

2

A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS⁵

Alethele de Oliveira Santos
Lourdes Lemos Almeida⁶
Fernanda Vargas Terrazas

2.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um processo de mobilização da sociedade brasileira em prol da redemocratização nacional e seus princípios constitucionais dizem respeito ao bem-estar social. Dentre as políticas públicas previstas na Constituição Federal (CF/1988), a saúde é a que mais avançou e produziu inclusão social, entretanto, há desafios crescentes: financiamento, recursos humanos e a própria judicialização.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) (BRASIL, 1986) teve seu pensamento, em parte, assumido pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) (BRASIL, 1998), que consagrou o direito à saúde qualificando-o como social e fundamental, e cuja reverberação ocorrerá, neste ano, pela 8^a + 8 CNS (BRASIL, 2018).

O direito à saúde foi alçado a direito de cidadania, social e fundamental, passando a compor o tripé da seguridade social (juntamente

⁵ Artigo finalizado em 21/02/2020.

⁶ *In memoriam*.

2. A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS

Alethele de Oliveira Santos • Lourdes Lemos Almeida • Fernanda Vargas Terrazas

com a previdência e a assistência social), conforme se lê nos artigos 5º, 6º, 23, 30, 196 ao 200 da CF/1988. O SUS é uma política de Estado, o que lhe garante estabilidade – independentemente dos governos – na medida em que a lei máxima determina que as ações e serviços de saúde devem integrar rede regionalizada e hierarquizada, financiada a partir dos esforços de gestão e de financiamento dos entes federados.

O núcleo central do direito à saúde está no artigo 196 da CF/1988, chamando à atenção os elementos trazidos pelo enunciado: (i) “direito de todos”; (ii) “dever do Estado”, (iii) garantido mediante “políticas sociais e econômicas; (iv) que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”; (v) regido pelo princípio do “acesso universal e igualitário”; e, (vi) “às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Entretanto, cabe a lição de que as constituições são o conjunto de objetivos da sociedade, transformado em lei, inclusive para organizá-los e alcançá-los (WOLKMER, 1989). Esse alcance começa com a elaboração da Constituição e segue, pela legislação, até a decisão judicial e, em caso de descumprimento, a execução da sanção. O conteúdo constitucional é garantidor da saúde como direito fundamental, de efeito concreto e aplicação imediata, ainda que sobre tal direito tenha havido a delegação para a regulamentação infraconstitucional. Nessa seara é fácil observar a aplicação de diversas legislações para a área da saúde, sejam elas publicadas com esse objetivo direto, ou ainda que tenham indiretamente tal alcance. No entanto, nem sempre a lei está colada às práticas da vida.

Mesmo o SUS já tendo completado sua terceira década, há, no Brasil, quem pense que não o utiliza, ainda que estando em território brasileiro isso não seja possível. Toda a política de imunizações pertence ao SUS; todo o controle dos alimentos, dos medicamentos, dos portos, dos aeroportos, de preços de medicamentos, toda a atenção primária à saúde, além de número expressivo de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Mas a impressão geral, o senso comum, é que o SUS diz respeito somente à atenção hospitalar e à assistência farmacêutica, o que sem dúvidas é tomar a parte pelo todo.

Cabe ao SUS o exercício de todas essas atribuições, primeiramente porque a legislação nacional tomou para si o conceito de saúde em seu aspecto ampliado, considerados os condicionantes e determinantes sociais. Tal assunção conceitual é derivada, em especial, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que em seu artigo XXV⁷ definiu que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis – o que o direito denomina de direitos fundamentais e sociais, e a saúde considera tais elementos condicionantes e determinantes. Mais ainda, também foi tomado o conceito clássico de “Saúde” definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “um completo estado de bem-estar físico, mental e social” (WHO, 1946), que para além da mera ausência de doenças, buscou, após a Segunda Guerra Mundial, padrões de coesão e convivência minimamente adequados, considerados direitos humanos.

Já o Direito à Saúde refere aspecto social e público, ligado aos movimentos da sociedade e do Estado, responsáveis por definir, conforme conjunturas, as respostas necessárias às questões relacionadas à saúde nos diferentes territórios, individual e coletivamente.

É sobre o futuro do direito à saúde no Brasil que se pretende debater, tomando conceitos sobre federalismo, financiamento, organização da política pública de saúde e as perspectivas de futuro.

2.2 Federalismo na saúde

Sendo o SUS organizado e executado pelos entes federados, é essencial compreender o federalismo brasileiro. Tal qual na relação

⁷ Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo 25. 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. Artigo 25. 2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-25-direito-a-um-padrao-de-vida-adequado/>. Acesso em: 19 mar. 2019.

2. A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS

Alethele de Oliveira Santos • Lourdes Lemos Almeida • Fernanda Vargas Terrazas

federativa, o SUS pressupõe atuação coordenada, contudo, preserva a autonomia que é própria a cada um dos entes, conforme explicitado no artigo 18 da CF/1988.

Sobre as competências comuns, é preciso dizer que, segundo a CF/1988, em seu artigo 23, II, há determinação aos entes federados acerca da prestação dos serviços de saúde. E o artigo 30, inciso VII, confere protagonismo à atuação municipal, que deve, com a cooperação técnica e financeira de estados e da União, prestar os serviços e as ações de saúde.

Sobre a repartição de competências, a CF/1988, como deve ser, não deu detalhes. Já a Lei nº 8.080/1990 trouxe tanto as competências comuns como as específicas de cada ente. A leitura atenta dos artigos da norma infraconstitucional esclarece que coube à União (artigo 16) a elaboração de diretrizes para a política de saúde e o apoio técnico e financeiro aos demais entes; aos estados, a atuação diz respeito à coordenação do território e à execução de serviços de forma suplementar (artigo 17) e também à cooperação técnica e financeira; e, ao município (artigo 18), coube a execução das ações e serviços da saúde.

Entretanto, a realidade que se impõe apresenta uma enorme variedade de perfis dos municípios, seja em termos populacionais – Serra da Saudade, em Minas Gerais, possui cerca de 800 habitantes, e a cidade de São Paulo, 12 milhões de pessoas –, seja pelo perfil epidemiológico, seja por indicadores de desenvolvimento humano ou econômico, o que impede que se tenha único padrão sobre as capacidades e competências deste ente federado em relação ao SUS.

Não é diferente com os estados. Neles, há ambulâncias e “ambulanchas”, portanto, rodovias e rios navegáveis. Há pantanal e cerrado, praias e florestas. Os que devem exercer controle diferenciado do “*Aedes*” e os que vacinam idosos em maio, quando começa o inverno rigoroso. Há estados com adensamento tecnológico e fixação satisfatória de profissionais e outros não. Há arranha-céus e ocas.

E há o Distrito Federal, com competências municipais e estaduais na política pública de saúde, capaz de apresentar diferenças gritantes

de desenvolvimento e renda *per capita*, em seus pouco mais de 5.700 quilômetros quadrados.

O debate sobre o federalismo está ligado à capacidade de arrecadação dos entes federados, o que empurra o raciocínio para o financiamento da política pública de saúde.

2.3 O financiamento do SUS

Não há como falar do SUS, sem incluir, no debate, questões relacionadas ao financiamento. As receitas e as despesas para a concretização do direito à saúde no Brasil estão relacionadas ao orçamento da seguridade social, em conjunto com as políticas de Previdência e Assistência Social.

Já é consenso acadêmico que o SUS padece de subfinanciamento, em que pesem muitas iniciativas sejam rotineiramente implementadas para a melhoria de desempenho e racionalização de custos. Reconhece-se, também, o limite de tais iniciativas, na medida em que aqui reside o dilema “*tostines*”: como melhorar a gestão se não há investimento para a formação e manutenção de recursos humanos, para a modernização de *hardware* e *software*, para a qualificação dos processos de trabalho?

É preciso realçar que esforços foram feitos para tentar garantir a sustentabilidade e estabilidade para o financiamento do SUS: a Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF), a Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29), regulamentada mais de uma década depois, pela Lei Complementar nº 141/2012.

Conforme o regramento estabelecido por estes dispositivos legais, coube aos Estados a aplicação de 12% e, aos municípios, 15% do total de receitas legalmente identificadas e, ao Distrito Federal, a aplicação de percentual híbrido, calculado a partir de impostos estaduais e municipais. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no ano 2018, Estados e DF alcançaram a média de 12,99% e os municípios, 22,93%. No caso de os municípios cumprirem a lei e retrogirem aos seus 15%, em que pese serem indicados como piso, o SUS

2. A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS

Alethele de Oliveira Santos • Lourdes Lemos Almeida • Fernanda Vargas Terrazas

enfrentará crise ainda mais severa que os quadros atuais e o fechamento de serviços, porquanto, a redução de ações em saúde será inexorável!

A União investiu, em 2018, 2,41% mais que no ano 2017, valor menor que a inflação do período⁸. Para a União, mesmo tendo havido clamor dos gestores e da sociedade, em prol do projeto de lei de iniciativa popular conhecido como “Saúde Mais 10”,⁹ não houve fixação legal de percentual sobre as receitas correntes brutas. O quadro de financiamento pela União, historicamente devastador, agravou-se ainda mais desde o ano 2015, com a publicação das Emendas Constitucionais n° 86 (do ano 2015) – que fixou percentual sobre as receitas correntes líquidas – e n° 95 (do ano 2016). Os recursos aplicáveis em saúde são novamente alvo de debate, atualmente *sub judice* no Supremo Tribunal Federal (STF)¹⁰.

O debate sobre o financiamento do sistema público de saúde vai muito além dos orçamentos públicos, na medida em que envolve a regulação do mercado de serviços de saúde; a regulação do complexo médico-industrial; a justificativa para o subsídio estatal nos planos privados de saúde; a equidade na renúncia fiscal; a atuação dos profissionais de saúde e muitas outras ações relacionadas, o que exige raciocínio elaborado e requer compromisso social, em tempos de crise arrecadatória.

Dessa forma, pode-se afirmar que os debates relacionados aos esforços de financiamento estão umbilicalmente ligados à capacidade de gestão, que se manifesta na organização e no funcionamento do SUS.

2.4 Organização e governança

A otimização do financiamento e da organização da gestão pelos entes federados possibilita a efetivação do direito à saúde. Contudo,

⁸ Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siop>

⁹ PLP n° 321 de 2013 da Câmara dos Deputados que se encontra no momento apensado ao PLP n° 123/2012. Informações sobre o PLP disponíveis em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=589775>. Acesso em: 05 ago. 2019.

¹⁰ Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5595, proposta pela Procuradoria-Geral da República (PGR) para questionar dispositivos da Emenda Constitucional (EC) 86/2015.

não se pode deixar de mencionar que o SUS enfrenta questões estruturais para dar concretude à sua conformação: (i) as características do federalismo brasileiro e, dentre elas, a concentração financeira na União; (ii) as desigualdades sociais, sejam elas regionais ou existentes no interior de cada território; (iii) e características próprias do setor saúde como o subfinanciamento crônico, a concorrência com o setor privado, inflação diferenciada, monopólios, patentes, dentre outras tantas.

Ainda assim, todo o esforço organizativo do SUS é para concretizar o conjunto de princípios e diretrizes, válidos para todo território nacional, que expressam os direitos dos cidadãos brasileiros e o dever do Estado na área da saúde. Para dar conta do alcance desses princípios e de uma configuração que possibilite a atuação conjunta dos entes federados, coube – para o modo de organização – a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. Essa descentralização divide competências entre os entes e dá ênfase à municipalização.

Não é razoável esperar que a Constituição e a legislação ordinária deem conta de tamanha diversidade. E por isso, sobre as competências específicas dos entes federados, é importante realçar as atribuições das comissões intergestores, que servem de agentes legiferantes no SUS.

Por sua característica tripartite, a governança no SUS tem um arranjo complexo e sofisticado, de difícil compreensão para atores de outros sistemas. Trata-se do modelo de governança cooperativa, atualmente expresso na Lei nº 8.080 de 1990, e seu decreto regulamentador. As deliberações entre os entes federados se dão: (i) pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em âmbito nacional; (ii) pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), em âmbito estadual; e, (iii) Comissões Intergestores Regionais, em âmbito regional. Este modelo também já está firmado no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e desenha-se, ainda que em passos tímidos, para a segurança pública.

O SUS foi vanguardista na adoção deste modelo que, desde os anos 1990, promove o diálogo entre os entes federados, reconhece as realidades loco-sanitárias, de modo que sua edição normativa ocorre de forma

2. A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS

Alethele de Oliveira Santos • Lourdes Lemos Almeida • Fernanda Vargas Terrazas

dinâmica e ininterrupta. Portanto, as normativas exaradas pelas comissões intergestores também compreendem competências específicas.

A saúde, pela complexidade, não pode ser prestada de forma isolada, portanto pressupõe atuação conjunta entre entes e requer uma repartição de competências capaz de inibir vazios assistenciais ou sobreposições. Descentralizar a competência da União para outros entes não é o suficiente para garantir a efetividade da política pública de saúde. Um município, por si só, pode não conseguir atender a todas as necessidades de saúde de sua população e caberá a ele fazer “alianças”, “pactuações” e, conseqüentemente, dar cumprimento ao princípio da regionalização.

A regionalização no SUS não é uma escolha, é uma determinação constitucional e legal – e uma necessidade. Ela exige a conformação de redes de atenção à saúde, a partir de perfil populacional, epidemiológico e estrutural. As redes de atenção é que são capazes de atender a “referência” e “contrarreferência” do território, considerada a hierarquização da rede de serviços de saúde. Essa hierarquização é traduzida pelos níveis de complexidade dos serviços: atenção primária, secundária e terciária – ou básica, média e de alta complexidade. Todos os municípios devem ter equipes de atenção básica, mas nem todos podem e devem ter hospitais aptos a cirurgias complexas como as cardiovasculares.

A atenção à saúde, por seu componente hospitalar, tem ocupado lugar de destaque nos debates e é um ótimo exemplo para refletir a complexidade das pactuações e deliberações das comissões intergestores. Há atuação de diferentes entes federados nesse tipo de estabelecimento: há hospitais de grande porte sob a gestão do Ministério da Saúde, como os hospitais federais do Rio de Janeiro, assim como há hospitais de grande porte sob a gestão estadual, como os hospitais próprios do Estado do Tocantins, e há hospitais de grande porte sob a gestão de municípios, em especial nas capitais.

A assistência farmacêutica também tem sido protagonista nos debates. Trata-se de elemento fundamental da política pública de saúde.

Tem o propósito de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, o acesso e a promoção do uso racional. Compreende as análises técnicas, a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a incorporação, a elaboração e utilização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

O que importa destacar aqui é que o protagonismo da atenção hospitalar e da assistência farmacêutica nos debates, em especial no que diz respeito à judicialização da saúde e à atuação do Poder Judiciário, pode encontrar explicação nas necessidades de acesso da população aos serviços de saúde, na cultura hegemônica vigente e nos significativos avanços tecnológicos, tanto na área diagnóstica quanto na terapêutica. Pode ter explicação, também, na relação entre um setor produtivo globalizado que defende seus interesses comerciais e o setor público que deve fazer escolhas alocativas.

As escolhas alocativas são feitas por gestores públicos e é sobre elas que se pretende debater doravante.

2.5 Gestores do SUS

O gestor público deve aliar a racionalidade, a observância do binômio custo-efetividade, o não desperdício, a finitude dos recursos financeiros, o benefício para um número maior de pessoas, dentre outros tantos elementos, para tomar uma ou outra decisão, num país de necessidades tão díspares. Compreender e, principalmente, gerir um sistema de saúde que atende a aproximadamente 200 milhões de brasileiros apresenta tarefas desafiadoras que exigem comprometimento e determinação. Seja no âmbito federal, estadual, distrital ou municipal, gerir um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo é uma atribuição muito complexa.

O gestor do SUS age para garantir o direito à saúde da população: planeja, coordena, fiscaliza, é responsabilizado, está submetido aos órgãos de controle, às determinações da lei e da justiça – contudo, sua atuação tem limites, sejam da ordem legal, sejam da ordem financeira.

2. A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS

Alethele de Oliveira Santos • Lourdes Lemos Almeida • Fernanda Vargas Terrazas

Desde a posse do atual Presidente da República, a União segue representada pelo mesmo Ministro de Estado. Considerados os atuais governadores, empossados na mesma data, 01/01/2019, dentre os gestores nomeados para a pasta estadual da saúde, já houve 9 (nove) substituições, ou seja, 1,5% a cada mês. Comparada à gestão anterior – e o parâmetro são os governos estaduais – aumentou em 50% o ritmo de substituição dos gestores estaduais de saúde.

Empiricamente, é possível afirmar que existem fatores ensejadores de tal situação: (i) a coalização partidária dos governos; (ii) o imediatismo, que aliena problemas estruturais; (iii) as dificuldades orçamentárias, financeiras e legais que engessam a atuação das pastas sociais; e também, (iv) a aplicação de penalidades pessoais aos gestores – como a determinação de prisão, as multas pessoais e os sequestro de verbas alimentares; e, (vii) a exposição na mídia e a conseqüente destruição de currículos construídos ao longo de uma vida (SANTOS, 2018). Tais elementos têm contribuído para que os nomes mais preparados não assumam a gestão, ou se já a assumiram, pensem – todos os dias – em deixá-la (SANTOS, 2018).

Há um risco ainda maior, que diz do desinteresse da nova geração em compreender, lutar e gerir a política pública de saúde. Este desafio se estende a todos os trabalhadores da saúde, que devem ser continuamente qualificados, tendo em vista a constante incorporação de tecnologias e incremento no cuidado. Nesta ponderação, há duas premissas a serem perseguidas: (i) o direito social e fundamental à saúde precisa de gestores e técnicos qualificados para a atuação a que se propõem; e (ii) toda malversação do erário deve ser penalizada.

A penalização pressupõe encontrar o delito para apenar aquele que descumpriu a norma ou não tenha produzido os resultados sociais pretendidos, e não buscar meios para apenar gestores inadvertidamente. Portanto, não há que se engrossar as fileiras da “ditadura do controle” capaz de: (i) onerar fortemente os cofres públicos, com poucos recursos inclusive para a própria ação do Estado, na medida em que auditores de receitas e despesas têm salários muito maiores que

dos profissionais ligados à execução, além do fato de que suas atividades são *per se* custosas; e ainda, como diria Gaetani: (ii) criminalizar a administração até se chegar à paralisia, vez que “ninguém quer ficar sujeito a interpretações de órgãos de controle que, em muitos casos, não dominam plenamente as complexidades do assunto e partem do princípio de que o funcionário é suspeito: *in dubio pro societate*” (BRASIL, 2018b).

Pois bem, se tudo deve reverter-se para a sociedade, que a ela seja dada a palavra!

2.6 Participação Social

Primeiramente, dá-se destaque para a *participação democrática*, considerada fundamental ao “novo constitucionalismo” na América Latina, conforme ênfase dada por autores como Wolkmer (1989; 2001), Almeida (2002), Dalmau e Pastor (2010), Carbonell, Orozco e Vasquez (2002). A participação da comunidade veio expressa na CF/1988 do Brasil, em relação ao direito à saúde.

A Lei nº 8.142/1990 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e estabeleceu que cada esfera de governo, além de organizar e manter conselhos de saúde, deve realizar conferências (art. 1º, caput) com periodicidade de quatro anos. Fortalece e amplia o movimento da sociedade em prol do direito à saúde, na medida em que promove incorporação diuturna de atores e estimula o envolvimento de diferentes segmentos e sujeitos.

Conforme a lei em comento, o conselho de saúde é órgão colegiado composto por quatro segmentos: (i) representantes da gestão, (ii) dos prestadores de serviço, (iii) profissionais de saúde e (iv) usuários, que em caráter permanente e deliberativo atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive em aspectos de ordem econômica e financeira determinados pela lei. A representação paritária (25% de trabalhadores de saúde; 25% de prestadores de serviços – públicos e privados;

2. A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS

Alethele de Oliveira Santos • Lourdes Lemos Almeida • Fernanda Vargas Terrazas

50% de usuários) foi estabelecida como forma de garantir a participação da comunidade.

Os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais, distrital e municipais) integram, respectivamente, a estrutura do Ministério da Saúde, assim como das secretarias de saúde, e suas decisões, também denominadas Resoluções, são (ou não) homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A participação e o controle social no SUS têm, como principais espaços, as Conferências e os Conselhos de Saúde. As conferências, observada publicação técnica denominada Conass Documenta nº 18, produzem um número cada vez maior de resoluções, desde a 8ª conferência. Afirma-se que, se por um lado o quantitativo crescente reflete a complexidade da sociedade e seus respectivos interesses, de outro perde materialidade e possibilidade de execução (BRASIL, CONASS, 2019).

Em análise de mais de 4.000 conselhos de saúde, no ano 2017, o Tribunal de Contas da União (TCU) indicou que: (i) 2% dos conselhos estaduais e municipais de saúde possuem capacidade aprimorada de governança organizacional pública; (ii) 63% dos conselhos estaduais estão no estágio inicial de governança e 37% no intermediário; (iii) 93% dos conselhos estaduais e 53% dos conselhos municipais de saúde estariam no estágio inicial de capacidade para o quesito liderança; (iv) cerca de 70% dos conselhos municipais de saúde estariam no estágio inicial de capacidade para o quesito controle, na medida em que não há adoção de gestão por avaliação de riscos (BRASIL, TCU, 2019). O levantamento possui método bem descrito pela unidade técnica e possui detalhamento acessível ao público.

A exigência da participação social na reformulação e incremento do sistema público de saúde do Brasil, pelo menos até os dias de hoje, em que pese ter altíssima significância, não foi o suficiente para garantir-lhe financiamento adequado, sustentabilidade e a ampliação necessária de oferta.

Ainda que, aparentemente, não tenha alcançado toda a capacidade valorativa dos conselhos e conferências em prol do SUS, talvez

já seja o momento de dar passos à frente. Vários países têm discutido questões relacionadas ao envolvimento dos cidadãos desde a concepção até a avaliação de políticas de saúde, a chamada ‘democracia sanitária’ (BRÉCHAT; GROSSET; TABUTEAU, 2018), resguardados os riscos de que a representação se contamine com interesses de grupos de pressão, indo além da compreensão do “controle social” para que as maiorias desarticuladas consigam ter voz e vez de modo a viabilizar suas demandas.

Considerações Finais

Há desafios que andam *pari passu* com o SUS desde seu nascimento, quais sejam: financiamento adequado, o modelo de atenção à saúde centrado – ainda – em hospitais, os custos crescentes da assistência e as questões relacionadas aos recursos humanos. Tudo isso conjugado aos interesses de mercado, às relações de dependência dos entes federados e do Estado Brasileiro no que se refere às políticas monetárias e tecnológicas dos países detentores de moeda forte e capacidade inovadora.

Há ainda os movimentos contrários à sustentabilidade do setor público, seja pela intermediação da saúde suplementar, seja pelos grupos de pressão formados pelos fornecedores de tecnologias e serviços de saúde.

Contudo, a necessidade de que: (i) se fortaleça a Administração Pública em detrimento dos segundo e terceiro setores; (ii) se reconheça gastos em progressão – face ao envelhecimento populacional, à ascensão tecnológica, às alterações epidemiológicas e nutricionais – e que se dote o sistema público de financiamento, efetivo e sustentável; e (iii) se reforcem os objetivos do Estado de bem-estar social, para fazer avançar não somente o setor saúde, mas ele especialmente, chama os poderes da república para um exercício de concertação em prol do direito à saúde, de forma a retomar a primazia do interesse público.

Ao constatar que o SUS é fundamentado na solidariedade social,

2. A IMPORTÂNCIA SOCIAL DO SUS

Alethele de Oliveira Santos • Lourdes Lemos Almeida • Fernanda Vargas Terrazas

reconhece-se, também, que não é um sistema “pronto e acabado” e que carece da atuação responsável dos poderes da república, sob pena de afrontar o espírito do constituinte originário que concebeu tais bases para o sistema público de saúde e esgarçar ainda mais o tecido social.

Referências

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p. 905-25, 2002.

BRASIL. **Relatório Final da VIII CNS**, 1986. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 05 jul. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 jul. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 594, de 9 de Agosto de 2018**, 2018a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso594.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 jul. 2019.

BRASIL. CONASS. **Caderno Conass Documenta N 18**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-18/>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. **Jornal Valor Econômico**, 2018b. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2018/4/20/presidente-da-enap-eppgg-francisco-gaetani-publica-artigo-a-governabilidade-da-administracao-em-jogo-no-valor-econmico>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. TCU. **Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde** [internet]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/saude/governanca-em-saude/resultados.htm>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRÉCHAT, P. H.; GROSSET, M.; TABUTEAU, D. La stratégie nationale de

santé, un défi pour la démocratie sanitaire. **Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie**, n. 18, 2018. Disponível em: <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/hal-01770487/document>. Acesso em: 22 jun. 2019.

CARBONELL, M.; OROZCO, W.; VAZQUEZ, R (Org.). **Estado de Derecho: concepto, fundamentos y democratización em América Latina**. México: Siglo Veintiuno, 2002.

MARINEZ DALMAU, R.; VICIANO PASTOR, R. Aspectos generales del nuevo constitucionalismo latinoamericano. In: **El Nuevo Constitucionalismo en América Latina: memorias del encuentro internacional el nuevo constitucionalismo: desafíos y retos para el siglo XXI**. Quito: Corte Constitucional del Ecuador, 2010. p. 9-44.

SANTOS, A. O.; CARVALHO, M. V.; BARROS, F. C. Preocupações brasileiras: futebol e saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, p. 146-153, 2018.

WOLKMER, A. C. **Constitucionalismo e Direitos Sociais no Brasil**. São Paulo: Acadêmica, 1989.

WOLKMER, A. C. **Pluralismo Jurídico: fundamentos de uma nova cultura do direito**. 3. ed. São Paulo: Alfa Omega, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra: WHO, 1946.