

CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

DIREITO À SAÚDE

Artigo

AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS NA ATUALIDADE

Reynaldo Mapelli Júnior

© 2015 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total deste artigo, desde que citadas a fonte e a autoria.

Este artigo faz parte da publicação *Direito à Saúde*, da coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015*.

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no site www.conass.org.br.

**Os artigos publicados traduzem a opinião dos seus autores. Sua publicação obedece ao propósito de estimular o debate e refletir as diversas opiniões e pensamentos.
Direitos de reprodução cedidos ao CONASS.**

Organização da Coleção

René Santos

Coordenação do Livro

Alethele de Oliveira Santos

Edição

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

Revisão Ortográfica

Sem Fronteira Idiomas

Projeto Gráfico e Diagramação

Marcus Carvalho

I – Saúde como direito público

A concepção de que saúde é um direito social que deve ser concretizado por meio de políticas públicas atualmente está tão presente na consciência dos brasileiros que muitos desconhecem que essa forma de pensar foi uma conquista histórica do século XX, contra todos os prognósticos de uma sociedade capitalista que se consolidava. Os horrores praticados durante as duas Grandes Guerras, especialmente o holocausto nazista (1933-1945), com sua destruição sistemática da saúde e da vida de milhares de seres humanos por meio de torturas, experiências pseudocientíficas e assassinato em massa, provocou uma reação organizada da comunidade internacional, que se articulou em torno da Organização das Nações Unidas (ONU) e passou a reconhecer direitos humanos fundamentais em diversos tratados internacionais, sobretudo a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948². Nesse contexto, a saúde passou a ser compreendida como direito a uma vida digna e saudável que deve ser garantida pelo Estado, não podendo os seres humanos se submeterem a experiências científicas degradantes³. Nem mesmo uma concepção mais liberal de saúde, como mercadoria a ser consumida conforme a possibilidade econômica dos indivíduos (modelo privatista) ou um benefício social contributivo para quem paga impostos (modelo contributivo),⁴ era admissível e assim, com uma visão publicista do fenômeno sanitário, surgiu em 4 de abril de 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS), agência especializada em saúde subordinada à ONU que passou a ter significativa importância na formulação de diretrizes, protocolos e programas sanitários para todos os Estados.

O Brasil, ao sair do período de ditadura militar (1964-1985), acolheu todas as proposições do movimento sanitário na Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) como responsável pelas políticas públicas de efetivação do direito fundamental da saúde, em uma concepção típica de *Welfare State* ou Estado do bem-estar social (o “Estado Democrático de Direito” do art. 1º, CF). O Estado brasileiro, assim, deve respeitar as liberdades públicas (direitos negativos) e promover os direitos sociais (direitos positivos⁵), como a saúde (art. 6º), fundada na

1 Reynaldo Mapelli Júnior é Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP). Integrou o Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor (Gaesp) do MPSP, foi Coordenador de Saúde Pública do MPSP, integrou a Comissão Permanente de Defesa da Saúde (Copedes) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos estados e da União (CNPGE) e a Câmara de Direito Sanitário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Foi chefe de gabinete e coordenador do Núcleo de Assuntos Jurídicos (NAJ) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Autor de livros e artigos doutrinários, atualmente faz doutorado sobre o tema da judicialização da saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

2 NUNES JÚNIOR, 2009, p. 51-63 e 110-122; COMPARATO, 2010, p. 147-9.

3 Sobre a possibilidade de pesquisa clínica, medicamentos e tratamentos experimentais em seres humanos, foram justamente as experiências nazistas para “purificar” a humanidade que ensejaram um debate moral sobre os limites dos experimentos, hoje fixados em parâmetros como a necessidade de evidência científica e o consentimento expresso do paciente; essa discussão, que muito ajudou na elaboração dos contornos do direito à saúde, levou à Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (1954) e suas modificações posteriores, o Princípio 30 (2000) e a Nota de Clarificação da 55ª Conferência da Associação Médica Mundial (2004). WANG e FERRAZ, 2012.

4 Puccini (2011, p. 3043-3049) analisa essas diferentes concepções de concepção de saúde no contexto da criação do SUS.

5 Reconheço que a oposição entre “direitos negativos” e “direitos positivos” não é cientificamente muito correta, porque em qualquer hipótese a intervenção do Estado é preponderante, ainda que seja para estimular a exploração da atividade econômica ou promover medidas de proteção da propriedade privada, como demonstram em recente trabalho Stephen Holmes e Cass R. Sunstein, para quem “todos os direitos são positivos”. Mas fica o registro da diferença, que serve para lembrar que a saúde é direito positivo por exigir programas de ação governamental, isto é, políticas públicas. Cf. o capítulo “All Rights Are Positive”, em Holmes e Sunstein (1999, p. 35-48).

dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), que passou a ser de titularidade de todos e de responsabilidade precípua do Poder Público (art. 196). Em linhas gerais, o Estado passou a intervir no setor sanitário de duas formas: *i*) como responsável direto pela execução das políticas sociais e econômicas que devem garantir saúde a todas as pessoas que estão em território nacional (art. 196); ou *ii*) como responsável pela regularização, fiscalização e controle de quaisquer ações e serviços de saúde, sejam executados diretamente por órgãos públicos (*saúde pública*), por seus parceiros (*saúde complementar*), por planos de saúde (*saúde suplementar*) ou mediante pagamento direto (*saúde privada*), posto que em qualquer hipótese incide a regra da relevância pública (art. 197).

Na contramão do sistema pós-capitalista do mundo globalizado proposto por Ronald Reagan (1981-1989) e Margaret Thatcher (1979-1990), com a drástica diminuição do papel do Estado, o movimento de defesa da saúde pública conseguiu se consolidar no texto constitucional brasileiro e em importantes tratados internacionais de direitos humanos, aqui válidos quando o Brasil for parte (art. 5º, §2º, CF), até mesmo com o *status* de emenda constitucional se aprovados pelo Congresso Nacional (art. 5º, §3º, CF)⁶.

A proposta do SUS saiu do texto constitucional para a realidade brasileira, porém, pretendendo garantir saúde em seu sentido mais completo⁷ a uma população que atinge cerca de 193,5 milhões de pessoas, caracterizada por grandes desigualdades sociais e regionais, em país que tem 8.511 mil km² de território. O caminho para isso ocorrer foi dado pela própria CF, que previu uma rede pública organizada e hierarquizada de serviços (art. 198, *caput*, CF) de responsabilidade solidária dos três entes da federação (art. 23, *caput*, inciso II, CF e art. 7º, inciso XI, Lei Orgânica da Saúde), com universalidade (art. 194, inciso I; art. 196, *caput*, CF), igualdade (art. 196, *caput*, CF), integralidade assistencial (art. 198, inciso II, CF), gratuidade (para alguns, decorrente da universalidade; no estado de São Paulo, expresso no art. 222, inciso V, da Constituição do estado; hoje, previsto no inciso I do art. 2º da Lei Complementar n. 141/2012), descentralização (art. 198, inciso I, CF), regionalização e hierarquização (art. 198, *caput*, CF) e participação da comunidade (art. 194, inciso VIII; art. 198, inciso III, CF)⁸.

Decorridos mais de 25 anos da criação do SUS, um impressionante projeto de inclusão social nem sempre compreendido adequadamente pela sociedade brasileira⁹, é possível identificar os avanços conseguidos em termos de saúde pública no nosso país, sem se esquecer de graves deficiências que ainda persistem e precisam ser enfrentadas. Dessa forma, reconhecendo sucessos e problemas, é possível continuar na luta pela saúde pública e pela consolidação do SUS.

II – História pregressa e avanços do SUS

No início do século XX, a economia brasileira era essencialmente agrária e voltada à atividade exportadora, razão pela qual os governantes, em matéria de saúde pública, preocupavam-se quase que exclusivamente com o sanitarismo, ou seja, com ações destinadas à limpeza e incolumidade dos espaços por onde circulavam mercadorias destinadas à exportação, com vistas a controlar doenças que pudessem prejudicar o comércio exterior. Com a intensificação do processo de industrialização, o panorama sanitário brasileiro mudou um pouco, mas ainda prevalecia um conceito de saúde bastante restrito, cujo tratamento deveria ocorrer em grandes hospitais privados com superespecialistas. O modelo assistencial-privatista no Brasil daqueles anos era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (Inamps), que quase sempre

6 Veja-se, a respeito, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976, firmado por estados-partes que se comprometem a “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (art. 12, item 1) (COMPARTO, 2010, p. 349-378).

7 No preâmbulo da Constituição da OMS: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

8 Para uma análise detalhada de cada um destes princípios, cf. Mapelli Júnior, Coimbra e Mattos (2012, p. 24-29).

9 Nesse sentido, alguns autores falam da ausência de uma “consciência sanitária” no Brasil, que compreenda a dimensão social do direito à saúde e a importância do SUS (PAIM, 2009, p. 132).

contratava os serviços da iniciativa privada, por meio de insuficientes recursos da previdência, e os disponibilizava apenas àqueles que tinham trabalho formal e contribuíam com impostos¹⁰.

Havia duas categorias de cidadãos, os previdenciários e os indivíduos “sem cobertura”, grandes desigualdades de acesso e tratamento, concentração dos recursos de saúde nos grandes centros urbanos e nas regiões mais ricas do país, e uma medicina curativa contratada na iniciativa privada. Os insuficientes recursos públicos eram disputados pelo Ministério da Previdência Social, responsável pela assistência médica e odontológica, e pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, responsáveis pela vigilância sanitária e epidemiológica, imunização, combate aos vetores de zoonoses, algumas endemias (por exemplo, hanseníase) e grandes hospícios. A disputa pelos insuficientes recursos, as dificuldades organizacionais decorrentes do duplo comando e a lógica da formação da rede segundo a oferta privada de serviços consolidaram um modelo marcado pelo aumento crescente de gastos e péssimos indicadores de saúde, como se verifica pela taxa de mortalidade infantil no Brasil dos anos de 1980, que era de 82,8 óbitos de menores/ano por 1.000 nascidos vivos, no Nordeste chegando a 117,6 óbitos¹¹.

A mudança de paradigma – saúde pública e gratuita para todos, com base no perfil epidemiológico – foi inquestionavelmente a primeira grande conquista do SUS, que alterou esse modelo assistencial-privatista e construiu uma rede de serviços bem mais abrangente, com uma ampliação significativa do acesso da população às ações e serviços públicos de saúde. O SUS tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, gratuito e universal¹², dele dependendo hoje cerca de 145 milhões de brasileiros, ou seja, 75% da população, que somente no estado de São Paulo chegam a 23 milhões de pessoas atendidas exclusivamente pela rede pública de saúde (55% da população paulista). E o sistema público de saúde brasileiro não se restringe mais à cura de doenças, mas persegue a integralidade na assistência (art. 198, II, CF), compreendendo desde atividades de prevenção e promoção da saúde mais básicas (atenção básica ou primária), como vacinação, o combate a vetores de zoonoses, os cuidados materno-infantis, o planejamento familiar, a detecção precoce de doenças para tratamento (hipertensão, diabetes etc.) e os medicamentos essenciais, a procedimentos de alta complexidade e custos elevados, como o programa para portadores de Aids/HIV, tratamento oncológico, hemodiálises, transplantes de órgãos e os programas gratuitos de medicamentos de alto custo.

Mesmo para aqueles que têm planos e seguros privados de saúde são atendidos pelo SUS com regularidade, quando procuram os serviços de urgência e emergência (prontos-socorros públicos), os medicamentos de alto custo (componente especializado da assistência farmacêutica) e os procedimentos de alta complexidade¹³.

Aliás, todos os brasileiros, tenham planos e seguros de saúde ou não, sempre são usuários do SUS nas ações de saúde coletiva, como a vigilância sanitária e epidemiológica, o combate de vetores, o controle de epidemias e endemias e os programas de imunização¹⁴.

10 Esse modelo “contributivo” tinha previsão no art. 158, inciso XV, da Constituição Brasileira de 1967. A mudança de paradigma com o novo regime jurídico do SUS, modelo universal de assistência, bem como, a legislação sanitária básica que lhe dá suporte, foram analisadas por Mapelli Júnior, Coimbra e Mattos (op. cit., p. 21-60).

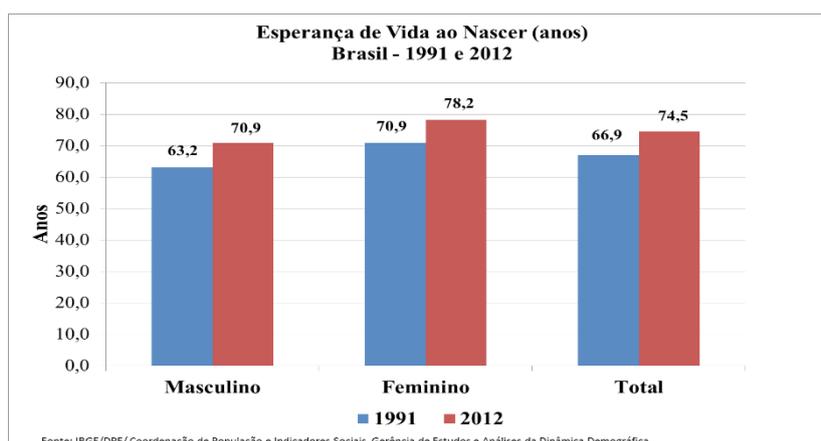
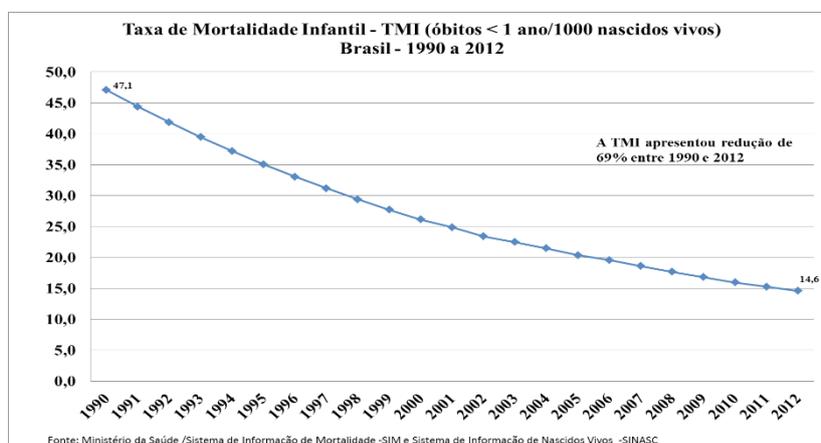
11 Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis em: <www.ibge.gov.br>.

12 Foi a Conferência Nacional de Saúde de 1986 que reconheceu a saúde como direito a ser garantido por um modelo público unificado, de responsabilidade do Ministério e das Secretarias de Saúde, para afastar a fragmentação de comandos e a disputa pelos recursos financeiros. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) tornou-se o SUS da CF de 1988 (arts. 196 a 200).

13 A respeito da interferência da saúde suplementar na saúde pública (SUS) por meio da perniciosa judicialização de demandas individuais descoladas das políticas públicas de saúde, sem que os pacientes ingressem no SUS, veja-se Silva e Terrazas (2011); Mapelli Júnior (2013); e Brasil (2011).

14 Na área de medicina preventiva, costuma-se citar como exemplo de sucesso a eliminação da poliomielite em 1989, a ausência de casos autóctones de sarampo desde 2000 e a vacina para gripe para idosos e pessoas com saúde debilitada.

Com esse quadro de ampliação do acesso e do conceito de saúde, o perfil epidemiológico do Brasil melhorou significativamente a partir dos anos de 1990, como comprovam dados dos sistemas de informações do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Datasus), notadamente os Indicadores e Dados Básicos (IDB), como os indicadores de mortalidade infantil, neonatal e materna, de doenças crônicas como o câncer e a Aids, e os indicadores de morbidade das mais diversas patologias, como sarampo, difteria, febre amarela, hepatites, sífilis, meningite, Aids, tuberculose, dengue e hanseníase¹⁵. A título de exemplo, esses dois gráficos demonstram como a taxa de mortalidade infantil no Brasil vem diminuindo drasticamente e a esperança de vida ao nascer aumentando, entre os anos 1990 e 2012:



Outra importante inovação trazida pelo SUS foi a ênfase nas políticas públicas de atenção básica ou primária, como porta de entrada do sistema, responsável pelos atendimentos iniciais e pela coordenação do cuidado, ainda que o usuário tenha que ser referenciado para serviços de maior complexidade, conforme defendem diretrizes internacionais¹⁶: o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia bem sucedida, é reconhecido internacionalmente pela OMS como um programa que humaniza o atendimento e o aproxima das necessidades mais básicas da comunidade.

A respeito dos serviços especializados, são inúmeros os procedimentos de alta complexidade e custo elevado proporcionados ao usuário do SUS, como os do sistema nacional de transplantes¹⁷.

A eles se somam diversos programas específicos para o tratamento integral de patologias, como a política nacional de atenção oncológica (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, medicamentos etc.), todos disponibilizados nos hospitais credenciados conhecidos por Unidades de Assistência

15 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>>.

16 Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na antiga URSS entre 6 e 12 de setembro de 1978, cujas diretrizes privilegiam o cuidado primário e não mais a assistência em hospitais altamente especializados. Mapelli Júnior (2013, p. 457-484).

17 O sistema público de transplantes de órgãos do Brasil é o maior do mundo, com cerca de 40% dos transplantes realizados no estado de São Paulo; na cidade de São Paulo, aliás, o Hospital Estadual do Rim e Hipertensão há 10 anos é o líder mundial de transplante renal.

de Alta Complexidade em Oncologia/Unacon e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/Cacon), dos portadores de HIV/Aids¹⁸, de Hepatite C e de outras doenças crônicas.

É oportuno o registro, ainda, da importância do SUS no aprimoramento de nossa democracia, pois a institucionalização das políticas públicas de saúde por meio da negociação e da pactuação dos gestores federal, estadual e municipal, transformando-as em políticas de Estado e não de determinados partidos políticos, em uma espécie de federalismo cooperativo e consensual¹⁹, é algo inovador que tem chamado a atenção da comunidade internacional. As discussões e os acordos nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), órgãos que hoje têm previsão legislativa (Lei n. 12.466 de 24 de agosto de 2011), são um exemplo de construção democrática dos programas governamentais.

A conclusão que se extrai do exposto, portanto, é que sob diversos ângulos é possível identificar sucessos na trajetória de implementação do SUS, mas a insatisfação dos brasileiros com a saúde apresentada nas manifestações populares de junho de 2013 exige que, em vez de comemorar, é preciso se preparar para enfrentar os graves problemas que ainda atingem a assistência em saúde no Brasil.

III – Desafios

De fato, apesar do interessante processo de municipalização das ações de serviços de saúde, em redes que deveriam estar organizadas para proporcionar atendimento em níveis hierárquicos²⁰, frequentemente ocorre uma fragmentação nas redes de serviços, que funcionam como pontos isolados sem a devida integração. A integração entre as unidades de atenção básica, porta de entrada e local de resolução dos problemas essenciais de saúde, com os serviços de maior complexidade (ambulatórios especializados, hospitais gerais e especializados) ainda é muito precária, ficando o usuário muitas vezes caminhando de uma unidade a outra, sem que realmente lhe sejam proporcionados serviços articulados e contínuos (art. 7º, II, LOS). Aqui, é preciso avançar na construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e na formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap), previstos no Decreto Federal n. 7.508 de 28 de junho de 2011.

Problema crucial ainda sem perspectiva de solução é a ausência de financiamento suficiente e estável para o SUS, que se agrava com as mudanças na tecnologia médico-hospitalar e os novos medicamentos de alto custo, de um lado; e o envelhecimento da população, com novos padrões epidemiológicos de morbimortalidade (ampliação das doenças crônico-degenerativas em relação às doenças infectocontagiosas) e a utilização mais prolongada e custosa dos serviços de saúde, de outro.

Os registros indicam o decréscimo anual da contribuição financeira da União para a saúde, por não exigir a legislação sanitária um patamar mínimo obrigatório de financiamento²¹, e a última pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre um *ranking* de países em investimentos em saúde coloca o Brasil em uma vergonhosa 72ª posição, com uma média anual de US\$ 317 por

18 Com o fornecimento gratuito do coquetel de medicamentos anti-retrovirais para Aids e campanhas de prevenção e diagnóstico precoce que levaram, entre outras coisas, à diminuição da transmissão vertical da doença (mãe-filho) e da mortalidade, o programa de Aids do Brasil é considerado o melhor do mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

19 Santos e Andrade (2009, p. 109-110); Carvalho Filho (2012, p. 351-352).

20 Embora não seja escopo deste artigo detalhar a questão, registro que esse processo histórico foi sendo construído por meio de Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) do Ministério da Saúde nos anos 1990, pelo Pacto pela Saúde de 2006, geralmente por mera adesão de estados e municípios a programas do Ministério da Saúde, detentor da maior parte dos recursos financeiros. Hoje, porém, espera-se a mudança dessa sistemática por meio de instrumentos criados pelo Decreto Federal n. 7.508/2011.

21 Ao contrário dos estados e dos municípios. O projeto de lei que se converteu na Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a EC n. 29/2000 e os recursos para a saúde, foi modificado para retirar os previstos 10% de impostos da União. Sobre o subfinanciamento do SUS, cf. Carvalho (2010).

pessoa, 40% mais baixo do que a média internacional (US\$ 517), em posição inferior a países da América do Sul, como Argentina, Uruguai e Chile, e mesmo a países africanos²².

Estatísticas que consideram o total dos gastos em saúde, públicos e privados, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) de países que integram a *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), no período de 1970 a 2010, comprovam o crescimento contínuo das despesas, mas quase sempre com um aumento substancial dos gastos públicos em relação aos privados. No caso do Brasil o que ocorre é o contrário, pois, apesar do aumento dos gastos em saúde no período de 2000 a 2010 (7,2% a 9%), o gasto público brasileiro corresponde apenas a 47% destes recursos, ficando o restante para o setor privado. Evidentemente a conta não fecha, pois o SUS, assim, dispõe de menos da metade dos recursos de saúde no Brasil para atender a cerca de 75% da população, que não dispõe de planos privados de saúde ou que se utilizam da rede pública em determinado momento de suas vidas²³.

A realidade prática tem demonstrado, por outro lado, que os gestores do SUS precisam se esforçar para a criação de mecanismos de formação adequada de recursos humanos, pois os médicos públicos devem se voltar mais para a saúde coletiva e menos para as especialidades, como ocorreu em países como a Inglaterra e o Canadá, que investiram em médicos generalistas. As demais profissões de saúde precisam ser atualizadas também, com conhecimentos de saúde pública e funcionamento do SUS, para melhor atender aos pacientes. Para o enfrentamento desses problemas, são interessantes iniciativas como modificação nos currículos das faculdades, influência no sistema de residência, educação continuada e apoio técnico por meio de matriciamento, com o uso de telemedicina e técnicas assemelhadas para a discussão de casos. Outros profissionais, frequentemente ignorados, como administradores, técnicos de informática e advogados sanitários precisam integrar os quadros profissionais do SUS.

Os desafios de gestão do SUS, diante das deficiências organizacionais já mencionadas, também são grandes, pois é preciso buscar modelos gerenciais mais eficazes, menos burocratizados e mais voltados para a busca de resultados (fixação de metas de produção e redução de indicadores desfavoráveis). Nesse sentido, é preciso aprimorar o planejamento em saúde, com base em dados informatizados confiáveis que traduzam o real quadro epidemiológico da população, e promover programas públicos estrategicamente escolhidos, em razão das limitações orçamentárias, com a previsão de controle e avaliação de impacto. Somente assim distorções podem ser corrigidas, dando-se resolutividade à atenção básica ou primária, que precisa ter linhas de cuidado, protocolos de atendimento e acompanhamento contínuo do tratamento do usuário, e uma qualificação maior aos hospitais e serviços mais complexos, que frequentemente têm baixa ocupação de leitos e atendimento baseado exclusivamente nos interesses dos profissionais e das faculdades.

Ainda é preciso vigilância contra aqueles que querem se utilizar do SUS como palanque político, como às vezes ocorre nos órgãos de pactuação dos gestores ou nos Conselhos de Saúde, que precisam de qualificação e apoio técnico para melhor atuar na defesa do interesse público.

A indicação dos problemas atualmente enfrentados pelo SUS ficaria incompleta sem menção à judicialização da saúde, que no Brasil se caracteriza em grande parte como o ajuizamento de demandas individuais de medicamentos, produtos e tratamentos sem evidência científica, por meio de prescrições médicas irregulares, fora dos protocolos clínicos e listas oficiais do SUS, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou importados²⁴, o que significa o aumento de custos não previstos e a desorganização nas políticas públicas. Sem deixar de reconhecer que eventuais falhas do SUS podem ser corrigidas pelo Poder Judiciário, a apreciação da saúde pública não pode ser afastada (art. 5º, XXXV, CF), é preciso que os gestores se articulem para buscar alternativas de solução extrajudicial dos conflitos, preferencialmente por meio de triagem farmacêutica

22 Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>.

23 Dados da OECD – 10/2/2014, disponíveis em: <OECD.stat>, e da OMS – 2013, disponíveis em: <<http://www.who.int/en/>>, citados e analisados dessa forma por Mendes e Bittar (2014).

24 As decisões judiciais, em regra, sequer consideram a legislação sanitária que proíbe os medicamentos e produtos sem registro na Anvisa e importadores, para segurança dos próprios usuários, em especial o art. 12 da Lei n. 6.360 de 23 de setembro de 1976 e o art. 19-T da Lei Orgânica da Saúde, na alteração da Lei n. 12.401 de 28 de abril de 2011.

e possibilidade de conciliação pré-processual, ou câmaras técnicas para a análise de casos excepcionais, muitas vezes com a participação de atores externos – como o Ministério Público²⁵.

IV – Para terminar

Estas, enfim, as ponderações interessantes a fazer sobre os avanços e os desafios do SUS, mas que fique registrada a convicção e a luta dos militantes da saúde pública do Brasil, que acreditam na viabilidade do SUS em plena sociedade pós-capitalista e globalizada, para que o Poder Público, em parceria com a sociedade civil, possa garantir uma vida digna e saudável para todos os cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Assistência Farmacêutica no SUS. In: **Para entender a gestão do SUS 2011**, v. 7, Brasília: CONASS, 2011.

CARVALHO, Eurípides Balsanuo (org.). **O financiamento da saúde no Brasil**: um debate sobre a vinculação constitucional de recursos para a saúde, dívida pública e projeto de reforma tributária. **São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp)**, 2010.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 25ª ed. rev., ampl. e atual. até a Lei n. 12.587 de 3/1/2012, São Paulo: Atlas, 2012.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The cost of rights**: why liberty depends on taxes. New York e London: W.W. Norton, 1999.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. Ministério Público: atuação na área da saúde pública. In: SABELLA, Walter Paulo; DAL POZZO, Antônio Araldo Ferraz; BURLE FILHO, José Emmanuel (coord.). **MINISTÉRIO PÚBLICO – Vinte e cinco anos do novo perfil constitucional**. **São Paulo: Malheiros Editores, 2013, p. 457-484.**

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. **Direito Sanitário**. **São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP) e Imprensa Oficial do Estado de São Paulo**, 2012.

MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Perspectivas e Desafios da gestão pública no SUS. **Rev. Fac. Ciên.Méd. Sorocaba**, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A cidadania social na Constituição de 1988 – Estratégias de positivação e exigibilidade judicial dos direitos sociais**. **São Paulo: Verbatim**, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PUCCINI, Paulo de Tarso. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3043-3049, 2011.

25 O MP de Minas Gerais formulou a estratégia “Mediação Sanitária”, que reúne Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério Público e Defensoria Pública, Conselhos de Profissão, Assembleia Legislativa e hospitais filantrópicos, e percorre todo o estado para reordenar o SUS e evitar a judicialização da saúde.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos – Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2ª ed., Campinas/SP: Saberes Editora, 2009.**

SILVA, Virgílio Afonso da; TERRAZAS, Fernanda Vargas. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded? In: **Law & Social Inquiry – Journal of The American Bar Foundation**, v. 36, n. 4, p. 825-853, 2011.

WANG, Daniel W. L.; FERRAZ, Octavio Luiz Motta. Pharmaceutical companies vs. the State: who is responsible for post-trial provision of drugs in Brazil? In: **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, n. 40, p. 188-196, 2012.