

25 anos do SUS: o que há para comemorar?

SUS (Unified Health System) after 25 years: is there anything to celebrate?

José Eduardo de Siqueira*

56

Resumo

Trata-se de um ensaio sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), seus avanços e insucessos. O texto dá conhecimento sobre o momento histórico-político que proporcionou sua criação, detendo-se nos principais referenciais que norteiam o Sistema: universalidade, equidade, integralidade e controle social. Faz-se uma reflexão sobre os propósitos iniciais e a trajetória percorrida para implantá-los, o que foi atingido e o que resta para alcançar. Identificam-se as maiores conquistas como a criação da ANVISA, da ANS a implementação de uma Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família. Finalmente, aponta-se para a necessidade de maior financiamento público e do equacionamento de relação mais adequada entre o setor público e o privado como elementos fundamentais para que o SUS atinja seus objetivos programáticos.

Palavras-chave: Bioética. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde.

Abstract

This paper discusses SUS (Unified Health System) advances and pitfalls and brings information about the historical-political moment that made the System be created by considering the main ground principles the System relies on: universality, equity, integrality and social control. We reflect on the system first goals and the journey done for implementing them, what had been done and what must be done. We identify the main accomplishments, such as the creation of ANVISA, ANS and the implementation of a Primary Care National Policy (Política Nacional de Atenção Básica), namely Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família). We also argue for the use of more public resources and the proposal of a more adequate relationship of the government and corporations as fundamental steps for making SUS reach its programmatic goals.

Keywords: Bioethics. Public Health. Unified Health System.

* Coordenador do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Professor do Programa de Mestrado em Bioética da PUCPR, Brasil. Doutor em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina-PR, Brasil. Mestre em Bioética pela Universidade do Chile. Assessor da Rede Bioética da Unesco para América Latina e Caribe. Membro Titular do *board* de Diretores da *International Association of Bioethics*. E-mail: jtsique@sercomtel.com.br

O autor declara não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O presente ensaio pretendeu fazer uma avaliação sobre os avanços e as assimetrias ainda persistentes do Sistema Único de Saúde brasileiro, assim como o do denso cipoal de dificuldades que está presente na busca de soluções razoáveis e prudentes para os problemas sanitários da sociedade moderna. Com o propósito de melhor dimensionar o tamanho do “*nó da questão*”, basta recordar o fracasso do projeto “*saúde para todos no ano 2000*”, concebido nos anos 1970 pela OMS. A iniciativa anunciava a possibilidade de terminarmos o milênio passado com toda população do planeta atendida com uma assistência médica satisfatória, sendo que o que efetivamente se observou foi uma realidade totalmente diversa, fato que ficou documentado em inúmeras publicações científicas sobre os precários índices de saúde pública mundiais do século passado. As estatísticas oficiais mostraram o crescimento de mortes causadas por doenças praticamente erradicadas, como a tuberculose, dengue, leishmaniose visceral, febre amarela e sífilis.

Fator decisivo para compreender as dificuldades que grande número de países ricos enfrentarão no século XXI advém do fato que as rígidas fronteiras nacionais foram derrubadas por conta de um fenômeno, considerado, até então, de pequeno impacto social, qual seja o do fluxo migratório de enormes contingentes de pessoas, movido pela esperança de encontrar melhores condições de vida em outros países, utilizando, para tanto, diferentes caminhos e percorrendo todos os roteiros possíveis, de um modo geral, obedecendo à trajetória sul-norte, de países pobres do sul para os ricos do norte, do Oriente para o Ocidente. De tal maneira intenso e descontrolado foi esse movimento migratório que se tornou quase impossível para qualquer país ocidental reconhecer os traços originais de sua cultura. Dois exemplos: 1º.) O expressivo número de muçulmanos vivendo em grandes capitais europeias, como Londres, Paris, Roma ou Madri. Não somente habitando o mesmo espaço geográfico, mas preservando todos seus hábitos culturais de origem; 2º.) um rápido olhar para os EUA nos mostra que, em alguns Estados, como a Flórida, por exemplo, o espanhol tornou-se o idioma cor-

rente em substituição ao inglês. Alguns prefeitos daquele Estado são de origem latino-americana, e novas regras de comunicação foram impostas nas campanhas políticas locais, obrigando os candidatos a dirigirem-se ao eleitorado em espanhol. Todos esses fatos demonstram que os problemas a serem enfrentados pelos governantes no presente século serão muito complexos e não mais poderão ser conduzidos com fórmulas pretéritas. Nos anos 1980, os governos de Ronald Regan e Margaret Thatcher, respectivamente nos EUA e Inglaterra, constituíram-se em porta-vozes do neoliberalismo e do Estado Mínimo. Milton Friedman, economista norte-americano, em sua obra *Capitalism and Freedom*, defendia que intervenções na gestão das coisas públicas patrocinadas por alguns governantes representavam verdadeiras agressões às liberdades individuais, tendo utilizado como exemplo programas de assistência médica oferecidos a pessoas carentes e patrocinados pelo Estado¹.

Em 1974, Robert Nozick² publicou *Anarchy, State and Utopia*, questionando a validade do conceito de justiça distributiva. O autor argumentava que os direitos individuais eram tão inalienáveis e abrangentes que nenhum governo democrático estaria autorizado a destinar verbas públicas, advindas de impostos sobre rendas, para atender programas de assistência a comunidades pobres, sem que elas próprias fizessem suas devidas contribuições aos cofres do Estado. “Apenas um Estado mínimo, limitado a fazer cumprir contratos e proteger as pessoas contra arbitrariedades, roubos e fraudes está justificado”. Portanto, na visão do autor, qualquer governo que usasse o poder a ele atribuído pelo voto dos contribuintes, fosse impedido a executar programas assistenciais destinados a pessoas carentes, estaria violando os direitos dos indivíduos “de não serem forçados a fazer o que não desejassem”².

Assim, entre as premissas que um país de economia de mercado deveria considerar como cláusula pétrea estaria o de não obrigar qualquer cidadão a fazer o que não fosse de sua vontade pessoal, incluindo-se aí a obrigação de auxiliar o próximo. Cobrar impostos dos mais ricos para ajudar os mais pobres representaria uma coação aos primeiros, pois violaria o direito dos mais abastados de fazer o que bem entendessem com

aquilo que possuísem. Essa convicção ainda domina o ideário político estadunidense, basta observar a crise entre parlamentares democratas e republicanos que ameaça mergulhar o país no chamado “*abismo fiscal*”, nem mesmo tendo iniciado o segundo mandato presidencial de Barack Obama. O impasse parlamentar origina-se de percepções diametralmente opostas sobre o papel do Estado. De um lado, os partidários de Obama, que defendem o aumento das alíquotas do imposto de rendas de pessoas mais ricas, e, de outro, os republicanos, que insistem na necessidade de cortes dos gastos públicos, sobretudo àqueles destinados aos programas sociais. Embora conste do plano de governo de Barack Obama aumentar os impostos dos mais ricos e ampliar as garantias de assistência médica para uma parcela significativa de pessoas desprovidas de planos de saúde privados, nada garante que o Presidente conseguirá ter o necessário apoio para aprovar sua proposta. Por outro lado, pode parecer incompreensível que um país, tão arduamente defensor da invulnerabilidade da vida privada de seus cidadãos, tenha, durante o governo Bush, socorrido com 700 bilhões de dólares alguns bancos e instituições financeiras privadas afetadas pela crise que abalou *Wall Street* em 2008 e que o tesouro nacional tenha sido a fonte que propiciou o expressivo montante doado. A sociedade norte-americana ainda é regida pelo ideário do Estado Mínimo, que por sua própria natureza não reconhece diferença entre o significado dos termos igualdade e equidade, que, a despeito de parecerem sinônimos, não guardam identidade conceitual.

John Rawls³, influente pensador norte-americano contemporâneo, entendeu muito bem a diferença entre ambos ao considerar que os princípios que deveriam nortear uma sociedade justa seriam dois: 1. “cada pessoa tem direito a liberdades e direitos básicos iguais” e 2. “as desigualdades sociais e econômicas devem estar ligadas às funções e posições, abertas a todas as condições de igualdade justa de oportunidades e *devem proporcionar mais vantagens aos membros menos favorecidos da sociedade*” (grifo nosso)³.

Na mesma linha de raciocínio, encontra-se o Prêmio Nobel de Economia, Amartya Sen⁴, quando argumenta que o capitalismo moderno,

ao tentar demonstrar com riqueza de detalhes que a economia com base científica deve orientar-se pelas regras do livre mercado, não está defendendo a democracia social, mas a liberdade de ações dos grandes capitais internacionais⁴. Ainda considerando a sociedade norte-americana, vale a pena recordar que os executivos das principais corporações sediadas nos EUA, em 2007, ganharam 344 vezes mais do que seus funcionários subalternos. Situação diversa ocorria em 1980, quando diretores-presidentes das principais companhias recebiam 42 vezes mais que seus empregados.

As perguntas mais singelas sobre essa realidade poderiam ser duas: 1. que argumentos razoáveis justificariam a enorme diferença nas remunerações de chefes e subordinados de uma mesma empresa? 2. Como explicar o gigantesco salto nos ganhos dos executivos de 1980 para 2007?

Merece destaque, outrossim, que, após o bilionário socorro de 700 bilhões de dólares oferecido pelo governo norte-americano aos bancos e financeiras no episódio da crise de 2008, a grande imprensa do país noticiou que algumas instituições beneficiadas pelo Presidente G. W. Bush estariam transferindo parte da milionária ajuda oficial para seus altos executivos em forma de bonificações. Michael Sandel⁵, em sua mais recente obra *Justiça*, destaca dois *campos rivais* no território das teorias econômicas e que marcariam o atual momento de nossa história, o que ele denomina de *laissez-faire* e de *equanimidade*. Afirma o autor que liderando o campo do *laissez-faire* estariam “*os libertários do livre mercado*”, que acreditam que o *Estado Justo* é o Estado Mínimo, aquele que respeita as escolhas feitas pelos cidadãos adultos conscientes e não lhes impõem quaisquer tipos de restrição a suas livres e soberanas decisões. No campo da *equanimidade*, estariam pensadores que privilegiam a construção de uma sociedade mais igualitária, ao considerarem que mercados sem restrições impostas pelo Estado não são justos e sequer podem ser considerados livres, pois a busca da justiça obrigaria necessariamente a implantação de controles externos para corrigir as naturais desvantagens sociais e econômicas encontradas em qualquer sociedade democrática. Conclui Sandel que somente assim

a sociedade contaria com instrumentos que permitiriam oferecer a todos as mesmas oportunidades de realização pessoal.

No primeiro grupo, estariam Friedman e Nozick, no segundo, Ralws e Sen. Se desviarmos o olhar para a medida adotada pela União Europeia (UE), criando o Banco Central Europeu (BCE) com poderes de supervisionar o sistema financeiro de todos os países da zona do euro, perceberemos a importância que a Comunidade Europeia atribui a uma instância supranacional criada para controlar as finanças de quase todo o continente. Parece óbvio que o BCE assumirá poderes para, mesmo que indiretamente, fiscalizar o gerenciamento da destinação de recursos públicos de todos os países da UE. Em suma, parece pouco provável imaginar que a tese do Estado Mínimo tenha lugar na atualidade, em que a economia é globalizada, e a migração de capitais de um mercado a outro obedece a interesses transnacionais, os indivíduos transformaram-se em acionistas e o reconhecimento da cidadania transformou-se em figura de retórica. Torna-se impensável conciliar a ideia de justiça social e uma sociedade regida por regras do livre mercado em que sempre vence o mais forte. O *laissez-faire* é o mundo do salve-se quem puder, onde poucos se salvarão e à maioria sobrar a penúria, o desamparo e o sobreviver sub-humano.

EM BUSCA DA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE MAIS EQUÂNIME

Aristóteles entendia a política como o caminho seguro para construir a sociedade justa. Distante do modelo imaginado pelo estagirita, os sociólogos modernos a consideram como a arte de administrar conflitos. Nunca foi tão necessária a sensata intervenção do Estado para preservar a dignidade do ser humano. A realidade mundial nos mostra uma perversa disparidade nos índices de saúde pública. Ao tempo em que a qualidade de vida em nações desenvolvidas atingiu patamares muito elevados, os habitantes de países da África sub-saariana apresentam uma vida média em torno de 40 anos, algo próximo ao observado na Idade Média. Mesmo em países desenvolvidos, como os EUA, calcula-se que 40 milhões de pessoas não dispõem de qualquer plano de saúde, um enorme

contingente de marginalizados sociais, ainda que vivendo no país que detém as mais avançadas tecnologias médicas do planeta.

Analisando o momento histórico atual, Zan retoma a proposta de Habermas e sugere que, para alcançarmos a condição de sociedade equânime, deveremos fazê-lo “*sob as pressuposições comunicativas de um discurso público ampliado, no qual possam tomar parte todas as pessoas envolvidas*”, incluindo os mais vulneráveis e, somente assim, por meio do exercício democrático de um diálogo incluyente, alcançaremos a justiça no campo sanitário⁶. O que parece consensual para os sanitaristas é que a política do Estado Mínimo como sugerida pelos filósofos utilitaristas não permitirá atingir o nível de saúde pública almejado pelos países democráticos. Ao considerar a saúde como direito fundamental de todo ser humano, estamos afirmando que ela não pode figurar como simples variável de mercado, ou, melhor dizendo, qualquer sociedade que pretenda ser reconhecida como sendo uma autêntica democracia deverá considerar a saúde como um direito universal e, para tanto, a participação do Estado como instância reguladora torna-se essencial. Não quer isso dizer que se está advogando por um Estado autocrático, mas sim que ele detenha o poder de promover uma justa distribuição de recursos no campo sanitário.

Considerando esses pressupostos, fica mais fácil apresentar o original enredo do projeto que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que, curiosamente, foi “*gestado*” no período da ditadura militar (1964-1985). O modelo foi resultado de longo trabalho reflexivo de sanitaristas com sólida formação acadêmica comprometidos com direitos humanos que tiveram como premissa a universalidade do acesso à saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Baseia-se no entendimento que ao Estado cabe o dever de exercer controle sobre as atividades no campo da assistência sanitária e que o processo todo deve ser administrado por um sistema de cogestão entre federação, estados e municípios submetido ao controle social representado por Conselhos de Saúde, instituído formalmente nas três instâncias do poder executivo, respeitando a participação ativa dos usuários do Sistema⁷. Em síntese, as metas do SUS podem assim ser ex-

pressas: universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Para compreender melhor as condições que permitiram a elaboração do ideário do SUS como projeto da sociedade brasileira, é necessário conhecer a realidade política da época e a importância dos movimentos sociais que conduziram o processo. Nenhum partido político ou organização internacional, nem mesmo as autoridades governamentais de então tiveram qualquer participação na construção do projeto. Durante a ditadura militar, praticou-se uma internacionalização da economia; sustentava-se a tese de que, antes de investir em programas sociais, seria necessário promover um robusto crescimento da economia, para depois dividir a riqueza com toda a sociedade. Seria preciso primeiro fazer o “bolo crescer” e depois fatiá-lo para atender as demandas sociais. Somente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde levada a efeito já no período de transição para a democracia, a instalação da Assembleia Nacional Constituinte e a conseqüente proclamação de uma nova Constituição em 1988, ficou estabelecido que a saúde seria um direito de todos os cidadãos e uma obrigação do Estado. Até então existia apenas o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que oferecia um atendimento médico precário. À época, foram destinados recursos do tesouro federal para atender interesses particulares, como reformas e construções de hospitais privados, que em troca ofereciam insatisfatório atendimento médico. As internações de pacientes eram feitas por meio de emissão de guias (AIH), e os procedimentos realizados nos hospitais escapavam do controle do governo, o que gerou inúmeras fraudes com sérios prejuízos aos cofres públicos. Guias eram emitidas em nome de pessoas fictícias que teriam sido submetidas a tratamentos clínicos e cirúrgicos não realizados, e o governo federal simplesmente pagava todos os procedimentos, não importando se efetuados ou não.

A oferta de planos de saúde privados teve início nessa época e mostrou o caminho equivocado que assumiriam as relações entre os interesses públicos e o mercado de seguros de saúde⁸. Atualmente, esses planos têm um percentual de cobertura próximo a 25% do total de brasileiros, o que significa uma população em torno de 48

milhões de pessoas, e estão majoritariamente localizadas na região sudeste, a mais rica do País. A administração desses planos mantém um rígido controle sobre os procedimentos médicos, cobram de seus usuários altas mensalidades e transferem aos profissionais honorários medíocres. O Brasil, atualmente, parece representar uma meta de grande interesse no mercado de saúde complementar, exemplo disso é a compra da Seguradora AMIL pela empresa norte-americana *United Health Group*, pela importância de 10 bilhões de reais. A transação entre as empresas foi confirmada em Outubro de 2012 e significa a transferência para a seguradora norte-americana de 5,9 milhões de novos afiliados. Percebe-se, outrossim, crescente interesse da iniciativa privada, na área de ensino universitário, incluindo cursos para formação de profissionais de saúde.

Exemplo recente desse negócio foi a compra de várias universidades brasileiras pela transnacional *Kroton*, que tem entre seus acionistas o poderoso fundo *Advent International Corporation*. Esses fatos nos impõem a incômoda questão: será plausível o Estado Brasileiro, que acumula enormes desafios na área social, permanecer passivo diante de um mercado ávido por lucros e pouco preocupado com as soluções dos problemas de interesse nacional? Parece inquestionável que, no campo da saúde pública e na formação de profissionais de saúde, a resposta deva ser negativa.

ONDE AVANÇAMOS E O QUE RESTA POR FAZER NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Entre os avanços, devemos comemorar a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, a criação das Agências Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), respectivamente em 1999 e 2000, a lei que instituiu o Programa dos Medicamentos Genéricos e o Programa de Tratamento Gratuito oferecido pelo SUS às pessoas incluídas no grupo HIV/AIDS, a redução dos índices de mortalidade infantil e o estabelecimento de ampla cobertura vacinal para todas as crianças brasileiras. Há que se comemorar, ainda, a queda no índice de pobreza de 68% para 31% e o aumento de 40% na expectativa média de vida do brasileiro, que atingiu 72,8 anos em

2008. De particular importância foi a criação da ANS, que tem como atribuição regulamentar legal e administrativamente o mercado de seguros privados de saúde⁹.

Entretanto, como já mencionado anteriormente, mesmo com o controle promovido pela ANS, cresce no País a participação do setor privado na oferta de planos e seguros de saúde, e aqui reside um problema que o sistema sanitário brasileiro ainda não conseguiu solucionar. A existência de financiamento oficial, simultaneamente, para os setores público e privado tem sido fonte de um persistente desequilíbrio. O insuficiente investimento no setor público traz como consequência o sucateamento dos postos de atenção primária, as denominadas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e baixa remuneração aos profissionais de saúde, que, somadas, resultam em atendimento médico insatisfatório. Pesquisas de opinião feita com usuários sobre as maiores deficiências do SUS indicam, sistematicamente, a falta de médicos, a demora para o agendamento e atendimento de consultas especializadas. Por outro lado, como a atenção terciária que envolve procedimentos de alto custo é realizada pelo setor privado, cria-se um sério obstáculo para o gerenciamento do programa de referência e contrarreferência de todo o sistema. O atendimento insatisfatório prestado nas UBS faz com que os pacientes busquem assistência médica em hospitais terciários majoritariamente privados. De uma rede de 6400 hospitais existentes no País, quase 70% é privado. Essas instituições disponibilizam para o SUS apenas um pequeno número de leitos, o que torna a internação hospitalar uma verdadeira *via crucis* para os usuários do Sistema. Existem programas específicos que apresentam bom desempenho, como, por exemplo, o referente aos transplantes de órgãos, o serviço de hemodiálise, o atendimento a pacientes oncológicos, entretanto a desorganização decorrente da falta de mecanismos eficazes de gerenciamento do sistema de referência e contrarreferência para os atendimentos ambulatoriais de rotina acaba gerando a imagem de desorganização do sistema como um todo. Oferta insuficiente de leitos hospitalares, profissionais de saúde insatisfeitos pela falta de um plano de carreira, restrição de verbas para cobrir as despesas de internação em muni-

cípios de médio e pequeno porte constituem os elementos centrais para compreender a insatisfação do usuário com o SUS. Uma tímida política visando tornar o acolhimento do paciente mais digno feito pelo Programa de Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde não resultou em melhoria na qualidade do atendimento médico¹⁰. O Pacto pela Saúde e a proposta de um regime hierárquico na prestação de serviços pelas UBS, semelhante ao modelo praticado na Inglaterra, até o momento não resultou em benefícios visíveis.

Por outro lado, a segunda metade do século passado proporcionou uma das mais extraordinárias transições demográficas da história do País. Até os anos 1950, havia um equilíbrio satisfatório entre a população urbana e a rural. Em decorrência da substituição do plantio de café pelo de soja e trigo e a progressiva mecanização da lavoura, o percentual de moradores da zona urbana saltou de 55% para 84%. Grande parte desse enorme contingente de pessoas transferiu-se para a periferia de grandes centros urbanos, constituindo o embrião das futuras favelas. Pode-se afirmar que até o final do século passado quase todas as capitais do País tinham esse novo cenário representado por um amontoado de pessoas vivendo em condições precárias, desprovidas de segurança e saneamento básico. Essa anárquica urbanização ocorreu sem a atenção do Estado com relação ao controle de vetores de doenças, o que permitiu, por exemplo, o ressurgimento da dengue, que rapidamente se transformou em um dos mais sérios problemas de saúde pública do Brasil. Desde os anos 1980, a incidência dessa doença só tem aumentado, com uma sucessão de epidemias e uma crescente mortalidade decorrente da forma hemorrágica da enfermidade. É justo que se considere, entretanto, o controle de doenças preveníveis por vacinação, bem como a queda na mortalidade infantil associada a diarreias de origem bacteriana, o sucesso do Programa Nacional de Doença de Chagas, o acesso gratuito e universal ao tratamento para os pacientes HIV/AIDS, a quebra de patentes de alguns agentes antirretrovirais e a produção de medicamentos genéricos de primeira linha, o que consagrou a liderança do Brasil no controle da enfermidade. Importante acrescentar, ainda, a inclusão no

calendário nacional da vacinação contra a hepatite B, a oferta gratuita pelo SUS de terapia eficaz contra hanseníase, o relativo controle da tuberculose, da esquistossomose e da malária. Não se quer dizer que a guerra foi vencida, mas que êxitos foram obtidos em muitas batalhas¹¹.

Os inimigos públicos atuais na área sanitária ocupam o território das enfermidades crônico-degenerativas, como as doenças cardiovasculares, diabetes melito tipo II, câncer, as doenças osteo-articulares, as enfermidades respiratórias e as diferentes formas de demência senil, todas com incidência reconhecidamente grande em pessoas idosas. Esse perfil nosológico, semelhante ao observado nos países centrais, coloca o Brasil na curiosa situação de conviver simultaneamente com enfermidades características de nações desenvolvidas e de surtos epidêmicos de dengue, observados em países pobres. O País detém um dos maiores índices de envelhecimento populacional do planeta e, embora dispondo de uma legislação específica para proteger as pessoas idosas, carece de políticas públicas e educacionais para prestar-lhes assistência médica efetiva.

Avançou-se bastante no controle do tabagismo. Há em pleno funcionamento um projeto nacional de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos, um programa eficiente de distribuição gratuita de medicamentos genéricos básicos por meio de farmácias populares. Aumentou-se o acesso às unidades de pronto-atendimento (UPAS), mas ainda não se conseguiu implantar o ambicioso projeto Estratégia Saúde da Família. A justificativa para o insucesso desse programa reside na alta rotatividade de profissionais de saúde, particularmente médicos, que deveriam atuar no projeto de maneira mais contínua e não o fazem alegando que a grande maioria estaria sediada em áreas remotas do País, desprovidas de infraestrutura adequada para o bom desempenho profissional. Os gestores reclamam da falta de engajamento de médicos e enfermeiros, rotulando-os de insensíveis ao compromisso social de prestar assistência a populações carentes. Aqui temos um problema que demandará muito tempo para ser solucionado, já que o aparelho formador de profissionais de saúde do País ainda permanece refém de um modelo cartesiano e tecnicista, que

privilegia a formação de especialistas e não de médicos generalistas.

Mais recentemente, o Ministério da Educação tem adotado a conduta de somente autorizar a criação de novos cursos de medicina e enfermagem, se seus proponentes apresentarem um projeto pedagógico que contemple a formação de profissionais generalistas. Entretanto, não basta um projeto que prometa um profissional com formação humanística se o produto final obtido, representado pelos egressos, não seja dotado de sensibilidade para os problemas sociais. As universidades brasileiras formam majoritariamente especialistas voltados para o setor privado e não generalistas vocacionados para atuar na atenção primária. Esse, seguramente, é dos mais complexos problemas que o País tem pela frente. Como capacitar profissionais sensíveis aos problemas comunitários se a sociedade como um todo é marcadamente individualista, embalada por sonhos consumistas e fascinada pela medicina tecnológica?¹². O paciente mesmo padece desse mal quando busca no hospital terciário o que poderia encontrar na Unidade Básica de Saúde próxima ao seu domicílio. A análise do comportamento individualista e do consumismo inconsequente, embora seja um fenômeno social importante, não será ora tratado por escapar da finalidade precípua deste ensaio.

Outro elemento desfavorável que o País enfrenta é a excessiva intervenção do Poder Judiciário na gestão das verbas públicas destinadas à saúde. Movidos por compaixão e amparados no preceito constitucional de que *“a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”*, muitos juízes têm expedido mandatos judiciais obrigando os gestores públicos a destinarem recursos para a compra de medicamentos dispendiosos para atender pessoas portadoras de enfermidades graves que não respondem aos tratamentos convencionais. Algumas drogas prescritas encontram-se em fase experimental de pesquisas unicêntricas, sequer foram avaliadas pela ANVISA. As ordens judiciais devem ser cumpridas independentemente do fato de o município dispor ou não de recursos para efetuar a despesa. Em caso de desobediência, o gestor público estará sujeito à prisão imediata. Apenas para se ter noção da dimensão desse problema, somente em um ano, o Estado do Rio Grande do

Sul teve 22% de todo o seu orçamento destinado para a saúde comprometido com o atendimento de 19.000 mandatos judiciais¹³.

CONCLUSÃO

Preliminarmente, parece indiscutível reconhecer que houve melhora no acesso à atenção básica à saúde prestada por Unidades Básicas de Saúde (UBS) espalhadas por todo o território nacional. De igual modo, há que se reconhecer o extraordinário avanço obtido pela cobertura vacinal que oferece proteção a todas as crianças do País, assim como do sistema de assistência pré-natal realizado pelas UBS. Deve-se comemorar, também, os benefícios decorrentes de um programa de transferência de rendas que permitiu reduzir o índice de pobreza no País, que, nos anos 1970, representava 68% da população, e, no início de 2008, reduziu-se a 31%, o que significa um contingente de 40 milhões de pessoas. Essa meta somente foi alcançada pela adoção de programas sociais implantados pelo governo federal no período pós-ditatorial, o que jamais seria possível num regime conduzido pelo ideário do Estado Mínimo.

Muito resta por ser feito ainda, como, por exemplo, um aumento substancial do financiamento público para todas as necessárias ações do SUS. Em 1997, foi criada uma contribuição compulsória, denominada Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF), popularmente reconhecida como o imposto sobre os cheques. Idealizada para atender exclusivamente o setor da saúde pública, teve seu propósito original desvirtuado, e parte substancial do montante recolhido foi destinado para saldar os juros da dívida pública do País, sendo os programas sanitários contemplados apenas marginalmente. Por outro lado, como as despesas com saúde pública têm aumentado crescentemente, a destinação atual de apenas 8,4% do PIB nacional torna inalcançável a meta de atendimento universal, equânime e integral para toda a população brasileira. O Programa de Saúde da Família (PSF), imaginado para oferecer acesso universal, promoção e prevenção à saúde de pessoas moradoras em regiões menos acessíveis, prevendo o atendimento de uma população estimada em 98 milhões de pessoas, que seriam assistidas por

30.000 equipes de médicos, enfermeiros e odontólogos, também não cumpriu integralmente seus objetivos. Ganhou outro nome, mais acadêmico, Estratégia Saúde da Família (ESF), mas não alcançou suas metas originais, quer por falta de adesão dos profissionais, quer por deficiência na capacidade administrativa de gestores municipais envolvidos na execução do programa.

Outro problema não resolvido por falta de empenho das autoridades federais é o da destinação de recursos públicos para o pagamento de serviços prestados pelo setor privado. Aqui, incluem-se exames de alto custo, como as cineangiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas e os procedimentos terapêuticos realizados por meio de novas metodologias menos invasivas, como as cirurgias efetuadas por vídeo-laparoscopia, as angioplastias transluminais seguidas de colocação intravascular de *stent* para o tratamento de obstruções coronárias, carotídeas e de artérias renais.

É certo que devemos comemorar o sucesso do Sistema Nacional de Transplante de Órgãos, que figura entre os melhores do mundo, no entanto, não podemos esquecer que o SUS continua sendo altamente dependente de contratos com o setor privado. É óbvio que as limitações acima apontadas não constituem apanágio do sistema público de saúde brasileiro, pois nenhum país do mundo dispõe de recursos suficientes para atender todos os procedimentos que o avanço biotecnocientífico introduz continuamente no universo terapêutico. Nos anos 1990, o francês Luc Montagnier, um dos cientistas que pela primeira vez descreveu o vírus HIV, já advertia que o avanço da medicina seria extraordinário, entretanto, geraria uma dívida social de enormes proporções. Para ficar com alguns exemplos basta considerar o valor que qualquer estado nacional deve desembolsar para custear todos os procedimentos de colocação de órteses, próteses, *stents* farmacológicos ou, ainda, disponibilizar recursos para o tratamento quimioterápico para todos os pacientes oncológicos.

Em síntese, embora existam vitórias a comemorar, é preciso reconhecer que ainda há um longo caminho a ser percorrido para considerar cumpridas as metas originais que motivaram a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Friedman M. *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago; 1961.
2. Nozick R. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books; 1974.
3. Rawls J. *Justiça como equidade: uma reformulação*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
4. Sen A. *A Development as Freedom*. New York: Alfred Knopf; 1999.
5. Sandel M. *Justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.
6. Zan J. *Éticas del siglo*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Investigaciones Éticas / Tekhne; 1994.
7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios [Internet]. *The Lancet*. 2011 Mai 9.
8. Bahia L. *Padrões e mudanças nas relações público-privadas: os planos e seguros saúde no Brasil [tese]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
9. Noronha J, Santos I, Pereira T. *Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal*. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2011.
10. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília. [acesso 20 Nov 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
11. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. *Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa* [Internet]. *The Lancet*. 2011 Mai 9.
12. Siqueira JE. *Arte do cuidado*. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ, organizadores. *Bioética Clínica*. São Paulo: Gaia; 2008.
13. Biehl J, Petryna A, Gertner A, Amon JJ, Picon PD. *Judicialization of the right to health in Brazil* [Internet]. *The Lancet*. 2009;373(9682):2182-4.