

Sistema Único de Saúde do Brasil: Uma Introdução¹

Paulo M. Buss²

O presente artigo trata do Sistema Único de Saúde do Brasil, abordando suas bases legais, os anos recentes do processo político que o constituiu e desenvolveu, bem como algumas de suas principais características: organização, infraestrutura, gestão, financiamento, modelo de atenção e desempenho. Ademais, apresenta as características principais da situação socio sanitária brasileira, sobre a qual atua o sistema de saúde. Conclui arguindo alguns desafios e possibilidades de evolução do SUS nos próximos anos.

Como o espaço é limitado, ao final do artigo sugerem-se bibliografia e *site* eletrônico para aprofundamento de conhecimentos sobre o SUS, por parte dos interessados.

Antecedentes políticos e bases legais do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi instituído em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, três anos após a

¹ Texto especialmente preparado para o Curso de Diplomatas Africanos, promovido pela Fundação Alexandre de Gusmão e IPRI, em Julho de 2010, no Rio de Janeiro.

² Professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; Ex-Presidente da FIOCRUZ; Diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da FIOCRUZ; Membro Titular da Academia Nacional de Medicina do Brasil.

superação da ditadura militar, que durou de 1964 a 1985. Contudo, a instituição do SUS não é um acontecimento fortuito ou isolado, senão resultado de um processo político que transcorreu nas três ou quatro últimas décadas e que contou com múltiplos atores sociais e políticos.

Como parte da oposição ao regime militar, estabeleceu-se um importante movimento no interior da sociedade civil brasileira denominado “movimento da reforma sanitária”, composto de profissionais da saúde, movimentos sindicais e intelectuais e acadêmicos que, principalmente no transcorrer das décadas de 1970 e 1980, produziu intensas críticas ao modelo político vigente e, por consequência, também à organização do sistema de saúde de país.

Com o advento da Nova República, em 1985, e coincidindo com a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, o “movimento da reforma sanitária” reivindicou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em moldes inteiramente distintos das anteriores, pois deveria ter ampla participação da população e não apenas de técnicos da área da saúde.

A Conferência, antecedida de conferências municipais e estaduais que envolveram cerca de 50 mil participantes, foi então realizada em Brasília, em 1986, com a presença de 5 mil delegados, vindos de todas as partes do Brasil e representando diversos segmentos da sociedade civil, dos profissionais de saúde, dos empresários do setor de saúde, do mundo acadêmico e dos dirigentes das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

A Assembleia Nacional Constituinte, então em funcionamento, recebeu forte influência do relatório da Conferência, assim como de acadêmicos, profissionais da saúde e outras lideranças da sociedade civil que tiveram proeminente presença na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o que contribuiu para o estabelecimento dos cinco artigos sobre saúde do texto constitucional (Anexo I). Criado, portanto, pela Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi formatado nos dois anos seguintes, por meio das Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (Anexo II).

Em seu Art. 196, a Constituição Federal de 1988 estabelece: “*A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. São conceitos avançados, que

reconhecem os determinantes sociais da saúde e a responsabilidade do poder público no provimento de ações pelo setor saúde, como também de ações intersetoriais, para assegurar melhor qualidade de vida e saúde à população brasileira.

O SUS tem como princípio fundamental o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, integradas em uma rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de Governo (federal, estadual e municipal), com a participação complementar da iniciativa privada.

É, portanto, um sistema regido pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade/ controle social. Tem, como diretrizes operacionais, a descentralização da gestão e o comando único em cada esfera de governo, a integralidade da assistência, a resolutividade e o controle social (ver Box).

Por disposição constitucional, as ações do Governo Federal devem ser desenvolvidas segundo planos plurianuais (PPA) de quatro anos, aprovados pelo Congresso Nacional.

Princípios e Diretrizes do SUS

Universalidade

A saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência à saúde, a toda população, em todos os níveis de complexidade.

Equidade

É um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades inter-regionais, entre grupos sociais etc. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade

Significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Descentralização e comando único

Um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas de saúde.

Resolutividade

É a capacidade de dar solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade.

Regionalização e hierarquização

A regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala.

Participação popular / controle social

Como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social, é preciso criar canais de participação popular na gestão do SUS, em todas as esferas, municipal, estadual e federal.

Organização e estrutura do SUS

Acompanhando a organização político-administrativa do país, o SUS estrutura-se nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Está organizado nos 27 estados e nos cerca de 5.565 municípios existentes no país, cabendo a estes a execução da maior parte das ações de saúde. Os entes reitores do sistema são, respectivamente: o Ministério da Saúde (MS) na esfera federal; a Secretaria Estadual de Saúde (SES), na esfera estadual; e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na esfera municipal. Eles constituem a estrutura executiva do SUS, ou o **“comando único” em cada esfera de governo**, conforme preconiza a legislação. Os municípios podem se reunir em consórcios intermunicipais, com serviços complementares de saúde entre si.

Como cada esfera de governo tem autonomia enquanto autoridade sanitária do seu território, as negociações político-técnicas e as conexões operativas entre as esferas de Governo se dá, no âmbito nacional, pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite), que conta com representação paritária do Ministério da Saúde, CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Na esfera estadual, esta função é desenvolvida na CIB (Comissão Intergestores Bipartite), com representação paritária da Secretaria Estadual de Saúde e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) do respectivo Estado. É neste âmbito que se discutem as regras e se estabelecem os compromissos entre as partes para o funcionamento gerencial do SUS.

Um princípio consagrado na gestão do sistema é o do controle social. Este é exercido em todas as esferas de governo por duas instâncias formais: os Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal) e as Conferências de Saúde. Os Conselhos, que têm caráter permanente, definem as estratégias e controlam a execução da política sanitária, na respectiva esfera de governo, incluindo-se os aspectos econômicos e financeiros. As Conferências são convocadas a cada quatro anos, com ampla participação de todos os segmentos sociais interessados. Nelas se analisam os progressos na situação da saúde e onde são propostas diretivas para as políticas públicas do setor. Os Conselhos e as Conferências contam com representação das instâncias governamentais, dos prestadores de serviços, dos profissionais da saúde e dos usuários, estes dois últimos com participação paritária em relação ao conjunto dos outros dois setores. A última Conferência Nacional de Saúde (XIII) foi realizada em 2008 e teve como tema central “Políticas de Estado e Desenvolvimento”.

Organização do SUS

O sistema de saúde brasileiro é constituído de uma rede complexa de provedores e compradores de serviços, simultaneamente completares e competitivos, formando um *mix* público-privado financiado principalmente por fundos públicos.

Neste sentido, o sistema compreende basicamente três subsetores:
1) o subsetor público, cujos serviços são financiados e oferecidos pelo

Estado, nas esferas federal, estaduais e municipais; 2) o subsetor privado lucrativo e não lucrativo, financiado por fundos públicos e privados; e 3) pelo subsetor privado de seguros de saúde, eminentemente privado, em arranjos diversos como planos de saúde, seguros de saúde e subsídios fiscais. As pessoas compõem sua cesta de consumo de serviços de saúde usando os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso que encontrem, seja pela capacidade de circular no interior do sistema ou pagar privadamente pelos serviços.

Subsetor público

Ao subsetor público, de acesso universal, compete a cobertura exclusiva com serviços assistenciais a cerca de 75% da população, além da oferta universal dos serviços coletivos ou de saúde pública (vigilância epidemiológica e sanitária, controle de doenças transmissíveis, imunizações, controle de alimentos e medicamentos etc.).

A prestação de serviços de saúde do SUS se realiza mediante redes próprias dos governos federal, estadual e municipal, assim como por estabelecimentos privados, com fins lucrativos ou não, contratados para prestar serviços ao SUS. O SUS é constituído por subsistemas em todos os estados (SUS estadual) e cada município (SUS municipal). A legislação atribui aos municípios a responsabilidade primordial de prover ações e serviços de saúde para a assistência das necessidades sanitárias de suas respectivas populações, com a cooperação técnica e financeira tanto federal como estadual.

A direção nacional do SUS corresponde ao Ministério da Saúde, que executa funções reguladoras e de coordenação no âmbito nacional, e que também tem participação primordial no financiamento do sistema. O Ministério da Saúde mantém algumas estruturas executivas próprias nas áreas de ensino, investigação, assistência terciária e prestação de serviços especiais, tais como a assistência de saúde aos indígenas; é o caso da FIOCRUZ, Instituto Nacional do Câncer, uma rede de hospitais federais no Rio de Janeiro, e o Grupo Hospitalar Conceição no Rio Grande do Sul. Outros setores do governo federal também prestam serviços de saúde, cabendo destacar, em particular, a rede de hospitais universitários, as dependências de saúde do Ministério da Educação e as unidades próprias das Forças Armadas. O SUS executa funções

permanentes de coordenação, planejamento, articulação, negociação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que são inerentes aos três níveis de Governo.

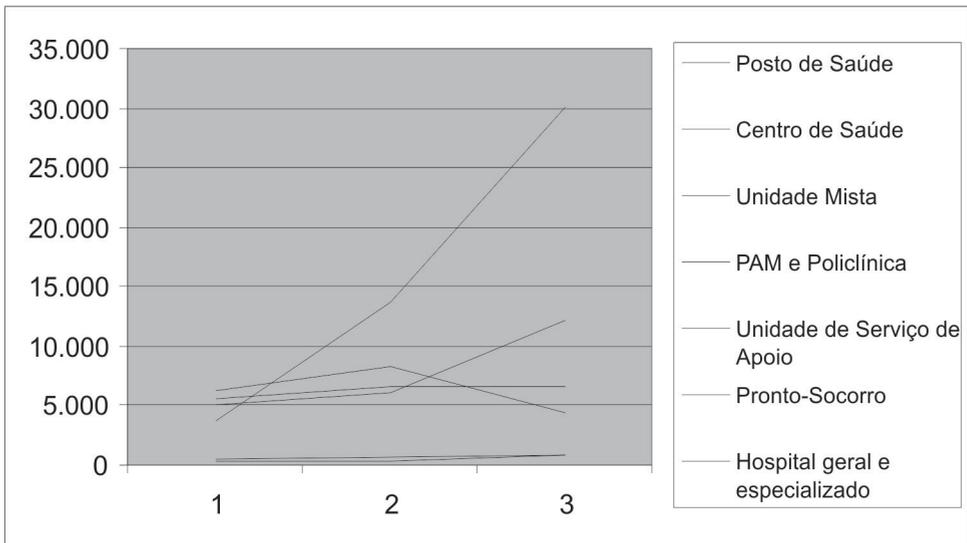
O subsetor privado será apresentado mais adiante neste artigo.

Infraestrutura

A oferta de serviços de saúde é marcada pela forte presença do setor privado na oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ao mesmo tempo, pela presença importante do setor público na oferta de serviços ambulatoriais.

No gráfico abaixo é apresentada a evolução do número de estabelecimentos de saúde no país por tipo.

Número de estabelecimentos de saúde por tipo – 1981, 1990 e 2009



Fontes: 1981 e 1990 – IBGE (2009). Assistência Médico-Sanitária (AMS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Como se pode observar, a maior expansão nos últimos anos foi por crescimento na oferta de centros e postos de saúde de atenção primária, eminentemente públicos. Dos estabelecimentos de saúde existentes no

país, cerca de 71% são para “pacientes externos”. Destes, cerca de 35 mil são públicos, dos quais 71% pertencem aos municípios. Menos de 15% dos estabelecimentos para pacientes externos privados têm contrato com o SUS. Noventa e cinco por cento dos estabelecimentos para diagnóstico e terapêutica são privados, dos quais apenas 35% têm contrato com o SUS.

Existem, atualmente no Brasil, cerca de 7.400 hospitais, dos quais cerca de 4.800 são privados. Estes hospitais abrigam cerca de 470 mil leitos, dos quais apenas 31% são públicos. Cerca de 70% dos hospitais privados são contratados para prestar serviços ao setor público (SUS).

Dos hospitais públicos, 25% são municipais. Seguindo o processo de descentralização, surgiram, nos últimos anos, cerca de 700 novos hospitais públicos, que possuem em média 35 leitos por hospital. Cerca de 60% dos hospitais públicos têm menos de 50 leitos, o que sabidamente está ligado a baixas efetividade e eficiência. O principal problema do setor hospitalar no Brasil não é exatamente a falta de leitos, mas seus inadequados tamanhos, distribuição territorial e tecnologias com que estão equipados, em relação às necessidades de saúde.

Em 2009, o Brasil apresentava 2.6 leitos por mil habitantes, abaixo da cifra de 3.7 que exibia em 1990. De outro lado, os leitos disponíveis para o setor público decresceu a 1.9 por mil habitantes em 2009, enquanto subia a 3.3 leitos por mil beneficiários dos planos privados de saúde, revelando enorme iniquidade na disponibilidade de leitos para os dois setores.

A assistência hospitalar do SUS registrou cerca de 13 milhões de internações em 2005, com uma permanência média de 5,9 dias. Já o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) está presente em 22 dos estados da Federação e tem 540 estabelecimentos de saúde e cerca de 1.350 equipes médicas autorizados pelo sistema para realizar estes procedimentos. A realização de transplantes pelo SUS apresenta crescimento constante, custeando atualmente cerca de 15 mil procedimentos anuais.

Recursos humanos

O número de médicos registrados e em atividade no Brasil encontra-se em torno de 330 mil, o de dentistas ao redor de 220 mil e o de enfermeiros, em torno de 178.5 mil – dados de 2007, os últimos disponíveis. Estes números correspondem, respectivamente, por mil

habitantes, a 1.74 médicos, 1.16 dentistas e 0.94 enfermeiros. Os técnicos de enfermagem são 467 mil e os auxiliares, cerca de 600 mil (respectivamente 2.47 e 3.16 por mil habitantes). O número de postos de trabalho de nível superior oferecidos nos estabelecimentos de saúde alcança cerca de 870 mil. Anualmente formam-se cerca de 10 mil médicos no Brasil.

Embora os números sejam maiúsculos, as médias encobrem distribuição geográfica muito desigual: os profissionais concentram-se no Sul e Sudeste e nas cidades grandes e médias. O vínculo simultâneo dos profissionais de saúde com os setores público e privado é a regra, particularmente nos hospitais e entre médicos. Os salários praticados no setor público são considerados ainda baixos para os padrões médios do mercado. Contudo, grandes estímulos salariais têm sido aplicados para a interiorização de profissionais e para os postos de trabalho da saúde da família.

Em anos recentes os Ministérios da Saúde e da Educação desenvolveram importantes iniciativas para a qualificação de técnicos e profissionais de nível superior para a saúde da família. Entre elas encontra-se o PROFAE, destinado a qualificação de pessoal de enfermagem e o Pró-Saúde, que oferece estímulos financeiros a escolas de graduação (medicina, enfermagem e odontologia) e de saúde pública cujos currículos se direcionem a saúde da família, o que atraiu cerca de 350 escolas, que englobam ao redor de 90 mil estudantes.

Atenção básica e Saúde da Família (PSF)

Desde meados da década de 1990, houve o impulso para o fortalecimento da assistência básica (primeiro nível de assistência do sistema) como estratégia para reduzir a desigualdade de acesso e estimular a reorientação da assistência na estrutura de um modelo universal e integral, que antes estava excessivamente centrada na assistência hospitalar. Os mecanismos mais importantes utilizados para expandir a cobertura e reduzir as desigualdades inter-regionais foram os chamados Piso de Assistência Básica (PAB) o Programa de Saúde da Família (PSF).

O PAB é uma estratégia para a alocação de recursos destinados à assistência básica, ligada ao desenvolvimento das ações previamente definidas e ao cumprimento de metas negociadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI). Os municípios assumem a responsabilidade

de assegurar à população uma série de ações de assistência básica. Para isso, recebem uma dotação de fundos transferida pelo Ministério da Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, repassando as dotações de recursos mediante o pagamento por produção.

Contudo, o mais importante dos incentivos está associado à implementação do PSF, programa lançado em 1994, que incorpora e amplia uma iniciativa anterior centrada na

atuação de agentes comunitários de saúde. O PSF é formado por equipes multiprofissionais, sediadas em unidades básicas de saúde, com o objetivo de oferecer assistência integral de saúde a um número definido de famílias, em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde. Tal atuação não se restringe exclusivamente a ações de assistência médica (ou a indivíduos doentes), mas inclui também o estímulo à promoção de ações intersetoriais para intervir sobre as condições de produção da saúde.

A equipe de saúde da família é composta pelo menos por um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (em proporção de um agente para um máximo de 150 famílias, ou seja, 750 pessoas). Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 1.000 famílias, ou 3 a 4.5 mil pessoas. A preparação destes profissionais é realizada em polos de capacitação, formação e educação, estabelecidos em todas as regiões do país.

Segundo dados do MS, o PSF está constituído, em dezembro de 2009, por mais de 30 mil equipes em cerca de 5.250 municípios, cuja população total gira em torno de 92 milhões de habitantes. No final de 2009, o MS registrava a existência de cerca de 240 mil ACS e o PACS estava presente em mais de 6.300 municípios, cobrindo ao redor de 60% da população. Quando ampliada com a saúde oral, o PSF conta ainda com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental; no final de 2009, as equipes de saúde oral eram cerca de 18 mil, atuando em cerca de 4.650 municipalidades e cobrindo ao redor de 40% da população.

Pesquisa realizada pelo IBGE, em 2008, revela que, dos 57.6 milhões de domicílios existentes no país, 27.5 milhões (47,7%) declararam estar cadastrados no Programa Saúde da Família (PSF). A Região Nordeste, a mais pobre do país, concentra 35.4% (ou 9.7 milhões) do total de domicílios cadastrados no Programa, seguida da Região Sudeste (9,1 milhões) com

33.1%, Sul (4.5 milhões) com 16.5%, Centro-Oeste (2.1 milhões) com 7.6% e a Região Norte (2 milhões) com 7.4%. Vivem nestes domicílios o total de 96.5 milhões de pessoas, ou 50.9% da população total, portanto cobertura do PSF naquele ano. Com a permanente expansão do Programa, a Saúde da Família atinge hoje (meados de 2010) números ainda maiores.

O estudo mostrou que o PSF alcança de fato a população mais carente do país, pois foi observado que quanto maior era a classe de rendimento mensal domiciliar *per capita* menor era a proporção de domicílios cadastrados no Programa: 62% dos domicílios cadastrados no PSF tinham rendimento mensal domiciliar *per capita* até um salário mínimo e 86% até dois salários mínimos.

Farmácia popular

O Governo Federal criou, em junho de 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil. Seu objetivo é levar medicamentos essenciais a baixo custo para mais perto da população, melhorando o acesso e beneficiando uma maior quantidade de pessoas.

O Programa atua sobre dois eixos de ação: as unidades próprias, desenvolvidas em parceria com Municípios e Estados e o sistema de co-pagamento, desenvolvido em parceria com farmácias e drogarias privadas.

As unidades próprias são operacionalizadas pela Fiocruz, que coordena a estruturação das unidades e executa a compra dos medicamentos, o abastecimento das unidades e a capacitação dos profissionais. Atualmente são em número de 530, distribuídas em cidades-polo, em todos os Estados brasileiros. Oferecem 108 medicamentos mais o preservativo masculino, dispensados pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90% do valor comparando-se com farmácias e drogarias privadas. A única condição para a aquisição dos medicamentos é a apresentação de receita médica ou odontológica.

No sistema de co-pagamento, o Governo paga parte substantiva do valor dos medicamentos e o cidadão paga o restante. O valor pago pelo Governo é fixo. Por esse motivo, o cidadão pode pagar menos para alguns medicamentos do que para outros, de acordo com a marca e o preço praticado pela farmácia. Mas, em geral, a população pode pagar até um décimo do preço de mercado do medicamento. Para ter acesso a essa

economia, basta que a pessoa procure uma drogaria com a marca “Aqui tem Farmácia Popular” e apresente a receita médica acompanhada do seu CPF e documento com foto. Atualmente, o sistema de co-pagamento está trabalhando com medicamentos para hipertensão, diabetes e anticoncepcionais e inclui cerca de 12 mil farmácias, distribuídas em todo território nacional.

Vigilância epidemiológica e o Programa Nacional de Imunizações (PNI)

A vigilância epidemiológica e o controle de doenças e agravos a saúde, importante função da saúde pública, é de responsabilidade do SUS. É compartilhada pelas autoridades sanitárias das três esferas de governo, em coordenação harmônica e complementar. Dela, vamos destacar o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e os programas da gripe e do HIV/AIDS.

O PNI, que completa 35 anos de operações em 2010, proporciona, gratuitamente, vacinas específicas contra mais de 15 doenças, com uma alta cobertura de vacinação de rotina para crianças, adolescentes, adultos e idosos³. A execução do programa é descentralizada, com ações em todos os municípios do país; o programa adquire os imunobiológicos de forma centralizada, garantindo qualidade e reduzindo os custos pela economia de escala. O Brasil produz, no país, a maioria das vacinas consumidas no PNI por meio da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Butantan, ambos públicos. Com isto, a maioria das doenças controláveis por imunização foi eliminada (casos da pólio e do sarampo) ou encontra-se controlada.

Em 2003 foi instituído o Comitê Nacional de Preparação contra Pandemia de Gripe. O Plano Nacional de Preparação contra Pandemia de Gripe foi elaborado e implementado em novembro de 2005, e é submetido a constantes revisões.

³ As vacinas oferecidas gratuitamente pelo PNI a toda população são as seguintes: vacina antipólio oral, BCG (tuberculose), tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), DTP (coqueluche, tétano e difteria), HiB (Hemophilus Influenza tipo B), hepatite B, rotavírus, pneumococo, antimeningocócica e contra a febre amarela. Em campanhas são aplicadas as vacinas contra a Influenza sazonal (vacina da gripe) e, em 2009-2010, a vacina da Influenza A H1N1, com a qual o Brasil imunizou mais de 90 milhões de pessoas, numa das maiores campanhas do mundo.

O número médio de casos de AIDS registrados anualmente oscilou entre 25 e 30 mil, segundo a origem e a fonte dos dados. Acumularam-se cerca de 500 mil casos notificados desde o início da epidemia e foi estimado em mais de 700 mil o número de pessoas que vivem com o HIV/AIDS. As taxas de mortalidade aumentaram até meados da década de 1990, estabilizando-se em cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998. A política de acesso universal ao tratamento antirretroviral, que combina medicamentos com diferentes formas de ação no esquema denominado Terapia Antirretroviral de Alta Efetividade (HAART, sigla em inglês), produziu uma redução importante da mortalidade.

Vigilância sanitária e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pela vigilância sanitária, ou seja, a regulamentação, fiscalização e controle de toda a produção de bens e serviços no setor saúde, uma das funções mais importantes da saúde pública contemporânea.

O controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços de interesse da saúde, processos, insumos e tecnologias, são exercidos pelos órgãos federais, estaduais e municipais que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O Ministério da Saúde coordena o sistema por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cuja esfera de atuação inclui ainda o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras. Medicamentos e outros produtos de uso no sistema de saúde só têm autorização para consumo no país após registro nesta Agência de regulação do Ministério da Saúde.

Cada Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de municípios de maior parte possuem, respectivamente, as VISA estaduais e municipais com funções específicas, adequadas às suas responsabilidades nos seus respectivos territórios.

As atividades de inspeção sanitária se descentralizam na direção dos governos estaduais e municipais, que participam da análise técnica dos processos de registro dos produtos. O Ministério da Agricultura centraliza o registro e a inspeção industrial de produtos de origem animal, de bebidas, praguicidas e drogas de uso veterinário.

Os produtos agrícolas de exportação estão sujeitos à fiscalização direta do governo Federal. Os setores sanitários e da agricultura têm redes próprias de laboratórios para apoiar as ações de controle dos alimentos.

Saúde suplementar: planos de saúde privados. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

O setor privado inclui provedores com fins lucrativos e organizações filantrópicas sem fins lucrativos. Segundo o IBGE, em 2008, cerca de 26% da população brasileira, ou seja, cerca de 49.5 milhões de pessoas dispunham de pelo menos um plano de saúde. Entre estas, 77.5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas e 22.5% a planos de assistência ao servidor público. Nas áreas urbanas (29.7%) o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era maior do que nas rurais (6.4%). As Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais (35.6% e 30%, respectivamente), aproximadamente três vezes maiores do que os verificados para o Norte (13.3%) e Nordeste (13.2%).

Segundo o mesmo estudo, a cobertura por plano de saúde estava positivamente relacionada ao rendimento mensal domiciliar *per capita*: em domicílios com rendimento de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, apenas 2.3% das pessoas tinham plano de saúde, proporção que sobe para 82.5% dos que tinham rendimento de mais de cinco salários mínimos.

Parte da população coberta pelos planos de saúde também utiliza os serviços do SUS, especialmente procedimentos ou tratamentos mais complexos ou de mais alto custo (transplantes, HIV/AIDS, fornecimento de materiais farmacêuticos).

A assistência prestada pelos planos privados está sujeita, desde 1998, a critérios de regulamentação, normalização, controle e fiscalização, estipulados na legislação específica. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) monitora a evolução dos preços dos planos privados, assim como a seus prestadores e aos insumos utilizados, autoriza operações empresariais de subdivisão, fusão, incorporação, modificação ou a transferência do controle acionário, e supervisiona a articulação com as entidades de defesa do consumidor.

Conclusões

Apesar de relativamente jovem, o Sistema Único de Saúde brasileiro é uma das mais bem sucedidas entre as políticas públicas no campo social. É uma política pública generosa e inclusiva, baseada na noção de direito garantido pela Constituição, o que assegura acesso universal e equitativo, possível pelo financiamento majoritariamente público.

Tem grandes desafios que se localizam, principalmente, no terreno da qualidade. Isto é, sua expressiva cobertura precisa ser aperfeiçoada, agora e no futuro, com resolutividade e qualidade técnica, bem como tal a implementação desta qualidade deve ser percebida pelos cidadãos usuários.

A amplitude dos direitos, garantida pelos conceitos de integralidade e equidade, demanda uma ampliação também do financiamento, que se encontra hoje constringido pelas dificuldades do orçamento público existente. Por razões políticas, o Congresso Nacional negou aprovação à Contribuição sobre Movimentação Financeira (o “imposto do cheque”) proposta pelo Executivo, sem oferecer alternativa de fontes orçamentárias.

A ampliação do PSF e a manutenção dos segmentos de política de saúde bem sucedidos estão também entre os desafios futuros para o SUS. Desafio importante é também a regulação e controle dos planos privados de saúde por parte da autoridade sanitária nacional, de forma que os custos elevados sejam retribuídos com serviços de qualidade.

As dinâmicas social, demográfica e epidemiológica exigem dos dirigentes do SUS atenção às transformações que colocarão novos desafios políticos e técnicos.

Contudo, como comprovam estudos recentes do IBGE, a satisfação dos usuários com o SUS tem crescido de forma constante e sustentável, o que assegura que, continuando na linha adotada pela direção política do sistema nos últimos anos, aprofunde-se o encontro entre as necessidades socio sanitárias e as políticas públicas vigentes.

Bibliografia básica consultada e sugerida

Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC e Carvalho AI (orgs.) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1100 pp., 2008.

Organização Pan-americana da Saúde (OPS). *Salud en las Américas: Brasil*. Washington, DC: OPS, vol. 2, pp. 148-172, 2007.

Site do Ministerio da Saúde: www.saude.gov.br

