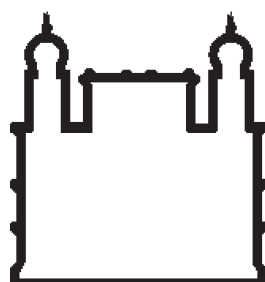




**Pós-Graduação em**  
**Atenção Básica em Saúde da Família**

**Objeto de  
Aprendizagem**

**Bases Legais do SUS:  
Leis Orgânicas da Saúde**



**FIOCRUZ**  
MATO GROSSO DO SUL

## Bases Legais do SUS: Leis Orgânicas da Saúde

### A luta permanente pela concretização do SUS

**Objetivo:** Apresentar dentre as propostas existentes para definição das atribuições do SUS, as duas que tinham objetivos distintos, uma defendendo a saúde como bem público (Movimento Sanitário – municipalização e descentralização do SUS) e de direito a cidadania e a outra a saúde como bem-mercadoria acessível num mercado predominantemente privado (grupos políticos contrários ao Movimento Sanitário).

De maneira ampla, podemos dizer que havia duas propostas polares mais representativas em disputa, em que pese a existência de outras propostas intermediárias ou mesmo nas extremidades dessas duas:

I. Uma proposta que defendia a saúde como bem público e direito de cidadania, materializada na construção de um Sistema público Nacional de Saúde que deixava ao setor privado apenas um caráter complementar;

II. Uma proposta que apostava na saúde como bem-mercadoria acessível num mercado predominantemente privado, em que o Estado só interviria em duas situações: nas áreas não lucrativas para esse mercado; e com a finalidade de completar o poder de compra daqueles consumidores com pouco poder aquisitivo.

A primeira proposta foi, no que diz respeito à legislação, vitoriosa em virtude da organização do Movimento Sanitário, como você sabe. Contudo, o grupo social derrotado integrava o grande bloco político social de alianças que elegeu Fernando Collor de Melo como presidente, nas primeiras eleições democráticas, depois do longo período da ditadura militar. O presidente Collor não tardou a agir, vetando, em 1990, partes da Lei Orgânica da Saúde relacionadas justamente ao financiamento do Sistema, à participação popular e ao controle social.

O Movimento Sanitário fazia uma grande aposta no processo de descentralização e municipalização do sistema de saúde combinado à participação popular. De um lado, haveria serviços mais próximos da avaliação, cobrança e pressão política dos cidadãos. De outro, potencializando esses serviços, um Estado mais “poroso” aos interesses sociais, na medida em que se garantiriam legalmente instâncias de controle social como os conselhos e as conferências de saúde.

#### **Municipalização**

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa preconiza a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. (BRASIL, 2009)

A aposta era que a participação popular e o avanço na concepção e no exercício da democracia direta pressionariam o nascente SUS a se dobrar à vontade da maioria da população. Mais do que isso, essa participação guardava um importante potencial pedagógico: por meio dela, o cidadão iria ampliando sua compreensão sobre o funcionamento dos serviços, do governo e do Estado e, conseqüentemente, ampliando também sua intervenção e capacidade de reivindicação. E de que maneira a população poderia concretizar essa aposta, a fim de assegurar o caráter popular do SUS?

- Pressionando para agilizar processos, redefinindo prioridades e ações sociais;
- Apresentando seu olhar, suas necessidades e propondo políticas;
- Percebendo gargalos e limites, não para acomodar-se a eles, mas para participar ativamente, dentro e fora do SUS, no setor saúde ou para além dele, em oposição a práticas, interesses, grupos sociais, instituições, leis e condições sociais que obstaculizassem o avanço do SUS e a garantia da saúde efetivamente como direito de todos.

A participação popular era vista, assim, como um verdadeiro motor de avanço do SUS, contrariando as forças que resistiam e lutavam pelo fracasso e fim do sistema público de saúde. Além disso, deveria ser um importante elemento de sustentabilidade do SUS como política de Estado, ou seja, um sistema social e institucionalmente mais resistente às influências dos interesses político-eleitorais de cada governo eleito.

A fragilização dos movimentos sociais e da organização dos trabalhadores nos anos 1990, resultado das mudanças econômicas, sociais e culturais produzidas pelo avanço do neoliberalismo no Brasil e na América Latina, em que pese o notável avanço que faz do SUS uma política pública diferenciada em termos de participação popular, reduziu a potência esperada da ação desses movimentos nos espaços do controle social.

O veto do Presidente Collor, que atingiu o financiamento do sistema, buscando “matá-lo de inanição”, foi ainda mais poderoso no condicionamento do desenvolvimento do SUS: ao permitir sua institucionalização e as suas bases legais, mas sem garantir os recursos necessários para o seu funcionamento, o bloco político social dominante manteve o sistema numa condição de subfinanciamento.

Sem recursos, o SUS nem sempre conseguiu responder às necessidades de saúde da população, o que acabou promovendo um importante abalo na sua credibilidade junto aos trabalhadores de saúde e à população usuária dos serviços.

A idéia era justamente esta: desqualificar o sistema público, reduzindo seu apoio social e estimulando uma solução privada por parte de cidadãos com poder aquisitivo suficiente para comprar sua saúde, como mercadoria, num mercado em expansão de planos privados.

Nos anos 90, percebemos a consolidação e o fortalecimento de um outro ator privatizante de peso no cenário mundial e nacional: o capital financeiro que opera a partir de seguradoras e planos de saúde. Esse capital tem um modo de lucrar distinto do capital predominante do “Complexo Médico-Industrial”, defensor do chamado modelo médico liberal privatista, no qual o lucro depende da ampliação de consultas especializadas, do consumo de exames e procedimentos caros, do maior número de internações, do gasto com medicamentos e equipamentos. Enfim, lucra-se com a doença; quanto mais, melhor.

Daí o modelo ser hospitalocêntrico, supervalorizar as especialidades, e a imprensa noticiar “empolgadamente” todas as “últimas novidades” em termos de aparelhos de diagnóstico, de tratamentos e de medicamentos, a fim de estimular a demanda e o consumo.

Nessa lógica, a saúde tenta ser vendida como uma mercadoria qualquer, qual uma roupa da moda, um perfume de cheiro diferente ou um carro mais moderno e luxuoso.

Já o modelo proposto pelo capital financeiro, os planos e seguros de saúde, devido ao sistema de pré-pagamento, organiza seus esforços para que o usuário use o menos possível

os serviços pagos antecipadamente por ele mesmo ou por sua empresa. O sistema é, dessa forma, fundamentado num enorme controle de gastos e no aprimoramento do controle de uma importante variável na composição dos gastos em saúde – **a decisão clínica dos médicos** –, promovendo uma reestruturação nos modos de se produzir saúde (MERHY, 2002), com um modelo tecno-assistencial distinto do modelo médico liberal privatista.

E qual é a lógica desse modelo? Parte de sua base tecnológica e de seu discurso é semelhante ao da saúde pública e do Movimento Sanitário, ou seja:

- Valorização de equipes multiprofissionais e de profissionais generalistas;
- Educação em saúde para ampliar a capacidade de autocuidado dos usuários e reduzir a dependência e o uso dos serviços de saúde;
- Economia em saúde para evitar gastos desnecessários e gerir a incorporação racional de tecnologia médica;
- Ênfase na prevenção de doenças etc.

Contudo, a semelhança é apenas aparente. A lógica fundante que define uma empresa capitalista é a obtenção do **lucro**. Assim, tanto a saúde dos usuários como o trabalho dos profissionais estão subordinados a um modelo que garanta maiores ganhos para a empresa. Nos limites da lei ou em suas brechas, pode-se deixar de cuidar da saúde das pessoas e alienar, controlar e subordinar o trabalho dos profissionais de saúde, com o permanente objetivo de maximização de lucro.

*Procure em uma locadora pelo filme “Sicko - S.O.S. Saúde”, no qual o diretor Michael Moore aborda a realidade do sistema de saúde americano que faz da saúde da população um comércio lucrativo para os Planos de Saúde e para o próprio governo. Em contrapartida, apresenta o modelo de atenção à saúde de outros países como Canadá, França e Inglaterra. Assista ao filme e reflita sobre as semelhanças e diferenças dos sistemas de saúde apresentados e o SUS.*

Apesar das forças contrárias ao SUS, ao longo dos anos 90, o Movimento Sanitário brasileiro, remando contra a maré, conseguiu sustentar o Sistema, fazendo-o avançar aos poucos, inclusive ampliando os serviços públicos. Vários municípios, mesmo com serviços sucateados, assumiram efetivamente o compromisso social de construção do SUS, mostrando vontade política e ousadia de fazer avançar a **Reforma**, independente da política contraditória dos governos federais.

Num processo progressivo de municipalização dos sistemas de saúde, em diversas cidades se efetivaram sistemas públicos de saúde, fruto de investimento profundo na atenção básica, ampliação significativa do acesso da população e tentativa consistente de transformar o modelo tecno-assistencial hegemônico.

Essas cidades foram espaços da contra-hegemonia, mantendo a chama do SUS acesa, demonstrando e anunciando que, com vontade política, participação da população e dos trabalhadores de saúde, além de investimentos compatíveis, um sistema público de saúde de qualidade para todos é possível. Alguns desses municípios deram passos ainda mais largos, assumindo a gestão da relação dos recursos públicos com os serviços privados especializados e hospitalares, instalando uma nova e poderosa disputa no coração dos interesses privados na saúde, estabelecendo uma frente de combate permanente pela mudança do modelo tecno-assistencial.

O sanitarista Jorge Solla (2006), em um trabalho que analisa os avanços, potencialidades, limites e contradições do processo de descentralização do SUS no Brasil, sublinha que a

construção efetiva do SUS nas cidades e os avanços na regulamentação e nas políticas do Ministério da Saúde são processos articulados e de “mão dupla”, que se reforçaram mutuamente. Para o autor, os avanços são incontestáveis, visto que muitos municípios:

- Reorganizaram a oferta e redimensionaram a rede de serviços;
- Ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde;
- Aumentaram a capacidade pública instalada;
- Criaram capacidade de regulação, serviços de controle, avaliação e auditoria, sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares;
- Desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais);
- Aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares;
- Reduziram internações desnecessárias.

Contudo, em que pesem tais avanços, Solla adverte que:

A despeito dos marcantes avanços, a cultura política hegemônica conservadora aponta em direção oposta, contribuindo para a fragilidade da política de saúde como política de Estado, com papel muito forte do ideário político na condução de seus rumos. Neste sentido, o programa de governo e a direção vigente na gestão têm peso intenso e preponderante na definição dos destinos, ritmo e intensidade do processo de descentralização (SOLLA, 2006, p. 339-340).

De tudo isso, o que podemos destacar? Passados 20 anos da criação da Lei Orgânica do SUS, há importantes avanços na sua consolidação. O avanço, entretanto, guarda expressivas diferenças regionais e municipais, sendo que o funcionamento pleno do SUS não está assegurado na maioria dos municípios.

Além disso, seja no âmbito municipal, estadual ou federal, é necessária uma certa coalizão de forças que, somando poderes no Estado e na sociedade civil, conduza as políticas públicas em direção à consolidação e ao desenvolvimento do SUS que queremos, pois, embora no discurso todos se digam a favor do SUS, a construção de um “SUS pra valer” é projeto de alguns grupos políticos e não de outros.

Na verdade, o movimento pela concretização de um SUS pleno é mais amplo ainda. No âmbito da sociedade civil, há uma verdadeira disputa do imaginário social acerca da saúde pública e da saúde privada. Tenta-se construir a primeira (pública) como sinônimo de atraso e baixa qualidade em oposição à segunda (privada), como lugar de modernidade e alta qualidade. Muitas vezes, nas revistas e tevês comerciais, em programas de entrevistas e humor, telejornais ou novelas, apresentam-se as dificuldades da saúde no Brasil, apontando a saúde pública como um verdadeiro fracasso, sem solução. Fala-se das filas do SUS, da falta de profissionais na ESF, da lotação dos hospitais públicos e de uma suposta falta de qualidade e interesse dos profissionais de saúde do SUS.

Reconhecendo que são muitos os problemas concretos, não podemos deixar de perceber essas manifestações como parte de uma disputa ideológica importante, pois, como vimos, essa política pública de saúde coloca em oposição importantes atores sociais na defesa de interesses de classes sociais diferentes: alguns favoráveis ao Sistema e a modelos tecno-assistenciais que, embora distintos, estão no campo da saúde coletiva e do Movimento Sanitário brasileiro; e outros atores favoráveis a modelos tecno-assistenciais privatistas e, portanto, contrários ao SUS.

*Quais os tipos de notícias sobre a saúde pública são mais frequentemente veiculados nas diferentes mídias (TV, jornal, rádio etc.)? As críticas ao SUS são em maioria referentes às demandas tecnológicas e de infraestrutura ou referentes às ações/relações dos profissionais da saúde? Na sua opinião, a mídia é imparcial ao divulgar os avanços e fracassos do SUS? Quais atividades você juntamente com sua equipe desenvolvem ou desenvolveram e que deveriam ser divulgadas para a população?*

Também podemos perceber essa disputa atravessando o Estado em todos os níveis e entes da federação e provocando tensões na decisão, formulação e implementação do conjunto das políticas públicas de saúde. Como exemplo temos a proposta inicial do Programa de Saúde da Família (PSF), implementada de modo contraditório pelos governos neoliberais dos anos 90. Embora fosse, nas origens, uma política de focalização apresentada por organismos internacionais e pelo Governo Federal, foram os governos municipais, do campo da chamada esquerda brasileira, os maiores responsáveis pela concretização do PSF.

De fato, a proposta original ampliava o acesso e a cobertura da população, mas era simplista, barata, destinada aos pobres das periferias, desarticulada do restante da rede de saúde e sem reverter concretamente o modelo tecno-assistencial no nível das práticas de saúde (embora produzisse avanços e criasse efetivamente um novo campo de lutas). Além disso, a ampliação ocorria com alto custo para os trabalhadores do setor, contratados por fora da estrutura e sem benefícios sociais de outros trabalhadores.

Mas, como a realidade está sempre em movimento e a história do SUS não chegou ao fim, as políticas também se transformam em função da organização dos diversos atores sociais. Assim, o movimento sanitário, em processos concretos de implementação da política de saúde em diversos municípios, conseguiu, com base na proposta do PSF, construir uma atenção básica mais universal, acessível, complexa, resolutiva e integrada ao conjunto da rede progressiva de cuidados integrais de saúde. De outro lado, esse mesmo movimento luta hoje pela reversão do amplo processo de precarização das relações de trabalho, uma pesada herança dos anos neoliberais.

Finalmente, queremos trazer para o centro da nossa análise uma outra face da questão do direito à saúde e da luta pela concretização do SUS, relacionada às que já apresentamos: a acirrada disputa micropolítica no âmbito das práticas, valores e vontades, que se dá todo o tempo, no cotidiano dos serviços, entre os diversos sujeitos envolvidos com o trabalho em saúde. E de que forma isso ocorre?

Muitas vezes, a gestão do município, de um hospital ou de um outro serviço de saúde, comprometida com os valores do Movimento Sanitário, defende uma política que aponta para um novo modelo tecno-assistencial. Diversas medidas organizacionais e assistenciais são tomadas para tentar viabilizar essa transformação, mas as práticas cotidianas de saúde continuam tomando como problema apenas as doenças definidas de modo exclusivamente biomédico, produzindo ações restritas a um olhar e saber médico-centrado, com intervenções de caráter exclusivamente individual, curativo e medicamentoso. Neste caso, existiria um certo “fazer” instituído no trabalho cotidiano dos trabalhadores de saúde, com força para resistir às tentativas de mudanças das mais comprometidas gestões.

Outras tantas vezes, a despeito das intenções da gestão e dos trabalhadores do setor, são os próprios usuários que reforçam a reprodução desse modelo centrado no saber médico-curativo e medicamentoso, ao só valorizarem a consulta que lhes garante um medicamento e um ou dois exames, ao se responsabilizarem pouco pelo seu projeto terapêutico e pressionarem por serviços médicos de pronto atendimento em detrimento de ações mais permanentes e ofertadas não só pelos médicos, mas também pelos outros profissionais da

equipe. Para deixar a questão mais clara, veja, a seguir, alguns exemplos que problematizam a questão a partir dos diferentes aspectos envolvidos:

- Uma matéria na TV sobre crianças hiperativas pode fazer com que uma criança saudável e sapeca seja vista pela mãe como portadora de um transtorno; logo, necessitante de uma medicação específica. Essa mãe pode apresentar essa demanda ao médico, que, se ceder e fizer a prescrição desejada, aumentará as vendas do laboratório, um dos patrocinadores do programa de TV que veiculou a matéria;
- Uma capa de revista sobre exames necessários para o *check-up*, vendidos como garantia de saúde e longevidade, pode levar um número grande de pessoas aos serviços de saúde. O trabalhador de saúde é pressionado a satisfazer tal necessidade e, nesse processo, pode tanto assumir uma postura problematizadora e educativa, num diálogo construtivo com o usuário, como impor seu poder de prescritor, numa postura indiferente e sem prestar qualquer explicação. Pode, ainda, ceder de modo descompromissado, buscando evitar qualquer tipo de incômodo.
- Há outras disputas e lutas presentes nos espaços cotidianos de saúde. Também é ali, no dia-a-dia dos serviços, que:
- Muitas vezes, sob o argumento da necessidade de uma certa hierarquia, observamos a subordinação de uma categoria profissional pela outra; de outro lado, é também onde a luta organizada de uma corporação pode “empoderar” um determinado profissional para a exigência de relações mais democráticas entre os membros de uma mesma equipe;
- O uso dos saberes da medicina pode ser instrumento de poder para subordinar os usuários e até mesmo outros trabalhadores de saúde ou, de outro modo, contribuir para o diálogo entre diferentes lógicas, para a ampliação da capacidade de cuidado dos membros da equipe e da própria população, colocando o saber a serviço da vida e não o contrário;
- Os diversos preconceitos étnicos, de classe social, de gênero, de orientação sexual, de opção política e religiosa ganham concretude e resultam em “descuidado”, “desacolhida” e exclusão, ou seja, os serviços de saúde acabam por se constituir em espaços nos quais se reforça ou se luta contra a discriminação opressora;
- O cuidado pode focar apenas o controle de uma certa doença que se torna maior que a pessoa e manter sempre uma certa dependência do usuário com relação ao serviço, ou produzir um cuidado que, centrado na pessoa e reforçadas suas dimensões democráticas e pedagógicas, vai ajudá-la a caminhar em sua vida, a desenvolver redes sociais de apoio, colocando a ampliação de sua autonomia como objetivo maior do plano de cuidado;
- Os usuários podem se organizar para discutir e pensar juntos movimentos e soluções para as situações que produzem as doenças daquela população, inscrevendo a saúde numa dimensão de compreensão e ação coletiva e participativa.

O local e o global, o específico e o geral, o chamado macro e micro se coproduzem na totalidade social. Nosso olhar tem que estar atento para perceber essa complexidade de relações nos mais simples fatos que cotidianamente vivemos também nos serviços de saúde.