



Sistema Único de Saúde – presente, passado e futuro

Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka*

O Sistema Único de Saúde está completando 35 anos desde sua criação. Ao longo desse percurso, muito se avançou, mas grandes desafios para sua completude ainda terão de ser suplantados.

O SUS foi e é a política pública de inclusão social mais efetiva que o setor da saúde teve nestes últimos tempos. Ele foi o resultado de uma pactuação política efetiva na qual se envolveram diversos atores sociais, com relevante participação da comunidade nas instâncias de decisão. Distintas estratégias foram implementadas para seu desenvolvimento, demandando a conciliação de interesses legítimos, mas por vezes contraditórios.

Para garantir a consecução da universalidade, um de seus princípios doutrinários, a melhor alternativa foi a implantação dos serviços de atenção básica pelo município. Este emergiu como um gestor fundamental dessa política, e uma autoridade ávida por assumir um papel mais significativo.

A opção de trabalhar pela universalização para garantir o acesso e o aumento da cobertura foi efetiva e levou os gestores federais, estaduais e municipais ao cumprimento de decisões políticas inerente às funções desses níveis de poder. Isso possibilitou a realização das tarefas de forma descentralizada e de acordo com as variáveis de contexto. Para os gestores locais, a universidade representou uma abertura à adoção de respostas factíveis, tendo como resultado a diversidade da oferta de acordo com suas realidades.

A implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, viabilizada por recurso financeiro disponibilizado

pelo Piso de Atenção Básica (PAB), teve como resultado a esperada uniformidade da prestação de serviços na comunidade, principalmente com foco na assistência médica. Porém, não alavancou a implementação de ações de prevenção e promoção de saúde, diretriz tão almejada para a assistência holística à população.

O SUS, após esse período de implantação, está na etapa de concretizar a integralidade do cuidado à saúde. Para tanto, porém, é preciso rever as trajetórias percorridas até aqui. Esse movimento é importante porque nos permitirá avançar nesse outro princípio pétreo do Sistema Único de Saúde.

O lócus estruturante da integralidade é a região de saúde, materializada pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ela visa ao compartilhamento do poder entre gestores municipais e estadual na qual estão inseridos.

A lógica da regionalização também é eixo estruturante do terceiro princípio doutrinário do SUS, a equidade. E o grande desafio será organizar os serviços para que, em cada nível de atenção, a necessidade de saúde do usuário possa ser atendida, referida e referendada. É dizer: que ele possa transitar por todos os níveis de atenção existentes nesse novo território, sendo encaminhado para outras estruturas fora de sua área de abrangência apenas se a região de saúde não dispuser de equipamento capaz de atendê-lo.

Nessa etapa será importante a harmonia entre os distintos serviços disponibilizados regionalmente, buscando, portanto, o equilíbrio nos processos de trabalho e a revisão das tecnologias de acolhimento. De certa maneira, será um trabalho quase artesanal,

* Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

em que a equipe de cada lócus de atenção terá de apoiar outro serviço no território da região de saúde. Assim, o cuidado deverá ser realizado levando em conta a especificidade do problema de saúde e a coordenação dos serviços de acordo com a etapa do processo saúde-doença. O desafio da regionalização será encontrar a conciliação na gestão estratégica que permita decisões compartilhadas, com responsabilidade e compromissos negociados na nova governança regional, em busca de uma funcionalidade adequada.

Embora os princípios da universalidade, integralidade e equidade sejam valores pétreos, a evolução do sistema permite identificar que são competitivos e não evoluem de forma concomitante. A universalização avançou de modo proeminente ao ser definida como competência municipal; no entanto, para se atingir a integralidade e a equidade será necessária a construção da governança regional com direitos e deveres das gestões municipais e estadual, logo, uma autoridade regional, que não existe hoje no País.

Nessa perspectiva, será importante nessa revisão a recuperação das ações de prevenção e promoção da saúde. Entre as alternativas para a gestão regional está a descentralização do poder estadual para o nível regional existente nas secretarias estaduais, podendo o nível municipal conformar uma esfera bipartite regional com garantia de autonomia da gestão local em seu território.

A equidade é o princípio do SUS mais difícil de ser alcançado. Isso porque manter a universalização da assistência e respeitar as desigualdades na atenção requerida conforme cada necessidade não são tarefas fáceis. Por exigir arranjo institucional para atender a especificidade de cada caso, esse princípio se reveste de grande complexidade, o que explica porque é o menos trabalhado. Com o envelhecimento populacional, no entanto, a demanda por equidade será cada vez maior. E a insuficiência de recursos humanos e financeiros torná-la-á um desafio no cuidado à saúde, o que poderá acarretar insatisfação dos usuários.

Para se avançar na universalização, na integralidade e na equidade da assistência à saúde, o

financiamento do SUS precisará ser mais efetivo. A atenção à saúde é um processo de alto custo pela magnitude da população brasileira e da tecnologia envolvida. Por isso, a gestão do SUS foi organizada com a participação dos níveis – federal, estadual e municipal –, que se ancoram em instâncias de deliberação tripartite e bipartite. Importante destacar que, após a pandemia, o Ministério da Saúde fragilizou a instância tripartite ao não se fazer presente no processo de governança.

Outro fato descortinado pela crise sanitária foi a relevância da rede básica para o acolhimento dos casos suspeitos de covid-19 e seu encaminhamento para serviços de maior complexidade tecnológica. Ficou evidente a necessidade de serviços ambulatoriais com equipe e instrumentos para diagnóstico diferencial e tratamento. Dessa experiência redundou a tese de que a identificação de referências hospitalares pode servir como linha de base para desenho do fluxo dos usuários atendidos em distintos serviços, e que necessitem de recursos humanos e tecnológicos para o atendimento integral equitativo do agravo.

Nesse sentido, a formação de redes de atenção dentro das regiões de saúde é condição *sine qua non* para a avaliação de cada um dos serviços existentes e em funcionamento no território, bem como para a definição do fluxo mais adequado ao rápido acesso a outro nível de atenção. Para tanto, é preciso investir no aprimoramento da comunicação, buscando, no menor tempo possível, o atendimento no serviço. Um mecanismo útil que talvez deva ser desenvolvido é o uso das informações já disponíveis no Programa Telessaúde, do Ministério da Saúde, que permitirá identificar recursos e fluxos que devem ser valorizados para a definição do funcionamento da rede.

O SUS é uma política que pressionará por mais recursos, seja pelas mudanças demográficas pelas quais o Brasil está passando, como a longevidade, seja pela velocidade com que são incorporadas as tecnologias para diagnóstico e tratamento. Cabe ressaltar que a incorporação de novos equipamentos não descarta os já existentes, gerando assim custo mais elevados.

O SUS tem avançado tanto que as filas decorrentes do processo de inclusão e busca por assistência têm duas faces interessantes de serem comentadas: a do sucesso da inclusão e a da carência estrutural do setor saúde para dar conta das necessidades identificadas nas distintas instâncias da rede de atenção.

Seu desenvolvimento ao longo dos últimos 35 anos evidenciou o desafio que teremos de permanentemente percorrer para alcançarmos o aperfeiçoamento do sistema e, conseqüentemente, garantirmos o direito à saúde da população, conforme preconizado em nossa Constituição.