em razão da solidariedade dos entes municipais da região, do Estado-membro e da União, criando-se equidade mediante sistema de referências intermunicipais e inter-regionais, e quando for o caso, interestaduais, capazes de garantir a integralidade da assistência à saúde do cidadão.

Hoje já se fala em governo por contrato tendo em vista a necessidade de se horizontalizar as relações entre os entes públicos, e também entre os entes públicos e a sociedade, no sentido de se alcançarem consensos na definição de determinadas políticas ou quanto à sua execução no interesse da sociedade. E no caso do SUS, área fortemente demarcada pela necessidade de se obterem consensos entre os entes federativos e a sociedade que dele deve participar, o contrato veste como uma luva na definição das responsabilidades dos entes no sentido de garantir, solidariamente, a necessária equidade operacional e financeira.

Para que se possa garantir o funcionamento dessa rede é imperioso que se firmem contratos interfederativos com a finalidade de integrar os serviços uns dos outros, definindo as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras e de controle, conforme prevê o próprio contrato. Nesse sentido o contrato organizativo de ação pública é a melhor forma de se repartir as atribuições dos entes federativos na região de saúde, integrar serviços, horizontalizar as relações e garantir equidade entre os entes federativos na rede de atenção à saúde mediante referências de serviços.

Sabemos que o contrato está previsto no Decreto nº. 7.508, de 2011, o qual regulamentou a Lei nº. 8.080, de 1990, ainda que parcialmente, mas o necessário para a melhor estruturação, organização e funcionamento do SUS. Desse modo, a assinatura de quatro contratos de quatro regiões de saúde pelo Ministro da Saúde, Governador do Estado e seus prefeitos no Estado do Ceará constitui fato inédito no SUS em seus 24 anos de existência e inicia uma sequência de outros contratos a serem assinados por outros estados já nos próximos dias.

13 de novembro de 2012

## A ordenação da formação de recursos humanos e a universalização do acesso às ações e serviços de saúde no SUS

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** Recursos Humanos; Profissionais de Saúde; Formação de Pessoal; Especialidades em Saúde.

A Constituição universalizou o acesso às ações e serviços de saúde, o que significa estruturar e manter um sistema de saúde para 190 milhões de pessoas. Ao mesmo tempo, permitiu à iniciativa privada atuar na assistência à saúde. Lado a lado, na mesma sociedade, convivem serviços privados e um sistema público com serviços públicos garantidos de forma universal e gratuita.

Essa convivência tem trazido para o SUS um grave problema que ele não pode mais olvidar: a formação dos profissionais de saúde. Uma formação que deve estar a serviço do SUS, preferencialmente, tendo em vista ser ele o sistema que deve garantir serviços de saúde a um coletivo de 190 milhões de pessoas.

Contudo, passados 25 anos, desde a Constituição de 88, a formação dos profissionais de saúde se volta para garantir mão de obra especializada para o serviço privado de saúde que hoje garante assistência à saúde (e não saúde em seu sentido lato) aos beneficiários de planos de saúde, mantendo o paradigma da medicina liberal privada, hegemônica desde a década de 30. O modelo liberal privado não pode continuar a competir no campo da formação com o sistema público, tendo em vista ser atribuição do SUS essa ordenação.

Países que optaram por garantir saúde de forma universal ao seu cidadão, como Inglaterra, Canadá, França, Itália, Espanha, romperam com essa hegemonia e atuaram em vários campos como o da ordenação da formação dos profissionais de saúde e na sua “universalização” para o sistema público, no sentido de que devem estar à disposição do sistema nacional, preferencialmente, e em alguns países, obrigatoriamente.

Hoje, no nosso país, é fato incontroverso a falta de profissionais de saúde para o SUS: a dificuldade de fixação de médicos e outros profissionais

[1] Advogada especialista em direito da saúde. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA. Coordenadora do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

[2] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

de saúde nos municípios; a escassez de determinadas especialidades essenciais para o SUS, como é o caso de psiquiatras para os CAPs – Centros de Atenção Psicossocial –; a falta de generalistas para atender à saúde da família, essencial para a Atenção Básica.

A formação dos profissionais de saúde não é determinada pelas necessidades do SUS, mas sim pelas necessidades do setor privado que deve atuar de forma complementar, enquanto o SUS é universal, para toda a população brasileira. Essa inversão de valores e interesses é altamente deletéria para a organização, estruturação e funcionamento do SUS, que passa a ser uma universalização incompleta no sentido de o público não ter mudado o paradigma da formação profissional.

A atribuição conferida pela Constituição ao SUS de ordenar a formação de recursos humanos, consequente com os seus deveres, não foi regulamentada em sua completude. A Lei nº. 8.080 se referiu à ordenação da formação profissional de modo muito vago. Assim, impõe-se regulamentar de uma vez por todas essa disposição constitucional e legal para que o SUS possa se apropriar dessa formação a seu favor.

Não há como organizar um sistema de saúde que é universal sem se apropriar da formação de pessoal para atender esse sistema. E essa consequência já se faz presente de forma comprometedor para o SUS: não há como esconder a falta de médicos, dentre outros profissionais, na saúde pública. Esse problema aparece em todas as discussões com gestores de saúde. Da falta de médicos à falta de especialidades, sem se falar das atribuições conferidas a cada categoria profissional, que precisam ser revistas a favor do SUS e das mudanças impostas pelas tecnologias em saúde.

O Poder Executivo Federal precisa regulamentar essa norma legal, obrigando todos os setores públicos, do MEC aos conselhos de fiscalização da profissão, a observarem as imposições feitas pelo Ministério da Saúde, periodicamente, no tocante às necessidades de saúde do SUS.

O MS deve ser o órgão que tem o dever de levantar a situação nacional do SUS e o poder de determinar as diretrizes a serem observadas na formação de pessoal para a saúde pelos órgãos competentes. As bolsas de residências médicas devem ser definidas em cotas que atendam às realidades do SUS; o exercício obrigatório em serviços de saúde deve se tornar uma realidade, tanto quanto os serviços de saúde como campo de formação.

Urge, pois, seja regulamentada a Lei nº. 8.080 no tocante à formação de pessoal para que esta esteja a favor do SUS, não podendo manter-se a serviço do setor privado e das tecnologias em saúde. É preciso “universalizar” os profissionais de saúde para o SUS, sob pena de a universalização do acesso se ver altamente prejudicada.

20 de novembro de 2012

## SUS, conquistas e desafios

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Brasil, SUS, COAP, Conquistas da Saúde.

O Sistema Único de Saúde é referência para o mundo em saúde pública e universal. Fruto de um longo processo de lutas e conquistas da sociedade civil organizada, o Sistema nasceu junto com o processo de redemocratização do Brasil e hoje, aos 22 anos, tem muitos desafios a serem superados.

Atendendo à população de um país continental, os números do SUS são do tamanho de sua ousadia e mostram que, apesar das dificuldades e limitações, o Sistema caminha para fazer jus ao seu princípio basilar: garantir assistência universal e integral à saúde dos brasileiros, com qualidade e em tempo adequado.

Em termos de leito hospitalar, por exemplo, o SUS oferece hoje mais de 350 mil dos 503 mil leitos disponíveis no país. Leitos de UTI são mais de 17 mil, representando 49% do total existente. Todos os brasileiros são usuários do SUS, que não é apenas atendimento médico. O SUS é um sistema de Vigilância em Saúde, Ambiental e Epidemiológica, com ações de Promoção da Saúde que acontecem 24 horas por dia, 365 dias por ano. Da água que bebemos ao tratamento mais complexo, aí está o SUS.

No quesito assistência hospitalar e ambulatorial, dependem exclusivamente do SUS 145 milhões de pessoas. Têm atuação permanente no Sistema 2 milhões de profissionais, que atuam em 64 mil estabelecimentos de saúde. Por ano, são realizados cerca de 3,4 bilhões de procedimentos ambulatoriais e quase 480 milhões de consultas médicas.

É para o SUS que a maioria dos brasileiros recorre quando precisa de atendimento de alta complexidade. Somente em 2011, foram realizados 10,5 milhões de procedimentos para câncer (quimioterapia e radioterapia), 282 mil cirurgias cardíacas, 98 mil cirurgias oncológicas e 21 mil transplantes. O Sistema movimenta 90% do mercado de vacinas e 70% do de equipamentos hospitalares.

A gestão interfederativa e participativa do SUS é outra grande conquista, que faz do Sistema uma referência mundial em administração pública. Na Constituição e na Lei nº. 8.080/90, a Saúde é definida como direito do povo e dever do Estado. Na Lei nº. 8.142/90, as conferências, realizadas

[1] Médico e secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

a cada quatro anos, e os conselhos de saúde ganharam status de instâncias colegiadas do poder deliberativo.

No Decreto nº. 7.508/11, foi conferida maior legitimidade às Comissões Intergestores Bipartite, Tripartite e Regional, compostas por representações das esferas estadual, municipal e federal. O Decreto trouxe também o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que organiza atribuições dos gestores, garantindo que as Regiões de Saúde ofereçam atendimento de baixa, média e alta complexidade, reduzindo o trânsito de pacientes. Pelo COAP, o cidadão também poderá acompanhar os compromissos assumidos e sua execução.

Este é o SUS que amadurece com a democracia e é uma de suas representações mais concretas. Enfrenta crises, limitações, mas segue forte rumo a metas sempre ousadas. O foco é sempre o mesmo, a saúde do povo brasileiro.

27 de novembro de 2012

## EQUIDADE EM SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES: Desafios e consequências da avaliação e planejamento urbanos

*Neilton Araujo de Oliveira<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Saúde, Equidade, Indicadores, Determinantes Sociais, Urbanização, Desenvolvimento.

Inscritos nos artigos 196 a 200 da CF (1988), os preceitos e pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes têm sido alvo de muita discussão, interpretações e divulgação. Muito mais conhecidos, os princípios da Universalidade, Integralidade e do Controle Social podem ser considerados como consagrados e legitimados pela coletividade, porém a equidade (princípio este derivado da igualdade) ainda é pouco conhecida, quase sempre até mesmo negada, constituindo, portanto, um bom debate a ser enfrentado por ocasião do “1º Congresso Brasileiro de Direito Sanitário: Saúde, Cidadania, Desenvolvimento e Participação Social”, a ser realizado pela REDE DS em Brasília no início de dezembro/2012.

Nesse contexto, compreendendo que equidade, em síntese, é “tratar diferentemente os diferentes”, as mudanças e diferenças produzidas pelo forte processo de urbanização podem compor um oportuno “pano de fundo” para esse debate. Assim, buscando uma visibilidade cada vez maior para essa temática, equidade em saúde e planejamento urbano adquirem significativa centralidade e uma enorme importância.

A urbanização, nestas primeiras décadas do século 21, vem se caracterizando como um grande desafio à saúde pública, na medida em que, pela primeira vez na história da humanidade, a maioria da população mundial vive em cidades. Nos próximos 30 anos, praticamente todo o crescimento populacional será em áreas urbanas, e estima-se que, em 2030, cerca de 60% da população mundial será de populações urbanas, aumentando para cerca de 70% em 2050. Se, por um lado, a urbanização representa um gigantesco e complexo desafio – especialmente em lugares onde a urbanização está superando o desenvolvimento de infraestrutura, serviços, e outros recursos necessários para atender às necessidades dos moradores –, por outro lado, representa uma grande oportunidade para melhorar a saúde das

[1] Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências, Professor da UFT - Universidade Federal do Tocantins e Diretor Adjunto da ANVISA – é um dos articuladores da REDE DS e Editor do blog DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania.

pessoas. Portanto, planejamento urbano pode e deve desempenhar um papel fundamental na tomada de decisão visando ao impacto positivo da urbanização sobre a saúde da população. Em outras palavras, compreender o planejamento urbano como saudável, quando o mesmo possibilita a criação de cidades saudáveis, sustentáveis e equitativas (OMS, 2011a).

Há poucos dias, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou Saúde nas Américas 2012, a principal publicação dessa Organização que a cada cinco anos relata sobre as condições de saúde da região das Américas, seus determinantes e tendências, numa análise ampla da saúde em cada um dos países e territórios das Américas, seus progressos e desafios a serem enfrentados (OPAS, 2012a). Entretanto, nem nessa publicação, nem em uma outra, também muito recente (OPAS, 2012b), sobre as condições de saúde no continente americano, estão visíveis indicadores de equidade. Mesmo mostrando um conjunto amplo de indicadores abrangendo e incluindo condições de vida, a ausência de indicadores de equidade contrasta com a dimensão nova dada pela Declaração de Determinantes Sociais da Saúde (DDSS) quando indica que a equidade em saúde constitui um “marcador” de desempenho do bom governo (OMS, 2011b). Dito de outra forma, o modo como a cidade é governada pode determinar benefícios para a vida das populações urbanas.

De acordo com Corburn & Cohen (2012), é preciso adotar a equidade em saúde como um aspecto do desenvolvimento global. Para isso, é preciso utilizar um quadro de indicadores dos determinantes sociais da saúde para “monitorar o progresso”, bem como se deve buscar a integração da ciência com a tomada de decisão democrática, acompanhar as decisões políticas que moldam a distribuição de resultados de saúde e incluir protocolos para monitoramento e ajuste de medidas ao longo do tempo.

Ainda, segundo os mesmos autores, as intervenções políticas devem ser ajustadas para refletir novos conhecimentos e, reconhecendo a complexidade e incerteza como inerente ao sistema político, primar por atuar num processo interativo e contínuo de aprendizagem entre todos os participantes, incluindo as comunidades, no que poderia ser chamada “gestão adaptativa”, mais conhecida entre nós como gestão participativa e que, de acordo com o que penso, seria melhor ser designada gestão deliberativa.

Assim, planejamento (e gestão) urbano saudável pressupõe um acompanhamento rigoroso e um trabalho coletivo para produzir informações, tomar decisões, monitorar o progresso dessas decisões, além de fazer ajustes nas operações em curso para, com novas informações que surgem do acompanhamento, refletir novos conhecimentos que balizem as mudanças necessárias. Daí a necessidade de indicadores de equidade dentre aqueles selecionados como representativos das diferentes categorias: condições de vida, habitação, serviços públicos essenciais (como água, saneamento e alimentos), ambiente físico, segurança da comunidade, transporte etc.

Esses indicadores são importantes para os profissionais de saúde pública, gestores, políticos e moradores da comunidade, e cada um inclui uma lógica de saúde com base na equidade, que é referenciada numa série de medidas que poderiam caracterizar cada indicador. Contudo, é o processo participativo que deve selecionar uma ou duas medidas prioritárias que serão representativas da questão (a ser abordada) e das políticas locais, ou regionais, que foram entendidas pelos participantes como promotoras potenciais para maior equidade em saúde.

Corburn & Cohen (2012) também destacam que “Indicadores tradicionais como a taxa de morbidade e mortalidade tendem a responsabilizar ou buscar medidas para melhorar a saúde nas comunidades com ações médicas e de saúde pública ou, como causa, instituições vagamente identificadas como economia, educação ou urbanização”. Como consequência, há uma ênfase exagerada em soluções médicas e de saúde pública específica, enquanto não se consegue articular as instituições e as políticas estratégicas, que podem mudar e promover uma maior equidade em saúde, o que faz com que a saúde urbana seja cada vez mais reconhecida como uma prioridade de saúde global.

Se, conforme referem Corburn & Cohen (2012), “mais pesquisa e avaliação são necessárias para compreender as barreiras e oportunidades para transformar ideias conceituais em práticas”, as experiências de outras áreas e estudos emergentes em todo o mundo sugerem que os processos de indicadores podem e devem integrar a ciência, a política e as comunidades para promover uma maior equidade de saúde e melhor qualidade de vida, no contexto da urbanização.

## Referências

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Presidência da República [Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos]. Acesso em 07/9/2012 e disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)

OMS, 2011a. *Healthy Urban Planning. Report of a Consultation Meeting 10–11 March 2011 Kobe, Japan*. Acesso em 15/9/2012 e disponível em:

[http://www.who.int/kobe\\_centre/publications/urban\\_planning2011.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_planning2011.pdf)

PAHO/WHO, 2012a. *Health situation in the Americas - Basic Indicators 2012*.

Acesso em 18/9/2012 e disponível em: [http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI\\_2012\\_ENG.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_ENG.pdf)

PAHO/WHO, 2012b. *Health in the Americas. 2012 Edition-Regional Outlook and Country Profiles*. Acesso em 18/9/2012 e disponível em: <http://bit.ly/Qz6C28>



OMS, 2011b. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, Brasil. 2011. Acesso em 07/9/2012 e disponível em:

[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf)

Corburn J, Cohen AK (2012). Why We Need Urban Health Equity Indicators: Integrating Science, Policy, and Community. PLoS Med 9(8): e1001285. doi:10.1371/journal.pmed.1001285. Acesso em 18/9/2012 e disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001285>.

# Rede DS

# S U



## Organização por Título do Post

<b>Título do Post</b>	<b>Número do Post</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Página</b>
10% da RCB para a saúde	92	Jurandi Frutuoso	295
A 14ª Conferência Nacional de Saúde e o desafio de ampliar o acesso	59	Júlia Maria Santos Roland	204
A Agenda Legislativa da Saúde na 54ª Legislatura - sem novidades no front	43	Luiz Carlos Romero	164
A dimensão humana da gestão em saúde	73	Fernando P. Cupertino de Barros	240
A DIREÇÃO ÚNICA EM CADA ESFERA DE GOVERNO: A melhor hermenêutica	96	Lenir Santos	305
A especial oportunidade da agenda sanitária global	69	Neilton Araujo de Oliveira	231
A gestão do SUS e a Fundação Estatal	9	Lenir Santos	63
A gestão hospitalar e o contrato de autonomia	13	Lenir Santos	80
A gestão interfederativa do SUS	11	Lenir Santos	73
A humanização do SUS	45	Lenir Santos	167
A iniquidade no acesso ao SUS e o Princípio da Impessoalidade	3	Mariana Faria	46
A integralidade da assistência à saúde: qual o padrão que a sociedade irá definir para o país?	2	Lenir Santos	43
A integralidade da saúde e o direito sanitário no contexto do município: desafios e possibilidades	12	Neilton Araujo de Oliveira	75
A Lei 12.466, de 2011 e a legalização das instâncias de consensos interfederativos	70	Lenir Santos	233
A Luta em Defesa da Saúde é contínua... e precisa avançar!	87	Neilton Araujo de Oliveira	284
A municipalização, a saúde coletiva e a atenção primária em saúde	95	Fernando P. Cupertino de Barros	301
A oportunidade de um ano cheio de acontecimentos: A saúde, as eleições e a Copa do Mundo	26	Neilton Araujo de Oliveira	129
A ordenação da formação de recursos humanos e a universalização do acesso às ações e serviços de saúde no SUS	107	Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade	327
A participação da comunidade no SUS não pode ser um mito	40	Lenir Santos	157
A Rede de Atenção à Saúde no SUS	42	Maria José de Oliveira Evangelista	162
Abaixo a hipocrisia	71	Jurandi Frutuoso	236
ACIDENTES DE CONSUMO EM CRIANÇAS: Uma questão pouco conhecida e uma prioridade ainda não enfrentada no Brasil	83	Neilton Araujo de Oliveira	274

Ainda o “princípio” da prioridade da prevenção na saúde: A responsabilidade pela saúde das gerações futuras	22	Luís Bernardo Delgado Bieber e Neilton Araujo de Oliveira	119
Além de um observatório, uma rede consumo seguro e saúde	24	Neilton Araujo de Oliveira	124
Articulação federativa e contrato de ação pública no SUS	48	Lenir Santos	173
Avaliação do SUS ao alcance do cidadão	98	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	309
Boa e má gestão em saúde: o que faz a diferença?	34	Flávio Goulart	145
Cartão Nacional de Saúde: o SUS construindo cidadania	61	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	210
COMBATE AO CRACK: Priorizar e acreditar	104	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	321
Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e a Regulação Sanitária	54	Neilton Araujo de Oliveira	192
CONSUMO SEGURO: Um novo determinante social da saúde, um desafio e convite em defesa da Saúde	77	Neilton Araujo de Oliveira	259
CONSUMO SEGURO: Um Novo e Importante Determinante Social da Saúde	72	Neilton Araujo de Oliveira	238
Contratação de serviços complementares no Sistema Único de Saúde	39	Lourdes Lemos Almeida	155
CONTROLE SOCIAL: A grande fortaleza do SUS	93	Luiz Odorico Monteiro de Andrade e Neilton Araujo de Oliveira	297
CONTROLE SOCIAL: A paridade contra a democracia	7	Flávio Goulart	57
Da inconstitucionalidade ao descumprimento de leis, e o direito à saúde	86	Neilton Araujo de Oliveira	281
Demandas de grupos específicos e proliferação legislativa	47	Martinho Braga Batista e Silva	171
Democracia é transparência	89	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	289
Desafios da Gestão do SUS	57	Lenir Santos	199
Desenvolvimento na Primeira Infância: informações científicas ao alcance de todos	102	Alessandra Schneider	317
Dilemas, desafios e limites do SUS	74	Lenir Santos	248
Direito à saúde e a RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde	99	Lenir Santos	311
Direito à saúde e domínios federativos	30	Flávio Goulart	137
Direito à saúde nos países africanos	35	André Medici	147
Direito à saúde x consumo de saúde	15	Lenir Santos	85
Direito Sanitário: para além da judicialização da saúde, um campo novo de conhecimento, uma nova articulação política e plural pela cidadania	10	Neilton Araujo de Oliveira	66

Direito, gestão pública e democracia: ampliando o debate	29	Neilton Araujo de Oliveira	135
Dos desafios do SUS, a urgência da interlocução dos trabalhadores da saúde	31	Neilton Araujo de Oliveira	139
EQUIDADE EM SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES: Desafios e consequências da avaliação e planejamento urbanos	108	Neilton Araujo de Oliveira	329
Farmácia e drogaria: simples comércio ou estabelecimento de saúde?	14	Gustavo Henrique Trindade da Silva e Neilton Araujo de Oliveira	82
Força-tarefa avalia situação dos mamógrafos no SUS	68	Maria da Paz Luna Pereira e Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior	229
Gestão da saúde e o projeto de reforma da administração pública	32	Lenir Santos	141
Gestão do conhecimento na saúde	6	Lenir Santos	55
Gestão interfederativa do SUS - Projeto de Lei 5.203, de 2009	37	Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade	151
Implementação da Lei 10.216 (Saúde mental) e o mundo do trabalho	28	Lenir Santos	133
Instrumentos de Gestão do SUS	65	Lenir Santos	221
Integração das ações e serviços de saúde descentralizados em rede de atenção à saúde	91	Lenir Santos	293
Justiça (na contra-mão) suspende Audiência Pública da ANVISA sobre o Controle do Tabaco	64	Neilton Araujo de Oliveira	218
Lei 8.080/90 é regulamentada 21 anos depois: Decreto 7508/2011	50	Lenir Santos	179
LEI COMPLEMENTAR 141/2012: Novo marco das transferências interfederativas no SUS	80	Lenir Santos	267
MEDICAMENTOS: Inovação Tecnológica, Lucros, Regulação e Acesso	103	Neilton Araujo de Oliveira	319
MEDIDAS REGULATÓRIAS NO CAMPO DA TOXICOLOGIA E PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO BRASIL: A contribuição do Programa de Monitoramento de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA)	75	Neilton Araujo de Oliveira, Leticia Rodrigues da Silva e Luiz Cláudio Meirelles	251
Modelo de atenção à saúde: a diferença que faz a diferença	17	Lenir Santos	94
Nova Organização da Administração Pública: necessidade urgente de superação de alguns entraves administrativos do Estado brasileiro	27	Neilton Araujo de Oliveira	131

Novos tempos na luta pela saúde: o SUS e “Navegar é preciso”	56	Neilton Araujo de Oliveira	197
O Decreto 7.508 e os aspectos da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde	63	André Luis Bonifácio de Carvalho	215
O direito à saúde deve ser garantido por políticas públicas e não por decisões judiciais	33	Maria Célia Delduque e Sílvia Badim Marques	143
O direito à vida e à saúde e seus impactos orçamentário e judicial	36	Clarice Alegre Petramale e Neilton Araújo de Oliveira	149
O Direito Sanitário e a audiência pública do Supremo Tribunal Federal sobre a saúde	5	Neilton Araujo de Oliveira	52
O Estado na articulação do Sistema de Saúde: um elo perdido?	38	Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade	153
O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização	58	Lenir Santos	201
O papel do Estado na coordenação do SUS	41	Lenir Santos	160
O papel do Estado no Direito à Saúde	53	José do Vale Pinheiro Feitosa	190
O princípio da solidariedade no SUS	62	Lenir Santos	213
O público e o privado. Complementaridade dos serviços públicos de saúde	76	Lenir Santos	256
O que são ações e serviço de saúde?	25	Lenir Santos	127
O risco de enfraquecer a cidadania pela supervalorização do consumo e do mercado	97	Neilton Araujo de Oliveira	307
O SUS após a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto 7.508/2011	51	Lenir Santos e Luiz Odorico	185
O SUS e a equidade orçamentária regional	84	Lenir Santos	277
O SUS e as transferências de recursos da União para Estados e Municípios e o princípio da solidariedade na prestação de serviços de saúde	67	Lenir Santos	226
O SUS e o sentimento de pertencimento	20	Lenir Santos	113
Ouvidoria ativa no SUS	66	Maria Francisca S. A Britta Moro e Luís Carlos Bolzan	223
Participação social: exercício necessário para a efetivação do SUS	8	Sônia Cristina Stefano Nicoletto e Eliane Cristina Lopes Brevilheri	61
Permissão do Judiciário para tratamento desigual no Sistema Público de Saúde	44	Lenir Santos	165
Políticas de sangue no Brasil	101	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	315
Por um Modelo de Serviços de Saúde Centrado na Pessoa Humana	55	Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade	195

Prioridade na prevenção em saúde: um princípio relegado a segundo plano	18	Luís Bernardo Delgado Bieber e Neilton Araujo de Oliveira	108
Proteção sanitária, integralidade da saúde e desenvolvimento	85	Neilton Araujo de Oliveira	279
Rede Consumo Seguro e Saúde das Américas (RCSS): Uma novidade e um oportuno e desafiador movimento	60	Neilton Araujo de Oliveira	207
REDE DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania... continua a mobilização e vem aí seu 1º Congresso	100	Neilton Araujo de Oliveira	313
Rede Direito Sanitário: Saúde e Cidadania", uma oportuna articulação e mobilização política estratégica em defesa do SUS	1	Neilton Araujo de Oliveira	40
Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos?	88	Lenir Santos	287
REGULAÇÃO DE ADITIVOS EM PRODUTOS DO TABACO: U+A1:G110ma vitória importante na luta contra o tabagismo	82	Neilton Araujo de Oliveira	272
REGULAÇÃO SANITÁRIA, UM FATOR DE PROTEÇÃO À SAÚDE: a vez do açúcar	78	Neilton Araujo de Oliveira	262
Regulamentação da Lei 8080: um Decreto com 20 anos de atraso	52	Gilson Carvalho	188
Responsabilidade Sanitária e as fronteiras do Brasil	23	Flávio Goulart	121
Rio + 20 e desenvolvimento sustentável	81	Neilton Araujo de Oliveira	270
Saúde do Viajante, regulação sanitária e o direito individual	16	Neilton Araujo de Oliveira e Karla Freire Baeta	91
SAÚDE E CONSUMO: uma articulação oportuna para a proteção a saúde dos consumidores	21	Neilton Araujo de Oliveira	116
Saúde não tem preço	46	Lenir Santos	169
Saúde, desenvolvimento e outros desafios urgentes do Brasil	79	Neilton Araujo de Oliveira	265
Saúde, urbanização, desenvolvimento e eleições, no contexto da crise econômica mundial	94	Neilton Araujo de Oliveira	299
Saúde, valor e preço	49	Lenir Santos	177
SUS e a novidade de gestão interfederativa por contrato	105	Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade	323
SUS, conquistas e desafios	106	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	325
SUS: atenção primária ou prioritária?	19	Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade	110

Um pensamento jurídico obsoleto para um sanitarismo de ponta	4	Jairo Bisol	49
Vigilância Sanitária, pesquisa e graduação/formação em Saúde	90	Neilton Araujo de Oliveira	291



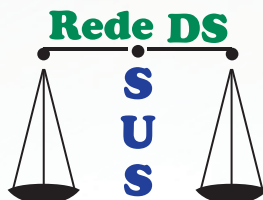
## Organização por Autor

Autor	Número do Post	Página
Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior (coautoria com Maria da Paz Luna Pereira)	68	229
Alessandra Schneider	102	317
André Luis Bonifácio de Carvalho	63	215
André Medici	35	147
Clarice Alegre Petramale (coautoria com Neilton Araújo de Oliveira)	36	149
Eliane Cristina Lopes Brevilheri (coautoria com Sônia Cristina Stefano Nicoletto)	8	61
Fernando P. Cupertino de Barros	73	240
	95	301
Flávio Goulart	7	57
	23	121
	30	137
	34	145
Gilson Carvalho	52	188
Gustavo Henrique Trindade da Silva (coautoria com Neilton Araujo de Oliveira)	14	82
Jairo Bisol	4	49
José do Vale Pinheiro Feitosa	53	190
Júlia Maria Santos Roland	59	204
Jurandi Frutuoso	71	236
	92	295
Karla Freire Baeta (coautoria com Neilton Araujo de Oliveira)	16	91
Lenir Santos	2	43
	6	55
	9	63
	11	73
	13	80
	15	85
	17	94
	20	113
	25	127
	28	133
	32	141
	40	157
41	160	
44	165	

	45	167
	46	169
	48	173
	49	177
	50	179
	57	199
	58	201
	62	213
Lenir Santos	65	221
	67	226
	70	233
	74	248
	76	256
	80	267
	84	277
	88	287
	91	293
	96	305
	99	311
	19	110
	37	151
Lenir Santos (coautoria com Luiz Odorico Monteiro de Andrade)	38	153
	51	185
	55	195
	105	323
	107	327
Leticia Rodrigues da Silva (coautoria com Luiz Cláudio Meirelles & Neilton Araujo de Oliveira)	75	251
Lourdes Lemos Almeida	39	155
Luís Bernardo Delgado Bieber (coautoria com Neilton Araujo de Oliveira)	18	108
	22	119
Luís Carlos Bolzan (coautoria com Maria Francisca S. Abritta Moro)	66	223
Luiz Carlos Romero	43	164
Luiz Cláudio Meirelles (coautoria com Neilton Araujo de Oliveira & Leticia Rodrigues da Silva)	75	251
	61	210
	89	289
Luiz Odorico Monteiro de Andrade	98	309
	101	315
	104	321
	106	325

	19	110
	37	151
Luiz Odorico Monteiro de Andrade (coautoria com Lenir Santos)	38	153
	51	185
	55	195
	105	323
	107	327
Luiz Odorico Monteiro de Andrade (coautoria com Neilton Araujo de Oliveira)	93	297
Maria Célia Delduque (coautoria com Sílvia Badim Marques)	33	143
Maria da Paz Luna Pereira (coautoria com Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior)	68	229
Maria Francisca S. Abritta Moro (coautoria com Luís Carlos Bolzan)	66	223
Maria José de Oliveira Evangelista	42	162
Mariana Faria	3	46
Martinho Braga Batista e Silva	47	171
	1	40
	5	52
	10	66
	12	75
	21	116
	24	124
	26	129
	27	131
	29	135
	31	139
	54	192
	56	197
Neilton Araujo de Oliveira	60	207
	64	218
	69	231
	72	238
	77	259
	78	262
	79	265
	81	270
	82	272
	83	274
	85	279
	86	281
	87	284

	90	291
	94	299
Neilton Araujo de Oliveira	97	307
	100	313
	103	319
	108	329
Neilton Araújo de Oliveira (coautoria com Clarice Alegre Petramale)	36	149
Neilton Araujo de Oliveira (coautoria com Gustavo Henrique Trindade da Silva)	14	82
Neilton Araujo de Oliveira (coautoria com Karla Freire Baeta)	16	91
Neilton Araujo de Oliveira (coautoria com Leticia Rodrigues da Silva & Luiz Cláudio Meirelles)	75	251
Neilton Araujo de Oliveira (coautoria com Luís Bernardo Delgado Bieber)	18	108
	22	119
Neilton Araujo de Oliveira (coautoria com Luiz Odorico Monteiro de Andrade)	93	297
Sílvia Badim Marques (coautoria com Maria Célia Delduque)	33	143
Sônia Cristina Stefano Nicoletto (coautoria com Eliane Cristina Lopes Brevilheri)	8	61



O debate em torno do **Direito Sanitário**, um campo de conhecimento consideravelmente novo e em franco processo de construção, abrange naturalmente o processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliando-se, já bastante amadurecido, tem se apresentado sob os mais diversificados focos. O *blog* “**DIREITO SANITÁRIO: Saúde e Cidadania**”, com a promoção desse debate, visou, também, à divulgação desse novo campo do Direito, à articulação em REDE e à troca de ideias, especialmente a apresentação de novas formulações e a difusão de conhecimentos a respeito.

Este livro reúne textos de estudiosos no assunto e de outros diversos sujeitos interessados no tema e traz também um conjunto bastante grande de comentários sobre a maioria dos primeiros 108 *posts*, publicados ao longo dos 3 anos de existência do *blog* DS. Ao buscar a ampliação e aprofundamento dessa discussão, quer ainda estimular o comprometimento e a participação de mais pessoas e instituições na construção/consolidação do SUS como expressão plena do atendimento do Direito à Saúde.

*Neilton Araujo de Oliveira*