

A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde - SUS

Health in Brazil, dilemmas and challenges faced by the Brazilian Public Health System

Salud en Brasil, los dilemas y desafíos que enfrenta el Sistema Único de Salud

Nemésio Dario Almeida

Universidade Federal de Pernambuco

Resumo

Este artigo discute a política atual da saúde no Brasil, os impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no percurso pela sua implementação. O direito à saúde praticamente se confunde com o direito à vida. Ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalhos saudáveis, moradia digna, saneamento básico eficiente, meio ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, informação. É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes em relação às quais o SUS apresenta-se como uma proposta nesta mesma direção. Nas últimas décadas, o setor da saúde passou por impressionantes transformações em importantes aspectos demográficos, epidemiológicos, nutricionais e tecnológicos. Segue também uma exposição sobre estas mudanças que interferem diretamente na saúde da população. A transição demográfica se verifica na expectativa de vida no Brasil que tem apresentado evolução significativa nas últimas décadas.

Palavras-chave: Saúde pública; Serviços de saúde; SUS.

Abstract

This paper discusses the current health policy in Brazil, the dilemmas and challenges faced by the Brazilian Public Health System (SUS) in the journey for its implementation. The right to health is practically indistinguishable from the right to life. Being healthy requires proper nutrition, healthy working conditions, decent housing, and sanitation, efficient, environmentally safe and well maintained, the possibility of leisure information. Therefore, it is the result of determining a set of the Brazilian Public Health System which presents itself as a proposal in this direction. In recent decades, the health sector has undergone amazing transformations in major demographic, epidemiological, nutritional and technological. It also follows an account of these changes that directly affect the health of the population. The demographic transition - life expectancy in Brazil has made significant progress in recent decades.

Key-words: Public health; Health services; SUS.

Resumen

Este artículo presenta la actual política de salud en Brasil, los callejones sin salida y los desafíos que enfrenta el Sistema Único de Salud (SUS) en el camino para su implementación. El derecho a la salud es prácticamente indistinguible de la del derecho a la vida. Estar sano requiere una nutrición adecuada, condiciones sanas en el trabajo, vivienda digna, saneamiento, eficiente, medio ambiente seguro y bien cuidado, posibilidad de tiempo libre e información. Por consiguiente, es el resultado de un conjunto de determinaciones en cuya dirección el SUS se presenta como una propuesta. En las últimas décadas, el sector salud ha sufrido considerables transformaciones en importantes aspectos como el demográfico, epidemiológico, nutricional y tecnológico. También se expondrá los cambios que afectan directamente la salud de la población. La transición demográfica se verifica en la expectativa de vida que en Brasil ha logrado avances significativos en las últimas décadas.

Palabras-clave: Salud pública; Servicios de salud; SUS.

Introdução

*E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte serverina:*

*...
de fraqueza e de doença
é que a morte Severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida.*

*Morte e vida Severina,
João Cabral Melo Neto*

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma nova atenção à saúde a partir da concepção que não compreende a saúde apenas como a ausência de doença, mas parte do entendimento e qualidade de vida. A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) é marco inicial para criação deste SUS em que um de seus artigos preceitua que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. No SUS, as ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos

Endereço 1: Rua Adonis de Souza, 26. Cep: 51110-210. Recife – PE – Brasil.

princípios da universalidade, integridade e equidade. Este Sistema propõe uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. O princípio de integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre a pessoa destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.

Fato é que, com suas qualidades e defeitos, o SUS é reconhecido no país e fora dele como uma política pública importante e com grande potencial. Em 2011, a renomada revista científica internacional *The Lancet* publicou uma série de artigos com o intuito de apresentar à comunidade internacional a experiência brasileira, ressaltando que “o Brasil vive um período de transição, mas encontra-se em uma excelente posição para atingir suas ambiciosas aspirações, graças ao seu compromisso histórico com a saúde pública e a sua atual força política e econômica” (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011, p.1795).

Este trabalho foi desenvolvido metodologicamente por meio de levantamento bibliográfico, a partir da análise de documentos produzidos pelo Governo brasileiro, particularmente pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2011f, 2011g; IBGE, 2007, 2009a, 2009c), em relação às políticas direcionadas a saúde e o SUS, também foram pesquisados autores (Carvalho, 2001; Guareschi, N. M. F.; Bennemann, T.; Dhein, G.; Reis, C. & Machry, D. S., 2010; Machado, 2011; Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011) que vêm trabalhando as questões pertinentes a saúde e o SUS no Brasil.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), em 2008, a expectativa de vida dos brasileiros, ao nascer, chegou há 72 anos, 10 meses e 10 dias. A média entre os homens é de 69,11 anos e, entre as mulheres, 76,71. De 1980 a 2000, a população de idosos cresceu 107%, enquanto a dos jovens de até 14 anos cresceu apenas 14%. Em 1980, as crianças de 0 a 14 anos correspondiam a 38,25% da população e, em 2009, elas representavam 26,04%. Entretanto, o contingente com 65 anos ou mais de idade pulou de 4,01% para 6,67% no mesmo período. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,17% da população total.

Tem-se constatado que no Brasil as condições de vida em geral trouxeram maior longevidade à população. A faixa etária de idosos aumentou e já chega a 21 milhões de pessoas. As projeções apontam para a duplicação deste contingente nos próximos 20 anos, ou seja, ampliação de 8% para 15%. Por outro lado, o percentual de crianças e jovens está

em queda. Uma das justificativas para este fato é a diminuição do índice de fecundidade por casal, que, em 2008, caiu para 1,8 filhos, o que aproxima o Brasil dos países com as menores taxas de fecundidade. Como a mortalidade infantil ainda é alta em relação aos melhores indicadores - 19,88 óbitos por mil nascidos vivos em 2010 (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011) - verifica-se a preocupante diminuição percentual da faixa etária mais jovem. Assim sendo, uma impactante transição demográfica está em curso no país.

Levando-se em conta tais perspectivas, esta transição demográfica mudará o perfil da população brasileira. Conforme levantamentos, em 2050, haverá 100 milhões de indivíduos com mais de 50 anos, causando reflexos diretos no campo da saúde. Por outro lado, o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), procedido pelo IBGE (2009a), em 2008, apenas 22,6% dos idosos declararam não ter doenças. Entre aqueles com 75 anos ou mais, este percentual caiu para 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de alguma doença crônica, especificamente na faixa a partir de 75 anos, o percentual atingia 54%. A hipertensão afeta metade dos idosos. Dores na coluna, artrite, reumatismo são doenças muito comuns entre as pessoas de 60 anos ou mais.

Os resultados desse levantamento advertem que, se não for implantada uma política de prevenção de doenças e promoção da vida saudável, haverá uma população de idosos com vários problemas de saúde, o que transtornará o sistema de saúde e dificultará seu financiamento. Esta estimativa mostra a real necessidade do trabalho de identificação precoce dos fatores de risco para doenças como problemas cardiovasculares (como a hipertensão arterial); tabagismo; diabetes; sedentarismo; obesidade; dislipidemias (colesterol e/ou triglicérides aumentados), bem como para doenças relacionadas à dependência química. Por terem repercussões no indivíduo, na família e na sociedade, elas devem ser prioridade de qualquer gestor de saúde.

Temos também que as doenças infecto-parasitárias, com desfecho rápido, eram as principais causas de morte na população brasileira, em um passado bem recente, chegando a 26% do total de mortes (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011). Nas últimas décadas, porém, este panorama alterou-se e tais doenças, atualmente, representam apenas 6,5% dos óbitos. No entanto, as doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, demências), os cânceres (neoplasias) e as causas externas (mortes violentas) adquiriram o papel central de causas de mortalidade. O tratamento e a reabilitação dos pacientes acometidos por estas doenças figuram entre os altos custos do sistema de saúde (IBGE, 2009b).

Em relação ao aspecto nutricional o mesmo

proporcionou mudança no padrão físico do brasileiro. O excesso de peso ou sobrepeso e a obesidade (índice de massa corpórea entre 25 e 30 e acima de 30, respectivamente) explodiram. Segundo o IBGE (2009b), em 2009, o sobrepeso atingiu mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade; cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos; 48% das mulheres; 50,1% dos homens acima de 20 anos. Também conforme dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), 48,1% da população brasileira estão acima do peso, 15% são obesos (Brasil, 2010). Tais dados apontam para um quadro de verdadeiro aumento do número de brasileiros obesos. Conforme dados do IBGE, desde 2003, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) indica que as famílias estão substituindo a alimentação tradicional na dieta do brasileiro (arroz, feijão, hortaliças), pela industrializada, mais calóricas e menos nutritiva, com reflexos no equilíbrio do organismo, podendo resultar em enfermidades, por exemplo, no descontrole da pressão arterial (IBGE, 2009b).

Nesse estudo, o presente artigo tem como objetivo problematizar a política atual da saúde no Brasil, os impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na sua trajetória pela sua concretização. O direito à saúde praticamente se confunde com o direito à vida. Ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalhos saudáveis, moradia digna, saneamento básico eficiente, meio ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, informação. É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes os quais o SUS apresenta-se como uma proposta nesta direção. Dessa forma, trata-se praticamente de um estudo bibliográfico, em que procuramos explorar artigos e documentos oficiais de entidades brasileiras e internacionais, que abordassem o tema saúde e o SUS.

Temas preocupantes da saúde pública no Brasil

De acordo com o conteúdo apresentado e os autores estudados (Brasil, 2010, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2011f, 2011g; Carvalho, 2001; IBGE, 2007, 2009a, 2009c; Machado, 2011; Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011) é possível focar 5 temas inquietantes para a saúde atualmente: doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, cânceres, doenças renais crônicas e outras); doenças transmissíveis (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tuberculose, hanseníase, influenza ou gripe, dengue e outras); fatores comportamentais de risco modificáveis (tabagismo, dislipidemias por consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, obesidade, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, inatividade física e sedentarismo); dependência química e uso crescente e disseminado de drogas lícitas e ilícitas (álcool, crack, oxi e outras);

causas externas (acidentes e violências).

Doenças não Transmissíveis (DNT)

Quando se fala em DNT temos que elas representam sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde, 2006) mostram que as DNT são responsáveis por 58,5% das mortes ocorridas no mundo e por 45,9% das enfermidades que acometem as populações. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram por doenças crônicas, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (OMS, 2006). Em 2007, as DNT respondiam por aproximadamente 67,3% das causas de óbitos no Brasil e representavam cerca de 75% dos gastos com a atenção à saúde (Brasil, 2011b). As doenças cardiovasculares correspondiam às principais causas, com 29,4%, de todos os óbitos declarados (Machado, 2011).

E ainda conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2011b) estima-se que a hipertensão atinja 23,3% dos brasileiros, ou seja, 44,7 milhões de pessoas. Deste montante, apenas 33 milhões têm ciência de seu diagnóstico ou de diagnóstico auto-referidos. Apenas 19% têm a pressão sob controle entre aqueles que estão em tratamento. Em relação ao gênero, a hipertensão atinge mais as mulheres (25,5%) do que os homens (20,7%). O diagnóstico de hipertensão arterial torna-se mais comum com o avanço da idade, atingindo em torno de 50% das pessoas acima de 55 anos (Machado, 2011).

No que se refere ao diabetes, estimativas assinalam para 11 milhões de portadores, sendo que somente 7,5 milhões sabem que são portadores e nem todos se tratam adequadamente (Brasil, 2010). Em 2008, segundo a IARC (Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer) e a OMS (INCA, 2008), houve 12 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo, com 7 milhões de óbitos por este motivo. No Brasil, para o ano de 2011, as estimativas apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer. Os tipos mais incidentes, excluindo o câncer de pele, não melanoma (113 mil novos casos), devem ser, nos homens, o câncer de próstata (52 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil), cólon e reto (13 mil) e, nas mulheres, o câncer de mama (49 mil), colo de útero (18 mil), cólon e reto (15 mil), pulmão (10 mil) (Brasil, 2011e). Dados do Ministério da Saúde apontam que desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população. Em 2007, elas representaram cerca de 17% dos óbitos de causa conhecida no país (INCA, 2008).

Doenças Transmissíveis

Os dados da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil (doença já manifesta), fornecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011e),

atualizados até junho de 2010, identificaram 592.914 casos registrados desde 1980. A extensão da epidemia continua estável. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de AIDS por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 novos casos da doença, sendo que, em 87,5% deste montante, a transmissão ocorreu por via heterossexual (Brasil, 2011e).

Ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres atualmente, mas essa diferença vem decrescendo ao longo dos anos. A faixa etária entre 30 e 49 anos é a de maior incidência de AIDS, em ambos os gêneros. O que tem despertado a atenção é a faixa etária de 13 a 19 anos, em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. Em 1989, a razão era de cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 casos em homens para cada 1 em mulheres (Brasil, 2011e).

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico AIDS (Brasil, 2011e) a tendência é de queda na incidência de casos em crianças menores de cinco anos. Considerando o período entre os anos de 1999 e 2009, a redução chegou a 44,4%. O resultado confirma a eficácia da política de redução da transmissão vertical do (HIV (da mãe para o bebê) e outras medidas de prevenção, como a ampliação do diagnóstico do HIV/AIDS, já que as pessoas que conhecem a sua sorologia podem se tratar para evitar novas infecções (Brasil, 2011e).

Temos que entre 2008 e 2010, o Brasil conseguiu reduziu de 73.673 para 70.601 o número de novos casos de tuberculose, o que representa cerca de 3 mil novos casos a menos, no período (Brasil, 2011f). Com a diminuição, a taxa de caso (número de pacientes por 100 mil habitantes) baixou de 38,82 para 37,99, porém a tuberculose ainda é a terceira causa de óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com AIDS (Brasil, 2011f). Estes são números positivos, porém eles ainda demonstram ser a tuberculose um dos principais problemas de saúde pública do Brasil, exigindo esforços para acelerar a diminuição de sua ocorrência.

Dependência Química

Conforme o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC, 2008) mencionou, em um Relatório Mundial sobre Drogas, que cerca de 5% da população mundial (208 milhões de pessoas) já fez uso de drogas ao menos uma vez. Esta pesquisa cita que o Brasil é o segundo maior mercado de cocaína das Américas, com cerca de 870 mil usuários adultos (entre 15 a 64 anos), atrás apenas dos Estados Unidos que têm cerca de 6 milhões de consumidores da droga.

Só na América do Sul o Brasil é responsável pela maior quantidade de maconha apreendida, foram 167 toneladas em 2008 (Brasil, 2011a). O consumo da maconha e do haxixe no Brasil cresceu duas vezes e meia: em 2001, 1% dos brasileiros consumia droga.

Em 2005, o número chegou a 2,6% da população. Segundo o Ministério da Saúde, o crack poderá tirar a vida de, pelo menos, 25 mil jovens por ano no Brasil (Brasil, 2011a). A estimativa é que mais de 1,2 milhões de pessoas sejam usuárias de crack no país e cerca de 600 mil pessoas façam uso frequente de droga, e a média de idade do início do uso é 13 anos (CEBRID, 2010).

Recentemente, há notícias que indicam a rápida difusão de uma nova devastadora droga, já apreendida em todas as regiões do país. Trata-se do oxi, uma droga mais barata e de conseqüências ainda mais danosas para os usuários que o temível crack. O oxi é produzido pela mistura de cocaína, combustível, cal virgem, cimento, acetona, ácido sulfúrico, soda cáustica e amônia. O Ministério da Saúde indica que cerca de um terço (33%) dos usuários de oxi morrem no primeiro ano (Brasil, 2011a). A dependência química, especialmente ao crack, tem levado milhares de jovens às prisões, os quais cometem pequenos delitos como furto de lojas para comprar drogas. Nesse sentido, cremos em alternativas à prisão, como a justiça terapêutica.

Um dos graves problemas de saúde pública brasileiro é a dependência do álcool. Conforme levantamentos de pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2010), atualmente 18% da população adulta consomem álcool em excesso, em contraposição aos 16,2% em 2006. A população masculina ainda é a maioria entre os que bebem em excesso (26,8%, em 2010), mas foi entre as mulheres que se deu o aumento mais expressivo na utilização da bebida alcoólica. Neste grupo, a taxa passou de 8,2%, em 2006, para 10,6%, em 2010, de acordo com dados do CEBRID (2010).

Dessa forma temos que o consumo e o abuso do álcool vêm aumentando em todos os setores da sociedade, independente de cor, raça, religião, condições financeiras de seus usuários, tanto em grandes centros urbanos como nas mais distantes áreas rurais. O uso do álcool, além de causar sérios e irreversíveis danos a vários órgãos do corpo, está também relacionado à cerca de 60% dos acidentes de trânsito e a 70% das mortes violentas (Almeida, 2010, 2011; Almeida, Dias, Souza, Cordeiro & Chaves, 2004; Almeida & Roazzi, no prelo).

Com quase 3 mil delegados, em 2011 realizou-se a 14ª Conferência Nacional de Saúde, fruto de processo participativo, que deve cada vez mais consolidar-se como instância formuladora de princípios e diretrizes para as políticas públicas no Brasil (Angelucci & Verona, 2012). Entre as discussões, destaca-se a denúncia da pequena abrangência da rede substitutiva em saúde mental, da inadequação da atenção a pessoas com transtornos mentais, sejam estes decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas ou não. Usuários, profissionais e gestores de saúde

reafirmaram ainda concordância com os princípios do SUS e com a reforma psiquiátrica no Brasil.

O Governo Federal lançou, ainda em dezembro de 2011, o plano de enfrentamento ao crack que prevê que comunidades terapêuticas e outras instituições privadas façam parte do SUS, à revelia do que foi decidido na referida Conferência e contrariando a Lei nº. 10.216/01, sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil (Brasil, 2001), pois retoma a lógica de isolamento do indivíduo e instaura o risco de banalização da prática da internação compulsória.

Experiências bem sucedidas de linhas de cuidado comprometidas com os princípios antimanicomiais e com a garantia de direitos humanos tem consolidado as propostas de atenção em Saúde e Assistência Social, de acordo com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Não se pode afirmar a ineficácia de um conjunto de políticas que sequer teve a possibilidade de efetivação. Políticas essas que tem sido construída nos últimos 40 anos, a partir de princípios essenciais à democracia como participação social, diversidade, autonomia e inserção comunitária (Angelucci & Verona, 2012). A rede substitutiva não está implantada em sua totalidade. E não sejamos ingênuos aderindo ao argumento financeiro, à decisão financeira, necessariamente, é política. A verba da saúde não tem sido suficientemente empenhada na implementação da rede substitutiva. Pelo contrário, no que tange à referida política, observamos o fortalecimento do investimento público em entidades privadas e com características asilares.

Devemos repudiar argumentos como, “usuários não estão em condições de pensar sobre suas próprias vidas”, ou “tratamento asilar é mais efetivo” e “internação compulsória visa bem-estar social”. Internação é a última das medidas após o esgotamento de muitas linhas de cuidado, já previstas e reconhecidas mundialmente e, no Brasil, pela Lei nº. 10.216/01, que trata da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001). O cuidado efetivo dos usuários não se faz sem equipamentos como consultórios de rua, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAs). Com o atual Plano, não estamos cuidando suficientemente, estamos promovendo práticas higienistas, punitivas e, portanto, antidemocráticas. E não é esse o Estado que queremos construir.

Dados atuais do sistema de saúde pública

Podemos entender como saúde pública um conjunto de discursos, práticas e saberes que objetivam o melhor estado de saúde possível das populações, isto é, ela se refere à saúde da coletividade. Os conceitos hoje em dia aplicados são distintos, sendo que o alvo e o campo de práticas da saúde pública dependem de diversos fatores, tais como, a concepção do papel de

Estado nos campos econômico e social e a concepção das responsabilidades individual e coletiva sobre a saúde e sobre os fatores intervenientes no processo saúde-enfermidade.

É importante destacar que o processo saúde-enfermidade de uma coletividade é decorrente de diversos aspectos sociais, políticos, econômicos, ambientais e biológicos. Enfatiza-se entre os determinantes sociais: a urbanização; e a industrialização crescente, bem como as condições de moradia, de saneamento básico, de nutrição e de alimentação, de escolarização, de recreação e lazer, de acesso aos serviços de saúde de trabalho, de emprego e de renda.

Na literatura científica, um dos conceitos mais aludidos, no campo da saúde é aquele enunciado, em 1920, por Winslow (1920), em que ele diz que Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde, organizando estes benefícios de tal modo que cada indivíduo esteja em condições de gozar de seu direito natural à saúde e à longevidade. Destacar-se, ser a saúde pública o esforço organizado da sociedade para ampliar as possibilidades de os indivíduos poderem gozar as melhores condições possíveis de saúde.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2002), em 2002, afirmou que a “Saúde pública é o esforço organizado da sociedade, principalmente através de suas instituições de caráter público, para melhorar, promover, proteger e restaurar a saúde das populações por meio de atuações de alcance coletivo”. Esta definição mostra a magnitude da ação da saúde pública, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção específica das enfermidades, assim como medidas e serviços que atuem no sentido de restaurar, cuidar, tratar e reabilitar as pessoas em virtude das doenças e dos agravos à sua saúde.

Assegurar para a população os direitos e os recursos previstos na Constituição Federal (Brasil, 1988) sobre a Seguridade Social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde) é um dos principais desafios sociais atualmente. Na contramão do que prevê a Constituição, são as famílias que mais gastam com saúde. Números do IBGE (2007) mostram que o gasto com a saúde representou 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, em 2007. Do total registrado, 58,4% (ou 128,9 bilhões de reais) foram gastos pelas famílias, enquanto 41,6% (93,4 bilhões de reais) ficaram a cargo do setor público. As instituições

sem fins lucrativos gastaram 2,3 bilhões de reais.

De acordo com o IBGE (2007), nos países ricos, 70% dos gastos com saúde são cobertos pelo governo e somente 30% pelas famílias. Para especialistas na área de Saúde Pública, o gasto total com a saúde, em 2009, foi de R\$ 270 bilhões (8,5% do PIB), sendo R\$ 127 bilhões (47% dos recursos ou 4% do PIB) de recursos públicos e R\$ 143 bilhões (53% dos recursos ou 4,5% do PIB) de recursos privados (Carvalho, 2011).

Em 2011 o orçamento da União para a Saúde, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2011c), foi de R\$ 68,8 bilhões (Orçamento 2011, Lei Nº 12.381, de 09/02/2011). Deste total, somente R\$ 12 bilhões foram investidos na atenção básica à saúde, por meio de programas do Ministério da Saúde, por exemplo, no ESF (Estratégia Saúde da Família), através de transferências fundo a fundo do PAB (Piso da Atenção Básica). Em 2010, foram gastos 9,9 bilhões (Carvalho, 2011). Nesta conta, não estão computados os recursos próprios investidos por Estados e Municípios.

Já em 2010 o Brasil estimava sua população com mais de 192 milhões de habitantes e 5.565 municípios (IBGE, 2011). Todavia, vários municípios, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, não dispõem de profissionais de saúde para os cuidados básicos, sendo que, em centenas deles, não há o profissional médico para atendimento diário à população.

Atualmente no Brasil, 52 mil unidades assistenciais públicas – MAS (Assistência Médica Sanitária), sendo 95% administrada pelos municípios, segundo dados do IBGE (2009c), pesquisa referente à, MAS revela que, dos quase 432 mil leitos de hospital no país, 152,8 mil (35,4%) pertenciam a hospitais públicos e 279,1 mil (64,6%) a hospitais particulares e filantrópicos.

Avanços no Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde estima que o Programa Saúde da Família atinja atualmente 100 milhões de brasileiros (Brasil, 2011d). O país reduziu em mais de 70% a mortalidade infantil nos últimos 30 anos; ampliou o número de consultas de pré-natal; diminuiu a desnutrição; alcançou uma das maiores coberturas de vacinação para crianças, gestantes e idosos do mundo. Segundo o Ministério da Saúde, a transmissão da cólera foi interrompida, em 2005. Eliminou-se a paralisia infantil e o sarampo, em 2007, e a rubéola, em 2009. Mortes por doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS, foram reduzidas.

Quando nos referimos ao setor de urgências e emergências, surgiu o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que atende atualmente mais da metade da população brasileira, reduzindo, de maneira considerável, a procura por atendimento nas unidades de urgência e emergência e garantindo atendimento

pré-hospitalar com qualidade.

Instituiu-se também o programa da Farmácia Popular, que disponibiliza medicamentos com até 90% de desconto e, desde março de 2011, a população pode adquirir sem nenhum custo, ou seja, gratuitamente, vários medicamentos para o tratamento da hipertensão e do diabetes.

Levantamentos procedidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e que instituem o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIP) apontaram, em 2010, o grau de satisfação entre os usuários do SUS (Brasil, 2011g). Ao se mencionar à percepção dos entrevistados, a pesquisa indicou que o atendimento pela Equipe de Saúde da Família (80,7% das respostas) e a distribuição gratuita de medicamentos (69,6%) são os serviços mais bem avaliados. O principal ponto positivo do SUS, de acordo com a percepção dos entrevistados, é o acesso gratuito aos serviços de saúde prestados pelo sistema (52,7%), seguido pelo atendimento universal (48,0%) e pela distribuição gratuita de medicamentos (32,8%).

As realizações do SUS, em 2010, com base nos dados do DATASUS (Brasil, 2011d), revelaram que se procedeu 535 milhões de ações de prevenção e promoção, disponibilizadas 634 milhões de medicamentos; realizados 495 milhões de exames; houve 239 milhões de atendimentos de saúde bucal; foram feitos 40 milhões de fisioterapias; ocorreram 11,1 milhões de internações. Todos os anos registram-se 3,5 milhões de órteses e próteses e mais de 20 mil transplantes.

Temos também que os resultados da Pesquisa do Ibope, 1998, encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e da Fundação Nacional de Saúde (FNS), as recentes avaliações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde mostram que, apesar de problemas na qualidade do atendimento, mais da metade das pessoas atendidas pelo SUS estavam satisfeitas (Brasil, 2011d). As respostas negativas estão relacionadas ao tempo de espera nas filas, à ansiedade ou à tensão para ser atendido. É o conhecido problema da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de acolhimento e de atendimento no tempo adequado.

Desafios do Sistema Único de Saúde

A curto, médio e longo prazo, o SUS tem diversos desafios, sobretudo por precisar de mais recursos e da otimização do uso do dinheiro público. Atualmente é investido o dobro de recursos na doença (internações, cirurgias, transplantes) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença. Segundo ainda o IPEA (Brasil, 2011g), os problemas mais frequentes são a falta de médicos (58,1%), a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%). De fato, trata-se de problemas crônicos de saúde

pública no Brasil, devidos, em grande parte, a uma lógica que especialistas definem como imediatista e “hospitalocêntrica”. A ela deve substituir-se um sistema que priorize a atenção primária, o diagnóstico precoce e o trabalho de prevenção. Uma solução recomendada pela ONU desde 1978 (Declaração de Alma-Ata, da OMS, 1978) e já delineada na Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990 (Brasil, 1990), que propunha uma rede de saúde descentralizada e hierarquizada, cujo polo coordenador deveria ser as Unidades Básicas de Saúde. Isso porque, afirma o documento da OMS, 80% dos problemas de saúde da população poderiam ser resolvidos por meio de uma atenção básica de qualidade.

Prosseguindo ainda com a pesquisa do IPEA (Brasil, 2011g), as melhorias mais sugeridas pelos entrevistados foram: aumento do número de médicos e redução do tempo de espera. A partir de relatos, divulgações nos meios de comunicação e situações vivenciadas pelos usuários do SUS, elencam-se, a seguir, algumas oportunidades de melhoria e alguns desafios gerais para melhorar prestação de serviços do SUS. O Acesso: (1) falta de reconhecimento e de valorização à atenção básica, desarticulação de seus programas entre si e com a sociedade; (2) superlotação das unidades de urgência e emergência (prontos-socorros); (3) acesso precário com longas filas para marcação de consultas, procedimentos (como cirurgias) e exames; (4) falta de leitos hospitalares e desigualdade na distribuição pelas regiões do país, bem como insuficiência de leitos de UTI; (5) insuficiente assistência farmacêutica à população; (6) falta de humanização e de acolhimento adequados nas unidades de saúde; (7) descaso com a saúde mental, mesmo diante do aumento indiscriminado de dependentes químicos no país, principalmente na camada mais jovem da população; (8) tendência à judicialização na saúde, provocando demandas excessivas e corriqueiras ao poder judiciário e ao ministério público. Melhorias em relação à gestão (de ordem administrativa e de recursos humanos): (1) carência e má distribuição de profissionais de saúde pelo território nacional; (2) sucateamento de material permanente e desabastecimento de material de consumo.

Recomendamos também algumas propostas gerais para SUS em prol do seu fortalecimento: (1) priorizar a atenção básica em relação aos outros níveis de atenção à saúde, fortalecendo e interiorizando as redes especializadas de atenção à saúde; (2) estudar uma forma de co-participação ou contribuição emergencial à saúde pública dos setores empresariais que usufruem ou estimulam hábitos inadequados à saúde; (3) provocar a discussão com vistas à criação, no Poder Judiciário, da ‘Vara da Saúde’, proporcionando atendimento especializado e eficaz neste segmento.

Atualmente constatamos que o direito a saúde está

sendo transformado em ‘negócio’, num mercado! É preciso que aconteça um empoderamento dos pobres, em termos de reivindicação (cidadania) e para fazer algo concreto e forçar o direito básico à saúde, e a outros direitos, como à educação, à moradia e à segurança. Este direito encontra-se garantido nas constituições de muitos países (controle social do Estado pela sociedade civil), mas ainda está longe de se tornar uma realidade para as populações da maioria dos países da América Latina e do Caribe. A mudança, que todos esperamos e estamos buscando, não acontecerá de cima para baixo, mas a partir da conscientização e da educação para a cidadania e do controle social.

Dessa forma, os conselhos de saúde são um importante mecanismo de participação popular na deliberação, fiscalização e monitoramento das políticas públicas de saúde. Articulados entre as três esferas de governo, eles são compostos por representantes de entidades e movimentos sociais de usuários, além de trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. É competência dos conselhos aprovar o orçamento da saúde e acompanhar a sua execução. Ao conselho nacional, cabe a responsabilidade de aprovar, a cada quatro anos, o Plano Nacional de Saúde (PNS).

Também é importante ressaltar que no campo da saúde devemos aprofundar e colocar em prática a chamada ‘bioética dos 4 Ps’: promoção da saúde; prevenção de doenças; proteção das vulneráveis presas fáceis de manipulação; precaução frente ao desenvolvimento biotecnológico. Isto significa proteção da população frente a possíveis riscos de danos moralmente inaceitáveis, quer sejam uma ameaça à saúde ou à vida humana ameaça de danos graves e irreversíveis, injustos com as gerações presentes e futuras. A responsabilidade pública pela saúde nos move a agir e também a refletir que uma sociedade, que se funda em valores de justiça, equidade e solidariedade entre os seres humanos, não deve aceitar as injustiças, evitáveis e mutáveis das desigualdades sociais, principalmente no âmbito da saúde. É mais do que hora de garantir a todos os brasileiros ‘o acesso universal, integral e equânime’ aos cuidados necessários de saúde.

Referências

- Almeida, N. D. V. (2010). A ingestão de álcool e direção no contexto universitário, comunicação persuasiva e prevenção: uma aplicação da Teoria da Ação Racional. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco.
- Almeida, N. D. V. (2011). Uso de álcool e outras drogas por jovens e adultos da cidade do Recife. *Psicologia Argumento*, (29) 66, 295-302.
- Almeida, N. D. V.; Dias, M. R.; Souza, A. M.; Cordeiro, A. M., & Chaves, S. M. (2004). O consumo de bebidas alcoólicas na condução de veículos: Um estudo de creanças. *Revista Symposium*, 8 (1), 24-37.
- Almeida, N. D. V., & Roazzi, A. (no prelo). Álcool e direção: prevenção em estudantes universitários, uma aplicação da Teoria da

Ação Racional. Psicologia: Teoria e Pesquisa, UnB.

Angelucci, C. B., & Verona, H. (2012). Álcool e outras drogas: democracia e humanização, 2012. Acessado de <http://www.crp-sp.org.br>.

Brasil. Casa Civil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. Acessado de http://www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

Brasil. Casa Civil (1990) Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília. Acessado de http://www.planalto.gov.br/civil_03/Leis/L8080.htm.

Brasil. Casa Civil (2001) Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. Acessado de http://www.planalto.gov.br/civil_03/Leis/L10216.htm.

Brasil. Ministério da Saúde (2010). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL. Brasília. Acessado de <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde (2011a). Evolução da frequência de consumo abusivo de bebida alcoólica e outras drogas, segundo sexo -VIGITEL 2006-2010. Brasília. Acessado de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde (2011b). Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Brasília. Acessado de <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde (2011c). Orçamento da União para a saúde. Brasília. Acessado de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde (2011d). Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Brasília. Acessado de <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde (2011e). Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. Dados e Pesquisas. Brasília. Acessado de <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Presidência da República Federativa do Brasil (2011f). Brasil reduz em 3 mil o número de novos casos de tuberculose entre 2008 e 2010. Brasília. Acessado de <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos>.

Brasil. Ministério do Planejamento (2011g). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Pesquisa sobre a saúde brasileira. Brasília. Acessado de <http://www.ipea.gov.br>.

Carvalho, G. (2011). Domingueira do SUS. São Paulo. Acessado de <http://www.idisa.org.br>

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropicas. (2010). São Paulo. Acessado de <http://www.unifesp.br/dpsicobio>.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. (2008). Relatório Mundial sobre Drogas. Brasília. Acessado de <http://www.unodc.gov.br>.

Guareschi, N. M. F.; Bennemann, T.; Dhein, G.; Reis, C. & Machry, D. S. (2010). Currículo de psicologia, a psicologia social e a formação para a saúde coletiva. Revista Psicologia e Saúde, 2 (2), 1-11.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2007). Informações dos gastos com a saúde no Brasil. Acessado de <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e indicadores Sociais. Projeção da População do Brasil por sexo e idade 1980-2050 – Revisão 2008. Acessado de <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009a). Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Acessado de <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009b). Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). Acessado de <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009c). Pesquisa Assistência Médico Sanitário. Acessado de <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). Dados do censo de 2010. Acessado de <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Nacional de Câncer. (2008). Introdução, Estimativa 2010. Relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC - International Agency for Research on Cancer) / OMS

(World Cancer Report, 2008). Acessado de <http://www.inca.org.br>.

Machado, C. A. (2011). O custo social das doenças cardiovasculares, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Acessado de <http://www.sbc.org.br>.

Neto, J. C. M. (1955). Morte e vida Severina (auto de Natal pernambucano); e, Outros poemas. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.

Organização Mundial da Saúde. (1978). Declaração de Alma-ata. Acessado de <http://www.who.int>.

Organização Mundial da Saúde. (2006). As Doenças Não Transmissíveis (DNT). Acessado de <http://www.who.int>.

Organizacion Panamericana de Salud. (2002). La salud publica en las Américas. Washington. Acessado de <http://www.opas.org.br>.

Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L. & Macinko, J. (2011, Maio 21). Saúde no Brasil. The Lancet, 9779 (377), 1778-1797. Acessado de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext#article_upsell).

Winslow, C. E. A. (1920). The untilled Field of public health. Modern Medicine, 2, 183.

Recebido: 20/08/2012
Última revisão: 04/03/2013
Aceite final: 07/03/2013

Sobre o autor:

Nemésio Dario Almeida - Psicólogo Clínico pela UNICAP, mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS e doutor em Psicologia pela UFPE. Atualmente é Psicólogo Clínico e Judiciário do Tribunal de Justiça de Pernambuco, e pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Epistemologia Experimental e Cultural do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da UFPE

E-mail: nemesiodario@hotmail.com

Fone: (81) 34673190