

## **Lenir Santos**

Entrevistada do mês de setembro do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), Lenir Santos é advogada, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e ex-secretária de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS). Com atuação nas áreas de direito sanitário e gestão pública, Lenir atualmente é coordenadora de projetos e do Curso de Especialização em Direito Sanitário do Idisa – Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Na entrevista, Lenir falou sobre integralidade na saúde, judicialização – “O que eu tenho visto muito é uma tentativa de se aperfeiçoar a judicialização, criando regras para ela ser melhor; isso é bom, pode até ajudar, mas isso não é enfrentar as suas causas” – e entraves para o processo de regionalização da saúde, estabelecido na Constituição de 1988. “A integralidade não pode ser um conceito sem freios e sem contornos; não pode ser o que o cidadão deseja, como exemplo, tratar-se no exterior, ter acesso a uma tecnologia mais cara ou algo que é experimental. [...] Enquanto não se conseguir sair do impasse do que a integralidade comporta, continuaremos enfocando tão somente o orçamento que sempre será limitador”.

**Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS): Você participou da elaboração de um projeto de lei que delimita o que seria integralidade no SUS de forma que as ações e os serviços em saúde devem estar previstos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e na Relação Nacional de Medicamentos (Rename). Como fazer essa discussão em um cenário no qual se tem afirmado que o SUS não cabe no orçamento como forma de enfraquecer o sistema? Como discutir a integralidade do ponto de vista do fortalecimento e defesa do SUS?**

**Lenir Santos:** O primeiro ponto é não vincular a discussão do conteúdo da integralidade ao orçamento, não se podendo fazer essa discussão tendo como limite o orçamento público. Ainda que a discussão englobe a questão orçamentária por ser um direito que tem custo, não pode ser apenas essa a ótica da discussão porque o que está em pauta é um direito fundamental. A questão tem uma grande amplitude que não pode ser debatida apenas entre especialistas e o Poder Público, devendo ser ouvida também a sociedade através do Conselho Nacional de Saúde. Contudo, é uma discussão que precisa ser feita porque a integralidade não pode ser um conceito sem freios e sem contornos; não pode ser o que o cidadão deseja, como exemplo, tratar-se no exterior, ter acesso a uma tecnologia mais cara ou algo que é experimental... por isso torna-se relevante abrir essa discussão de modo amplo. Enquanto não se conseguir sair do impasse do que a integralidade comporta, continuaremos enfocando tão somente o orçamento que sempre será limitador. É preciso ter coragem de fazer o enfrentamento de maneira mais ampla para o orçamento não acabar sendo o limite. Se o limite for orçamen-



*tário nem precisamos discutir a integralidade porque ela será o que couber no orçamento. No orçamento, agora, com todas essas propostas restritivas, o que irá caber? Por isso é importante enfrentar essa questão e não ficar pensando que a integralidade comporta tudo o que a pessoa pretender, conforme muitas vezes tem ocorrido com a judicialização. Na judicialização se pede tudo, como tratamento no exterior, terapias e medicamentos experimentais, e muitas vezes se consegue.*

**OAPS: Fazer essa discussão entre os pares, entre os pesquisadores, é difícil?**

**Lenir Santos:** É um pouco difícil... porque parece um tabu impor limite à atenção integral, achando que qualquer discussão sempre será limitadora, como se já não fosse limitado hoje. Nós temos que discutir essa questão e definir o que o SUS garante à população sem asfixiar o direito e sem permitir abusos e excessos. Há que se ter racionalidade e razoabilidade, aliás este último um princípio da administração pública. Todos os países que garantem saúde de modo universal e igualitário discutem esse tema por saberem que saúde custa caro e as tecnologias são sempre crescentes e onerosas, e nem sempre são necessárias. A Rename [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais] já existe há muito tempo e a Renases [Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde], prevista no decreto 7508/2011, precisam ser transparentes e informativas. São listas que tornam público o rol de procedimentos e medicamentos que o SUS garante às pessoas. Se se decidir que a integralidade comporta mil coisas, ela vai ser publicada com mil coisas; se se decidir que são 2 mil, será publicada com 2 mil. Hoje o cidadão não sabe o que está garantido no âmbito do SUS. Ambas as listas serão retratos do que é garantido; essas listas não limitam, sua finalidade é dar publicidade ao que foi decidido antes de sua publicação. Entendo como fundamental que se tenha essas listagens publicadas para que todos saibam o que o sistema público de saúde garante à população; para o

*Judiciário penso ser essencial. Até para se pretender que ela seja maior, é preciso conhecer o que se garante nos dias de hoje. Os acréscimos, as atualizações ficarão a cargo da Conitec [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS].*

**OAPS: Você tem defendido que é preciso fortalecer a Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e que a comissão não deveria estar na estrutura do Ministério da Saúde (MS). Falta maior reconhecimento do papel da Conitec? Qual impacto a separação da Comissão do MS deve causar?**

**Lenir Santos:** *Primeiro, não acho que a Conitec não deva estar na estrutura do MS; ela não pode incorporar a tecnologia sobre a qual deu parecer. Quem deve fazê-lo é o MS, e não a própria Conitec. Quem dá o parecer não deve ser quem incorpora. Esse é um ponto. O segundo ponto é o fortalecimento da Conitec. Ela precisa ser de fato um órgão que tem expertise e autonomia para dizer se determinado medicamento ou tecnologia deve ou não ser incorporado, com seriedade, competência, autonomia, sem pressão política. Caberá então ao MS incorporar ou não de modo justificado. Não deve caber à Conitec o mesmo papel. E sua importância deve ser reconhecida por todos porque sem um órgão capaz de fazer essas análises fica difícil tratar do tema.*

**OAPS: O enfrentamento da questão da judicialização começa com o Judiciário ou com a sociedade como um todo?**

**Lenir Santos:** *Penso que é preciso desjudicializar a saúde, sendo preciso atacar as suas causas. Sempre haverá alguma demanda judicial, mas não pode continuar a ser crescente como nos últimos dez anos. O que eu tenho visto muito é uma tentativa de se aperfeiçoar a judicialização, criando regras para ela ser melhor; isso é bom, pode até ajudar, mas isso não é enfrentar as suas causas. Quais são as causas da judicialização? A primeira é a inadequação dos serviços públicos à necessidade das pessoas, mas nessa parece que pouco se põe o dedo. Depois temos como substrato as caronas, como a indústria farmacêutica, os médicos, advogados que vão pegando carona e distorcendo a injustiça primeira, criando outro tipo de injustiça. Contudo, a inadequação dos serviços às necessidades é o ponto principal e pouco se mexe. Fica-se aperfeiçoando o que não vai nunca se aperfeiçoar; é preciso combater às suas causas ao mesmo tempo em que se tenta melhorar as decisões judiciais.*

**OAPS: Você defende a regionalização da saúde como forma de fortalecer o SUS através da integração dos serviços, responsabilidades, orçamentos e gestão. É uma forma de organização mais adequada para um país de dimensões continentais como o Brasil?**

**Lenir Santos:** *Primeiro porque a regionalização é uma obrigação constitucional. A Constituição define que o SUS é regionalizado pressupondo, pois, a existência de regiões de saúde. Sendo obrigatória e o SUS tendo 28 anos, consequentemente há um grave atraso em sua consolidação, o que demonstra que nessa questão ainda patinamos e isso é a realidade em todo o território nacional. Há município que somente cuidará da atenção básica e há município, como Campinas, que poderá fazer até transplante. Essas diferenças precisam de organização sistêmica e é a região de saúde que irá unir o que a descentralização supostamente fragmentou para gerar unicidade e equidade federativa regional, garantindo à sua população serviços da atenção básica à alta complexidade. A região*

*de saúde deve conter as redes de atenção, as referências assistenciais que irão garantir a integralidade da assistência. Sem a regionalização, a organização do SUS não se completa. As ações e serviços de saúde têm organização sistêmica e regionalizada, sendo uma imposição constitucional. Sem essa concepção colocada na prática, o SUS não conseguirá se organizar adequadamente, conforme os pilares constitucionais: rede, região e organização dos serviços de modo sistêmico, de acordo com suas complexidades tecnológicas.*

**OAPS: O que você acha que emperra esse processo?**

**Lenir Santos:** *Penso que os Estados acabam por atrasar a concretização desse modelo constitucional. É do Estado a coordenação das regiões de saúde, demarcada em conjunto com o município; contudo, nem sempre o Estado assume o seu papel e delimita e coordena as regiões de saúde em seu território. São questões de compreensão do sistema nem sempre alcançada por gestores da saúde; outras vezes a política partidária atrapalha. Hoje há dúvida jurídica quanto à demarcação da região. Sendo competência do Estado definir qualquer microrregião, região ou região metropolitana, conforme determina a Constituição, a região de saúde também o seria e pela Constituição ela é feita por Lei Complementar. Ficamos pensando se isso daria certo na região de saúde. Nunca se aprofundou esse aspecto jurídico da competência do Estado no tocante à delimitação das regiões. Se se entender que sempre será por Lei Complementar, a lei deverá dispor sobre algumas regras gerais de divisão de competência, governança regional e outros elementos da região de saúde. Mas por hora poderíamos cumprir o que dispõe o decreto 7508 e deixar essas considerações jurídicas para serem aprofundadas. Já estaríamos dando um grande passo.*

## Expediente

Coordenador Geral: Jairnilson Paim

Coordenação Executiva OAPS: Maria Guadalupe Medina

Equipe OAPS: Maria Clara Guimarães | Gerluce Alves

Coordenação Executiva CDV: Carmen Fontes Teixeira

Equipe CDV: Maria Clara Guimarães | Maria Creuza Silva

Comunicação: Inês Costal | Patrícia Conceição

Design: Gilson Rabelo | Juliana Argolo