

CAMINHOS ENVIESADOS DO SUS

THE CROOKED PATHS OF SUS

Lenir Santos¹

Resumo

Trata o presente artigo de uma breve análise dos caminhos que o SUS vem percorrendo nas duas últimas décadas que demonstram um percurso que merece reflexão em relação às suas estruturas constitucionais e legais e ao seu funcionamento, o que, muitas vezes, afetam os seus alicerces originais, dado que não tem sido poucas as interferências que podem desviar o SUS de seus princípios e diretrizes. A intensa judicialização da saúde, o crescimento do mercado da saúde privada e também da participação privada nas ações e serviços de saúde, com modelos de parcerias ainda mal compreendidos ou disciplinados, poderão afetar o seu modelo assistencial concebido nos anos 70/80 e positivados na Constituição e legislação sanitária, afora a grave questão do seu subfinanciamento crônico. Este artigo é uma reflexão sobre as mudanças que vem ocorrendo no Sistema Único de Saúde que poderão afetar a qualidade de seus serviços.

Palavras-chave: SUS; mercado; participação público-privada.

Abstract

This article is a brief analysis of the paths that the SUS has taken in the last two decades, which demonstrate a path that deserves reflection in relation to its constitutional and legal structures and its functioning, which often affect its original foundations. , given that there have been many interferences that could deviate the SUS from its principles and guidelines. The intense judicialization of health, the growth of the private health market and also of private participation in health actions and services, with partnership models that are still poorly understood or disciplined, could affect the care model conceived in the 70s/80s and positive in Constitution and health legislation, in addition to the serious issue of its chronic underfunding. This article is a reflection on the

¹ É advogada, especialista em direito sanitário pela USP, doutora em saúde pública pela Unicamp, presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), professora colaboradora da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Departamento de Saúde Coletiva.

changes that have been taking place in the Unified Health System that could affect the quality of its services.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo pretende discorrer sobre alguns caminhos que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem percorrendo nas duas últimas década que requerem reflexões dado um percurso um tanto enviesado². Não se trata de uma análise sob a ótica da medicina e suas profundas transformações tecnológicas, mas sim das estruturas constitucionais e legais do SUS que poderão estar sendo minadas, atingindo seus alicerces organizativo-sanitários e conseqüentemente o seu modelo assistencial, fundado em premissas constitucionais.

Não restam dúvidas ser o SUS uma estrutura público-administrativa de grandes dimensões, essencial para a garantia de serviços de saúde, organizados em 5.570 municípios e 27 estados, dos mais básicos aos mais complexos, para uma população de mais de 200 milhões de pessoas. Sem entrar na discussão da existência de um sistema único em suas bases, princípios, diretrizes e conceitos e na fragmentação dos serviços em milhares de municípios, que deveria ser superada pela região de saúde, que pouco saiu do papel, e outras questões foram surgindo e que colocam o SUS na berlinda quanto à mudança na sua estrutura constitucional.

O SUS sempre surpreende seus dirigentes pelas suas complexidades jurídico-administrativas e sanitárias que requererem gestão autônoma, própria dos entes federativos, ao tempo em que exige conformação sistêmica, de cunho nacional, de suas ações e serviços. Serviços que devem organizar-se em redes de atenção e em regiões de saúde mediante arranjos jurídico-administrativos que não foram satisfatoriamente regulamentados e implantados.

Não é pouca coisa uma política pública incumbida da garantia da vida das pessoas em um território urbano, rural, ribeirinho, florestal, amazônico, prestando serviços em áreas dotadas de transportes precários, complexos, com escassez de profissionais de saúde dada a

² Viés tem o sentido de desvirtuado. A Enciclopédia de Significados refere-se ao adjetivo "enviesado" como sendo formado pela palavra viés, "qualificando alguma coisa que se encontra de viés ou torta". Ou seja, viés, enviesado significa um caminho torto, oblíquo em relação ao caminho reto.

sua má distribuição no território brasileiro, gerido de forma federativa, ou melhor dizendo *interfederativa*, por entes federativos interligados obrigatoriamente nessa prestação de serviços.

Isso tudo sem contar que este século XXI se destaca como um mundo globalizado, altamente tecnológico e de contrastes abissais, que comporta na saúde a um só tempo cirurgia robótica, medicamentos ao preço de 10 milhões de reais e pessoas morrendo de desidratação, desnutrição e outros males próprios da deficiência de serviços. É sob essa ótica tão diversa que o SUS se mantém, com seus êxitos e dificuldades. Daí a necessidade de se lançar luz sobre alguns aspectos próprios das últimas décadas que podem fragilizar seus alicerces, impactando o seu futuro.

Este artigo visa lançar luz sobre alguns deles com fortes poderes de impactar o seu futuro, como: (i) a mudança do modelo assistencial que originalmente prioriza a prevenção de riscos à saúde; (ii) o crescimento da iniciativa privada na saúde, especialmente o aumento do capital estrangeiro, totalmente desregulado; (iii) os riscos à proteção dos dados em saúde; (iv) o papel do Poder Judiciário na saúde; e (v) o subfinanciamento crônico.

Estes cinco pontos precisam ser considerados sob pena de se causar fissuras nos fundamentos do SUS e assim mitigar a proteção da vida e da saúde de riscos evitáveis. Não precisaríamos ir muito adiante para demonstrar a urgente necessidade de controle de seus fundamentos ante a sua crescente judicialização que parece dar vida a um *modelo paralelo* de serviço público sanitário de acesso universal, mas não tão igualitário. Um serviço público cujo parâmetro é tudo o que o mercado possa produzir em saúde e o profissional assim determinar, livre das necessárias e impositivas análises técnicas, do custo-benefício; do olhar percuciente e crítico de profissionais de saúde isentos à pressão do mercado, para garantir racionalidade no sistema, separando o joio do trigo, objetivando assegurar um sistema de acesso *igualitário* como determina a Constituição Federal (CF), sem excessos impostos pelo interesse de corporações, do mercado, das indústrias da saúde, de grupos econômicos³.

³ Com a tramitação da reforma tributária no Congresso Nacional e a possibilidade de menores alíquotas tributárias para produtos de saúde (medicamentos, tecnologias, equipamentos etc.) sem distinção do comprador público e privado, poderá induzir maior crescimento dos serviços privados em detrimento do público. Países com sistemas

Trataremos de cada tema em separado, de modo breve, ainda que muitos deles sejam transversais, estejam interligados e possam ter presença nas abordagens dos cinco temas, pelas suas interconexões.

2 O MODELO ASSISTENCIAL-SUS

Nos anos sessenta assistimos filmes que nos impactaram ao prenunciar um futuro distópico como *Odisseia no Espaço*, de Stanley Kubrick; lemos livros como *Admirável Mundo Novo*, de Aldous Huxley; *1984*, de George Orwell; *A máquina parou*, de E.M. Foster (este de 1909) e vivíamos no umbral das grandes mudanças de uma era, sem atentarmos muito para esses fatos agora presentes nesse mundo globalizado e instantâneo.

Foi no final do século passado que o SUS surgiu, ganhou estrutura e se transformou em uma realidade política e sanitária para a população brasileira. Passados 36 anos (1988-2024), o SUS permeia a vida de toda a população, pois todos usamos o SUS, sendo uma das políticas públicas mais relevantes no âmbito da Seguridade Social pela sua vinculação ao direito à vida e à dignidade.

O SUS foi concebido por aqueles que pretendiam mudar a saúde pública brasileira nos anos 70, e logrou efeito em 1988 com a Constituição reconhecendo a saúde como direito de cidadania e dever estatal. Pretendia-se mudar o modelo assistencial até então vigente que bipartia os cuidados com saúde em prevenção e recuperação, o primeiro a cargo do Ministério da Saúde e o segundo como um benefício da Previdência Social a cargo de Ministério próprio, a partir da concepção de que doença decorre não tão somente de fatores biológicos, genéticos, mas também de condições econômicas, ambientais, sociais, políticas no processo saúde-doença.

O primeiro passo foi conceber um sistema integrado de ações e serviços capaz de atender de modo integral a saúde das pessoas, com a união dos serviços preventivos com os de recuperação, conforme expresso no inciso II do artigo 198 da Constituição.

Esse fato levou, antes mesmo de o SUS ser inscrito na Constituição, à cooperação entre a União e os Estados, mediante convênio, cujo objetivo era transpassar para o Estado as ações e serviços

universais de saúde querem o crescimento do público e não do privado, regulado com muita sobriedade.

a cargo da Previdência Social (Inamps)⁴, o que ocorreu de modo satisfatório entre os anos de 1987 a 1988 quando se passou a estruturar o Sistema Único de Saúde que era o resultado dessa integração de ações e serviços dos entes federativos, organizados em redes regionalizadas de serviços hierarquizados quanto à sua complexidade tecnológica, fundados nos mesmos princípios.

Um modelo assistencial centrado em níveis (hierárquicos) de complexidade tecnológica, a atenção primária como a porta de entrada principal do Sistema, a qual teria o papel de ordenar as redes de atenção à saúde e suas linhas de cuidado, priorizando-se a prevenção de riscos de agravos à saúde, nos termos do referido inciso II do artigo 198 e artigo 196 da CF.

Esse modelo assistencial impõe ao SUS uma atenção primária estratégica, fortalecida, prioritária, capaz de ordenar as ações e serviços de saúde, reconhecida como a principal porta de entrada do SUS, nos termos dos artigos 8º e 11 do Decreto nº 7.508, de 2011, que se conecta com a rede regionalizada e hierarquizada em acordo as complexidades dos serviços.

Ainda que a evolução da medicina, das tecnologias em saúde, como a clínica substituída pela medicina de dados⁵, a medicina baseada em evidência, agora também em valor, alterem drasticamente a compreensão do processo saúde-doença, a prestação de serviços de saúde, o modelo assistencial centrado em níveis de atenção à saúde, a prioridade da prevenção - o artigo 198 da CF continua inalterado em relação às estruturas do SUS, não tendo sido mudado, mas o modelo assistencial vigente talvez não seja mais aquele pensado nos anos 70-80.

As novas tecnologias, como a saúde digital, que certamente contribuem para a saúde, não deveriam alterar o modelo assistencial em seu sentido *estrutural*, conforme o disposto no caput do artigo 198, mas sabemos que as grandes transformações da prática médica fatalmente influenciará o modelo assistencial do SUS centrado na prevenção de agravos, com a atenção primária como sua porta principal, uma vez que o crescimento dos serviços de saúde hospitalares e de apoio diagnóstico altamente tecnológicos induzirão o sistema público de saúde, que não a

⁴ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, extinto em 1993.

⁵ Consultar O ocaso da Clínica, a medicina de dados. Luiz Vianna Sobrinho. Zagodoni Editora, 2021.

pouca racionalidade e sobriedade quanto à incorporação das novas tecnologias. Daí a mais absoluta necessidade de racionalidade e planejamento de longo prazo para lhe dar consistência.

Desse modo, é essencial que o planejamento estratégico do SUS, conforme artigo 16, XVIII, da Lei nº 8.080, de 1990, possa prever os riscos de mudanças no modelo assistencial expresso no art. 198 da CF, que fatalmente colocará em risco o próprio SUS pelos mais variados motivos, especialmente pelo seu insuficiente financiamento incapaz, pois, de sustentar um modelo de saúde altamente tecnológico como o dos Estados Unidos, de altos custos, sem atenção primária alicerçando o sistema público, fundado na prevenção, promoção e proteção da saúde, com menores custos e mais qualidade na atenção à saúde.

Países com sistemas universais de saúde de acesso igualitário regulam o setor privado de modo a garantir crescimento dos serviços públicos com qualidade e financiamento adequado, com uma população que se sente pertencente ao sistema e quer dele participar. Não podemos inverter o modelo assistencial que dê preferência aos serviços de recuperação da saúde em detrimento dos serviços de promoção, prevenção e proteção que têm menores custos e são mais efetivos por evitarem agravos preveníveis à saúde das pessoas.

Alterar esse princípio de priorizar a prevenção, fatalmente levará a uma inversão no modelo assistencial que dará maior ênfase aos serviços de recuperação da saúde de modo excessivo. Os demais temas que compõem este trabalho tem também influência no modelo assistencial, o que veremos a seguir.

3 O CRESCIMENTO DA INICIATIVA PRIVADA NA SAÚDE E O CAPITAL ESTRANGEIRO DESREGULADO

Antes do advento do SUS, o Inamps prestava serviços de saúde aos trabalhadores do regime geral de previdência social, ao qual se vinculavam contributivamente e de modo obrigatório. Dentre os benefícios previdenciários, estavam os da saúde assistencial. A Reforma Sanitária pretendia a sua extinção, que acabou ocorrendo em 1993, com as ações e os serviços de saúde totalmente a cargo do Ministério da Saúde, das Secretarias estaduais e municipais de saúde, todos integrados num único sistema.

O Inamps contava tão somente como 30% de serviços

próprios, sendo o restante contratado da iniciativa privada, lucrativa e sem fins lucrativos. Assim os serviços de saúde assistenciais a cargo do Inamps eram prestados aos seus beneficiários muito mais pelo sistema complementar, ou seja, pelo setor privado. Daí a Constituição de 1988 ter previsto que o setor privado lucrativo e sem fins lucrativos poderiam participar (e não integrar) o SUS de modo complementar, mediante contrato e convênio (§ 1º do art. 199). Com a vinculação do Inamps em 1991 ao Ministério da Saúde, antes de sua extinção, os ajustes jurídicos existentes entre a autarquia e as entidades privadas continuaram, conforme o disposto no art. 50 da Lei nº 8.080, de 1990, sendo progressivamente transpassados para os entes federativos incumbidos desses serviços.

O Inamps, até a sua extinção, tentou moldar o SUS às suas práticas, pretendendo inclusive que as transferências de recursos federais obrigatórias para os estados e municípios fossem realizadas mediante convênio e não de forma direta e automática como previa a Lei nº 8.080, de 1990, adotando em relação aos entes federativos o modelo do setor privado, pretendendo fossem os serviços estaduais e municipais *complementares* ao Ministério da Saúde, que teria os recursos e as regras de funcionamento do SUS, impondo-as aos demais entes federativos.

Com a insurgência desses entes federativos, especialmente o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), representante institucional dos municípios, o Inamps acabou recuando e a sua extinção colocou um ponto final nessa interferência, mas as suas práticas de pagamento, tabela de procedimento, controle, se mantiveram, muitas delas vigente até os dias de hoje.

Retomando o tema da complementaridade do setor privado ao SUS, o que vimos ao longo de todos esses anos, foi o seu crescimento, estando na ordem de 85% os serviços do SUS prestados pelo setor privado lucrativo e sem fins lucrativos.

Novas figuras jurídicas surgiram como as organizações sociais, uma qualificação ou certificação pública de entidades sem finalidades lucrativas com atuação na área da saúde, ao lado de outros modelos institucionais privados.

Assim a complementaridade prevista na Constituição, § 1º do artigo 199, regulamentada pela Lei nº 8.080, de 1990, em seus artigos 24 a 26, tem sido tão crescente que não se pode mais ser chamada de *complementaridade*, uma vez que a adoção desse modelo de atuação do

SUS, é maior que o público.

Hoje o poder das organizações sociais que mantém vínculo jurídico com o SUS, sob a forma de contrato de gestão, exige cautela do Poder Público dado o seu poder de influência quanto ao modelo assistencial-SUS, especialmente a atenção primária no seu papel de prevenir e promover a saúde, e, estrategicamente, a ordenar a rede de atenção à saúde. Com o crescimento do setor privado no SUS e o seu poder de indução nas políticas de saúde, em acordo aos seus interesses, especialmente se a atenção primária passar a ser gerida pelo setor privado, certamente os dirigentes do SUS serão influenciados fortemente pelo interesse privado.

Não se pode esquecer da abertura do capital estrangeiro na saúde ao arrepio da Constituição, tanto que tramita no STF as ADIs 5239 e 5435, ambas de 2015, que questionam a constitucionalidade da Lei nº 13.097, de 2015, art. 142, que tornou regra o que era exceção constitucional, conforme o disposto no artigo 199, § 3º que veda a participação do capital estrangeiro na saúde, salvo nos casos previstos em lei. O capital estrangeiro na saúde saiu da vedação para a *permissão desregulada, sem controle e fiscalização*, nos termos do art. 197 da CF.

O capital estrangeiro na saúde tem sido crescente, com farta propaganda em jornais de grande circulação, atuando de modo totalmente desregulado. O grande risco dessa abertura desregulada é exatamente o seu poder de influência na formulação de políticas de saúde, no modelo assistencial que serve mais ao setor privado do que ao interesse público porque os fins econômicos na saúde a tem como negócio e não como direito fundamental protegido pelo Estado.

Certamente o modelo assistencial, fundado na prevenção, na promoção que tem na atenção primária o seu berço, sofrerá forte impacto e aumento de custos, incorporação tecnológica acrítica, modelo hospitalar de butique e muito mais.

O crescimento burocrático do próprio Ministério da Saúde, os lobbies das farmacêuticas, de produtores de insumos e tecnologias em saúde, que vem na saúde brasileira um mercado de 9,7% do PIB, (ainda que somente 4% seja público).

Essa desregulamentação, quase 10 anos sem julgamento das ADIs, acaba por consolidar situações, ainda que inconstitucionais, pela impossibilidade de se retroceder nessa aplicação concreta, real, do capital estrangeiro no país, o que teria forte impacto em sua proibição e desfazimento do que já está consolidado. Um modo de impor situações

inconstitucionais pelos danos que poderá causar em diversos setores, infelizmente é o atraso no julgamento judicial de situações como esta.

Muitas outras considerações poderiam ser mencionadas aqui quanto a influência do setor privado no SUS, que poderá modificar o seu modelo estrutural. A relevância pública constitucional do setor saúde e seu conceito de direito fundamental não têm sido considerados quanto à necessária regulamentação, fiscalização e controle dos serviços privados, conforme determina o artigo 197 da Constituição. A influência do poder econômico sanitário privado, na elaboração das políticas públicas de saúde, na incorporação de tecnologias em saúde, na forma de sua prestação, é fato hoje incontestado. Por isso deve se dar importância ao disposto no art. 197 que reconhece a relevância dos serviços públicos e privados de saúde, submetendo todos à tutela pública para o resguardo da saúde das pessoas em seu macro sentido.

É preciso pois atentar para o crescimento do setor privado altamente tecnológico, como são várias redes de serviços de saúde, como também para os serviços das clínicas populares de saúde. Não podem ficar desreguladas pelos riscos que encerram ao sistema público e à saúde das pessoas.

4 À PROTEÇÃO DOS DADOS EM SAÚDE E SEUS RISCOS⁶

Dentre tantas e inúmeras questões que o SUS encerra, uma delas refere-se aos dados assistenciais dos pacientes do SUS armazenados em prontuários específicos, interoperáveis, para compor uma plataforma única em âmbito nacional, de modo seguro e protetivo de direitos. Só esse fato, a produção de prontuários digitais, interoperáveis, em plataforma digital, encerra em si mesmo dificuldades tecnológicas eivadas de riscos que devem diuturnamente a serem avaliados pelo sistema de saúde que, com a edição da Lei nº 13.709, de 2018¹, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – dispendo sobre a proteção de dados pessoais – eleva o grau dessas complexidades em razão da imprescindível proteção, em uma sociedade altamente tecnológica e por isso mesmo mais vulnerável à

⁶ Este capítulo do trabalho utilizou alguns conceitos e dados do artigo Santos, Lenir Leão, Marizélia. A Digitalização do Prontuário de Pacientes do Sistema Único de Saúde e a Criação de Uma Plataforma Única de Armazenamento de Dados: Vulnerabilidades e Adequação com a LGPD. In Aith, Fernando; Dallari, Analluza. LGPD na saúde digital. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2022.

violação de direitos fundamentais, como o da privacidade e da intimidade das pessoas.

O direito à privacidade, ao segredo profissional, à intimidade, à liberdade permeia as atividades da saúde por se situar em um campo com duas vertentes aparentemente antinômicas, o direito à privacidade ao lado da indispensável necessidade de compartilhamento de informações para a garantia da saúde do paciente, vez que dados compartilhados podem salvar vida, como também pode ser objeto de violação de direitos se houver vazamento de dados de milhões de pessoas de uma só vez⁷. Como atuar num campo de direitos aparentemente colidentes? De um lado, o dever do profissional de saúde ao segredo médico face ao direito à intimidade do paciente e de outro o direito do paciente de obter de modo seguro, eficiente e qualitativo, a melhor assistência à saúde, o que fatalmente requerer compartilhamento de dados dessa intimidade.

No SUS, o complexo sistema de hierarquização de serviços de saúde (nível de atenção) – em razão de sua densidade tecnológica e substrato sistêmico, geográfico e demográfico – encerra dificuldades técnico-assistenciais, superadas parcialmente pelos gestores da saúde, que até o presente não contam com regiões de saúde autossuficientes, resultando num intenso tráfego de pacientes referenciados, o que implica maior vulnerabilidade de circulação de dados por tramitar por diversos serviços, profissionais de saúde, sistemas operacionais digitais ou manuais, o que torna mais sensível a segurança da proteção dos dados.

A sua relevância é inegável e objeto de intensa cobiça dada a possibilidade de uso, os mais diversos possíveis, como pesquisas pelo complexo industrial da saúde para melhor conhecer as necessidades, os interesses das pessoas e assim utilizá-los para a produção de bens e serviços com intuito de ampliar esse mercado altamente financeirizado.

As novas regras da LGPD, ainda que exijam critérios rígidos de segurança dos dados dos pacientes (dados sensíveis), elas ainda não foram totalmente implantadas ou absorvidas pelos serviços públicos e privados, ainda mais quando se pensa em um sistema de saúde das

⁷ A exemplo disso tem sido noticiado com frequência vazamento de dados de sistemas diversos, seja de saúde, seja bancário, seja assistencial, como o veiculado pela Folha de S. Paulo, 1º de outubro de 2021, seção Mercado, “Banco Central registra vazamento de dados de 395 mil chaves do Pix”.

proporções do brasileiro que dificulta a sua segurança. Tanto que alguns países têm optado por microssistemas regionais que podem ser mais seguros e menos complexos. No Brasil, a instituição de uma rede interfederativa de saúde altera substancialmente a forma de relacionamento entre os entes políticos, que passam a discutir, sem hierarquia, os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios. (SANTOS & ANDRADE) “⁸, dentre elas o compartilhamento de dados e como prover a sua segurança, o que não tem sido tarefa fácil, dado inclusive a pressão das indústrias da saúde na sua obtenção, pelos mais diversos meios, como mediante patrocínio de eventos, pesquisas, estudos públicos, em troca do acesso a esses dados.

Sendo o SUS dotado de tamanha complexidade estrutural, ao discutirmos a integração das informações em saúde, em especial a que se refere ao paciente, não podemos desconsiderar tratar-se de uma plataforma digital em âmbito nacional composta por dados gerados pelos 5.570 municípios e 27 estados que atendem, de modo individualizado, no mínimo 75% da população⁹ e considerar ainda estar-se em área de dados sensíveis, conforme a LGPD, o que exige a observância de normas legais desde a sua base, onde o dado é gerado, até o banco de dado final, o que requer imensos cuidados no seu armazenamento, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão entre outros, com a finalidade de não permitir o seu uso fora das bordas legais e vazamentos, que fatalmente comprometerão o sistema e violarão direitos fundamentais, como o da intimidade da pessoa de modo, muitas vezes, irreparável. O risco de vazamento de dados no SUS é proporcional à sua complexidade, a quantidade de operadores desde o ente municipal ao federal, com prestadores de serviços públicos e por volta de 85%, privados.

É sabido que em um mundo de alta tecnologia, que permite a criação de plataformas interoperáveis em nível nacional, há uma tensão permanente entre benefícios e riscos. A LGPD visa elidir vulnerabilidades de sistemas de tratamento de dados de pessoa física, mas certamente os riscos, em países com menor demografia e geografia

⁸ Santos, Lenir. Andrade, Luiz Odorico Monteiro - *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011 - SciELO Brasil. Pag. 1671-1678.

⁹ Estamos falando em atendimento assistencial individual e não o coletivo que sempre se destina a toda a população, uma vez que ¼ da população possui contrato de plano ou seguro-saúde.

e sistema político unitário, poderão ser menos complexos pelo limite do tráfego do dado do paciente não tão difuso como o brasileiro.

Em um sistema organizado por nível de atenção e complexidade tecnológica, com diversas portas de entrada e intenso referenciamento assistencial de paciente ante a ausência efetiva da capacidade das regiões de saúde de atender 90% de suas demandas, será sempre um obstáculo a mais e esse obstáculo poderá servir a interesses escusos que poderão influenciar as políticas de saúde, pelo conhecimento dos prontuários de milhões de pessoas e suas queixas, doenças, cirurgias, interesses.

Esses são aspectos a serem considerados pelo sistema de saúde quanto ao tratamento de dados pessoais sensíveis, lembrando ainda que a pressão dos interessados que podem barganhar patrocínios muitas vezes acaba por prevalecer, afora os vazamentos por erros tecnológicos, hackers. E a LGPD prevê um sistema de proteção de dados que exige das administrações públicas, complexas estruturas administrativas, envolvendo aparato tecnológico e de pessoal de alto custo num SUS subfinanciado.

A LGPD veio a bom tempo para proteger os dados pessoais neste século XXI, a era da tecnologia, que certamente será crescente e exigirá permanente resguardo público de seus efeitos disruptivos sociais, econômicos, sanitários, culturais, éticos em relação a direitos fundamentais da pessoa humana.

Se a revolução industrial mudou o mundo no século XIX, nesse século, a quarta revolução¹⁰ transformou a sociedade completamente sendo quase inacreditável que até os anos 90 as sociedades viviam sem internet, telefonia móvel e na saúde, pouco ou quase nada se falava sobre registro eletrônico de dados de pacientes. Hoje é possível, do prontuário eletrônico a telemedicina; da inteligência artificial integrando dados clínicos dos pacientes à cirurgia robótica, dentre muitos outros aspectos, como a própria gestão hospitalar, a segurança do paciente e sua maior participação na decisão sobre tratamentos e terapias. Daí a necessidade de controle da outra face da moeda, como a LGPD.

A LGPD tem objetivos nobres de proteger as liberdades individuais fundamentais e por isso precisa tornar-se realidade e ser permanentemente monitorada em seu cumprimento. As exigências da

¹⁰ Micklethwait, J; Wooldridge, A. A Quarta Revolução. São Paulo: Penguin, 2014.

lei são muitas e custará, de modo incansável, tempo e recursos financeiros a sua aplicabilidade na saúde o que é bastante preocupante para a maioria dos municípios brasileiros, entidades sem fins lucrativos de pequeno porte na saúde. Seus desafios precisam ser superados para fazer sobressair a ética em relação à tecnologia e coibir abusos como o comércio espúrio de dados pessoais do cidadão.

Na área da saúde esse controle tem que ser mais exigente pelo fato de a saúde ser um negócio altamente lucrativo e certamente os abusos de toda sorte poderão levar as pessoas a perderem o senso de que ser saudável não compadece com a obsessão na busca de doenças, submetendo-se a inúmeros exames, muitos desnecessários por visarem tão somente o lucro. Uma sociedade que fizer da conservação de sua saúde a permanente busca por doenças, já adoeceu. Esse é o pensamento de Marco Bobbio¹¹ ao denominar de “sadios preocupados” pessoas que foram levadas a *uma verdadeira dependência de exames clínicos e medicamentos*.

A relação médico-paciente em breve será contada nos livros de história e a lógica de uma sociedade que vive sob o medo de adoecer, induzida pela indústria farmacêutica e pela prática médica¹², qualquer cuidado por tecnologias, incluindo aquelas à distância, que inegavelmente tem seu lugar na saúde, poderá vir a se incorporar em sua rotina de vida, e quem sabe daqui a algum tempo, alguns não sairão de casa sem medir o colesterol.

Os dados pessoais sobre saúde não poderão se configurar como forma de captura do cidadão¹³ e por isso a sua proteção em um sistema público de saúde que tenha dentre as suas políticas públicas, a saúde racional, sóbria, sem excessos de diagnósticos (overdiagnose)¹⁴ e sem escassez de cuidados necessários e voltada para a educação ao autocuidado, requer cuidados com a coleta, produção, armazenamento, arquivamento dentre outros, dos dados pessoais constantes do prontuário, que devem estar resguardados do uso econômico, de seleção de riscos para contratos de seguro e plano de saúde, para o contrato de

¹¹ Bobbio, Marco. O doente imaginado. São Paulo: Editorial Bamboo, 2016.

¹² Entrevista Assem Malhotra “Patrocínio da indústria farmacêutica faz Fifa parecer anjo”. Folha de S. Paulo, saúde, 7.7.2018, por Claudia Collucci.

¹³ Peter Getzche em sua obra Medicamentos Mortais e Crime Organizado, Porto Alegre: Bookman Editora, 2016, denuncia as indústrias farmacêuticas pela sua ação deletéria em relação ao cidadão que fica capturado pelas propagandas e por médicos inescrupulosos.

¹⁴ Welch, Gilbert. Overdiagnosed. Editora Beacon Press, 2011.

trabalho, para a geração de descendentes e muitos outros aspectos de mau uso de dados da saúde das pessoas que podem inibir a liberdade e o livre arbítrio induzindo estilo de vida dependente de exames e tecnologias da saúde como forma de viver.

Esses são aspectos relevantes da lei quando se trata de desenvolver tecnologia de banco de dados pessoais no âmbito público, do SUS, em plataforma nacional, o qual deve resultar dos prontuários do paciente, em rede nacional, interoperando dados de prontuários do paciente de municípios e estados numa base única. Um sistema desejável pelos benefícios a produzir, bastante desafiador pelos riscos que encerra de vazamentos por erros ou defeitos tecnológicos ou propositáveis para benefícios econômicos antiético de terceiros e forte pressão sobre a elaboração das políticas públicas de saúde e seu modelo assistencial.

Ainda que a LGPD contém dispositivos de proteção, mas que requerem exercício prático envolto em monitoramento permanente contra vazamentos que coloque em risco toda a confiabilidade de um sistema. A LGPD precisa ser amplamente divulgada entre os gestores municipais que devem receber treinamento constante tanto para a sua implantação como para o seu monitoramento.

Por fim, cabe dizer que o modelo brasileiro de compartilhamento de dados em saúde no SUS, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) decorre das mais diversas plataformas parciais de compartilhamento em âmbito local e regional. Contudo há ainda, por ser a rede recente e pelos potenciais riscos ou lacunas, o risco de comprometimento do compartilhamento de dados na saúde, de forma segura, em benefício do cidadão e da gestão do sistema de saúde.

5 O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA SAÚDE E A SUA CRESCENTE JUDICIALIZAÇÃO¹⁵

A judicialização da saúde é hoje um fenômeno no SUS. Pode-se dizer que seus crescentes números são preocupantes, com demandas de medicamentos *não incorporados* pelo SUS à fralda infantil e geriátrica. O que poderia não ter dado certo no SUS para que a

¹⁵ Este capítulo utilizou ideias e algumas citações do artigo Os labirintos da Judicialização do SUS, de Lenir Santos e Reynaldo Mapelli, publicado na Revista Conjur. Acesso: <https://www.conjur.com.br/2024-jul-07/labirintos-da-judicializacao-da-saude/>

judicialização seja incessante, crescente?

O STF tem fixado teses com repercussão geral, sem contudo solucionar relevantes questões jurídico-sanitárias como as competências dos entes federativos que devem ser em acordo a sua capacidade socioeconômica, demográfica, geográfica, epidemiologia e a organização de seus serviços.

Outro aspecto largamente desconsiderado pelo Poder Judiciário são os critérios jurídico-sanitário e parâmetros assistências para a confecção das relações de medicamentos e de procedimentos, instituídas por pactuação dos gestores, em acordo às análises da Conitec e a incorporação do Ministério da Saúde (MS).

Como os recursos públicos são limitados, e governar significa também planejar com visão de futuro, o SUS deve contar com políticas públicas fundadas em regramentos constitucionais e legais para organizar os serviços sanitários, sempre pautados pelo princípio da *igualdade de atendimento, da universalidade e atendimento integral*.

Como dissemos acima, o modelo assistencial do SUS tem como alicerce a atenção primária, competência originária dos Municípios e supletiva dos Estados, financiada pelos três entes federativos (em especial pela União), a qual tem o papel de encaminhar os pacientes para a rede regionalizada e hierarquizada do SUS.

É uma questão problemática o Poder Judiciário, de modo individual, desconsiderar regramentos do SUS, entendendo de modo diferente as atribuições, tanto do sistema como um todo, como o de cada ente federativo. No SUS se considera, para a definição de atribuições sanitárias, o porte do Município para então ser-lhe conferido um papel na região de saúde e nas redes de atenção.

Na saúde deve-se compreender que há *solidariedade sistêmica*. Uma responsabilidade vinculada à *resolutividade do sistema interfederativo*. A responsabilidade sistêmica se traduz na obrigatoriedade de os entes federativos serem resolutivos, seja mediante a prestação de serviço *per se* ou ao encaminhamento referenciado do paciente ao serviço adequado às suas necessidades na *região de saúde, em suas redes de atenção*. Responsabilidade com a integralidade da atenção, que somente pode ser satisfeita nas redes-SUS, de modo sistêmico. Responsabilidade pela resolutividade do sistema.

O Poder Judiciário, ao conceituar a responsabilidade solidária como o dever de cada ente da federação, *per se*, realizar todo e qualquer serviço, mesmo aquele que não está sob a responsabilidade do ente

demandado, rompe com o modelo organizativo, sistêmico, interfederativo do SUS.

Este desrespeito às estruturas organizativas preconizadas na Lei n. 8.080, de 1990 e no Decreto n. 7.508, de 2011, é um dos fatores da intensidade da judicialização. Ora, nem mesmo o rol de serviços incorporados no SUS, em acordo a legislação¹⁶, como a Relação Nacional de Medicamentos e a Relação Nacional de ações e Serviços de Saúde (Renases), são respeitados pelo prescritor do medicamento ou produto e pelo Judiciário. Essas relações de cunho nacional, e as complementares estaduais e municipais, devem dispor sobre os conteúdos do direito à assistência terapêutica integral, nela compreendida a farmacêutica, na forma da Lei n. 12.401, de 2011. Quem afinal incorpora medicamento e tecnologias no SUS, senão o seu prescritor (servidor público ou do setor privado) em acordo às suas próprias análises, referendada geralmente pelo Judiciário, o que é um distorção que deixa para os grandes produtores e fornecedores privados de saúde induzirem o que deve e não deve ser incorporado no SUS.

O critério passa a ser o do mundo tecnológico e farmacológico e dos grandes conglomerados tecnointerindustriais globalizados da saúde, os quais determinam o conteúdo do direito à saúde de nosso país, sem a devida apreciação da Conitec, afrontando a realidade do país, o seu sistema público de saúde e financiamento. Uma captura indesejável.

É necessário discutir temas relevantes da judicialização, como o não conhecimento pelo Poder Judiciário das peculiaridades do SUS em suas esferas de governo; as pactuações interfederativas; os critérios de rateio e repasse de recursos e o conceito de integralidade sistêmica regulada (Lei n. 12.466, de 2011, que alterou a Lei Orgânica da Saúde; Decreto n. 7.508, de 2011, que a regulamentou; e Lei Complementar n. 141, de 2012), mediante uma visão amplificada de solidariedade passiva que vai contra o caráter sistêmico do SUS.

A concepção de direito à saúde como uma norma aberta, sem os contornos jurídicos postos pela farta legislação do SUS, tem sido o móvel da intensa judicialização, e permitirá que o mercado tenha poderes de influência sobre a formulação das políticas públicas de saúde, a incorporação de tecnologias, ficando na mão do mercado influenciar o modelo assistencial do SUS.

As relações de medicamentos e procedimentos em saúde estão

¹⁶ Ver Lei n.º 12.401, de 2011 e Decreto n. 7.508, de 2011.

previstas no Decreto n. 7.508, de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 1990), fixou balistas organizativas do SUS, como a Renases - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, a Rename - Relação Nacional de Medicamentos atendido pelos serviços segundo fluxos e protocolos definidos previamente. Também a Lei n. 12.401, que alterou a Lei n. 8.080, de 1990, define que a assistência terapêutica integral, consiste na *“dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico”* e na *“oferta de procedimentos terapêuticos constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.”* Norma de claro contorno jurídico-sanitário do dever estatal. Desconsiderar toda a estrutura legal que organiza o funcionamento do SUS viola o princípio da legalidade, da orçamentação pública e do planejamento.

Essa desconsideração interfere na concepção do SUS, na sua organização, no seu funcionamento, no seu orçamento, sempre insuficiente, permitindo que o mercado da saúde influencie o modelo assistencial público. Não há como querer aperfeiçoar a judicialização. É preciso adentrar em suas causas, como seu histórico subfinanciamento da saúde.

Isso acaba por favorecer o livre mercado da saúde; os altos preços dos medicamentos; a indústria farmacêutica e suas permanentes inovações, que nem sempre são inovações de fato. É preciso definir prioridades no planejamento e orçamento públicos, atuar de modo mais efetivo na regulação de preço de medicamentos e respeitar a Conitec.

Temos evidências de que as causas da judicialização em relação ao Poder Executivo são o financiamento insuficiente; a ausência de uma política de saúde fundada na sobriedade e racionalidade na incorporação de tecnologias; a revisão da Cmed; regulamentação da autorização de serviços privados hospitalares de modo a não crescerem mais que o SUS para não capturarem as políticas de saúde no país.

A judicialização da saúde não deveria ter chegado ao ponto em que está pois afeta o sistema público de saúde e fortalece o poder de influência do mercado na incorporação de tecnologias em saúde.

6 O SUBFINANCIAMENTO CRÔNICO

O SUS é um sistema de saúde sobrevivente ao seu financiamento insuficiente que ocorre desde 1990. A cronicidade do subfinanciamento da saúde é uma tônica, não tendo havido nenhum interregno de garantia de recursos suficientes ao seu financiamento. Os dados econômicos falam por si mesmo, bastando os percentuais do PIB aplicados em saúde: 4% do PIB enquanto o gasto privado é de 5,7%. Situação inversa ao que ocorre com os países que mantêm sistemas universais de saúde onde os índices de recursos públicos são muito maiores que o gasto privado, afora o rigoroso controle dos serviços privados que encontram limites para atuar na saúde.

O Brasil instituiu um sistema público de saúde sem fazer crescer os seus recursos públicos e os inúmeros ajustes fiscais dos mais diversos governos sempre repercutiram negativamente na saúde, congelando ou mantendo seus recursos a níveis incompatíveis com as suas necessidades.

Certamente que o financiamento insuficiente do SUS tem muito a ver com as dificuldades de seu funcionamento, com serviços insuficientes às suas necessidades, qualidade de seus serviços, nem sempre suficiente, e outras mazelas que, contudo, não retiram o seu mérito de sistema universal de saúde.

Seu caminho desde 1988 se constitui em uma saga dada as mais diversas medidas que tiveram o papel de constrange-lo, como o descumprimento da alocação 30% dos recursos do orçamento da Seguridade Social para a saúde; a conversão da URV em real onde houve perdas; as DRUs eternizadas; a EC 20, de 1998 que vinculou recursos das contribuições sociais exclusivamente para a previdência social; a CPMF reduzida por substituição de fontes; aprovação da EC 86, com escalonamento dos 15% RCL; recursos dos royalties do pré-sal que passaram a compor o piso; EC 95 que congelou os recursos da saúde. A União investe 1,7% do PIB em saúde desde 1995. São 4% do PIB na saúde pública e 5,7% na saúde privada.

Tem havido um aumento no gasto estadual e municipal com saúde, ainda que a carga tributária de responsabilidade da União corresponda a 21% ,enquanto 8,5% ficam com os Estados e 2,1% com os Municípios. O desfinanciamento federal impacta os estados e municípios fortemente. (STN, 2021).

Essa visão histórica do financiamento demonstra que a saúde nunca foi tratada efetivamente como prioridade pelos governos desde 1989; são 36 anos de descumprimento da matriz orientadora do

financiamento da saúde de se aplicar 30% do orçamento da seguridade social na saúde. Tem havido forte inversão nas prioridades em relação à Constituição que considera saúde como direito fundamental e como serviço de relevância pública. É o financiamento que pauta o direito e não as necessidades de saúde da população;

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um país que escolhe ter um sistema de saúde de acesso universal e igualitário; considera todas as ações e serviços de saúde, os públicos e os privados, como de relevância pública; prioriza a proteção à saúde, valorou a vida, a dignidade humana e o bem estar coletivo, deve agir em consonância a essa escala de valores humanos, protegendo o setor saúde e desenvolvendo na população o sentido de pertença e destino comum próprios de sociedades solidárias e humanitárias e assim priorizar a construção de um sistema de saúde de qualidade.

Desde 1988 que o país vive um ambiente econômico de ajuste fiscal. Todos os governos, desde então, criaram planos econômicos, praticaram ajustes fiscais e sacrificaram a saúde não lhe garantindo recursos suficientes.

Não prepararam a Administração Pública para gerir um sistema interfederativo de serviços, altamente complexo e prioritariamente preventivo, estando hoje sujeito a influência das altas tecnologias em saúde, dos preços absurdos de medicamentos, na proliferação de drogarias que surgem a cada esquina de cada bairro, havendo um gasto privado de saúde na ordem de 5,7% do PIB.

São muitas as dificuldades na garantia do direito à saúde, até mesmo em relação ao Poder Judiciário, que acionado de modo excessivo, acaba por garantir medidas liminares garantindo aquilo que o SUS não incorporou, desconsiderando a competência da Conitec e do Ministério da Saúde para fazê-lo mediante análises racionais de custo-benefício entre tecnologias e medicamentos similares. Isso sujeita o SUS ao assédio do setor privado que pretende transformar a saúde em mercadoria de prateleira. Para tudo há limites, e esses limites são necessários para não deixar o serviço de saúde ao sabor dos interesses econômicos.

Vivemos a era da tecnologia, da informação, do conhecimento, do excesso, que causara escassez do necessário em função de tudo ser considerado indispensável. Se foi produzido e está à venda deve ser

consumido. Nesse cenário é importante lembrar que o SUS prioriza a prevenção de doenças, de agravos à saúde a ser garantidos mediante políticas sociais e econômicas que têm a função de evitar doenças. Daí a importância da regulamentação rigorosa, sóbria, racional da incorporação de tecnologias em saúde e do fortalecimento da atenção primária pelo seu papel de promover a saúde, de incentivar o autocuidado e medidas de prevenção e proteção, como a vacinação, a alimentação saudável e outras medidas necessárias como o cuidado com o meio ambiente a demonstrar a finitude dos bens materiais.

Os caminhos que os dirigentes do SUS vem adotando, alguns altamente elogiáveis mas outros bastante preocupantes que precisam ser levados a sério e serem objeto de debates aprofundados, visão estratégica, de futuro para que se possa não apenas conservar o SUS como um sistema de justiça social mas executá-lo dentro dos regramentos constitucionais e legais, sem permitir a sua desnaturação, os caminhos enviesados que poderão colocar a perder uma das maiores políticas sociais do país.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Marco. O doente imaginado. São Paulo: Editorial Bamboo, 2016.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, 2011.

ENCICLOPÉDIA DE SIGNIFICADOS. Viés. Disponível em: <https://www.significados.com.br/vies/>.

GETZSCHE, Peter. Medicamentos Mortais e Crime Organizado. Porto Alegre: Bookman Editora, 2016.

MALHOTRA, Assem. Patrocínio da indústria farmacêutica faz Fifa parecer anjo. Entrevista concedida a Cláudia Collucci. Folha de São Paulo - Saúde, São Paulo, 7 jul. 2018.

MICKLETHWAIT, J.; WOOLDRIDGE, A. A Quarta Revolução. São Paulo: Penguin, 2014.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2011. p. 1671-1678.

SANTOS, Lenir; MAPELLI, Reynaldo. Os labirintos da Judicialização do SUS. Revista Conjur, [S.l.], 7 jul. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-jul-07/labirintos-da-judicializacao-da-saude/>.

SANTOS, Lenir. Leão, Marizélia. A Digitalização do Prontuário de Pacientes do Sistema Único de Saúde e a Criação de Uma Plataforma Única de Armazenamento de Dados: Vulnerabilidades e Adequação com a LGPD. In Aith, Fernando; Dallari, Analluza. LGPD na saúde digital. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2022. Acessível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/secao/12-a-digitalizacao-do-prontuario-de-pacientes-do-sistema-unico-de-saude-e-a-criacao-de-uma-plataforma-unica-de-armazenamento-de-dados-vulnerabilidades-e-adequacao-com-a-lgpd/1620615621>. Acesso em: setembro/2024

SOBRINHO, Luiz Vianna. O ocaso da clínica, a medicina de dados. São Paulo: Zagodoni Editora, 2021.

WELCH, Gilbert. Overdiagnosed. Boston: Beacon Press, 2011