

O MOVIMENTO SANITARISTA NO BRASIL

THE SANITARY MOVEMENT IN BRAZIL

EL MOVIMIENTO SANITARISTA EN BRASIL

Alexsandro Bonfim Santos

Graduando do curso de Serviço Social da UNINTER.

Elizangela Gomes Rodrigues Perusulo

Graduando do curso de Serviço Social da UNINTER.

Gabriel Jantsch Vieira da Silva

Graduando do curso de Serviço Social da UNINTER.

Glacielli Thaiz Souza de Oliveira

Professora Mestre do curso de Serviço Social da UNINTER.

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo central levantar dados e resultados do processo da reforma sanitária no Brasil, e provocar uma reflexão sobre o acesso da população brasileira ao serviço de saúde desde o processo de colonização aos tempos atuais. Procura conhecer e comparar as condições e a utilização pelos sujeitos e suas famílias das políticas da saúde na sua trajetória histórica, políticas estas que se constituíram por meio da participação direta ou indireta das populações em suas diversas classes sociais. Dentre elas a criação das unidades de saúde, a prevenção e a distribuição de medicamentos gratuitos e a disponibilização de cirurgias plásticas de reparação para vítimas de agressão. A metodologia utilizada foi a pesquisa documental e bibliográfica.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); Saúde Pública; Reforma Sanitária; Movimentos Sociais.

ABSTRACT

This article aims to collect data and results of the sanitary reform process in Brazil, and to provoke a reflection on the access of the Brazilian population to health services since the colonization process to the present times. It seeks to know and compare the conditions and the use by the subjects and their families of health policies in their historic trajectory, policies that were constituted through the direct or indirect participation of populations in their various social classes. These include the creation of public health facilities, the prevention and distribution of free medicines, and the provision of plastic repair surgeries for victims of aggression. The methodology used was documentary and bibliographical research.

Keywords: Unified Health System (SUS); Public Health; Sanitary Reform; Social Activism.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo central estudiar datos y resultados del proceso de la reforma sanitaria en Brasil y generar una reflexión sobre el acceso de la población brasileña al servicio de salud desde el proceso de colonización hasta los tiempos actuales. Busca conocer y comparar las condiciones y la utilización, por parte de los sujetos y sus familias, de las políticas de salud en su trayectoria histórica, políticas estas constituidas por medio de la participación directa o indirecta de la población en sus diferentes clases sociales. Entre esas políticas, se estudiará la creación de las unidades de salud, la prevención y la distribución sin costo de medicamentos, así como la autorización de cirugías plásticas de reparación a víctimas de agresión. La metodología utilizada fue la investigación bibliográfica y documental.

Palabras-clave: Sistema Único de Salud (SUS); Salud Pública; Reforma Sanitaria; Movimientos Sociales

INTRODUÇÃO

A reviravolta na saúde é produto das lutas sociais, enraizadas na história da saúde pública e encabeçadas por docentes, estudantes e profissionais sanitários que buscavam a democratização do país. Durante os 389 anos do Brasil Colonial, pouco ou nada se fez com relação à saúde, não existiam políticas públicas e muito menos centros estruturados de atendimento à população. Com a chegada da Família Real portuguesa ao Brasil, em 1808, ansiosos por desenvolver o Brasil e aproximá-lo da realidade portuguesa, se dá início a uma das primeiras medidas nesse sentido, com a criação de cursos universitários de medicina.

Como se sabe, antes da chegada dos europeus em território brasileiro, os povos indígenas já o habitavam. Os povos indígenas tinham suas próprias enfermidades, mas com a colonização portuguesa tudo piorou, principalmente pelas conhecidas “doenças de branco”, comuns na Europa.

A reforma na saúde pública, entre 1930-1945, sofreu oscilações durante o Governo Provisório de Getúlio Vargas, período marcado pela instabilidade política, em que todo o setor público havia passado por séria mudança.

Inicialmente a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), em novembro de 1930, não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública pois incorporou o já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1919. Em 1930 já haviam sido delineadas algumas das diretrizes que orientavam a reforma administrativa implantada por Vargas; em seus quatro primeiros anos, viu serem definidas as linhas mestres que nortearam seu desenvolvimento.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, pela primeira vez se dava a criação de um ministério dedicado à criação de políticas públicas. Já em 1964, durante a ditadura militar, a saúde sofreu grandes cortes de verbas e doenças como malária, dengue e meningite se intensificaram; aumentaram as epidemias e a mortalidade infantil; e a assistência à saúde passava a manter estreita vinculação com as atividades previdenciárias.

Já em 1970, os movimentos da Reforma Sanitarista vêm defender o fim do processo de privatização da assistência à saúde. A carta de Montes Claros muda a saúde, trazendo uma série de diretrizes para as políticas públicas de saúde no Brasil; tais diretrizes se estabelecem como marco referencial do novo movimento municipalista da saúde, e também, neste contexto de democratização do setor da saúde, visavam a formação de um

sistema público, universal e democrático. O conjunto de medidas adotadas durante o período de reforma sanitária foi acompanhado de um forte componente de democratização do sistema.

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90. Sua finalidade é combater a situação de desigualdade na assistência à saúde da população e promover um atendimento igualitário aos usuários. O sistema faz-se constituir dos centros de Unidades Básicas de Saúde, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos hospitais universitários, laboratórios e hemocentros; tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da qualidade no atendimento das necessidades de saúde da população. O controle das ocorrências de doenças, seu aumento e propagação, são algumas das responsabilidades do SUS.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde; as Conferências e os Conselhos. Os conselhos de saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade no âmbito municipal, estadual e federal. O SUS constituiu o modelo oficial e público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a população. Deve ser entendido como um processo em marcha que não iniciou em 1988, com sua inclusão na Constituição Federal.

As críticas que se fazem ao SUS são traduzidas nas infindáveis filas, no atendimento desumano, na falta de leitos, exames, médicos e medicamentos. Do outro lado, os cidadãos se sentem maltratados no aspecto humano pelos profissionais da saúde. Desta maneira, também compreendemos que é de grande relevância o atendimento voltado aos usuários nos aspectos de universalidade, equidade e integridade.

O MOVIMENTO SANITARISTA NO BRASIL

Segundo Escorel (1999), a reviravolta na saúde é o processo das lutas sociais enraizadas na história da saúde pública brasileira. Encabeçado por docentes, estudantes e profissionais sanitários, esse movimento tem buscado a democratização do país. Iniciado nos anos 1970, o movimento sanitário lutava pela socialização da política nacional de saúde; tinha como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser

*Caderno Humanidades em Perspectivas - II Simpósio de Pesquisa Social e
II Encontro de Pesquisadores em Serviço Social - Edição Especial Outubro/2019 309*

garantido pelo Estado através da criação de um sistema que garantisse este direito a todos.

Fundamentava-se em uma proposta que apontava para a reversão do modelo assistencial e curativo, inclusive para a expansão dos serviços básicos descentralizados, propondo uma medicina comunitária. Apresentando propostas alternativas e democráticas de organização da atenção à saúde, a reforma sanitária foi um grande laboratório, percorrido pelos Movimentos Sanitários iniciados em 1974, que deram início a uma ampla rede de saúde pública, moldada pela formação dos sanitaristas, militares, intelectuais e lideranças comunitárias defensoras da Reforma Sanitária.

Durante os 389 anos do Brasil colônia, pouco ou nada se fez com relação à saúde. Não existiam políticas públicas e muito menos centros de atendimento estruturado à população, o acesso a cuidados e tratamentos médicos dependia da classe social. Pobres e escravos tinham uma dura condição; poucos sobreviviam às doenças que tinham. Os nobres e brancos possuidores de terras tinham maior facilidade de acesso a médicos e remédios, garantindo sua sobrevivência. (SCOREL, 1999)

Como se sabe, antes da chegada de europeus em território brasileiro, os povos indígenas já o habitavam. Tinham suas próprias enfermidades, mas com a colonização portuguesa tudo piorou, principalmente pela conhecida expressão usada em aulas sobre a história do Brasil: as “doenças de branco”. Doenças comuns na Europa, que não existiam no Brasil, acabaram sendo trazidas. O ponto de atenção é que os indígenas não tinham imunidade contra elas e a consequência foi a morte de milhares deles¹.

Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, ansiosos em desenvolver o Brasil e aproximá-lo da realidade portuguesa, se dá início a uma das primeiras medidas em matéria de saúde, com a criação de cursos universitários de medicina e cirurgia. Os pioneiros foram a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, o Colégio Médico no Real Hospital Militar de Salvador e aos poucos os médicos estrangeiros foram substituídos pelos formados no Brasil, dado seu atendimento específico aos proprietários de terras, nobres e brancos. Durante vários séculos a saúde oferecida aos pobres e negros era por intermédio da filantropia e caridade, através das Santas Casas de Misericórdia, espalhadas pelo Brasil durante um século.

¹ A citação foi retirada do site <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/> na data de 15/04/2019

A reforma na saúde pública entre 1930 e 1945 sofreu oscilações no período de Getúlio Vargas, marcado pela instabilidade política. Todo o setor público havia passado por serias mudanças e algumas já apareciam nas campanhas eleitorais de Vargas em 1929. Os ideais de transformação de um Estado robusto e centralizador, era uma clara reação ao federalismo extremado da primeira constituição republicana;

Inicialmente, a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), em novembro de 1930, não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública pois incorporou o já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1919, e que sofreu modificações indiretas por meio de uma legislação fragmentada que atendia uma necessidade conjunta.

Em 1930, já haviam sido delineadas algumas das diretrizes que orientavam a reforma administrativa implantada por Vargas, fortalecendo a organização administrativa federal e introduzindo medidas de racionalização administrativa. (MAHRLICH, 1983).

Em seus quatro primeiros anos, acabaram sendo definidas as linhas mestres que nortearam seu desenvolvimento, mas o MESP chegou ao final do chamado Governo Provisório sem objetivo definido para sua estrutura administrativa; apesar das inúmeras alterações que sofreu, nem uma delas representou mudança significativa. Em algum momento se paralisou, com a incerteza política, a crise econômica e a penúria orçamentária do início da década de 1930. No que diz respeito à saúde pública, o MESP nos seus primeiros anos, oportunizou significativas mudanças. (HOCHMAN, 1998).

A Constituição de 1934, promulgada durante o Governo Vargas, concedia novos direitos aos trabalhadores, como assistência médica e licença-gestante; a Consolidação das Leis Trabalhistas de 1943 (CLT) determinavam aos trabalhadores de carteira assinada benefícios à saúde.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Pela primeira vez se dava a criação de um ministério dedicado à criação de políticas públicas, que priorizava principalmente o atendimento de saúde em zonas rurais, antes destinado a quem tinha carteira assinada e somente nas grandes cidades.

Em 1964, durante o regime militar, a saúde sofreu grandes cortes de verba e doenças como malária, dengue e meningite se intensificaram; aumentaram as epidemias e a mortalidade infantil. O Governo vai à busca de medidas, e une todos os órgãos

previdenciários que funcionavam desde 1930, ao fim de melhorar o atendimento médico, iniciando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A assistência à saúde passa a manter estreita vinculação com as atividades previdenciárias, dividindo a população em três grupos, em geral formados por trabalhadores com carteira assinada, que contribuíam para a previdência.

Já nos anos 1970, os movimentos da Reforma Sanitarista vêm defender o fim do processo de privatização da assistência à saúde, pressionando a redemocratização do país ao longo da década de 1980, período em que o INAMPS² passaria por sucessivas mudanças, com a universalização progressiva do atendimento.

A Carta de Montes Claros, que acabou mudando a Saúde, tratava de uma série de diretrizes, as quais deveriam ser dirigidas às políticas públicas de saúde no Brasil; entre outras disposições, determinava que as políticas deveriam refletir os anseios da sociedade. Nesse contexto, advindo das aspirações do movimento pelas eleições diretas, as políticas de saúde deveriam ser orientadas no princípio de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado; buscava-se assim alcançar a universalização do acesso à saúde; a eliminação das distorções provocadas pela política clientelista e pelas fraudes no setor. Sobretudo, a principal orientação de todas essas políticas devia ser o incentivo à participação popular nas decisões públicas. (LOBATO, 2000. P17).

Tais diretrizes se estabelecem como marco referencial do então novo movimento municipalista da saúde, e tinham como compromisso maior a transição e consolidação da democracia através de mudanças essenciais no setor de saúde no Brasil. É também nesse contexto de democratização do setor de saúde, visando à formação de um sistema público universal e democrático, que se fortalecem os movimentos sociais e as organizações da sociedade civil. (LOBATO, 2000)

O conjunto de medidas adotadas durante o período de reforma foi acompanhado de um forte componente de democratização do sistema. A partir da década de 1980, as políticas de participação passam a ser constitucionalmente uma orientação do Governo Federal, e também uma das diretrizes dos órgãos internacionais, como o Banco Mundial - BM e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD.

² Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social o (INAMPS), autarquia criada em 1974, que disponha de hospitais próprios, mas a maior parte dos atendimentos era realizada na rede particular, por meio de convênios com o Governo Federal.

A criação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/90 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90. Sua finalidade é combater a situação de desigualdade na assistência à saúde da população e promover um atendimento igualitário aos usuários. É, por tanto, obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão; estão proibidas cobranças pelo atendimento em unidades básicas de consultas, em exames, cirurgias, internações e tratamentos de saúde. Alguns desses serviços são também privados, mas conveniados e vinculados ao SUS, independentemente de qualquer procedimento.

O Sistema Único de Saúde se constitui dos centros de Unidades Básicas de Saúde, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos hospitais universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa desse segmento, como exemplo, a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da qualidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços de qualidade e adequando-se às necessidades, independentemente do poder aquisitivo do cidadão (NOAS /SUS 2001, 2002). O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

O controle das ocorrências de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda à população de uma determinada região.

Controle social no SUS

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Ali, a comunidade, através de seus representantes, pode opinar e definir, acompanhar a execução e fiscalização das ações de saúde nas três esferas de governo:

federal, estadual e municipal.

Os conselhos de saúde são órgãos de controle do SUS pela sociedade nos âmbitos municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que sejam atendidos por ações governamentais. O legítimo representante dos cidadãos usuários do SUS defende os interesses e necessidades da população que mais precisa e usa os serviços do SUS; exerce o controle social ao lutar pela qualidade e pelo respeito à dignidade humana.

Cabe salientar que o Sistema Único de Saúde promove a saúde universal. Constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país; é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a população, inclusive para pacientes portadores de HIV, sintomáticos ou não, para pacientes renais crônicos e também para pacientes com câncer. (Ministério da Saúde BRASIL, 2001 2002).

Princípios que constituem o SUS

O SUS deve ser entendido como um processo em marcha, que não se iniciou em 1988, com sua inclusão na Constituição Federal, nem tampouco tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos e ainda está sujeito a aprimoramentos e mudanças ao longo do tempo.

Segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano. Cabe ao poder público garantir este direito através de políticas sociais e econômicas que visam à redução dos riscos de adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário aos usuários.

Entende-se por acesso universal (princípio da universalidade), o princípio que determina atender toda a população, tanto em serviços conveniados como em contratados com o poder público. O acesso igualitário (princípio da equidade) não significa que o SUS deva atender a todos, mas sim cuidar de maneira que sejam respeitados diferenças e direitos.

As críticas que se fazem ao SUS, traduzidas nas infindáveis filas, no atendimento desumano, na falta de leitos, exames médicos e medicamentos, não surgiram com o novo *Caderno Humanidades em Perspectivas - II Simpósio de Pesquisa Social e II Encontro de Pesquisadores em Serviço Social - Edição Especial Outubro/2019* 314

sistema de saúde. (SAÚDE, 2001/2002). São, na realidade, consequências históricas de um modelo de atenção à saúde centrada na assistência médica. Por essa razão, desde o início se veem como inimigos os profissionais da saúde, especialmente os médicos, que se sentem cada vez mais desrespeitados e maltratados pelos pacientes. Do outro lado, os cidadãos se sentem maltratados pelos profissionais da saúde no aspecto humano. As queixas se acumulam, são frequentes e a maioria delas se refere à relação interpessoal.

Essa situação é preocupante, tanto com relação aos serviços prestados no âmbito profissional, como também aos cidadãos usuários do SUS. Essa intensa demanda em relação ao atendimento e à visão holística do público, deve receber um olhar de humanização, de princípios éticos, num âmbito geral e recíproco de respeito.

É de grande relevância um atendimento voltado aos usuários, um atendimento de universalidade, equidade e integralidade. Os princípios do SUS são pautados em todos estes sentidos; seu objetivo é diminuir as desigualdades. Apesar de que todas as pessoas têm acesso aos serviços, não são iguais e suas necessidades são distintas³.

Para atender a essas necessidades, aprovou-se o Decreto nº 8.727, de 28 de abril 2016, o qual dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento de identidade de gênero de pessoas homoafetivas no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. O Art.60 (Decreto do nº 8727/16 Jus Brasil) nos diz que as pessoas travestis ou transexuais poderão requerer, em qualquer momento, a inclusão de seu nome social em documentos oficiais, registros de sistemas de informação, cadastros de programas e serviços de fichas de formulários, prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal, autárquicas fundacional.

Diante disso, cabe a todos atender a essas necessidades, considerando o princípio da integralidade. Nessa determinação, inclui-se a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Esse princípio deve ser atendido por todas as políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão sobre a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. A saúde é um direito de cidadania de todos e cabe ao Estado assegurar este direito, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características pessoais ou sociais⁴.

³ <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

⁴ <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

O SUS e a análise de programas similares em outros países

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 descreve, segundo o artigo 196, que a saúde é direito de todos e o Estado tem a obrigação de garantir medidas políticas, sociais e econômicas que visam a redução dos riscos de doença e de acesso universal e igualitário para proteção e recuperação da saúde pública (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde trouxe muitos avanços para a sociedade brasileira, mas ainda assim enfrenta inúmeros desafios que colocam em risco a sua viabilidade e impedem que ele cumpra de fato o seu papel de garantia universal de saúde pública de qualidade para toda população.

A realidade apresentada pelo programa do Sistema Único de Saúde não condiz com o seu objetivo. Os recursos públicos destinados à área da saúde são limitados e não compatíveis com o tamanho da demanda abrangida pelo Sistema de Saúde. Devido a essas circunstâncias o SUS vem enfrentando problemas como crise na gestão administrativa da saúde, recursos financeiros e orçamentais mal gerenciados, superlotação nas unidades de saúde, longa espera na fila de atendimento e falta de investimentos nos materiais de saúde.

A ineficácia da gerência do Estado como gestor principal da saúde acaba resultando no processo de privatização da saúde. O que, num primeiro momento, se dizia ter garantia universal e gratuita de atendimento ao público, vem se tornando como segunda opção. (SILVA, 1995).

Um dos motivos da crise da gestão administrativa se dá devido à contratação de profissionais sem habilidades, com qualquer formação ou sem formação alguma para gerir o ambiente hospitalar. E essa falta de formação não é algo exclusivo da saúde pública, mas também em outros setores como educação e segurança.

O planejamento do orçamento financeiro do Sistema Único de Saúde tem sido mal gerido devido à falta de cumprimento da esfera da União e dos Estados em relação aos critérios estabelecidos na emenda constitucional nº 29, de 2000 tem por objetivo:

Assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para: manter a integridade nacional; repelir invasão estrangeira ou de uma unidade da Federação em outra. O Estado não intervirá em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, exceto quando: Deixar de ser paga, sem motivo de força maior, por dois anos consecutivos, a dívida fundada; e não forem prestadas contas devidas, na forma da lei; e não tiver sido

aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2000).

Percebe-se, atualmente que os postos de atendimento do Sistema Único de Saúde não atendem à demanda necessária para oferecer serviços de qualidade, visto que não têm estrutura suficiente para acolher a população.

As unidades de saúde têm o sistema APS com o objetivo de dar à atenção primária à saúde dos usuários das unidades e proporcionar comunicação por meio de profissionais e encaminhamentos específicos de acolhimento. No entanto, tal procedimento não prioriza a saúde curativa, visto que não possui recursos humanos e financeiros para tal propósito.

Mesmo tendo esse Sistema Único de Saúde tratamentos e serviços pouco conhecidos, que o fazem ainda mais importante e necessário, —como, por exemplo, a PREP (Profilaxia Pré-Exposição), cirurgia de mudança de sexo, cirurgias reparadoras para mulheres vítimas de violência e medicamentos para o tratamento oncológico— ainda não são suficientes frente à demanda posta.

A profilaxia pré-exposição ao HIV é um método de prevenção à infecção pelo vírus HIV, que consiste na tomada diária de um comprimido que impede que o vírus causador da AIDS infecte o organismo, antes de a pessoa ter contato com ele. Esse medicamento, sendo tomado diariamente, se espalha pela rede sanguínea e bloqueia alguns caminhos que o HIV usa para infectar o organismo; essa medicação pode impedir que o vírus da HIV se estabeleça e se prolifere pelo corpo; mas ainda há falta de medicamentos para entender a todos. Essa prevenção, ofertada pelos serviços do SUS não é indicada para qualquer pessoa. Ela dirige-se àquelas que tenham maior chance de entrar em contato com o HIV, como os gays, homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, trabalhadores (as) do sexo.

O processo transexualizador ou cirurgia de mudança de sexo tem sido realizado no Sistema Único de Saúde desde agosto de 2008, para transexuais que pretendem realizar modificações corporais do sexo, em função de um sentimento de desacordo entre seu sexo biológico e seu gênero. Por ser um procedimento irreversível, precisa se ter em mente as condições estabelecidas para fazer esse procedimento, como a maioria, acompanhamento psicológico por pelo menos dois anos, laudo psicológico e psiquiátrico

favorável e diagnóstico de transexualidade.

A cirurgia de mudança de sexo aumentou de 10 operações por ano para 57, nos dez anos em que o SUS passou a cobrir o tratamento para pessoas transexuais. Com este aumento de cirurgias, também cresceu o número de prescrições de hormônios. Mesmo que a quantidade distribuída a esse público tenha aumentado de 171 para 1,9 mil prescrições hormonais entre agosto de 2008 e 2017, ela não tem suprido a necessidade. De acordo com os médicos e especialistas, o que mais tem prejudicado este público é a falta de hospitais que realizem o procedimento, pelo baixo número de especialistas no tema.

Mais uma conquista das mulheres foi a regulamentação na rede pública, para realização de cirurgias plásticas em mulheres que sofreram algum tipo de violência. Assim está descrito na lei nº 13.2390/2015, que dispõe a oferta gratuita através do SUS de realização de cirurgias plásticas reparatórias de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. Estas mulheres devem ser informadas da possibilidade da realização das cirurgias plásticas; se optarem por fazê-la, deverão procurar unidades que realizem este procedimento, e levar consigo o registro oficial de ocorrência da agressão. (BRASIL, 2015).

Após a solicitação da cirurgia reparatória a paciente tem que comprovar, através de um laudo médico pericial que comprove que a mulher tenha sofrido violência, e logo dar entrada para fazer o procedimento. Mas como todo processo de solicitação do SUS é demorado, aqui não seria diferente. Assim que a paciente for aprovada, entra em uma fila de espera, que costuma ser longa, pois, são várias as pessoas que solicitam esse tipo de benefício. Em alguns casos, a cirurgia é realizada depois de meses ou anos.

No Sistema Único de Saúde, a área de oncologia apresenta uma estrutura integral para pacientes que necessitam de tratamentos de alta complexidade oncológica. Entretanto precisa atender alguns critérios para obter a viabilização desta demanda. Como por exemplo, ter o cartão de Cadastro Único de Saúde e laudo de sua patologia médica. Então se realiza a solicitação por via da Unidade Básica de Saúde de sua comunidade ou hospitais credenciados, por meio de inclusão de procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema (Apac-Sai).

A autorização de procedimentos de alta complexidade do sistema de informação ambulatorial é necessária para iniciar a solicitação dos medicamentos que são considerados de alta vigilância. Porém, isso acaba sendo um problema, por que não são

todos os medicamentos que serão liberados, e em casos mais extremos, acabam ocorrendo processos jurídicos para obter acesso aos medicamentos, os quais não têm uma data específica de entrega e o tempo de espera é de, teoricamente, entre alguns dias até três meses de espera. (Secretaria da Saúde, 2018).

O sistema de saúde público brasileiro é referência internacional, por termos um sistema de saúde SUS. Com isto, mostramos aos países que nossa legislação prevê o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Mas a situação em geral de saúde em outros países pode ser bem diferente da brasileira, porque os cidadãos estrangeiros não obtêm acesso à assistência médica gratuita em grande número de países como, por exemplo, nos Estados Unidos. Ali, a única forma de receber atendimento é pagando um convênio particular, e apenas pessoas que se encontram abaixo da linha da pobreza e idosos serão beneficiados com serviços gratuitos de saúde.

Na Austrália, existe uma parceria entre o setor público e o privado para fornecer assistência à saúde. Embora possamos considerar que existe alguma forma de saúde pública na Austrália, ela não é gratuita. Estes têm o sistema de saúde Medicare Levy, que exige que o valor de 1% e/ou 1,5% do salário dos cidadãos seja reservado para pagar a taxa de uso; esta deverá ser paga para cobrir os gastos médicos. Como o serviço deverá ser quitado de qualquer forma, utilizado ou não, algumas pessoas optam por contratar um plano de saúde privado.

Os holandeses através do seguro do imposto têm por obrigação pagar um plano de saúde, por não terem uma assistência médica universal; o governo considera que se cada cidadão pagar o seguro, todos terão acesso à saúde. Sobre tais perspectivas pode se observar que há diferenças significativas entre o nosso Sistema Único de Saúde e os demais sistemas similares de saúde.

Há muito por fazer, mas o longo percurso do movimento sanitário no Brasil tem dado bons frutos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Senado Federal. **SUS trouxe o atendimento universal**. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/pacto-federativo/realidade-brasileira/na-saude-esforco-de-gestao-compartilhada/sus-trouxe-o-atendimento-](https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/pacto-federativo/realidade-brasileira/na-saude-esforco-de-gestao-compartilhada/sus-trouxe-o-atendimento)

*Caderno Humanidades em Perspectivas - II Simpósio de Pesquisa Social e
II Encontro de Pesquisadores em Serviço Social - Edição Especial Outubro/2019* 319

universal> Acesso em 17 mar. 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funcionam**, 2001. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> Acesso em 25 mar. 2019.

BRASIL, Decreto nº 8.727, disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/330064041/decreto-8727-16>> data de acesso 03 abr. 2019

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13239.htm> acesso em abr. 2019

Efdesportes. **Movimento Sanitário: como tudo começou**. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd179/movimento-sanitario-como-tudo-comecou.htm>> acesso em 17 mar 2019

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FORTES, Fátima Beatriz. **A Emenda Constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n87/o8.pdf>> acesso em 03 abr. 2019.
Identidade de Gênero, **Cirurgias de mudança de sexo são realizadas pelo SUS desde 2008**. 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008> > Acesso em 16 abr. 2019.

LOBATO. L.V.C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4512/2/60.pdf>> acesso em 17 mar. 2019.
Ministério da Saúde, **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funcionam**, 2001. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> acesso em 16 mar. 2019.

NEGRI, Barjas. **Norma operacional da assistência à saúde, SUS - noas-sus**, 2002. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/Portaria_MS_373.2002 > Acesso em: 25 mar. 2019.

Politize **A história da saúde pública no Brasil e a evolução do direito à saúde**, 2018. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>> Acesso em: 12 mar. 2019.

UOL **Cresce cirurgia de "mudança de sexo". E nova regra pode aumentar os**, 2016. Disponível em: <https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2018/10/03/redesignacao-sexual-cresce-no-brasil-e-regras-devem-mudar.htm>> Acesso em 15 abr. 2019.

Saúde, **Mulheres vítimas de violência agora têm direito à cirurgia plástica pelo SUS**, 2016. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/bem-estar/mulheres-vitimas-de-violencia-agora-tem-direito-a-cirurgia-plastica-pelo-sus/>> Acesso em 16 abr. 2019.

SANTOS, Lenir. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf> > Acesso em 28 mar. 2019.

SILVA, Guilherme Rodrigues. **O SUS e a crise atual do setor público da saúde**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 4, n. 1-2, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901995000100004>. Acesso em 18 mar. 2019.