



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

MATHEUS LEITE BENELI

A POLITIZAÇÃO DO SUS

**Assis/SP
2021**



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

MATHEUS LEITE BENELI

A POLITIZAÇÃO DO SUS

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de direito do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientando(a): Matheus Leite Beneli
Orientador(a): Gerson José Beneli

Assis/SP
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Leite Beneli, Matheus.

A politização do SUS / Matheus Leite Beneli. – Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2021.

Número de páginas. *****

1. Palavra-chave. 2. Palavra-chave. *****

Biblioteca da FEMA

CDD:
Biblioteca da FEMA

A POLITIZAÇÃO DO SUS

MATHEUS LEITE BENELI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: _____
Me. Gerson José Beneli

Examinador: _____
Inserir aqui o nome do examinador

Assis
2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, sem eles não teria o alicerce necessário para me tornar a pessoa que sou hoje e nem para concluir o curso de Direito.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e sua força maior. Agradeço a minha família por cada conversa, conselho e ensinamento, em especial aos meus pais por me fazerem ser quem eu sou hoje e ofertarem inúmeras oportunidades em minha vida.

Agradeço também aos meus amigos da minha sala diurna do Direito João Victor Vasques, Lara Damaceno e Gabriela Moreno, e em especial ao Pedro Pereira Bertoche, ao João Pedro Gimenes, Marcelo Manfio e Maria Eduarda Cordober por estarem sempre comigo no dia a dia durante a maior parte da faculdade.

Agradeço aos meus companheiros de time, Pedro Molitor, Abílio Leocádio e Ângelo Spinardi por serem verdadeiros irmãos para mim. Agradeço ainda ao Gabriel Bermejo, que sempre me ajudou como pôde, desde técnico na conquista de um título ou ainda como um sábio conselheiro em suas palavras.

Deixo meu agradecimento também ao Celso Francisco pelas sábias conversas e ao Joao Pedro Caetano e nossa jornada na atlética da faculdade.

Agradeço muito ao meu xará Matheus Mattioli Moro e também às minhas amigas da Medicina Lara Mortati Bernardo e Gabriella Andrade, bem como à Victória Sayuri e à Isabelle Eduarda. Sem o auxílio destes, não teria conseguido viver a loucura de levar as faculdades de Direito e Medicina concomitantemente com a elaboração deste trabalho.

Agradeço ainda a todas as pessoas com quem trabalhei no período de estágio no Cartório de Registro de Imóveis, Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Assis-SP, em especial ao escrevente Thiago Marinho pelos ensinamentos e amizade, ao Oficial Substituto Ronaldo Carreira por dar o exemplo de uma liderança de equipe sem igual e ao 1º Oficial Vinícius Rocha Pinheiro Machado por todas as conversas, conselhos e momentos como um excelente tutor para a vida.

Por fim, mas não menos importante, agradeço também a mim: por ter ficado madrugadas em claro estudando, por manter sempre o foco e a determinação necessária, por tentar sempre dar mais do que receber, por tentar fazer mais bem do que mal e acima de tudo, por não desistir.

*A injustiça em qualquer lugar é uma ameaça à
justiça por toda parte.*

Martin Luther King

(1929-1968)

RESUMO

O presente trabalho visa conceituar e analisar as políticas públicas de saúde inseridas no Brasil ao longo de sua história e os fatores que determinam o fracasso ou sucesso de cada uma delas. O trabalho busca explicar como essas políticas são aplicadas e seus benefícios, bem como a função dos profissionais multidisciplinares que atuam no meio, podendo ser médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, entre muitos outros. Evidencia como o Sistema Único de Saúde revolucionou a política e sua interação fundamental com a política.

Palavras-chave:

ABSTRACT

The present paper aims to conceptualize and analyze the public health policies inserted in Brazil throughout its history and the factors that determined the failure or success of each one of them. The paper pretends to explain how these policies are applied and their benefits, as well as the role of multidisciplinary professionals who work in the field, which can be a doctor, nurse, nursing technician, dentist, among many others. It shows how the Unified Health System revolutionized public policy and its fundamental interaction with politics.

Keywords:

Lista de abreviaturas e símbolos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, O DESCASO DO ESTADO DESDE O INÍCIO DA COLONIZAÇÃO E COMO A MESMA SOFREU E SOFRE ATÉ HOJE INFLUÊNCIA DA POLÍTICA E DA RELIGIÃO.	13
3. O SUS VERSUS A DESINFORMAÇÃO: COMO ELA INFLUENCIA O ACESSO AO TRATAMENTO, A GESTÃO E A PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA	18
4.NECESSIDADE DA INTERFERÊNCIA POLÍTICA PARA SANCIONAR/ VETAR POLÍTICAS PÚBLICAS	29
5.CONCLUSÃO	34

1. INTRODUÇÃO

É fato que, em um país com dimensões continentais como o Brasil, com mais de 520 anos de história desde sua colonização, demorou-se muito para construir uma política de saúde pública eficiente, fato que só ocorreu concomitantemente à criação da Constituição de 1988 e seus anos seguintes. Diversos fatores contribuíram para tal inércia por parte do Estado, dentre os quais podemos destacar a desinformação no cuidado à saúde, a qual pode ser dividida em falta de informação ou informação errada, sendo ambas devastadoras no processo de saúde para todas as partes envolvidas.

No primeiro caso, a falta de informação por parte dos profissionais de saúde, por exemplo ao tratar uma doença nova para a ciência (vide Covid-19) tem como consequência a porcentagem de complicações e mortes aumentadas. Já a desinformação em relação ao paciente se resolve com uma boa comunicação entre uma equipe multidisciplinar (que envolve médicos, enfermeiros, assistentes de enfermagem, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e até dentistas) e pacientes. Essa boa comunicação deve ser feita com um atendimento que trate o paciente como um todo, incluindo seu aspecto biológico, psicológico, social e espiritual.

Já no caso das informações erradas, recentemente temos um problema crescente nas redes sociais: as *fake News*. O paciente não tem obrigação de saber sobre questões de saúde e uma vez que informações erradas circulam sobre uma determinada doença ou tratamento, a equipe de saúde tem a função não só de instruir seu paciente, mas também de desconstruir tudo aquilo que o mesmo acredita por crenças populares e/ou mitos, e que não é baseado na ciência, sem, contudo, ignorar suas origens. Isso tudo está

garantido por lei, mais precisamente na Lei 8080/90 que garante o acesso à informação e ao tratamento a todos de maneira igualitária.

Tal conquista só foi alcançada graças ao contexto político da época, que foi fundamental na criação do SUS. Com a promulgação da Constituição de 1988, os requisitos legais para a criação de um sistema de saúde que tivesse princípios de universalidade (atendesse a todos, sem discriminação), integralidade da assistência (considerar o homem e seu biopsicossocial e espiritual para tratamentos e curas), equidade (tratamento igualitário a todos), descentralização político-administrativa (levando os gestores que decidem sobre o SUS a acertarem mais em suas decisões por estarem mais próximos da população) e a participação da comunidade (por meio de conselhos regionais).

Por isso, a política na saúde pública é fundamental, porém também pode ser extremamente prejudicial. Este estudo visa expor os mecanismos que o Estado criou para realizar o cumprimento e a efetividade da saúde pública garantida por lei, independente do gestor que esteja no cargo em exercício e as dificuldades que existem neste caminho.

2. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, O DESCASO DO ESTADO DESDE O INÍCIO DA COLONIZAÇÃO E COMO A MESMA SOFREU E SOFRE ATÉ HOJE INFLUÊNCIA DA POLÍTICA INTERNA, EXTERNA E DA RELIGIÃO.

Durante os 389 anos da colônia e do império no Brasil, muito pouco foi feito em relação às políticas públicas de saúde do país. É claro que antes disso os povos nativos que já viviam aqui padeciam de enfermidades também, porém, com a chegada dos portugueses iniciou-se a circulação de enfermidades trazidas da Europa às quais os índios não tinham imunidade.

Já naquele tempo o acesso aos tratamentos variava de acordo com a classe social: os nobres e colonos brancos com posses tinham acesso aos médicos e remédios da época, enquanto os pobres e escravos (que eram a maior parte da população) tinham que recorrer às Santas Casas da Misericórdia, que nada mais eram do que hospitais implantados pelos religiosos, em especial, pela Igreja Católica.

Porém, nessa época as Santas Casas passavam por diversas dificuldades financeiras devido a falta de atenção do Estado, e na maioria das vezes os tratamentos eram a base de canja de galinha e cuidados sem a técnica requerida/esperada de um hospital.

Os doentes tinham ainda, uma segunda opção: os curandeiros, que nada mais eram do que pessoas “com o dom de curar”, segundo o que a sociedade em geral da época acreditava. Estes não tinham nenhuma formação na área da saúde mas realizavam terapias de cura e faziam uso de muitas ervas medicinais brasileiras e eram muito bem aceitos socialmente e conseqüentemente, muito requisitados também.

Em 1808, foi criada a Escola de Cirurgia da Bahia, a primeira da área da saúde no país. A partir deste ponto inicial, o contexto político da época

ajudou, pois em 1822, com a declaração da Independência do Brasil, D. Pedro I realizou as primeiras mudanças significativas na área da saúde: investiu em faculdades da área da saúde, criou órgãos para vistoriar a higiene pública, delimitou funções para os praticantes da medicina, entre outras. Essa foi a primeira tentativa de um governante na história da nação de melhorar a saúde pública do país e a imagem do Brasil para o mundo.

Na prática, apesar de ser um marco histórico, as medidas foram pouco eficazes. O agravamento das condições sanitárias contribuíram para o fim do Período Imperial, e o Brasil continuou sendo símbolo mundial de doença.

Com a criação da Lei Áurea no país em 1888 e o início do Período Republicano em 1889, a mão de obra das lavouras de café e das fábricas da época passaram a depender dos imigrantes europeus, que tinham certa relutância de vir para cá devido a fama de país insalubre.

Por isso, o início do século XX foi marcado por reformas urbanas e sanitárias, principalmente nas grandes cidades e áreas portuárias. Um grande exemplo foi o Rio de Janeiro, então capital da República, que passou por uma reformulação completa (baseada na reforma que Paris havia sofrido 5 anos antes).

Entretanto, tais reformas concomitantemente com a Lei Áurea fizeram com que os menos favorecidos (em sua maioria, negros) fossem cada vez mais para as margens das cidades, com muito pouca infraestrutura e aumentando ainda mais a desigualdade social da época. Ou seja, ao mesmo tempo que a capital passava por sua maior reforma urbana e deveria virar símbolo de avanço, surgiam às margens da cidade populações enormes deixadas de lado, dando início as hoje conhecidas periferias e deixando o país ainda refém de problemas sanitários e epidemias.

Os sanitaristas tinham que lutar contra interesses políticos e econômicos contrários da época, o que gerava desinformação e confundia a população em

geral. Exemplo disso foi a obrigatoriedade das vacinas contra a varíola proposta por Oswaldo Cruz e com muita insistência e articulação, aceita pelo governo, o que gerou uma enorme revolta popular em 1904.

O país na época tinha a maior parte de sua população ainda no campo, e até os que moravam na cidade eram extrema e diretamente dependentes da atividade rural. A campanha de vacinação contra a varíola foi a primeira a alcançar áreas rurais também, porém, não havia logística boa para alcançar a população rural com eficiência.

Pouca coisa mudou até a Era Vargas, que começou em 1930. Com a pressão popular, Getúlio Vargas decidiu ampliar as CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão – para diversas categorias (como portuários, telegráficos, servidores públicos e mineradores). Para isso, transformou as CAPs em IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões. A ideia era que os trabalhadores quando idosos, teriam condições de manter sua saúde geral boa quando se aposentassem. Junto a isso, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que desenvolvia atividades de diversos setores, incluindo além de educação e saúde, esportes, meio ambiente.

Com isso, nesse período, mesmo com a atuação mais focada no tratamento das endemias e epidemias, as verbas destinadas à saúde eram constantemente desviadas para outros setores. A própria verba das IAPs era em boa parte convertidas para o desenvolvimento industrial do país. Assim, o atendimento na saúde pública mais uma vez não era tido como prioridade.

Em 1934, a nova Constituição do Brasil proporcionou novos direitos aos cidadãos, como o direito à assistência médica e licença gestante. Mais um avanço na saúde ocorreu em 1943 com a criação da CLT – Consolidação da Leis do Trabalho – que entre inúmeros benefícios, garantia por lei aos trabalhadores: férias, salário mínimo, jornada máxima de 8 horas diárias e condições mínimas de segurança no trabalho.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que no início, tinha seu foco em atender a população rural. Na cidade, o direito à saúde era privilégio dos trabalhadores com carteira assinada. Foram avanços importantíssimos na saúde do brasileiro mas ainda era pouco.

Em 1964, veio a ditadura militar, período no qual a saúde teve grandes reduções orçamentárias e doenças como malária, meningite e dengue se intensificaram. Houve também aumento da mortalidade infantil. Com isso tudo, em 1966, o governo criou o INPS – Instituto Nacional da Previdência Social - com a função de unificar todos os órgãos previdenciários que vinham funcionando desde 1930 e também melhorar o atendimento médico.

Assim, a atenção básica era cada vez mais vista como responsabilidade dos municípios, o que incluía práticas que antecedem a doença com fim de evitá-la, seja eliminar fatores de risco ou evitar diretamente alguma doença, ou seja, tudo que envolve prevenção e promoção da saúde (como saneamento básico, vacinação, controle de animais peçonhentos, porém feito de forma muito escassa antes da criação do SUS em 1990).

Já os casos mais complexos ficavam à cargo dos governos estaduais e federal e incluía realização de exames, encaminhamentos ao especialista, tratamento, reabilitação e cirurgias, porém sem um protocolo detalhado a ser seguido, ficando a decisão à cargo dos profissionais envolvidos no caso e variando muito o padrão de atendimento.

Mesmo com essas iniciativas, no auge do “milagre econômico” brasileiro as verbas para saúde representavam cerca de apenas 1% do orçamento geral da União. A piora dos serviços público deu força aos grupos privados, que se alastraram fortemente no país, tornando a saúde uma mercadoria.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil e propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de

vida. Diversos órgãos internacionais participaram do evento, o que abriu os olhos da sociedade para o valor de medidas de saneamento, medicina preventiva, descentralização dos serviços e participação nas decisões.

O relatório da 8ª Conferência serviu de base para elaboração do capítulo de saúde da Constituição de 1988 e para a criação do SUS – Sistema Único de Saúde. Com ele, finalmente foi colocado em prática a ideia de um grande plano de saúde para todos, com logística e infraestrutura tanto para atender os grandes centros quanto para chegar as áreas mais remotas do país com excelência.

3. O SUS VERSUS A DESINFORMAÇÃO: COMO ELA INFLUÊNCIA O ACESSO AO TRATAMENTO, A GESTÃO E A PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA

Como ressaltado nesta breve monografia, o SUS foi o primeiro planejamento de política de saúde pública em grande escala, com foco na prevenção e promoção da saúde e não mais na medicina corretiva a realmente sair do papel e ser implantado.

Foram criados dentro do SUS diversos programas que são essenciais na política de saúde pública, como:

- ESF - Estratégia de Saúde da Família (antes, PSF – Programa de Saúde da Família) que tem como objetivo principal a responsabilidade sanitária de reconhecer problemas de saúde mais comuns e principalmente acompanhar essas pessoas ao longo do tempo;

- PTS (Projeto Terapêutico Singular): é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe, contando também com a implantação de uma ampla rede de atenção em saúde mental aberta e competente para oferecer atendimento eficiente a todas as faixas etárias e apoio as famílias;

- MCCP (Método Clínico Centrado na Pessoa): visa atender o paciente como um todo e não somente sua doença. Busca compreender a história de vida, os hábitos e manter o vínculo com o mesmo, sempre com base na empatia, levando em conta o sentimento do paciente, a ideia de doença e tratamento que a pessoa tem, além do funcionamento do sistema para auxiliá-lo e sua expectativa em relação a isso tudo.

- NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família): foi criado em 2008 com a função de apoiar a consolidação da atenção primária e ampliar ofertas de saúde na rede de serviços. Conta com uma equipe multiprofissional e funciona como um ajudante da ESF.

- PNH (Política Nacional de Humanização): presente em todas as esferas de atendimento, busca fortalecer iniciativas de humanização existentes, contagiando trabalhador e gestores com princípios e diretrizes de humanização. Foca no desenvolvimento de estratégias que melhoram as relações nos serviços de saúde e objetiva trabalhar a humanização nos diferentes espaços de saúde, com a inclusão do coletivo e a cogestão, que nada mais é do que a união dos gestores com quem trabalha na área para tomar decisões técnicas, assumindo assim uma corresponsabilidade sobre o paciente.

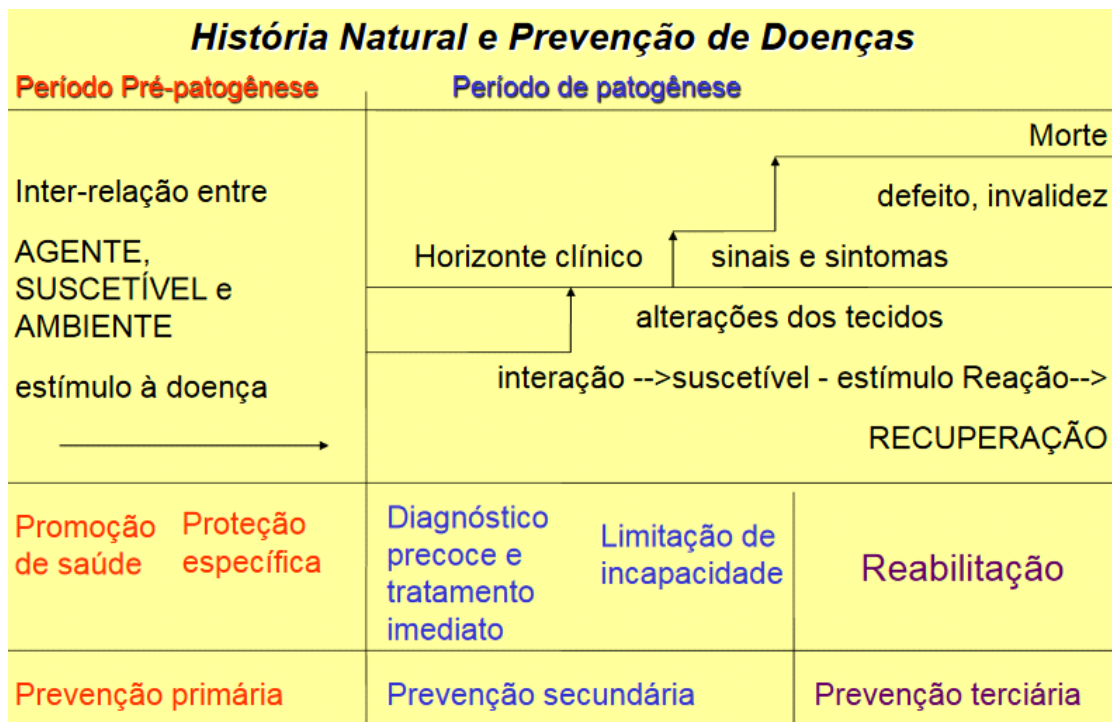
Desta maneira, prioriza-se um bom atendimento multidisciplinar buscando não só o bem estar do paciente como também a redução dos custos ao Estado, uma vez que são organizados dentro da chamada Rede de Atenção à Saúde 4 tipos diferentes de atendimento ao público. É importante enfatizar que esses “tipos” não são considerados níveis pois são todos organizados de forma integrada e não hierárquica, e por isso são considerados uma rede. São eles:

-Rede de Atenção Primária: basicamente abrange tudo que envolve prevenção e promoção da saúde; busca identificar as necessidades de saúde que determinada população exige e determinantes que antecedem a doença para que a pessoa não adoça e assim eliminar fatores de risco ou diretamente alguma doença. Envolve o trabalho feito pela UBS - Unidade Básica de Saúde e acaba sendo na maioria das vezes a porta de entrada do paciente do sistema. Geralmente, é atendido primeiro por um médico generalista que avalia o caso e decide o que é necessário dali para frente.

Exemplos: vacinação, ações de saneamento básico, controle de animais peçonhentos, campanha antitabagista, consultas de rotina.

-Rede de Atenção Secundária: envolve tudo que serve para uma doença já existente não piorar, o que inclui exames, acesso a tecnologias dentro do sistema (analisar determinantes biológicos no caso de câncer por exemplo), encaminhamento para um especialista ou para a UBDS (Unidade Básica Distrital de Saúde), a redução de tempo entre um exame e outro, entre outros.

-Rede de Atenção Terciária: diz respeito ao tratamento de uma doença já em estágio avançado, o que normalmente já inclui nível hospitalar para cura, realização de cirurgias e reabilitação (próteses, fisioterapia, recuperação de sequelas).



Há ainda a Atenção Quaternária, mas está se encaixa dentro da Terciária e trata dos transplantes. Cada nível desse tem sua autonomia, mas o sistema como um todo é horizontal e não vertical, sendo a ação em conjunto da RAS o grande diferencial do atual sistema, pois possibilita a integração entre UBS, hospital, farmácia, clinico geral e especialista, além de toda a

equipe multidisciplinar, diretamente com o paciente, algo inédito na nossa história.

É importante ressaltar também que a Rede de Atenção Primária é muito mais barata e resolutive (cerca de 80% dos casos são resolvidos ainda na atenção primária) do que a secundária, e assim sucessivamente. Por isso foi tão importante montar um plano de saúde universal com foco na prevenção e promoção, fato este que viabilizou o andamento do projeto e possibilitou um acolhimento maior e melhor dos pacientes.

Além de todos esses programas, da organização horizontal do sistema, e do respeito à individualidade de cada um, o SUS conta ainda com algumas ferramentas que vão além, como a territorialização para melhor entender as necessidades de saúde de determinada região, que basicamente estão relacionadas a condições culturais e sociais (modo de vida) das pessoas e são divididas em basicamente 4 categorias: necessidade de boas condições de vida; necessidade de vínculo; necessidade de tecnologia; necessidade de autonomia.

Os mapas podem ser do território, que consistem na delimitação geográfica da área com objetivo de representar graficamente a área de responsabilidade da equipe de saúde de forma a permitir a visualização espacial do território, ou ainda, um mapa inteligente, que tem como definição ser um instrumento para planejamento, construído a partir do mapa do território e alimentado por informações geográficas, ambientais, sociais, demográficas e de saúde.

Com isso, o sistema consegue por meio de um amplo trabalho identificar os determinantes sociais de saúde da população, tanto os biológicos como idade, sexo e fatores hereditários, quanto os que envolvem condições de vida e de trabalho como dieta, exercício físico, saneamento básico, ambiente em que as pessoas vivem e a companhia com quem convivem.

Essa união de programas e ferramentas que o SUS tem garantem a **integralidade**, um princípio do SUS que faz o sistema funcionar em rede. Assim, a UBS tem como função desde orientar o paciente a como escovar os dentes até o encaminhamento necessário caso o mesmo precise de um transplante, enxergando-o como um todo e aplicando a ideia de que saúde não é só a ausência de doença, e sim um estado completo de bem estar físico, social, mental e espiritual, como prega a própria Organização Mundial da Saúde.

Outros pontos importantes garantidos por lei para que tudo isso seja viável são a descentralização do sistema e a participação popular, pois se o Estado conta com diversos meios para chegar até o paciente e estabelecer um vínculo com ele, o paciente também deve ter sua participação no sistema. É o que dispõe a Constituição Federal em seu artigo 198, que diz:

*“**Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.”

A **descentralização** surgiu com a ideia de que quanto mais próximo do usuário for a tomada de decisão, mais chance de ser assertiva ela tem. Seguindo essa lógica, temos que os gestores dos municípios conhecem muito mais os próprios habitantes do que a esfera estadual de governo.

Assim, como o município tem melhores condições técnicas e administrativas para gerenciar a saúde local, a decisão final sobre alguma matéria fica com o órgão municipal, que no caso seria a Secretaria da Saúde daquele determinado município. A única prerrogativa é de que o município não aja contrariamente aos princípios do SUS.

Já a **participação popular** é garantida através de um controle social que, se bem feito, garante que a população possa participar do processo de construção do SUS e decidir sobre os funcionamentos dos serviços de saúde, como por exemplo aonde será implantada uma nova Unida Básica ou o melhor horário para funcionamento de um serviço.

Alguns meios para se fazer isso são através dos Conselhos Locais de Saúde, que são por definição grupos de pessoas da própria comunidade que ajudam a tomar decisões sobre o funcionamento do SUS e que depois, levam suas decisões aos Conselhos Municipais de Saúde, que por sua vez levam suas pautas aos Conselhos Estaduais de Saúde e por fim, aos Conselhos Nacionais de Saúde.

Há também as Conferências de Saúde, que se reúnem a cada 4 anos com a representação de vários grupos da comunidade, como associações, sindicatos, igrejas, entre outros. Elas são responsáveis por avaliar a situação de saúde do país inteiro e ajudam a propor soluções ou regras para as políticas de saúde.

Há ainda a possibilidade de uma determinada comunidade formar maioria entre seus membros e desenvolver uma maneira alternativa de participação popular que se encaixe melhor para aquelas pessoas.

Também existe no sistema o princípio da **universalidade**, que garante que todas as pessoas do país tenham direito aos serviços de saúde, independente da complexidade, custo ou atividade pois o financiamento da saúde é feito com dinheiro que os cidadãos pagam através de impostos.

Já o princípio da **equidade** é um princípio que envolve a convivência entre diferentes e diferenças, sempre prezando pela empatia mútua. Diferentemente da igualdade, a equidade garante tratamento diferente a pessoas com necessidades diferentes para que atinjam direitos iguais. Há pessoas que precisam de mais apoio para garantir um direito do que outras. Exemplo: todas as pessoas tem direito a ir na UBS de seu bairro, mas uma pessoa com mobilidade limitada não pode perder seu direito de acesso à saúde apenas por sua condição física. Assim, alguma solução tem que ser encontrada, seja arrumando para essa pessoa uma cadeira de rodas ou ainda com a equipe fazendo visitas à domicílio.

Com essa breve explicação do SUS podemos perceber que se trata de um sistema amplo, com várias especificidades muito bem estabelecidas. Todos esses princípios, programas e ferramentas que regem o sistema estão dispostos na Lei 8080/90. Apesar de estar tudo garantido por lei, o sistema atualmente vem sofrendo ataques devido a politização excessiva do mesmo.

A própria campanha de vacinação contra a Covid-19 vem sendo afetada com isso. O país que se tornou vitrine para o mundo em questão de vacinação com diversas campanhas anteriores bem sucedidas como a erradicação da paralisia infantil e anualmente contra a gripe, é colocado em dúvida por uma pequena parte da população que por interesses próprios ou ainda ignorância do saber científico e sua seriedade, insiste em fazer campanha contrária à saúde pública.

Esse movimento não se iniciou no Brasil. Na verdade, ele iniciou na Inglaterra, em 1998, quando um pesquisador chamado *Andrew Wakefield* publicou um estudo preliminar na conceituada revista científica internacional *The Lancet* no qual levantava a hipótese de que havia um vínculo causal entre a vacina tríplice viral (MMR) que protege contra caxumba, rubéola e sarampo, e o aumento de casos de autismo. Segundo este estudo, das 12 crianças que

foram estudadas e desenvolveram comportamentos autistas e inflamações gastrointestinais, 11 delas tinham tomado a vacina MMR. Ele deixava claro que era apenas uma hipótese de que a tal vacina poderia trazer tais consequências, porém foi o suficiente para fazer os números de vacinação no Reino Unido, e em seguida no mundo, começarem a cair.

Devido a tais considerações, novos estudos foram feitos por diversos pesquisadores diferentes ao redor do mundo, e os resultados obtidos usando exatamente a mesma metodologia descrita por *Wakefield* no primeiro estudo foram completamente diferentes.

Já no ano 2000, a revista *The Lancet* se retratou do estudo publicado, dizendo que suas conclusões eram completamente falsas. Descobriu-se em 2004, que *Wakefield* havia feito um pedido de patente para uma vacina que seria concorrente da MMR – tríplice viral – antes da publicação do estudo feito em 1998, ficando claro o conflito de interesses envolvido no caso.

Além disso, no estudo original o pesquisador dizia haver vestígios do vírus do sarampo nas 12 crianças pesquisadas. Porém, um colega que o auxiliou no trabalho veio a público dizer que, na verdade, não havia encontrado o vírus em nenhuma delas e que *Wakefield* forjou o resultado do estudo. Diante de toda a polêmica, em 2010, o Conselho Geral de Medicina do Reino Unido classificou o comportamento do médico como “irresponsável, antiético e enganoso”, e ainda o considerou “inapto para o exercício da profissão”.

Mesmo com diversos estudos desmentindo e esclarecendo toda a situação, o movimento antivacina tomou forças e perdura de certa forma até hoje. Em 2015, a entidade americana “*Autism Speaks*” declarou: “Vacinas não causam autismo. Pedimos encarecidamente que todas as crianças sejam vacinadas”. Mesmo com o pedido de órgãos notáveis ao redor do mundo, houve uma epidemia de sarampo na Europa com ao menos 500 infectados de janeiro a março de 2017.

O fenômeno demorou para ganhar força no Brasil, fato que só ocorreu devido a conflitos de interesses políticos e religiosos intensos, principalmente durante a pandemia mundial do coronavírus. O próprio presidente da República Jair Messias Bolsonaro fez questão de várias vezes colocar a ciência em dúvida fazendo declarações polêmicas e comprovadamente mentirosas, como em:

21 de outubro de 2020: *“As vacinas tem que ter uma comprovação científica, diferente da hidroxicloroquina... não pode “inalar” algo em uma pessoa e o malefício ser maior do que o possível benefício”.*

29 de outubro de 2020: *“Querido governador de São Paulo, você sabe que eu sou apaixonado por você né? E outra coisa: ninguém vai tomar tua vacina na marra não, tá ok? Procura outro pra pagar tua vacina!”*

10 de novembro de 2020: *“Mais uma que ganho”*; se referindo a suspensão dos testes da vacina Coronavac após evento adverso.

17 de dezembro de 2020: *“Eu não vou tomar [vacina]. Alguns falam que eu “to” dando um péssimo exemplo... “Ô idiota” que tá dizendo que eu to dando um péssimo exemplo: eu já tive o vírus! Eu já tenho anticorpos! Pra que tomar a vacina de novo?”*

13 de janeiro de 2021: *“Essa de 50% é uma boa ou não?”*; se referindo a eficácia de 50,38% da Coronavac em tom de ironia.

As frases citadas foram algumas de muitas faladas pelo líder da nação ao longo da pandemia. Devido a frequência constante de alguma declaração deste nível, a população se acostumou e de certa forma não consegue refletir sobre seus impactos na gestão da pandemia. Um exemplo disso é a rejeição por parte da comunidade indígena a aplicação da vacina contra o coronavírus. A comunidade *Jamamadi*, por exemplo, recebeu o helicóptero dos agentes de saúde que foram vaciná-los com arcos e flechas, exigindo a retirada imediata dos mesmos.

O incidente é incomum, pois até então as campanhas de vacinação com esses mesmos povos eram sempre um sucesso. Diante do ocorrido, iniciou-se um processo de retomada de vínculo com esses povos para entender o que de fato estava fazendo a rejeição contra a vacina ganhar força.

Concluiu-se neste processo que cada vez mais, muitos índios de diferentes tribos e gerações tem acesso à internet e com isso, também tem contato com as *Fake News*. Como os indígenas vivem em sua maioria em locais isolados e de difícil acesso, as informações falsas chegam muito mais rápido do que as equipes de saúde através da internet, especialmente pelo *WhatsApp*.

Muitas operadoras de telefonia no Brasil têm planos com pacotes de dados livre para navegação no *WhatsApp* e *Instagram*, porém, o acesso a algum link adicional para verificar alguma informação que chega pelos aplicativos pode ter custos significativos. Assim, quem não tem condições financeiras, se vê amarrado e muitas vezes acaba acreditando nas *Fake News*.

Há notícias falsas de todos os tipos: uma diz que mais de 900 indígenas teriam morrido após tomar a vacina; outra que os indígenas que tomavam a vacina estavam virando “chupadores de sangue”; e ainda, a mais comum: a ideia de que a China está implantando um chip para controlar as pessoas em uma dominação global.

Há ainda a fala de líderes religiosos contra as vacinas. Um fato curioso é que o povo *Jamamadi* é vizinho do povo *Banawa*, no sul do Amazonas, e ambos têm uma história muito semelhante em vários aspectos. A maior diferença entre eles fica por conta de os *Jamamadi* terem uma forte influência missionária dentro da tribo, enquanto os *Banawa* a poucos quilômetros de distância não têm uma presença religiosa fortalecida. O primeiro, enfrentou grande dificuldade na sua imunização durante a pandemia.

O segundo teve sua vacinação da primeira dose da vacina concluída com sucesso em poucos dias.

Outros exemplos ainda na religião podem ser citados, como um vídeo constantemente veiculado entre tribos indígenas do Amazonas no qual o pastor Silas Malafaia diz: *“Por que o Brasil tem que ser o primeiro a vacinar com uma vacina em parceria com a China antes que a mesma vacine todo o seu povo?”*

Segundo o censo do IBGE, o percentual de indígenas evangélicos cresceu de 14% para 26% entre 1991 e 2010. Por isso, essa enxurrada de notícias falsas, junto a falas negacionistas de líderes políticos e religiosos é preocupante.

Para feitos de comparação, por meio da Lei de Acesso à Informação, podemos verificar a taxa de imunização dos indígenas no Brasil. Segundo os dados, em 2011, 75% dos índios tomaram a vacina da influenza. Em 2019, esse número subiu para 90%.

O risco agora é que os avanços dos últimos anos sejam revertidos por conta de dois eixos principais: a política e a religião. A desinformação neste caso tem consequências catastróficas.

“O perigo de uma meia verdade é você dizer exatamente a metade que é mentira.” – Millôr, Fernandes.

4.NECESSIDADE DA INTERFERÊNCIA POLÍTICA PARA SANCIONAR/ VETAR POLÍTICAS PÚBLICAS

Como já apresentado neste trabalho, o SUS foi pensado e desenvolvido para que chegasse a todos de maneira satisfatória, independente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade ou religião. Garantir isso na Lei é uma enorme conquista, porém, é só o início de muito trabalho para efetivar tudo isso na prática.

Não é mera coincidência que o sistema tenha surgido após a redemocratização do país, afinal, com ela a República voltou a ser o que a própria morfologia da palavra expressa:

“RES = COISA”

“PUBLICUS = DE TODOS”

“RES PUBLICUS = COISA DE TODOS”

Portanto, fica nítido que o contexto político da época foi essencial para criação de sistemas que abrangessem todo e qualquer cidadão sem restrições. Não haveria como imaginar um sistema grandioso como o SUS na gestão de algum grupo particular, exatamente porque seria incompatível com o interesse da maioria.

Com isso, temos que os governantes das 3 esferas (municipal, estadual e federal) tem que se organizar e gerir tudo isso, sempre com foco no interesse coletivo de suas ações, e não beneficiar nenhum grupo mais do que o outro.

Para isso, existem barreiras criadas com o objetivo de deixar claro qual é o dever e o poder de cada ente público nessa gestão. É claro que para o bom funcionamento do sistema todas as esferas tem que trabalhar em conjunto para atingir suas respectivas competências, mas o fato de cada uma delas ter de forma explícita na lei o que lhe compete organiza melhor e evita conflitos maiores.

A competência de cada órgão público se encontra nos artigos 16, 17 e 18 da Lei 8080/90, que dizem:

Art. 16. *A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:*

(...)

XV - Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Art. 17. *À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:*

I - Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; e de saúde do trabalhador;

(...)

IX - Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

Art. 18. *À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:*

I - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

(...)

V - Executar serviços: de vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico; de saúde do trabalhador;

Como podemos ver, a organização do sistema é pensada para que todas as esferas trabalhem juntas nas políticas de saúde pública, com liberdade de decisão dentro de certos parâmetros expressos na lei.

Isso fica ainda mais evidente no artigo 19 da mesma Lei, que diz:

Art. 19. *Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.*

Na mesma linha de raciocínio, temos ainda disposto em nossa Constituição da República, no art. 23, inciso II:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - Cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Este inclusive é o artigo que garantiu na atual pandemia que vivemos a gestão mútua entre as gestões federal, estaduais e municipais, o que causou um atrito entre o Poder Executivo Federal na figura do atual Presidente da República, com prefeitos e governadores, além de com os ministros da mais alta corte judiciária do país, o Supremo Tribunal Federal.

O atrito começou devido a Medida Provisória nº 926 de 20/03/2020 que, editada pela Presidência da República, alterou a Lei federal 13.979 de 06/02/2020, para estabelecer que apenas ao Chefe do Executivo Federal cabe definir os serviços públicos e atividades essenciais para fins de excepcionar medidas de isolamento social e quarentena.

Na inicial, o autor articula que o ato normativo em questão reserva uma competência exclusiva ao Governo Federal quando, em verdade, a Constituição da República dispõe, no art. 23, inciso II, mencionado anteriormente, ser a saúde pública matéria de competência comum da União, Estados e Municípios.

Com base no mesmo, o Partido Democrático Trabalhista (PDT) questionou tal medida provisória judicialmente, e o Supremo Tribunal Federal deu razão ao requerente:

Decisão: O Tribunal, por maioria, referendou a medida cautelar deferida pelo Ministro Marco Aurélio (Relator), acrescida de interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei nº 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do art. 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais, vencidos, neste ponto, o Ministro Relator e o Ministro Dias Toffoli (Presidente), e, em parte, quanto à interpretação conforme à letra b do inciso VI do art. 3º, os Ministros Alexandre de

Moraes e Luiz Fux. Redigirá o acórdão o Ministro Edson Fachin. Falaram: pelo requerente, o Dr. Lucas de Castro Rivas; pelo amicus curiae Federação Brasileira de Telecomunicações - FEBRATEL, o Dr. Felipe Monnerat Solon de Pontes Rodrigues; pelo interessado, o Ministro André Luiz de Almeida Mendonça, Advogado-Geral da União; e, pela Procuradoria-Geral da República, o Dr. Antônio Augusto Brandão de Aras, Procurador-Geral da República. Afirmou suspeição o Ministro Roberto Barroso. Ausente, justificadamente, o Ministro Celso de Mello. Plenário, 15.04.2020 (Sessão realizada inteiramente por videoconferência - Resolução 672/2020/STF).

O que a suprema corte fez, portanto, foi não retirar, mas, ao contrário, reafirmar a responsabilidade da União neste momento, lembrando-a, sobretudo, da necessidade - imposta pela Constituição Federal em seu art. 23, inciso II – de uma postura ativa de sua parte, unindo esforços, de forma harmônica, com Estados e Municípios, para combater a pandemia.

Esse é um claro exemplo da harmonia (e atrito) entre os poderes para que as políticas públicas de saúde sejam efetivas. O fato de o sistema ser descentralizado é o que permite o seu enorme sucesso. Qualquer um que atente contra, encontrará diversos obstáculos, independente de quem seja.

5.CONCLUSÃO

O Brasil é um país de dimensões continentais onde há diversas dificuldades a serem superadas no que diz respeito à saúde pública. A enorme desigualdade social existente entre cidades, estados e regiões pelo país a fora torna o processo de saúde para todos extremamente complexo.

Através do Sistema Único de saúde, percebe-se que, é melhor investir na promoção e prevenção de doenças do que no tratamento e reabilitação do paciente, assim como diz o famoso ditado popular: “melhor prevenir do que remediar”.

Nunca antes na história do país houve tamanho avanço em saúde pública como nos últimos 30 anos. Os números não mentem: taxas de vacinação atingindo quase toda a população, erradicação de doenças, acesso aos mais humildes com um serviço de qualidade que foca não só em curar doenças, mas sim, em manter o conceito da Organização Mundial da Saúde: “saúde é um estado completo de bem estar físico, social, mental e espiritual, e não apenas a ausência de doenças.”

Desta forma, chega-se à conclusão de que há sim pontos a se melhorar no sistema, afinal sempre há espaço para aprimoramentos. No entanto, é impossível entender como o SUS funciona e ao mesmo tempo ser contrário a ele. Os críticos mais ferrenhos são aqueles que não se baseiam em dados e números. Os números não mentem.

O SUS está presente desde a água potável vendida do mercado até os leitos de UTI que abrigam os casos mais complexos existentes. É impossível pensar no funcionamento do país hoje sem o mesmo. Um grande exemplo disso é o avanço da vacinação durante a pandemia que mesmo com entraves políticos e omissão por parte de alguns gestores, graças a uma rede bem estabelecida e organizada o país consegue ter uma melhora em seus números tanto de hospitalização, quanto de mortes diárias por *COVID-19*, ambos caindo de forma contínua atualmente.

Foi certamente a alternativa mais acertada empregada no Brasil pensar num sistema único de saúde, que já é um sucesso e cada vez mais tende a prosperar.

REFERÊNCIAS

- **A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território.** <https://www.scielo.br/> – Acesso em 05/08/2021
- **Abordagem Familiar (USP) - Instrumentos de Abordagem Familiar: GENOGRAMA E ECOMAPA (USP) - Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS (USP).**
- **Ação Direta de Inconstitucionalidade 6341** – Supremo Tribunal Federal – <http://portal.stf.jus.br/>, acesso em 01/08/2021.
- **As Ferramentas Tecnológicas do Trabalho do NASF Biblioteca Virtual em Saúde.**
- **Cartilha do SUS: manual técnico para saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde complementar.**
- **Constituição Federal da República.**
- **Direito à Saúde e Sistema Único de Saúde: Conceito e Atribuições** – <https://www.scielo.br/> – Acesso em 06/08/2021
- **<https://www.gov.br/saude/pt-br>** – site do Ministério da Saúde – Acesso em 02/08/2021.
- **Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo** – <https://www.scielo.br/> – Acesso em 07/08/2021.
- **Lei 8080/90**
- **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** – <https://www.scielo.br/> – Acesso em 20/07/2021
- **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.**
- **Pacientes que curam – O cotidiano de uma médica do SUS** – Rocha, Júlia.
- **PNAB 2017 – Política Nacional de Atenção Básica.**
- **Política Nacional de Humanização – PNH**

- **Processo de Trabalho na Atenção Básica.**
- **Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços** – <https://www.scielo.br/> – Acesso em 25/07/2021.
- **Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF)** – <https://www.scielo.br/> – Acesso em 27/07/2021.
- **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.**