

“Onde dá SUS dá certo”

Nelson Rodrigues dos Santos¹

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios do país e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007 realizaram-se 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassonografias, tomografias computadorizadas e ressonâncias nucleares magnéticas, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radio-quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da Aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 80, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas de Misericórdia.

Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das Comissões Intergestores (Tripartite Nacional e Bipartites Estaduais) e dos Fundos de Saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, e **fundamentalmente**, com o belo contágio e a influência dos **valores éticos e sociais da política pública do SUS** perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os Conselhos de Saúde. Esta configuração permitiu a emergência de expectativas de alcançar maior garantia dos direitos sociais, aliadas à intensificação da pressão exercida pelo social.

Depois da Lei Orgânica da Saúde

Contudo, nos dezessete anos de vigência das Leis 8080/90 e 8142/90, o modelo de gestão, ainda hegemônico, induz um modelo de atenção pouco modificado:

- a) a atenção básica expande-se aos estratos mais pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade e não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção recomendado pelos princípios constitucionais;
- b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal);
- c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade;
- d) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e conseqüente investimento na captação agressiva de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;
- e) as diretrizes da integralidade e equidade pouco ou nada avançam;
- f) as ações judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema;
- g) o modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focado nos 80% mais pobres da população, e em nível complementar e menos pobre, focado nos 20% que são os compradores de planos privados, e;
- h) o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diag-

¹ Médico sanitarista

nose e terapia. Os avanços citados, em grande parte, constituem elevações de cobertura concretizadas já no período “pré-SUS” nos anos 80.

Ao lado dos inestimáveis **avanços de inclusão**, com a **expansão dos serviços** públicos, **atendendo necessidades e direitos da população**, permanece um percentual inaceitável de ações e serviços evitáveis ou desnecessários. Do mesmo modo, é ainda elevado o índice de esperas para procedimentos mais sofisticados. Esta situação gera sofrimentos, em função do agravamento de doenças e de mortes evitáveis. Há 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos na espera por tais procedimentos em razão de agravamento por insuficiência renal, acidente vascular cerebral (AVC), doenças vasculares e outras. Além disso, somam-se mais de 90 mil portadores de câncer sem acesso oportuno à radioterapia, 25% de afetados por tuberculose, hanseníase e malária sem acesso oportuno e sistemático ao sistema. Finalmente, há incidência anual de 20 mil novos casos de câncer ginecológico e 33 mil novos casos de Aids, entre dezenas de exemplos de repressão de demandas.

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se sufocados pela angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e de ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte dos casos graves e urgentes. Assim, vêem-se obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências em razão de insuficiência de recursos. A reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nessa situação.

O SUS como política de Estado

Como **política de Estado**, no plano da macroeconomia, evidenciou-se a opção pela política pública de transferência de renda ainda que extremamente desigual: por volta de R\$ 11 bilhões a 11 milhões de famílias (bolsa-família), R\$ 80 bilhões de benefícios previdenciários a desempregados, população urbano-rural de baixa renda e outros e R\$ 170 bilhões (projetados para R\$ 200 bilhões ao final do ano de 2008) aos rentistas da dívida pública, anualmente. As políticas públicas de proteção social permanecem subfinanciadas com *per capita* anuais entre as mais baixas do mundo.

Na saúde, a retração da contrapartida federal a partir de 1990 até os dias de hoje é constatada tanto pela queda do seu percentual, comparada à elevação do percentual da contrapartida estadual e municipal, como pela queda do seu *per capita* anual, comparada à elevação do *per capita* anual dos estados e municípios, e ainda, pela comparação da elevação do percentual da receita corrente federal perante o PIB, com a queda do percentual do orçamento do Ministério da Saúde, perante a receita corrente federal.

Como **política de governos** nacionais, decorrentes da política de Estado, evidenciaram-se na saúde os seguintes mecanismos:

- a) opção pela desconsideração da indicação constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente era de 25%) pelo “passa-moleque” em 1996, pelo desvio de mais da metade da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal em 2000 na aprovação da EC-29, calculando sua contrapartida com base na variação nominal do PIB (menor que o crescimento populacional e da inflação) e pressionando a aplicação de percentual sobre a arrecadação, somente para os estados, DF e municípios, e por final a pressão sobre o Congresso Nacional desde 2003, para não regulamentar a EC-29, incluindo para a esfera federal o percentual sobre a arrecadação;
- b) extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, afetando o desempenho e os resultados para os usuários, além da “onda” de terceirizações aleatórias, que acabou por influir nos estados e municípios por meio da Lei da Responsabilidade Fiscal;
- c) retardamento ou impedimento da reforma de aparelhos do Estado com vistas à autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a realização de metas com prioridades de eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultados, o que gerou a permissividade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e outras;
- d) a participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do imposto de renda, do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos incluindo os de estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que perfaz mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas;
- e) a desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos;

- f) desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros);
- g) inibição da prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na permanência da fragmentação setorial e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios, e
- h) manutenção dos ‘vários Ministérios da Saúde’ dentro do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na sociedade, governo e parlamento.
- i) Vale destacar que a política de estado e decorrentes políticas dos governos vem sendo definidas e decididas acima da política do setor saúde. Ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e aos respectivos Conselhos de Saúde resta reduzido espaço de definição e decisão, vinculado aos preceitos Constitucionais e à Lei Orgânica da Saúde, com vistas em avanços possíveis, ou resistência a retrocessos. Predomina no Ministério da Saúde desde 1990, estratégias de contenção e racionalização de custos, pressionadas por um lado pelo subfinanciamento e por outro lado pela reprodução e “modernização” do modelo da oferta, restando pouco espaço para a construção efetiva do SUS.

Este processo pode ser ilustrado pelos seguintes mecanismos:

- a) estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares e outros, como guias para os repasses federais e respectivos gastos;
- b) manutenção da modalidade de pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela em que a maioria dos valores encontram-se abaixo do custo, excetuando-se os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados;
- c) prioridade da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde de Família focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolução, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa capacidade como porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema;
- d) fragmentação dos repasses federais aos Estados, DF e Municípios, já tendo alcançado por volta de 130 fragmentos, hoje reduzidos pelo Pacto de Gestão, mas com pressões internas para não continuar reduzindo;
- e) desmesurada produção de portarias normativas ministeriais já tendo atingido por volta de 8 por dia útil, processo que se reduziu um pouco, mas voltou a crescer;
- f) permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, com baixa consideração ao planejamento e orçamentação ascendentes e estabelecimento pactuado de metas, custos, prioridade e qualidade, com vistas na articulação regionalizada de redes de cuidados integrais;
- g) lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais;
- h) reflexos inibidores no desempenho da Comissão Intergestora Tripartite (União, DF, Estado e Município) e da Comissão Intergestora Bipartites (estados e municípios)².

Vale também destacar as adversidades impostas pela política de estado e políticas de governos, assim como as decorrentes estratégias de contenção e racionalização que predominam no Ministério da Saúde desde 1990. Apesar de delimitarem hegemonicamente o desenvolvimento do SUS, não conseguem constituir-se na sua totalidade, permanecendo ativos os “nichos” de resistência e avanços possíveis, em nível local na micropolítica e microprocesso de trabalho em saúde, com milhares de experiências exitosas em todo o território nacional, comprometidas com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade e também em nível dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde em cada Estado, das Bipartites, da Tripartite, da rede dos Conselhos de Saúde e das entidades do movimento da Reforma Sanitária como Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES), Associação, Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Rede UNIDA, Instituto do Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e outras.

Não por outro motivo, já na 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996, um dos lemas que empolgaram foi o de: “Onde dá SUS dá certo”, o que significa dizer que onde não dá certo (sem acesso, sem equidade, sem atenção integral, sem participação, etc.) é justamente onde não há SUS, e sim outro modelo de saúde herdado e “modernizado” que usurpa o nome do SUS.

Após a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária composta por representantes de todos os segmentos públicos, privados, sociais e partidários envolvidos com a

² Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite- CIB, criadas pela Norma Operacional Básica - NOB/93/MS, como fórum de pactuação entre os gestores federal, estadual e municipal.

saúde e reconhecida por portaria interministerial, debateu por mais de um ano a formulação da proposta do que viria a ser o SUS e que se transformou na base da discussão e aprovação na Assembleia Nacional Constituinte. Essa formulação foi acompanhada pela Plenária Nacional de Saúde, fórum dinâmico integrado por entidades sindicais, movimentos sociais, entidades da Reforma Sanitária, parlamentares e outros.

Considerações

Por fim, vale destacar, o histórico Simpósio de Política Nacional de Saúde, de 1989, que superou a resistência conservadora contra a apresentação e trâmite da Lei Orgânica da Saúde no Congresso Nacional. Todos estes eventos dos anos 80 só foram exequíveis com mobilização, organização e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que articulou o pluralismo partidário, os diferentes matizes ideológicos e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (da coisa pública), dos direitos sociais e do papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los.

A partir dos anos 1990, a complexidade da composição partidária, corporativa e mercantil da sociedade e do Estado aumentou, mas será que a ponto de ofuscar ou impedir a consciência de onde estão os principais interesses e setores contra o SUS, e quais os aliados?

Na indeclinável busca de soluções por mais eficiência e resultados na gestão dos serviços públicos de saúde, além do financiamento e da política de pessoal, tornam-se imperiosas inovações no modelo de gestão. Nessa busca, assim como nas grandes questões do subfinanciamento e da desastrosa precarização das relações de trabalho, não só o governo, mas todos os movimentos sociais devem ser irredutíveis. Nas inovações do modelo de gestão torna-se evidente que a busca de soluções não é circunscrita ao Projeto de Lei Parlamentar nº92/2007 que dispõe sobre a criação de Fundações Estatais, que é vago e vulnerável a distorções, nem mesmo somente à Emenda Substitutiva do Deputado Pepe Vargas, que é voltada às diretrizes do SUS, mas deve abranger a busca de opções e outras mudanças na retomada da Reforma do Estado "SUS".