

Apresentação

Paulo Amarante*



Com 35 anos de existência, o Cebes sempre esteve atento aos seus propósitos originais de fomentar o debate no campo da saúde e de contribuir para a construção de políticas públicas democráticas e cidadãs.

Nos últimos anos do regime militar, tínhamos a convicção de que deveríamos levantar a questão democrática no âmbito da saúde ao mesmo tempo em que deveríamos incluir a questão da saúde nos grandes debates nacionais. Foi assim que, já no editorial do número inaugural da *Saúde em Debate*, em 1976, observamos que a revista pretendia ser um veículo de ampliação para levar adiante as discussões no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre a saúde e a estrutura social. E a permanência da revista e do Cebes por todos estes anos parecem confirmar o sentido e o significado do nosso projeto.

Nesta mesma linha de proposta política, outro não foi o objetivo, quando o Cebes lançou o documento *A questão democrática na área da Saúde* e ofereceu ao debate público os princípios e estratégias para a constituição do Sistema Único de Saúde. E dos anos 80 em diante, com a consolidação do processo de democratização e o advento da Constituição de 88 e do SUS como política pública, muita coisa mudou. Vários avanços podem ser constatados no campo da saúde, mas isso não nos impede de observar que muitos dos problemas se mantêm inalterados, e que muitos outros surgiram e merecem respostas.

Foi desta forma que, em 2008, o Cebes lançou o documento *20 anos do SUS – celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável*, convocando a sociedade brasileira a realizar uma séria avaliação do SUS e a redirecionar suas estratégias.

Desde o processo que denominamos de “Refundação do Cebes”, decidimos inaugurar um novo espaço de debate com a instituição dos Simpósios de Política e Saúde. Nesta segunda edição, decidimos inovar, convidando autores/atores renomados e reconhecidos para estimularem o debate com “teses” (ou provocações, se preferirem), que foram disponibilizadas na página eletrônica do Cebes para que as pessoas pudessem

acessá-las bem antes do evento, a fim de viabilizar uma antecipação dos debates com suas contribuições.

É hora de refletir e redefinir as estratégias do Movimento da Reforma Sanitária.

Vamos ao debate!

* Pesquisador titular da ENSP/FIOCRUZ; Membro da Diretoria Nacional do CEBES; Editor da *Saúde em Debate*; Presidente da Abrasme (Associação Brasileira de Saúde Mental).

Saúde e Desenvolvimento

Roberto P. Nogueira*

A relação entre saúde e desenvolvimento pode ser avaliada com a ajuda de duas abordagens distintas que obtiveram destaque no campo do pensamento econômico e da justiça social. A primeira foi proposta nos anos 1950-60, no âmbito da doutrina da CEPAL, em torno ao chamado círculo vicioso da doença e da pobreza. A segunda está associada ao pensamento de Amartya Sen, a partir de 1990, que destaca as noções de desenvolvimento humano e de desenvolvimento como liberdade.

A análise cepalina costumava dar muito destaque às condições sociais que reproduziam continuamente a pobreza e a marginalidade rural e urbana, devido aos efeitos das relações econômicas desiguais e perversas estabelecidas entre países periféricos e centro hegemônico (representado especialmente pelos Estados Unidos). O círculo da doença e da pobreza inscrevia-se neste esquema interpretativo. A economia agro-exportadora não tinha condições de absorver toda a abundante força de trabalho dos países periféricos. Boa parte da população marginalizada urbana e rural vivia em condições de pobreza, as quais favoreciam o aparecimento de endemias e doenças variadas, as quais, por sua vez, agravavam as penúrias da pobreza e criavam um terreno propício aos problemas de saúde de toda espécie. Por isto, a pobreza gerava a doença, a qual aprofundava a pobreza, e esta favorecia o agravamento do estado de saúde da população marginalizada. Este círculo vicioso deveria ser rompido mediante novas relações econômicas, criadas por um processo de desenvolvimento com autonomia, que ampliasse o mercado de trabalho formal, integrado ao conjunto da economia nacional.

Essa abordagem da CEPAL tomava a doença como um dos fatores impeditivos do desenvolvimento numa economia periférica. Em contraposição, a abordagem de Amartya Sen considera a saúde e a educação como fatores positivos, ou seja, como fontes de habilidades humanas que favorecem o processo de desenvolvimento nacional.

Para Sen, o desenvolvimento não se reduz ao aumento da riqueza material e sua redistribuição, mas tem em vista o aumento da amplitude das liberdades pessoais, que permitam a cada um alcançar os objetivos que proponha para si mesmo. Analisando o caso do desenvolvimento chinês, Sen acentua que os avanços alcançados nos serviços educação e de saúde durante o período de Mao permitiram, no período posterior de reformas produtivistas, que a China obtivesse altas taxas de crescimento do PIB.

Como devemos analisar a questão da relação entre saúde e desenvolvimento no Brasil de hoje? Este é um debate em aberto e para o qual o movimento sanitário tem muito a contribuir, desde que amplie sua visão para além dos problemas do SUS, problemas nada desprezíveis, mas que não podem ser um tapa-olho diante das grandes questões nacionais.

Aqui um ponto importante a abordar é a da pertinência da questão democrática na definição dos rumos do desenvolvimento nacional. Cabe ao CEBES, fiel a sua história, propor que a democracia seja considerada como a condição que viabiliza um desenvolvimento socialmente justo.

O que precisamos evitar na conjuntura imediata do desenvolvimento brasileiro é a tentação da sinofilia. Esta palavra designa a tendência a imitar o estilo de desenvolvimento chinês: acelerado, autoritário, não enraizado na sociedade civil e com pouco apreço pelas questões ambientais.

Colocar a democracia como sustentáculo do processo de desenvolvimento só pode ser entendido como um ideal ético-político na medida em que é patente a fragilidade de nossa democracia. No Brasil de hoje constata-se que: 1) a democracia representativa se faz sem que os partidos defendam ideias sobre os rumos do desenvolvimento e muito menos sobre projetos alternativos de nação; 2) os movimentos populares mantêm-se ativos, mas pouco vigorosos e fragmentados, ou seja, com interesses

* Presidente do CEBES, gestão (2009-2011).

específicos; 3) a democracia participativa na gestão pública (conselhos) está dominada por interesses particulares de certos grupos, sobretudo das corporações de profissionais de cada setor; 4) há um despotismo da mídia, da comunicação social pública e da propaganda governamental.

Dáí surge uma pergunta: como uma democracia fraca como a nossa pode sustentar um processo de desenvolvimento acelerado e amplo, e que deveria também ser inclusivo?

Nas décadas de 1950-60 a noção de desenvolvimento associava-se com avanço das forças produtivas, pressupondo que estas criariam condições objetivas para o advento de uma sociedade socialista, conforme já pressuposto por Marx. Essa perspectiva socialista tradicional não está mais colocada a não ser por uma renitente e respeitável minoria. A questão de fundo é que nessas décadas do século XX, o desenvolvimento ainda aparecia associado com um dado projeto de nação, ou seja, de uma nação socialista. Hoje a situação é diferente: quando se fala de desenvolvimento, já não se indica a opção por qualquer tipo de projeto de nação. Pelo contrário, para muitos, desenvolvimento não se identifica mais com emancipação política, mas passou a ser sinônimo de problemas ambientais, consumo desenfreado, maior poder dos grandes empresários e toda a problemática da superpopulação urbana.

Hoje se admite que a democracia constitua um valor universal, algo que sempre interessa a todos, mas não se pode pensar o desenvolvimento como um valor em si, porque este pode vir num formato que atende somente aos interesses de um grupo ou de uma classe já em si privilegiada. Aqui não basta dizer que se tem em vista um desenvolvimento inclusivo, porque a inclusão social, por mais importante que seja, foi reduzida aos efeitos de ampliação do mercado de consumo (inclusive através do Programa Bolsa Família). É evidente que a ampliação do mercado interno não basta para criar cidadania ou equidade. Isto é insuficiente quando considerado na perspectiva de um projeto de nação.

A questão principal é esta: quando falamos em considerar a democracia como condição de possibilidade do desenvolvimento, temos em vista algum projeto de nação para ser tomado como ideal para nossa práxis e que seja capaz de guiar tal desenvolvimento em seus rumos em benefício das habilidades e da liberdade humanas? Amartya Sen pretendeu produzir uma versão liberal desta utopia quando colocou as habilidades e as liberdades humanas como alvo do desenvolvimento econômico.

Para contar com tal projeto de nação, seria preciso igualmente contar com uma práxis de hegemonia no sentido gramsciano, ou seja, uma práxis que conferiria direção moral à sociedade civil como parte do Estado ampliado. Para contar com um projeto de nação qualquer que seja é preciso dispor de intelectuais orgânicos, movimentos sociais, sindicatos, ONGs e partidos que confrontem suas visões de futuro, para que uma dada direção hegemônica possa ser estabelecida. Mas nossa sociedade civil está débil, o que pode ser demonstrado pela escassa vitalidade dos nossos movimentos sociais, quando comparado com o vigor exibido nos anos 1980. Por tudo isso, há uma forte chance de que nosso desenvolvimento seja

mais ou menos autocrático e conduzido diretamente pelo Estado através de incentivos para o crescimento do emprego, da produção e do consumo. Sabemos, por outro lado, que a racionalidade econômica historicamente tende a esmagar a racionalidade política democrática.

Tal cenário é inevitável a não ser que algo novo aconteça no âmbito da sociedade civil para que esta possa interagir com o Estado conduzindo um paradigma diferente daquele que advém do exemplo chinês. Precisamos, antes de tudo, de intelectuais orgânicos, de acordo com as lições de Gramsci. O intelectual orgânico tem que estar acima dos seus interesses de grupo social, para bem exercer seu papel de direção político-moral na sociedade civil.

Numa sociedade civil democrático-radical, o objetivo dos intelectuais orgânicos, dos movimentos sociais, das ONGs e dos conectores inter-néticos (cada vez mais importantes em seus blogs e redes sociais) é estabelecer um projeto unificador de Nação. Mas para chegar a este objetivo faz-se imprescindível primeiramente superar os efeitos adversos da fragmentação da própria sociedade civil e, em seguida, encaminhar o projeto para dentro dos governos, com repercussão sobre o conjunto do sistema capitalista.

Precisamos de um projeto de nação que articule as possibilidades de associação entre desenvolvimento e democracia participativa, não limitada aos “conselhos” institucionais, e, portanto, com movimentos sociais fortes e intelectuais orgânicos de voz alta. A democracia não é apenas um modo de Governo de acordo com certas regras, mas um valor universal que é tanto mais admirável quanto mais for respaldado pelo espírito republicano - esta é dura lição que a esquerda aprendeu nos anos 1980.



Defesa intransigente do interesse público na saúde

Sonia Fleury*

1- A estratégia política adotada pelo movimento da Reforma Sanitária durante a década de 1980 mostrou-se acertada ao assumir duas vertentes que se alimentaram mutuamente: por um lado, formular um projeto de transformação radical da política e do sistema de saúde com base nos princípios da justiça social, da universalidade do direito à saúde e da integralidade da atenção e, por outro lado, ocupar os espaços públicos e nos interstícios, procurar gerar micro e meso rupturas na política hegemônica de saúde, apropriando-se dos conhecimentos imprescindíveis para difusão de novos valores e saberes que embasassem uma proposta contra-hegemônica e formasse uma massa crítica que a apoiasse.

2- Essa estratégia só foi possível de ser viabilizada por meio da permanente construção de formas de organização, difusão, criação, pactuação que possibilitassem a permanente análise de conjuntura e a revisão da estratégia e das táticas adotadas, de forma a avaliar a correlação de forças e permitir a readequação das ações no interior das instituições e no movimento social, sem perder o rumo estratégico da mudança que pretendíamos operar.

3- A crise do setor público na saúde, a crise financeira previdenciária, a existência de um setor privado parido pela política estatal e altamente dependente de seus subsídios e de sua demanda monopólica geraram uma situação inusitada, na qual o projeto de criação de um sistema público e único de saúde, por nós construído, terminou por ser o único projeto consistente, orgânico e com forte base social. Isto permitiu que, apesar da oposição ferrenha do setor privado, que se recusou a participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o texto constitucional incorporasse quase que integralmente nossa proposta. As exclusões não foram casuais, pois diziam respeito a áreas com forte poder de veto, tais como o setor farmacêutico que impediu o controle na produção e publicidade e o industrial que vetou o artigo sobre saúde do trabalhador. Isto sem falar no

fracasso de nossa proposta de garantir um percentual seguro para o financiamento da saúde. Ou seja, nossa força chegava até estes claros limites.

4- Um erro político da coalizão reformadora foi não ter tratado a regulação do setor privado e de sua relação com o setor público, já que este último dependia fortemente da oferta de serviços da rede privada. Este vazio legal e institucional permitiu que estas relações se dessem fora de um marco regulatório e de controle público. Tratou-se de uma visão ideológica de estatização (a dúvida era quando) no sentido da ideologia como falsa consciência, pela qual estamos pagando até hoje.

5- O crescimento exponencial do setor privado de seguro e planos pré-pagos de saúde foi desde sua origem, subsidiado pelo setor público com financiamentos do FAS, renúncias fiscais, planos de saúde para funcionários públicos, planos especiais para funcionários das estatais altamente subsidiados com recursos públicos, entre outros.

6- A criação de uma agência reguladora deste setor se deu tardiamente, em um contexto de enfraquecimento do Estado e com um mercado já consolidado em termos econômicos e políticos. O resultado desta conjunção, altamente desfavorável ao interesse público, foi que, apesar de esforços envidados pela agência, cada vez mais ela tende a ser enfeudada pelos interesses que supostamente deveria controlar.

7- A incapacidade de cobrar ao setor privado o ressarcimento do atendimento de seus clientes na rede pública acumula uma dívida de bilhões, demonstrando o aprisionamento desta agência no interior do triângulo de ferro dos interesses de parlamentares, burocratas que circulam suas carreiras entre o regulador e o regulado, e membros do executivo cujas campanhas foram apoiadas por estas empresas. Em outras palavras, manifesta-se a subordinação da política pública aos interesses da fração hegemônica do capital em sua reprodução no setor saúde.

* Professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas; Presidente do CEBES, gestão (2006-2009).

8- Por outro lado, a agência de vigilância sanitária tem sido boicotada de todas as formas em seus intentos de enfrentar-se com a outra fração mais poderosa do capital que é representada pelo agronegócio, com suas práticas de uso indiscriminado de substâncias e produtos que causam danos à saúde, além desta vanguarda do capitalismo ser reprodutora de relações de trabalho escravo em grande escala. A contradição deste modelo de produção com o desenvolvimento humano, social e ambiental sustentáveis é hoje a tensão mais importante na definição do projeto nacional de desenvolvimento e o movimento sanitário deve priorizá-la em sua plataforma de luta, pois aí se podem construir alianças fundamentais com os movimentos sociais.

9- A falta de prioridade da área de saúde nos vários governos democráticos manifestou-se em um arranjo político singular: o movimento sanitário e seus aliados técnicos e políticos assumiam a direção do Ministério da Saúde e os partidos fisiológicos e corruptos assumiam o controle do manejo dos recursos de uso mais discricionário, reproduzindo práticas de corrupção e desvio de verbas. A materialização maior da falta de prioridade foi, em todos os governos, a ausência de empenho para aprovação de uma fonte estável e regular de financiamento para a saúde.

10- A ocupação de posições ministeriais pelos integrantes oriundos do movimento sanitário teve duas consequências contraditórias. Por um lado, foi um front de combate em defesa do SUS, impedindo sua desmontagem e os retrocessos preconizados na reforma do Estado e nas políticas de focalização. Permitiu, inclusive, avanços na institucionalização do sistema, na articulação federativa, no controle e participação social. Além disso, possibilitou espaço para o desenho e implementação de alguns programas e políticas inovadores, além de recuperar a estratégia de focalização para fazer parte do projeto de universalização.

11- Mas, por outro lado, encurralou o movimento sanitário como gestor da precariedade de um sistema subfinanciado e sucateado, com crescente precarização das relações salariais e de trabalho. Diante de uma conjuntura adversa e do avanço crescente do mercado de seguros e serviços de saúde o movimento sanitário enfrentou-se ao dilema de defender o SUS que não era o desejado, para não somar-se às forças que pretendiam eliminá-lo. O custo desta opção foi o distanciamento do Movimento Sanitário das demandas populares, passando cada vez mais a defender uma plataforma que só encontra eco no interior do setor saúde.

12- A precariedade das condições de trabalho e de retribuição aos profissionais de saúde gerou um distanciamento destes em relação ao projeto do SUS e a banalização da precariedade e das injustiças sociais, expressas na permanente desculpa de que “serviço público é assim mesmo”. O abandono da busca da excelência no setor público, a não se naquelas áreas e serviços nos quais ele é também o provedor para as classes mais altas, é talvez a maior derrota cultural que sofremos. Não há hegemonia sem construção de um sistema de valores compartilhados, e hoje o SUS

está cada vez mais distante dos desejos da população.

13- É claro que a mídia tem um papel importante na construção de um projeto hegemônico privatista e consumidor de tecnologia. Mas, não se pode enfrentar este projeto de forma contra-hegemônica com a exigência de abnegação no setor público, da parte de gestores, usuários e profissionais. É preciso resgatar as origens do movimento sanitário e entender que a contra-hegemonia se funda tanto na materialidade das condições de produção quanto na capacidade de construir um projeto que incorpore os interesses dominados. Estes interesses não são desconhecidos: atenção de qualidade, segurança de acesso, condições dignas de trabalho e remuneração. O SUS é capaz de garantir estas condições?

14- A privatização da saúde hoje passa por responder negativamente a esta questão. Só se conseguirmos dar uma resposta positiva, concreta e coerente poderemos retomar as condições de luta pela hegemonia.

15- Os múltiplos fluxos de articulação entre o público e privado – sejam eles a dupla porta de entrada, a dupla militância, o subsídio a excelência privada, a compra de serviços, incorporação de tecnologias, consumos de insumos, isenções à importação, as OS, as contratações terceirizadas e os pagamentos por fora das fundações hospitalares etc - consolidaram uma realidade que está muito distante do projeto original que foi plasmado na Constituição e na Legislação ordinária. Mas, contraditoriamente, já não há mais oposição ao SUS. Todos querem o SUS, ou todos querem sua fatia no SUS. Este é um novo cenário e uma nova correlação de forças que devemos entender para poder enfrentar.

16- Diferentemente da ideia de que se trata de um sistema híbrido institucional, o que temos é a consolidação legal e institucional de um sistema OCULTO e que não quer ser revelado para não ser discutido e enfrentado. As articulações entre público e privado já não representam enfrentamentos de interesses, representam uma canalização dos interesses privados para o interior de um sistema público que se fragiliza, por isso mesmo, cada vez mais. Mas, hoje, ninguém quer acabar com o SUS, todos querem fortalecê-lo para tirar dele o maior proveito, sejam eles grupos empresariais, industriais, seguros, corporações, políticos, etc.

17- A tese que defendo é que temos que deixar de lado a estratégia de defesa incondicional do SUS, pois ela corresponde a uma conjuntura de enfrentamentos que já não é a atual. Hoje, desvelar a institucionalidade oculta é a grande tarefa do movimento sanitário. Ela tem sido obstaculizada tanto pela inadequação de uma defesa ingênua do SUS que decorre da ausência de compreensão da correlação de forças atual, quanto da doença infantil do esquerdismo que é, novamente, desconhecer a realidade e defender uma ideia que já não encontra bases materiais. Nada melhor do que a discussão sobre as Fundações Estatais para ilustrar estes equívocos de parte a parte. Uns achando que era a solução de todos os problemas – junto com as UPA e OS – outros tampando o sol com a peneira da ide-

ologia e defendo o SUS, sem enfrentar a existência das fundações hospitalares, o crescimento das OS, a precariedade das condições de atenção, a ausência de parâmetros de qualidade

18- O que o CEBES e o movimento sanitário podem fazer é desvelar, retirar os véus que encobrem o nosso sistema de saúde. Humildemente, fazer o que foi feito nas origens deste movimento, ou seja, buscar conhecer a realidade, compreender as relações de força, redesenhar as estratégias e alianças políticas.

19- Não se trata mais de fazer profissão de fé pró ou ante SUS. A conjuntura é outra, ela exige que nos atualizemos. O governo anuncia a saúde como sua prioridade, pela primeira vez. Terminou o reinado o Movimento Sanitário no Ministério, assim como a gestão fisiológica da FUNASA. O que se requer hoje é um bom negociador que seja capaz de enfrentar os poderosos grupos organizados e com poder de veto neste setor da política pública. Com a ascensão de uma parcela significativa da população ao mercado por meio de diferentes políticas públicas, o desafio atual será atender às demandas desta população por atenção à saúde e educação. Com que SUS o governo pretende responder a esta questão? A busca da eficiência é um parâmetro que fica indicado na contratação da consultoria da Gerdau. E a busca da qualidade e resolubilidade? Qual a proposta que temos para discutir com a população?

20- Não tenho dúvidas de que este novo cenário impõe novas lentes para desvendar esta realidade. Creio que a dicotomia público versus privado, entendida como estatal ou mercado está completamente superada. Já há uma articulação entre estado e mercado, em múltiplos níveis. Se não formos nós, ninguém fará isso, porque o véu que encobre esta realidade favorece que os interesses privados tenham primazia sobre o interesse público na situação atual do SUS. É preciso ousar, uma vez mais, e descortinar esta promiscuidade. Pesquisá-la, como foi feito na década de 1970 no CEBES, PESES, IMS, USP, Campinas, Bahia, e todos os outros centros acadêmicos e organizativos do movimento sanitário. É preciso ter a ousadia de mostrar que o rei está nu e que o resgate do nosso projeto é possível. Sempre e quando conseguirmos demonstrar que O INTERESSE PÚBLICO TEM PRIMAZIA SOBRE OS INTERESSES PRIVADOS. Nada mais simples que isso!

Desvendar e enfrentar as relações entre o setor público e o privado na saúde

Lenaura Lobato*

O debate acerca das relações entre o setor público e privado na saúde precisa ser revisto e atualizado pelo movimento sanitário. Por dois motivos principais: em primeiro lugar, vivemos um processo de profunda privatização dos serviços públicos de saúde e, como consequência ou não desse primeiro aspecto, temos hoje um sistema público de saúde que não está mais na direção do proposto pela Constituição de 1988. É um sistema segmentado, de acesso insuficiente, baixa qualidade e baixo impacto nas condições de saúde da população.

Todos os sistemas de saúde públicos e universais, como o brasileiro, contam com algum tipo de participação do setor privado. Hoje há um aumento dessa participação em muitos desses países. Embora não se saiba ainda das consequências desses novos arranjos para os resultados em saúde, há uma preocupação com os riscos que isso pode trazer para os sistemas universais. Historicamente, no capitalismo, as condições de saúde avançaram onde a saúde foi entendida como bem público, como algo que não pode ser tratado como uma simples mercadoria. Um dos aspectos mais importantes da construção e consolidação dos chamados estados de bem estar social (welfare states) foi a desmercantilização de um conjunto de bens, transformados em direitos, cuja garantia depende da intervenção estatal na oferta direta de serviços e na regulação da prestação, da produção e da comercialização de insumos, sejam eles públicos ou privados. O Brasil avançou na construção do "seu" estado de bem estar ao criar estruturas potentes de proteção, onde a saúde é o maior exemplo. Contudo, nós não alcançamos desmercantilizar essa proteção, transformando a saúde em um bem público de fato. Costumamos nos referir à universalização como elemento central do direito à saúde, conquistado em 1988. Essa referência é fundamental, mas a universalização é precária se a noção de bem público é frágil. A universalidade define o acesso de todos, mas é a noção de bem público que garante que o bem seja indivisível e não possa

ser capturado ou tratado com exclusividade. O direito à saúde tem sido restringido não só pelo subfinanciamento, mas pela profusão de interesse privados que povoam o SUS em todas as áreas.

A participação do setor privado é sempre conflituosa na construção de sistemas de garantia de bens públicos, principalmente em áreas onde a lucratividade é intensa, como a saúde. Contudo, pouco sabemos da dinâmica dos mercados na área de saúde no Brasil hoje. O conhecimento das condições de produção e reprodução capitalista na saúde embasou o movimento sanitário nos anos 1970. E o diferencial foi a associação entre esse conhecimento e a dinâmica das relações de poder político-institucionais do caso brasileiro. Hoje o movimento, salve melhor juízo, não faz nem uma coisa nem outra. Como, e em que direção, se movimentam os mercados de saúde hoje? Quem são os atores prevaletentes na arena da saúde, a par daqueles conhecidos no campo da gestão? O que defendem? Que mecanismos utilizam? Quem são seus representantes no governo, no congresso, nos estados?

A dinâmica capitalista se materializa na atenção à saúde em dois movimentos relativamente simples e aparentemente contraditórios: o estímulo e a restrição ao uso. O estímulo à produção, difusão e comercialização de tecnologias e processos de atenção à saúde se dá paralelamente à restrição crescente de seu uso, tanto no setor público quanto no setor privado. O setor público é constantemente pressionado a adotar novos processos e tecnologias e tem que lidar com as restrições constantes na distribuição de recursos, onde as áreas sociais são sempre colocadas em segundo plano. No setor privado, a disputa se dá entre prestadores de serviços (médicos, hospitais, laboratórios, etc), que querem liberdade de uso, e os terceiros pagadores (como as operadoras de planos) que querem o oposto, a redução da utilização de serviços. A dinâmica que prevalece não

* Diretora do CEBES; Professora da Universidade Federal Fluminense.

é a das necessidades em saúde, e isso tem conseqüências diretas sobre o acesso, a qualidade da atenção e a equidade. Contudo, essa dinâmica é muito pouco conhecida no Brasil atual. O movimento sanitário adotou o SUS como bandeira, mas não tem investigado (e assim politizado) as contradições inerentes à construção de uma alternativa pública para a saúde, e de criar alternativas. O SUS deixou de ser um meio para consolidar o direito à saúde, para ser um fim em si. A tônica da disputa política tem sido entre os a favor do SUS e do direito à saúde, contra os (supostamente) contra o SUS. O problema é que hoje ninguém é contra o SUS, nem contra o direito à saúde. Chamou nossa atenção um seminário sobre relações público-privado que o Cebes promoveu em São Paulo em 2009, onde todos os representantes do setor privado defenderam arduamente o SUS. Parece que a contradição não é mais a universalização ou quicá o direito à saúde, ou mesmo o dever do estado.

Uma delas, com certeza, é a privatização intensiva do SUS. A participação do setor privado, de forma complementar, é garantida por lei, e é necessária para a concretização da universalização. Contudo, há que se criar mecanismos para que essa participação seja eficiente e dirigida ao bem público. O que ocorre hoje é o bem público em favor do setor privado. Um dos elementos cruciais é a separação clara de recursos, onde os recursos públicos devam ser dirigidos exclusivamente aos serviços públicos, mesmo que prestados pelo setor privado. É inadmissível, por exemplo, a permanência da transferência de recursos para a saúde privada através do desconto do pagamento aos planos de saúde no Imposto de Renda. O movimento deve abraçar uma proposta de extinção progressiva desse mecanismo.

Uma das maiores excrescências, símbolo de privatização exercida ao interior do próprio setor público, é a chamada dupla porta, onde hospitais públicos prestam serviços aos planos de saúde privados. A alegação de geração de recursos para o SUS é duvidosa, já que são necessários investimentos para garantir a diferenciação de serviços requerida pelo setor privado, além de não haver controle sobre o uso desses “recursos excedentes”. Fora o disparate de instalações diferenciadas e segmentação de usuários dentro de instalações públicas.

Outro mecanismo são as chamadas OS's e Oscip's. O problema aqui é a contratação de serviços privados para a execução de serviços públicos sem a necessidade definida, sem controle sobre a execução e, pior, sem garantia de ser alternativa mais eficiente. Por outro lado, são regulares as denúncias de alta rotatividade do trabalho, vínculos precários e condições ruins de trabalho e atendimento. Ou seja, um sub SUS! O Ministério da Saúde, governos estaduais e Conselhos nacional e estaduais devem proceder à avaliação urgente dos serviços prestados através dessas empresas. Por outro lado, é urgente que se construam alternativas de gestão pública que garantam condições de expansão do SUS. Se considerarmos apenas o PSF, estima-se que seriam necessárias ainda 30.000 equipes, o que significa no mínimo mais 60.000 profissionais. Se adicionarmos as 500 UPAS prometidas pelo novo governo, com 40 médicos cada, seriam mais 20.000

profissionais. Quem, em sã consciência, acha que qualquer governo, por mais democrático que seja vai, nos dia de hoje ou em um futuro próximo, fazer concurso público para ocupação, pelo RJU, dessa quantidade de gente? Na verdade, para crescer, o SUS precisa de uma política pública clara de expansão da força de trabalho baseada nas necessidades de saúde, e alternativas de gestão do trabalho que privilegiem o emprego público. Assim será possível evitar a proliferação das alternativas precárias existentes hoje.

A privatização se manifesta também na difusão de práticas e interesses que podem colidir com o interesse público. Não são interesses de lucro, mas interesses particulares que podem minar o bem público. O Brasil tem uma longa história de participação do setor privado na saúde, mas também uma longa história de privatização do público, em todas as áreas da vida social. É preciso nomear esses interesses, sejam eles de profissionais, de conselheiros, de gestores e mesmo de usuários. Em uma democracia, os interesses individuais e corporativos são legítimos e devem ser estimulados, mas há que se definir até onde eles colidem com o interesse público. É da natureza da área de saúde a convivência entre interesses individuais e coletivos, tanto no campo das necessidades, como no das práticas; e muitas vezes necessidades e liberdades encobrem particularismos que fragilizam o bem comum. O fato de termos na saúde princípios solidários e progressistas não significa que estejamos imunes à reprodução de formas tradicionais e particularistas de intermediação de interesses. Essa dinâmica precisa ser identificada e enfrentada.

Outra forma de privatização a destacar são os mecanismos usuais de apropriação do público, que são legais, exercidos em nome do público, mas privatistas. Destaco aqueles bastante conhecidos, mas pouco identificados e denunciados pelos movimentos. Relacionam-se à intermediação de interesses entre gestores e prestadores de serviços, como a facilitação de contratos com o setor privado ou o favorecimento à contratação privada em lugar do estímulo à prestação pública. Há provavelmente uma limitação legal, na medida em que essas práticas são amparadas pela autonomia dos gestores para gerir seus sistemas. É necessário que a participação do setor privado, garantida em lei seja, como a lei prevê, de forma complementar e em prol do interesse público. Esse é um papel fundamental dos conselhos, que não vem sendo exercido, e também da gestão pública, que precisa definir mecanismos de contratualização eficientes e passíveis de acompanhamento.

As entidades defensoras da saúde universal e pública, entre elas o Cebes, devem aprofundar o conhecimento dos fatores que estimulam a privatização em suas diversas dimensões para formular alternativas políticas que favoreçam a convivência com o setor privado, tendo como premissa a garantia da saúde como bem público.

Direito à Saúde, Acesso Universal e de Qualidade: anotações para o debate

Ana Maria Costa*

1- Contextualizando o acesso a saúde no Brasil

A implantação do Sistema Único de Saúde como um sistema universal para a garantia do direito a saúde deparou, logo nos iniciais anos 1990, com um contexto econômico e político desfavorável que situou esse projeto na contramão do interesse dos governos enredados no aprofundamento da economia de mercado instalada no país. Esse contexto que promove a ideologia liberal promoveu também retrocessos na consolidação das conquistas constitucionais de um sistema universal e equânime de saúde e aciou a comunidade de técnicos, pesquisadores, gestores do setor que acabou investindo na defesa do sistema e de seus princípios.

Mesmo nesta condição, o SUS acumula créditos quanto à ampliação do acesso aos cuidados de saúde para expressiva parte da população nacional, atinge 100% de cobertura vacinal e tem boa cobertura de serviços de prevenção como é o caso do pré-natal. No entanto as filas crescem, a população se queixa da falta de prontidão dos serviços quando adoece ou está em situação de sofrimento. E as evidências sobre as dificuldades e desigualdades de acesso aos serviços de saúde se acumulam.

Apesar da melhora dos indicadores de acesso em relação aos anos 1990, estamos distantes de consolidar a universalidade assim como da plena satisfação quanto à qualidade dos serviços de saúde. O uso regular de um serviço de saúde medido pelas PNAD ao longo dos anos é um indicador para o acesso, pois pressupõe a existência de vínculo das pessoas com os respectivos serviços assistenciais. Na primeira década de implementação do SUS observou-se um aumento desse indicador, 71,2% da população em 1998, 80% em 2003 ao passo que em 2008 volta a diminuir para 73,6%.

Em tese, sabemos que a existência de serviço de uso regular é um indicador positivo de acesso aos serviços de saúde embora necessariamente

te não signifique plena satisfação acerca do acesso oportuno e atenção de qualidade para os usuários. Observa-se que a partir de 2003 houve uma franca e preocupante redução do percentual da população vinculada aos serviços do SUS.

Entretanto o que foi verificado é que o serviço de uso regular mais comum era o posto de saúde e sua participação relativa aumentou expressivamente entre a PNAD 1998 (41,8%) e a PNAD 2003 (52,4%) e em 2008 56,8%. Nesse período, observam-se discreta queda da participação relativa dos consultórios privados (19,7%, em 1998 e 18,0%, em 2003) aumentando discretamente para 19,2 em 2008.

Analisando esses dados segundo a idade, o sexo e o rendimento mensal familiar, verificamos que os postos de saúde constituem serviço de uso regular entre as pessoas menores de 19 anos, do sexo feminino e das classes de renda familiar mensal mais baixa. A proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica no ano que antecedeu a pesquisa mostra que em 1998 era de 54,7% contra 62,8% em 2003 e 67,7% em 2008. Apesar da proporção dos que realizaram pelo menos uma consulta médica no ano anterior ao inquérito ter crescido entre os residentes das áreas urbanas e rurais, a situação permaneceu maior entre os que moram nas áreas urbanas. Esta proporção aumentou também em todas as faixas de rendimento, mas o diferencial entre as faixas extremas manteve-se alto.

A proporção de brasileiros que declarou nunca ter feito uma consulta ao dentista ainda é muito alta (15,9%) sendo maior entre os residentes das áreas rurais e entre os mais pobres. No período de 1998 a 2003, houve redução de 2,8 pontos percentuais (p.p) na proporção dos que visitam o dentista. Essa proporção dos excluídos da assistência odontológica vem caindo e em 2008 88,3% já procuraram dentista sendo que 40% foram ao

* Médica sanitária; Diretora executiva do CEBES; Pesquisadora integrante do GT Gênero e Saúde da ABRASCO.

dentista no último ano. Entretanto a ausência desses direitos ainda é muito grande.

O acesso a cinco ou mais consultas de pré-natal acordado como critério básico para a qualidade desse serviço, em 1981 o SISPRENATAL/DATASUS fornece a informação de cobertura para 40,5% das gestantes enquanto em 2006/07 ampliou para 80,9% e a cobertura de vacinação antitetânica atinge apenas 76,9% das gestantes. Entretanto, ao tempo que se observa um crescimento do parto institucionalizado de 79,6% em 1981 para 98,4% em 06/07, o crescimento dos partos por cesariana passa de 24,1 em 1981 para 43,8 em 06/07.

A cobertura (PNAD) de exame clínico das mamas realizado no último ano, em mulheres a partir dos 40 anos de idade, mostra que em 2003 era de 37,6%. O mais grave é que 34,4% em 2003 e 30% em 2008 das mulheres nessa faixa etária, nunca foram submetidas a um exame clínico de mamas por profissional de saúde. Investigando os últimos dois anos, verifica-se que a cobertura de mamografia em mulheres a partir dos 50 anos de idade, foi de 41,2%. Da mesma forma, em 2003, 49,7% das mulheres nessa faixa etária declararam que nunca foram submetidas a um exame de mamografia. A PNAD 2008 mostra que esse percentual cai para 28,9%. As mulheres de renda e escolaridade maiores têm maior cobertura de exames de mamografia.

A cobertura de exame Papanicolau para prevenção de câncer de colo de útero realizada nos últimos três anos, em mulheres a partir dos 25 anos de idade em 2003 era de 68,7% (PNAD-2003). O avesso do dado é que 20% das mulheres nessa faixa etária declararam que nunca foram submetidas a um único exame preventivo do câncer de colo de útero. Na PNAD de 2008 84,5% das mulheres acima de 25 anos fizeram papanicolau e essa ampliação do acesso ao exame foi maior entre as mulheres com maior número de anos de estudo.

A desigualdade de acesso aos serviços de saúde para as mulheres que provocam aborto inseguro é responsável pelo fato de que as mulheres negras, jovens, pobres e residentes em áreas Peri-urbanas são as mais afetadas pela morte materna por esta causa. Em virtude destas dificuldades de acesso, a mulher negra tem três vezes mais riscos de morrer de aborto inseguro que as brancas.

No ano anterior à PNAD de 2003, sete em cada 100 pessoas foram internadas. O coeficiente de internação hospitalar não variou nas populações urbanas e rurais e foi maior entre as mulheres, entre os idosos com mais de 64 anos e entre as crianças até cinco anos de idade. Há forte associação entre internação hospitalar e auto-avaliação do estado de saúde, com as pessoas que referiram pior condição de saúde apresentando maiores coeficientes de internação. Diferentemente da utilização de serviços em geral, que apresentou marcadas desigualdades sociais desfavoráveis aos mais pobres, no caso da internação hospitalar, foram os mais pobres que se internaram mais. Em 2003 existiam mais de 4200 hospitais conveniados ao SUS e, atualmente existem menos que 2.800 (DATASUS, 2009). Em 1998 o Brasil contava com 3,5 leitos por mil habitantes e hoje, sem

qualquer planejamento ou evidência da ausência de necessidade de atenção hospitalar, o SUS possui apenas 2,0 leitos por habitante (DATASUS, 2010), com grandes desigualdades territoriais na oferta de leitos.

O perfil das internações hospitalares praticamente manteve-se inalterado entre os anos de 1998 e 2003. Os serviços da rede SUS foram responsáveis por 67,6% das internações, uma proporção ligeiramente superior à indicada pela PNAD, em 1998 (63,1%) e as empresas de planos privados de saúde pagaram parcial ou integralmente 24,3% das internações, percentual praticamente igual ao observado em 1998 (24,6%). O percentual de pessoas que desembolsou algum valor durante a internação foi semelhante ao observado em 1998 (10%).

Houve importante crescimento das pessoas cobertas por planos de saúde: em 1998, a PNAD mostrou que 24,53% das pessoas eram asseguradas; em 2003 permaneceu o mesmo percentual, mas em 2008 esta cifra subiu para 26,3 (49,1 milhões). Esse crescimento se deu basicamente na área rural.

As desigualdades de acesso a serviços de saúde atingem os residentes nas áreas rurais e no interior da Amazônia e do Nordeste e aqueles que residem nos 10% dos municípios brasileiros, que não têm médicos.

2- Pontos para a tese sobre o direito universal à saúde com acesso e qualidade:

O fato é que os dados não mentem: o desempenho do SUS é ainda baixo em relação às necessidades do povo. As desigualdades se acentuam para as regiões nordeste e norte e para cidades menores. A oferta de serviços e conseqüentemente o acesso é desigual para a população rural e da periferia dos grandes centros. A população negra ainda sofre com a desigualdade de acesso. Estas evidências obrigam que as instituições, profissionais e analistas do SUS desloquem o seu olhar sobre a baixa capacidade do Ministério da Saúde e das próprias secretarias estaduais e municipais de saúde na melhoria real e efetiva do sistema.

O pleito por mais financiamento tem operado como um senso comum no discurso em defesa do SUS deslocando a possibilidade de analisar de forma mais radical a complexidade dos problemas que assolam o Sistema Único de Saúde e que provocam o seu distanciamento dos usuários, da população brasileira.

Claro que há necessidade de recursos, mas antes de maior e mais adequado financiamento, há que se construir novos consensos sobre "o que fazer" em termos de organização e oferta de serviços para darem conta da universalidade e da integralidade, envolvendo a atenção primária, atenção especializada, hospitalar, emergência, a partir da lógica do usuário.

É preciso tomar como referência a realidade de vida do usuário do SUS que, para tentar escapar da dificuldade de ser atendido no serviço público, mesmo com sacrifício de sua receita familiar, vai aderindo a um plano de saúde que lhe garanta acesso a serviço e a atenção médica.

É preciso enfrentar a crise hospitalar em todas as suas dimensões, responsável pela tragédia cotidiana que assola os pacientes do SUS que padecem em condições precárias esperando vagas hospitalares, quadro presente não apenas nas grandes cidades, mas também nas cidades menores interioranas em todo o país.

Desde o início da implantação do SUS, ao contrário da legislação que atribui caráter complementar, há um franco aumento da participação do setor privado na atenção à saúde. Ao tempo que o setor privado amplia sua participação no cenário da saúde brasileira, são instituídas situações e tensões perversas, contraditórias e competitivas entre o setor privado e o público cujas naturezas, ideologias e interesses são radicalmente distintos. O acesso universal que é do interesse público e deve mover o SUS, choca-se com a segmentação do mercado que interessa ao setor privado. São evidentes os resultados destas contradições no acesso aos serviços de saúde e na equidade pretendida.

Desde o início da implementação do SUS e até o momento, os governos sustentam incentivos tributários que estimulam a vinculação e uso do setor privado de assistência médica. Ao lado de uma grande fragilidade na regulação do setor privado e das precariedades do SUS, a população, sempre que pode é conduzida como destino único ao sistema privado.

O recente fenômeno da mobilidade social que ampliou o acesso a bens de consumo para significativa parcela da população pobre, aproximando estas pessoas ao padrão de consumo da classe C, terá repercussão sobre o setor saúde nacional. Como esse processo não foi acompanhado de uma construção de valores acerca dos direitos sociais, o mais provável cenário talvez seja o pior para o SUS, ou seja, a entrada dessa parcela da população ao consumo de serviços e planos privados de saúde. A consequência imediata será a consolidação do SUS como sistema público de saúde de baixa qualidade e difícil acesso, destinado aos que não dispõem de alternativa para o cuidado da saúde.

Talvez o plano de saúde privado tenha se tornado um fetiche ou mesmo o passaporte social para estas pessoas que hoje têm mais renda e vida digna. Mesmo que lhes falte consciência dos custos da ausência dos seus direitos sociais e particularmente do direito à saúde, a realidade da precariedade do SUS fala mais alto e acaba conduzindo ao desejo imperativo pelo plano privado. O mercado agradece e, assim, o SUS vai se tornando cada vez mais um sistema de saúde para os mais pobres.

Se hoje estamos “perdendo” para os planos privados essa parte da população que ascendeu socialmente, há muito tempo já perdemos as classes média e alta. É preciso lembrar que mesmo os gestores e os trabalhadores do SUS se garantem nos planos privados. Isso significa que nem mesmo quem trabalha ou gerencia o SUS acredita que o sistema possa oferecer uma boa assistência médica.

Por outro lado as classes trabalhadoras urbana, na sua esmagadora maioria, dispõem de planos privados, brigam por eles nos seus acordos trabalhistas e se importam muito pouco em defender a saúde como

direito social. Quando presente nos conselhos e conferências de saúde, as grandes centrais sindicais estão mais interessadas nas defesas corporativas dos trabalhadores do setor da saúde.

O desafio para garantir o direito e o acesso à saúde e, ao mesmo tempo, prover qualidade e equidade do cuidado, envolve reconhecer o fracasso em garantir a universalidade e o seu encaminhamento precisa de decisão política em cumprir as orientações e princípios constitucionais e esta decisão deve conduzir a um novo pacto social envolvendo gestores, trabalhadores e prestadores dos serviços.

Garantir o acesso universal requer a adoção urgente de soluções gerenciais, técnicas e estratégicas desde a gestão das filas até a remontagem do sistema a partir dos problemas sanitários de acordo as demandas. As mudanças deverão ser pautadas pelo conjunto das necessidades do povo em termos de saúde. Até o momento, as propostas de soluções têm sido ineficazes porque são restritas a promover mudanças em parte do problema seja sob a forma de ações, programas ou políticas públicas pontuais, específicas para patologias ou para grupos de usuários. Estas mudanças perdem efeito e se diluem na dimensão complexa do sistema.

A decisão política em consolidar o SUS universal e a saúde como interesse público precede qualquer estratégia de solução da questão da ampliação de acesso e da integralidade. Mesmo a atenção básica que mereceu tantos recursos financeiros e tanta atenção dos dirigentes e gestores públicos da saúde, apesar de ter resultado em mais acesso, não deu conta de garantir integralidade, resolutividade e qualidade na atenção à saúde.

O direito universal à saúde e o SUS devem constar do projeto político de desenvolvimento para o país. O Ministério da Saúde tem o papel central de construir esse lugar no Governo para a saúde, como os outros setores sociais, como a educação e a assistência social, vêm fazendo. É preciso estabelecer a confiança popular no sistema de saúde, mas, para isso o SUS deverá se habilitar frente ao povo brasileiro garantindo acesso e qualidade. Trata-se de um projeto político que deve preservar e garantir o interesse público pelo direito universal à saúde.



O SUS e a reforma sanitária: possibilidades e potencialidades

Nelson Rodrigues dos Santos*

1. Referencial Jurídico-Legal
2. Política Pública de Saúde no Brasil: a Implícita (Real) e a Explícita (Legal)
3. A Política Pública de Saúde Implícita, o Rumo e o Referencial Jurídico-Legal
4. Possibilidades e Potencialidades

O entendimento e interpretação das disposições constitucionais e infraconstitucionais à luz dos seus princípios e diretrizes para o SUS, como os da seguridade social, da relevância pública, do direito de todos e dever do Estado, da Universalidade, da Igualdade, da Integralidade, da Descentralização, da Regionalização, da Direção Única, da Participação e outros, assim como a expectativa quanto ao desenvolvimento dos papéis do Direito Público, do Direito Privado, do Estado de Direito, das jurisprudências acerca do significado dos direitos individuais, dos direitos e interesses difusos, coletivos e sociais, encontram-se iluminados pelo conjunto desses princípios e diretrizes ou “Rumo Maior”, que sob o ângulo da sua realização, foi a “Locomotiva” do SUS. Ressalte-se que foram gerados pela relação Sociedade-Estado: “Um processo social libertário, emancipatório e instituinte, ao qual o Direito deve estabelecer e instituir”, segundo Jairo Bisol. Esta é a política de saúde explícita, debatida abertamente pela sociedade e pelos constituintes, aprovada e constante na Constituição/88 e Lei Orgânica da Saúde/90. Vale citar Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos em seu livro “Sus-Comentários à Lei Orgânica da Saúde”, cuja primeira edição é de 1994: “Alguns dos elementos constitutivos do SUS são, por si mesmos, ideias-força para o agir político e administrativo dos responsáveis pela condução do sistema e, juntamente com outras ideias-força não

privativas do marco teórico do SUS, devem revestir e permanentemente orientar a prática dos atos no âmbito do sistema e na interação deste com outras instâncias governamentais e com a própria sociedade. Exemplos dessas ideias-instrumentos: 1. Unicidade conceitual do sistema, 2. A relevância pública das ações e serviços de saúde, 3. O imperativo da representação do setor saúde no centro das decisões políticas que o afetam, 4. Papel e competência, 5. A descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização das ações e serviços, e 6. A participação da comunidade e o controle social na gestão do SUS.” Seguiram-se mais de 20 anos de implementação do SUS, com complexa e inusitada acumulação de situações, tensões e conflitos. Abordaremos questões que vemos como centrais, nessa acumulação para nos permitir retornar à dinâmica do referencial jurídico-legal.

2. Política Pública de Saúde no Brasil desde os anos 90: Implícita (Real) e a Explícita (Legal)

Seguem exemplos de procedimentos de políticas administrativas da esfera federal do poder Executivo, que denominamos de estratégias, por estarem pressupostamente voltadas para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e infraconstitucionais (“rumo maior”), cuja formulação e aplicação são de sua responsabilidade. Essas estratégias podem ser entendidas como “rumos adicionais” adequados a diversas conjunturas e situações, mas pressupostamente congruentes com o “rumo maior”.

2.1. Retração do componente federal do financiamento, de modo uniforme, inclusive após EC-29 em 2000, parcialmente compensada com a elevação dos componentes estadual e especialmente o municipal, que coloca hoje no SUS, 30% acima do mínimo de 15% dos impostos municipais. Essa retração mantém o financiamento público entre os mais baixos

* Diretor do CEBES.

do mundo, tanto no per-capita anual, como na % do PIB: US\$ 340 e 3,8%, contra US\$ 2000 e 6 a 8% em média, nos países com os melhores sistemas públicos: Canadá, quase toda a Europa, Japão, Coréia, Austrália, Nova Zelândia e outros.

2.2. Blindagem política e normativa que marginaliza os movimentos e formulações de reformas administrativas e democráticas do Estado que visam romper com o secular centralismo, burocratismo, ineficiência, ineficácia e desperdício e reestruturá-lo para dar conta das demandas sociais reconhecidas e assumidas pelos princípios e diretrizes constitucionais. Os fortes resquícios do Estado Unitário patrimonialista, mantém a administração direta e autárquica desestruturadas para as demandas sociais, impeditivas da necessária descentralização e autonomia gerencial pública supervisionada da prestação de serviços, com contratos de metas, desempenho e qualidade. E por isso, um dos fatores para transferir responsabilidades públicas para empresa privadas.

2.3. Crescimento dos subsídios federais à produção e consumo privados de bens e serviços de saúde, em especial na saúde “suplementar” (planos e seguros privados), entre deduções e isenções tributárias, cofinanciamento de planos privados aos servidores federais, o não ressarcimento ao SUS, pelas empresas de planos e seguros privados, dos gastos dispendidos com seus afiliados. O total anual desses subsídios equivale, segundo estimativas preliminares, a mais de 25% do faturamento do conjunto de todas as empresas e planos de seguros privados de saúde, ou perto de 40% do gasto anual do Ministério da Saúde, ou por volta de 70% do acréscimo ao orçamento desse Ministério, caso aprovada a regulamentação da EC-29 com 10% da RCB para a saúde. O crescimento anual desses subsídios é expressivamente maior que o dos gastos do MS: somente as deduções e isenções cresceram em 73,6% entre 2003 e 2007, contra 49,9% nos gastos do MS. Outras relações público-privadas, como a continuidade da remuneração dos prestadores privados complementares por produção com perversa tabela de procedimentos – valores, superposição na rede privada, de contratos/convênios pelo SUS com credenciamento pelas empresas de planos e seguros privados, o crescimento explosivo de entes privados fornecedores de pessoal de saúde para os serviços públicos, a entrega de estabelecimentos públicos de saúde para gerenciamento privado, podendo vender os serviços públicos no mercado, a privatização da regulação das unidades públicas geridas por entes privados, a posterização sem justificativa técnica desde 1998, da implementação do cartão saúde do cidadão que acessa a cruza todos os atendimentos e procedimentos de saúde realizados pelo SUS e pela saúde privada suplementar, apesar dos vultosos recursos já dispendidos nesse projeto, etc. revelam a generalização de ampla promiscuidade predatória pré-republicana na relação público-privadas. Este deveria ser o espaço da construção de possíveis parcerias público-privadas em situações definidas com real responsabilidade pública, no bojo de efetiva reforma político-administrativa e democrática do Estado.

Os exemplos supracitados de estratégias pressupostamente implementadoras dos princípios e diretrizes do SUS, vem revelando há mais de 20 anos:

a) Sua grande capacidade de indução e desdobramentos normativos na implementação do SUS e da própria política pública de saúde, entendidas como “rumos adicionais”, b) sua elevada incongruência com o “rumo maior” (princípios e diretrizes constitucionais e infraconstitucionais), c) sua vigência e implementação se desenvolvendo no decorrer dos mais de 20 anos do SUS, uniforme e gradativamente, ao nível de política mais de Estado de que de Governo, envolvendo todos os governos e respectivas coligações partidárias, e, d) sua formulação e atualizações oriundas no poder Executivo, centradas nos Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento, Orçamento e Gestão (“núcleo de Estado”), reservando ao Ministério da Saúde as incumbências da convivência ou convivência e normatização racionalizadora dos desdobramentos no interior do sistema público de saúde, incluindo a melindrosa construção de parcerias e pactuações com os Estados, DF e Municípios, com critérios de correção iníqua de valores da tabela de pagamentos, dos tetos financeiros nos repasses federais, na profusão de portarias ministeriais normativas, e na angustia e tensão do MS discursar a política de saúde explícita (legal), e normatizar sua realização sob a hegemonia da implícita (real).

Outros exemplos de estratégias, agora congruentes devem ser considerados, como: 2.4. Ordenação do processo da descentralização com ênfase na municipalização e criação dos colegiados interfederativos, 2.5. Criação dos Fundos de Saúde e dos repasses Fundo a Fundo, 2.6. Implementação da Direção única em cada esfera, incluindo a extinção do INAMPS, 2.7. Inusitada elevação da capacidade de gestão descentralizada e elevação da produtividade, que em uma década incluiu metade da população, antes excluída de qualquer sistema de saúde, 2.8. Configuração em todo o território nacional de alguns milhares de “nichos” locais de experiências exitosas, a grande maioria no âmbito da atenção básica, compartilhadas por gestores locais, profissionais de saúde, incluindo agentes comunitários e representações de conselhos locais de saúde, objeto de seleções para a exposição de mostras de experiências exitosas ao nível da micropolítica e microprocesso de trabalho, e, 2.9. Criação e funcionamento de Colegiados de Gestão Regional, de Secretarias Municipais de Saúde e representação da Secretaria Estadual, com incumbência de viabilizar a diretriz da Regionalização.

O conjunto das estratégias incongruentes vem revelando crescente hegemonia sobre o conjunto das congruentes, o que é constatado por: a) A Atenção Básica, incluindo a rede de UBS's, as ESF/ESB e os NASF não conseguem ultrapassar, na média nacional, a linha da pobreza, nem a baixa resolutividade, nem a assunção da porta de entrada preferencial, nem a estruturação do novo modelo de atuação, permanecendo focalizada, e o modelo centrado no atendimento de demanda de doentes e sintomáticos, sob a lógica da oferta e não das necessidades e direitos de toda a população e por isso, ordenado pela assistência especializada, pelo apoio

diagnóstico, pela hospitalização e pela urgência; b) A grande inclusão da população antes excluída se deu com alta produção neste modelo de atenção, c) Os gestores descentralizados estão diariamente compelidos a atender demandas reprimidas, priorizando as urgências e o mais graves por motivo humanitário e pela sua governabilidade, e a secundarizar o atendimento dos menos graves, dos eletivos e da proteção de riscos, angustiados pelo fato de que essa secundarização é forte geradora dos mais graves e urgentes, d) A mesma “escolha de Sofia” é exercida pelo Ministério da Saúde ao ser compelido a executar seu orçamento priorizando a média e alta complexidade assistencial, sob pressão dos prestadores de serviços e dos fornecedores de insumos, o que resultou em quedas entre 40 a 50% nos valores reais dos repasses do Ministério aos Municípios, para Atenção Básica e o SAMU, entre 1998 e 2010.

Além de desconsiderar a construção do modelo de atenção com base no “Rumo Maior” constitucional, a resultante das implementações das estratégias incongruentes e congruentes, desconsidera e destrutura a consciência e a mobilização social em torno do direito de cidadania à saúde e de um sistema público universal e de qualidade, ao mesmo tempo em que promove o desenvolvimento da consciência de segmentos corporativos, na disputa do acesso ao mercado de bens e serviços de saúde subsidiado com recursos públicos, acesso esse facilitado pelo rápido crescimento da oferta por esse mercado. Já ao final dos anos 1990 estava inequívoca a aspiração e adesão da classe média e dos trabalhadores sindicalizados aos planos e seguros privados subsidiados inclusive dos servidores públicos estatutários, sob negociações permanentes das direções e centrais sindicais. Até o conjunto dos conselhos da saúde acabou por refletir os descaminhos entre o “Rumo Maior” e os “Rumos Adicionais” da política de saúde, ao não entender e engajar no alto patamar de lutas políticas que é o de atuar na formulação de estratégias, sua primeira responsabilidade e atribuição legal, fruto das intensas e ricas lutas democráticas dos anos de 1989/1990, que geraram a Lei 8.142/1.990. Tampouco o conjunto dos conselhos assumiu um imprescindível desdobramento das suas reuniões mensais geradoras de acesso a importantes informações e conhecimentos, que é o de promover e comprometer cada conselheiro (a) na informação e politização da sua entidade, para a imprescindível politização e mobilização social em defesa do SUS.

3. A Política Pública de Saúde Implícita, o Rumo e o Referencial Jurídico-Legal

É de amplo reconhecimento que o movimento da reforma sanitária e os avanços na implementação do SUS vem há vários anos denotando perda de fôlego ou finalizando uma etapa histórica ou perdendo o rumo inicial, etc. Entre inúmeras análises, diagnósticos e prognósticos, buscam-se causalidades por dentro do movimento como: a) Polarizou-se no pragmatismo operativo em luta desigual no campo de batalha do financiamento, da burocracia estatal e da privatização, insistindo em resistir e avançar na perspectiva só do gradualismo e incrementalismo, mas alienando-se da

análise política e da disputa na formulação de estratégias, b) Polarizou-se nas trincheiras acadêmicas e de órgãos de pesquisa de produção teórica, mais cômodas, alienando-se da imprescindível fonte de novos conhecimentos, saberes e bases de disputa na formulação de estratégias, gerada essencialmente no esforço diário e angustiante de gerir na ponta do sistema o gasto público e a atenção as necessidades de saúde da população, c) Polarizou-se nos movimentos corporativos de interesses tanto de segmentos de usuários por tipos de danos à saúde ou estrato social ou raça ou relação de trabalho, como de segmentos de trabalhadores de saúde, como servidores estatutários ou categoria profissional, d) Adotou-se o marco estruturalista de que sem transformar o conjunto ou estrutura de todo o sistema, pouco se pode avançar na ponta, o que minimiza a imprescindível acumulação de experiência e forças próprias da “ponta”, para a mesma transformação, além de piorar a exclusão social no acesso, acolhimento e atenção, e várias outras.

Estas e outras causalidades apontadas são verdadeiras com maior ou menor intensidade. Gilson Carvalho, uma das maiores acumulações, coerência e guia na militância da reforma sanitária e do SUS, pergunta: “em que curvas do caminho perdemos o pé e desviamos?”, referindo-se à geração que adentrou os anos 90 na gestão, nos conselhos de saúde, na academia, nos movimentos sociais, etc. Retomando o referencial jurídico-legal abordado no primeiro tópico, cremos poder indagar: - com que conteúdos de interpretação e aplicação do disposto na Constituição, na Lei e nas jurisprudências vigentes e a serem estabelecidas, o Judiciário e o Ministério Público vem cumprindo suas prerrogativas e responsabilidades constitucionais perante o conjunto e cada uma das estratégias incongruentes descritas anteriormente? – como vem sendo interpretados e aplicados os princípios e diretrizes da Relevância Pública da Universalidade, da Igualdade/Equidade, da Descentralização, da Regionalização e da Participação? – Porque a Universidade e a Descentralização foram implementadas desde início, em ritmo acelerado, a Igualdade/Equidade e Integralidade não avançam, a Regionalização é pautada só em 2006, pelos gestores descentralizados, no Pacto Interfederativo, e a Participação delimitada a pouco mais que extensão das imprescindíveis tarefas fiscalizatórias aos Conselhos de Saúde?

Pretendemos agora contribuir para estas análises e buscas, afirmando que nos encontramos na vigência da implementação de outra política pública de saúde que há 20 anos aparentou somente reagir, distorcer e retardar a implementação do SUS, mas na realidade ganhando com os anos a característica da construção de hegemonia com projetos consistentes, com vários em plena consolidação, o que se infere ao analisar: a) O desenvolvimento planejado e competente, do que chamamos estratégias incongruentes e seus desdobramentos, nos modelos de atenção e de gestão, “modernizando-os” para não reestruturá-los, b) A impossibilidade de se obter dos governantes e seus órgãos de planejamento, assim como das candidaturas às eleições governamentais e legislativas e dos partidos políticos, nos 20 anos do SUS, compromissos com metas, etapas, e prazos,

para elevação gradativa no financiamento público, na reforma democrática e administrativa do Estado, na “republicanização” da relação público-privado, na participação real da sociedade civil na formulação da política pública e nas estratégias para sua implementação, mesmo que esses compromissos, metas e etapas se estendam ao prazo longo de quantas gestões governamentais forem necessárias. Destacamos a finalidade simples de cumprir os princípios e diretrizes constitucionais, mas de grandeza estadista de redefinir o rumo, já que o rumo real nestes 20 anos é o de consolidar o “SUS pobre para os pobres e complementar para as empresas de planos e seguros privados e seus afiliados”. Em outro ângulo: o RUMO MAIOR constitucional foi sendo substituído nos 20 anos pelo conjunto de rumos adicionais (estratégias), hegemônicos pelos incongruentes, e estes, fruto da emergência na sociedade, a partir de 1989, de nova hegemonia na relação das forças econômicas, sociais e políticas. Não por coincidência o Relatório do Banco Mundial (BIRD) de 1995 refere às bases do “SUS real”, o que encontra-se ilustrado na última página deste texto.

Partindo das tendências mundiais e em nosso país, verificamos que nos anos 80 revelou-se em escala planetária a hegemonia do capitalismo financeiro especulativo sobre o capitalismo industrial, assim como as consequências dessa hegemonia sobre os tesouros nacionais e bancos centrais das nações em desenvolvimento e as mais desenvolvidas.

Desde então, os Estados de Proteção Social (europeus e Canadá, Japão, Coreia, Austrália, Nova Zelândia e outros), com prerrogativa de agente econômico, vem sendo fortemente compelidos a se limitar a árbitro ou gerente das relações econômicas do mercado e reduzir ou abdicar das políticas públicas de proteção social universalista como saúde, previdência, educação, meio ambiente e outras. Em nosso país, que nessa mesma década emergiu da ditadura, as mobilizações sociais e a Constituição resistiram e apontaram para o Estado de Proteção Social, seguindo movimento similar das sociedades portuguesa e espanhola que superaram suas ditaduras ao final dos anos 70.

Nestes Estados de Proteção Social a consciência e mobilização social em função dos direitos de cidadania vêm resistindo ao retrocesso e pressionando pela reprodução dos pactos sociais com os agentes de mercado que detém o grande capital e seus prepostos no Estado, ainda que estes agentes tenham se fortalecido a partir da crise de 2008. É importante lembrar que esses pactos começam a ser engendrados antes da 1ª guerra mundial, sistematizam-se mais no pós-guerra (ver formulação de Dawson na Inglaterra), expandem-se como alternativa ao socialismo soviético e da Europa oriental, reciclam-se e resistem à queda desse socialismo e à emergência do neoliberalismo, e até este momento, à crise de 2008 e seus desdobramentos, merecendo acompanhamento cuidadoso na Grécia, Portugal e Irlanda. Em nosso país, com grau bem menor dessa consciência e mobilização, o conflito Direito Constitucional x Economia Real certamente justifica os seguintes comentários de Jairo Bisol: “Diante das grandes mudanças econômicas globais a partir dos anos 80, o Direito mais uma vez revela sua história de namorar em sua juventude com a justiça, mas acabar

casando com o Poder”. Ressalvamos aqui o entendimento de Justiça nessa citação, como um valor inerente aos poderes Executivo, Legislativo Judiciário, e que vemos a questão do poder originar-se e realizar-se nas disputas de interesses e aspirações dentro da sociedade, entre suas classes e segmentos, sendo o Estado o palco privilegiado dessas disputas, não é poder, mas as ferramentas de exercício do poder: arrecadação, normatização, gastos públicos, polícia, justiça, etc. Voltando a Bisol: “Onde concentra o poder concentra o embuste, e assim devem ser entendidas a Constituição Federal instituída e a Constituição real, e a Justiça acaba por se balizar na normatividade do Estado-Poder. A locomotiva que se desgarrar do rumo inicial não diz respeito só à política pública de Estado, como também à nossa própria consciência histórica. Só a sociedade civil que definiu o rumo inicial, poderá inventar como voltar ao rumo e à utopia que nos dê direção. No Estado de Direito o poder instituído não decorre automaticamente das normas e competências, mas sim nos limites do exercício do poder na sociedade. O Poder Judiciário real está nos tribunais de justiça e de recursos, com seus membros escolhidos pelo Poder Executivo, este poder real concentra maior peso dogmático”.

Quanto à construção da articulação entre os direitos individual e coletivo e social, sua complexidade e singularidades, não podem ser subestimadas. Está ainda fortemente presente no interior do SUS assim como na Justiça, a herança assistencial de atender passivamente e comodamente consultas, exames e internações: demanda individual de pessoas com doenças ou sintomas. Os princípios e diretrizes constitucionais obrigam o sistema de saúde a, ativamente, proteger as pessoas e coletividades expostas às várias formas de riscos à saúde, detectar as doenças precocemente, e cuidar continuamente dos crônicos; somente na falha dessas obrigações, atender as doenças plenamente instaladas, e seus agravamentos. Por isso, essa herança assistencial descumpra o princípio da Integralidade e propicia condições para que o direito individual, inalienável do cidadão, seja usualmente desfigurado pelos interesses dos produtores de medicamentos, de equipamentos, de exames diagnósticos e por parte dos prestadores de serviços assistenciais, em detrimento dos direitos coletivos. Essa herança desfigura também os próprios direitos individuais, igualmente legítimos e importantes, preteridos por uns poucos atendimentos individuais, por meio da desigualdade no acesso a escritórios de advocacia especializada e especialmente articulada, e agora o princípio descumprido é o da Igualdade/Equidade. Citando novamente Jairo Bisol, “a proteção judiciária dos direitos sanitários, concebidos originalmente para serem operados como direitos de natureza coletiva, acaba pulverizada em milhares de pedidos de tutelas individuais – conflito entre Caio-cidadão e Tício-Estado – ajuizados, via de regra, por advogados privados ou pela Defensoria Pública. Tais conflitos, originalmente de natureza coletiva, são interindividualizados na via processual e encontram tutela no sistema judiciário, multiplicando a irracionalidade no interior do Sistema Único de Saúde dificultando ainda mais a gestão de uma saúde pública marcada pelo subfinanciamento”.

Na prática, a construção da articulação dos direitos sociais, coletivos e os individuais, inalienáveis ao ser humano, requer esforço conjunto dos gestores do SUS com seus conselhos de saúde do judiciário e do Ministério Público, no âmbito do Direito Sanitário.

4. Possibilidades e Potencialidades

A política setorial de saúde real (implícita) nos parece inserida no conjunto mais amplo e geral das políticas públicas de Estado do real projeto nacional de desenvolvimento econômico e social a partir dos anos 90; e sua reversão efetiva para o rumo consagrado nos princípios e diretrizes do SUS, nos parece inserida na reversão do próprio projeto nacional de desenvolvimento. Parece-nos, contudo haver entre os ângulos setorial e geral um inquestionável espaço de acumulação setorial de forças políticas e de práticas da saúde, que deve continuar sendo desenvolvido na implementação dos referidos princípios e diretrizes, sem depender totalmente da reversão do projeto nacional, mas que, gradativamente, a ele deve ligar-se para ampliar suas mobilizações e força política. Citaremos para finalizar, alguns exemplos setoriais e após, alguns gerais, a guisa de contribuição ao debate e à formulação de estratégias.

Setoriais

- No espaço local, comunitário ou distrital da construção da Atenção Básica, ainda que com os limites e distorções já apontados, mantém-se no território nacional um a dois milhares de núcleos ou "nichos" de trabalhadores de saúde, gestores locais, representações de usuários e outros, que, comprometidos com os princípios e diretrizes das necessidades, direitos, da atenção integral e equitativa, formulam e realizam persistentemente projetos, nesse nível, incluindo articulações de apoio e estratégias de continuidade. São as experiências exitosas ou parcialmente exitosas, e quantas se inviabilizam com os anos, são quantas novas que surgem. Parte delas são fortalecidas e qualificadas por ingração com iniciativas acadêmicas de ensino, serviço e produção de conhecimentos. Periodicamente são selecionadas para serem apresentadas em mostras de experiências exitosas durante eventos do SUS. Estes "nichos" parecem constituir uma base social com grande potencial para o SUS.

- Os coletivos dos Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS e mais recentemente dos Colegiados de Gestão Regional - CGRs, em suas reuniões ordinárias e congressos, revelando surpreendentemente capacidade de acumulação na gestão descentralizada de experiências e de resistência ao desmanche, na prática, dos princípios e diretrizes do SUS. Aqui nos parece residir outra base, social e institucional decisiva a favor do SUS.

- Os conselhos de Saúde, desde os locais por unidades e distritos até o nacional, passando pelos municipais e estaduais, acumulando nos 20 anos do SUS, um fundamental espaço de ação política, com preenchimento difícil, complexo e pouco efetivado, que é a sua primeira atribuição legal (Lei 8142/90) de atuar na formulação de estratégias, e cuja ocupação parece-nos relacionar-se, entre outros fatores, ao debate e formulação nos

conselhos, das responsabilidades e atuação de cada conselheiro, perante as direções e lideranças das entidades da sociedade representadas, no sentido de incorporarem as informações, conhecimentos e posicionamentos gerados mensalmente nas reuniões dos conselhos. Aqui, ainda que menos tangível, parece haver um substrato social fundamental para a retomada da pujança dos movimentos sociais pela cidadania.

- O poder Legislativo, que sob articulações persistentes das entidades e movimentos sociais, gerou o título da Ordem Social da Constituição e as Leis Orgânicas da Saúde: a nacional, as estaduais e as municipais, e ao nível nacional, a realização de simpósios de saúde que muito contribuíram para a construção do SUS, especialmente os de 1979, 1982, 1984 e 2005; parece-nos que é ainda o poder mais sensível às demandas sociais persistentes e articuladas.

- Exemplos de metas para compromissos do poder Executivo e Legislativo, de retomada ao rumo do SUS legal, no âmbito da política de Estado: a) elevação do per-capita anual público (em dólares públicos padronizados para comparação internacional), dos atuais 340, em etapas para 500, 750 e 1.000 (ainda metade da média de 2000 no "modelo europeu"), onde os 10% da RCB federal serão a plataforma inicial, etapas estas vinculadas às reformas administrativas da gerência administrativa estatal, b) elevação da cobertura e resolatividade da Atenção Básica por etapas para 50%, 60% e 70% (ainda abaixo da média do "modelo europeu" entre 80 e 90%), c) reforma administrativa da gerência estatal da prestação de serviços públicos, ampliando e descentralizando e autonomia gerencial aos distritos e unidades de saúde e contrato de metas e desempenho com base nas necessidades da população, reforma esta, vinculada à elevação do financiamento público, d) retração por etapas dos subsídios públicos às empresas de planos privados e seus afiliados, e) assunção da definição de papéis e responsabilidades do setor público e privado na saúde e respectiva regulação, pela articulação CNS/CIT/ANS ao nível nacional e CES/CIB/ Representação da ANS em cada Estado, etc. Quanto à rede privada realmente sem fins lucrativos, efetivar a remuneração a valores não inferiores aos custos, pelo cumprimento de metas e qualidade pactuadas segundo as necessidades da população, aprovadas nos colegiados de gestão regional e nos conselhos de saúde, atendendo as diretrizes da Universalidade, Integralidade e Equidade.

Nacionais

Trata-se da dinâmica da relação Sociedade-Estado e a Reforma do Estado com ampla participação da Sociedade, o que abarca o pacto social e o pacto federado, tendo como horizonte as bases de um projeto nacional de desenvolvimento socioeconômico. Um dos maiores dilemas e desafios é se há ou não, interesse e visão política do complexo produtivo de bens, serviços, ciência, tecnologia e inovação, de assumir comando sobre o complexo financeiro especulativo, e se disso depende ou não, a ampliação para toda a sociedade, de maior acesso aos frutos do desenvolvimento. Ângulos da reforma do Estado:

- Político. Novo equilíbrio entre a democracia representativa e a participativa a favor desta. Redução e contenção da promiscuidade mafiosa que se avoluma nas relações Estado – Grande Capital Empresarial e entre os poderes Executivo, Judiciário e Legislativo. Na política administrativa, a modernização e simplificação do secular centralismo, burocratismo, desperdício e ineficiência da máquina estatal, reestruturando-a para gerir e dar conta, com qualidade, das complexas demandas sociais básicas, sem a atual promiscuidade predatória de terceirizações privatizantes, nem saturação de possíveis parcerias público-privadas de interesse público.

- Econômico. Geração e incorporação intensiva de ciência/tecnologia/ inovação/valor agregado na produção industrial e agropecuária, alternativa à inaceitável dependência da exportação de matéria primas/comodities. Inversão da sub-taxação nas importações e sobretaxação nas exportações. Reversão da profunda regressividade do sistema tributário e fiscal. Investir muito mais nas políticas públicas de proteção social enquanto estratégia básica do desenvolvimento econômico. Relativizar a dependência atual do enorme crescimento da dívida pública sob as maiores taxas de juros e outras taxações de risco, como grande e único eixo de controle da inflação, etc.

- Social. Implementação de políticas públicas universalistas de proteção social em áreas básicas como educação, saúde, previdência-social, segurança pública, habitação e outras, sem prejuízo dos programas de transferência de renda e ativação do mercado interno.

Ao finalizar, vale lembrar que se nossa política de Estado insistir em assemelhar alguns indicadores da nossa política real de saúde aos dos EUA, como % de origem pública nos recursos totais para saúde, % dos recursos públicos de saúde no PIB, e fortes subsídios públicos à produção e consumo de serviços no mercado, sem qualquer outra semelhança social, econômica, cultural e histórica, teremos não mais que uma caricatura do sistema privado de saúde daquele país.

Relatório Banco Mundial: Brasil/1995

(Adaptado da Tese “O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: Um Projeto de Desmonte do SUS” – Maria Lucia Frizon Rizzotto – 2000)

1. Desaconselha a Descentralização com Acesso Universal e Equidade porque não haverá recursos governamentais.

2. Propõe revisão Constitucional e Institucional para:

2.1 – Fortalecer os Estados para assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da inexperiência e corrupção das Secretarias Municipais de Saúde.

2.2 – Assunção pelo governo federal do papel de regulamentar políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, e estimular o copagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos.

2.3 – Extinguir a preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos.

2.4 – Estimular a ampliação de planos e seguros privados.

2.5 – Reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas.

2.6 – Focalizar os serviços públicos à população pobre e para tanto reformar instituições e o sistema financeiro.

2.7 – Aumentar a produtividade e limitar a tecnologia ou o acesso à tecnologia.



Que alternativas para a gestão pública de sistemas e serviços de saúde?

Alcides S. de Miranda*

Em se tratando do setor governamental de Saúde no Brasil e seus respectivos sistemas institucionalizados de gestão e prestação de serviços, observa-se uma propensão às iniciativas de agenciamento colateral da administração indireta, com migração para a égide e marco regulatório do Direito Privado. Já existem autarquias em regime especial (agências reguladoras e executivas), mas o fenômeno de agenciamento realçado neste texto refere-se aos processos de institucionalização de agências paraestatais ou terceirizadas, especializadas em gestão e prestação de serviços de Saúde, organizadas em diversas modalidades administrativas (fundações, parcerias, organizações do Terceiro Setor etc.).

Trata-se de fenômeno evidente de inovação e remodelagem institucionais, que em muitos casos denota a busca de alternativas de gestão e governança, com a constituição de novas burocracias gerenciais e incremento na relação entre delegação e desempenho funcionais. Mas, ao mesmo tempo, provoca inquietações, dúvidas, questionamentos e polêmicas acerca das justificativas, pertinência, propósitos e riscos implicados em tais iniciativas. Discussão que enfatiza os dilemas e desafios para a reconstituição de sistemas hierárquicos de autoridade compatíveis com a expansão das liberdades, competição política e da demanda crescente por delegação de poderes (Rezende, 2009), notadamente quando implicam na institucionalização de novas matrizes organizacionais imbricadas em agências que formulam e as que executam políticas públicas.

A questão primordial para debate, em foco neste texto, está referida às possibilidades de garantia e preponderância do interesse público, a necessária preservação e acautelamento no usufruto da res pública, a observância e cumprimento dos preceitos constitucionais, a partir da gestão institucional em Saúde.

De antemão, não pode haver equívoco ou tergiversação acerca do entendimento de que quaisquer marcos regulatórios, escopos ou modela-

gens institucionais (administrativas, burocráticas etc.) possam ser, em si e por si, determinantes para a garantia da egrégora pública. Podem não ser determinantes, mas são condicionantes. Estas continências institucionais servem mais como tensores normativos e condicionantes para interações, intermediações e práticas políticas, notadamente de direção e condução (inter)institucionais. Politicamente pode-se priorizar ou privilegiar interesses singulares, particulares e corporativos na institucionalidade estatal ou declaradamente pública, assim como, pode-se privilegiar interesses públicos na institucionalidade regulada pelo Direito Privado. Nestes termos, importa mais focar a discussão sobre quais seriam os dispositivos institucionais, de tensão normativa e constrangimento legal mais apropriados para incrementar a garantia, observância, cumprimento e priorização do interesse público.

Convém não confundir ou reduzir as distintas iniciativas e inovações institucionais ao lugar-comum de inspiração mais paranóide, afeito às exclamações mais panfletárias. O estranhamento é um preço para a inovação, mas não pode servir de anteparo para o nivelamento de distinções, sua contenção em camisolão de onze varas. O que requer rigor sem rigidez, mais cautela e cuidado na análise de casos. Assim mesmo, com distinção, cautela e cuidado, há que se ter firmeza para denunciar e lutar contra a proeminência ou preponderância de interesses escusos, travestidos e traficados sob a égide pública.

De um modo genérico, alega-se que a redefinição de processos e práticas de administração e governança, com o aumento da flexibilidade e eficiência gerenciais, incrementa a legitimidade e capacidade de governar, como também, tende a melhorar a efetividade na provisão e produção de bens e serviços. Ou seja, há ênfase no discurso de que um marco regulatório com maior flexibilidade gerencial tende a produzir melhores respostas

* Diretor ad hoc do CEBES.

sistêmicas e impactos (outcomes). Como vantagens institucionais e incrementos logísticos anunciados, podem ser citados: agilidade, flexibilidade, accountability (de regras para resultados), desburocratização, inclusividade, concorrência, incentivos de gerentes e trabalhadores, autonomia gerencial, desconcentração/descentralização (especialmente de orçamentos e gestão de pessoal), responsabilização e controle por resultados.

As justificativas para as distintas inovações administrativas e gerenciais nos sistemas institucionalizados de Saúde geralmente estão amparadas em discursos de racionalidade e pretensão de competências instrumentais, teleológicas. Em razão de alegadas restrições e dificuldades referidas à administração pública direta, busca-se justificar alternativas gerenciais orientadas para o incremento do alcance, da abrangência e do êxito de propósitos normativos e sistêmicos do setor público de Saúde (acessibilidade, provisão de bens e serviços, qualidade, resolubilidade etc.), com opções instrumentais consideradas mais viáveis em curto prazo.

Acerca das pretensões e argumentações de modelagens inovadoras para agenciamentos da gestão pública em Saúde, observa-se ênfase em pautas de racionalidade teleológica e utilitária, porém, muitas vezes amparadas somente em teorias de médio alcance (institucionalismos, gerencialismo etc.) ou ilustradas com vulgatas paradigmáticas. Para além dos discursos práticos, pairam e persistem inaparentes inspirações e questões de natureza mais ideológica acerca da natureza e função do Estado contemporâneo, suas razões, propósitos, responsabilidades, competências e modos de ser, de produzir e promover políticas públicas. Velhas inspirações e questões relegadas ao baú da modernidade, mas ressignificadas em ideias de gíria (governança e outros neologismos menos votados), em paradogmas mais do que novos paradigmas. Por isto mesmo, torna-se confuso o discernimento entre perfis de inspiração ideológica, mesmo que caricaturais.

Há teses que advogam de modo inequívoco a privatização da gestão pública. De início, no interstício do próprio Estado, com a reificação de princípios de direitos, a redução de valores de uso em valores de troca, a adoção da logística de consumo mercantil, a naturalização do senso prático de governabilidade negociada em mercado político. De resto, propõem a transferência, com ou sem agenciamentos, de prerrogativas e recursos de gestão e execução de políticas públicas para a iniciativa privada, minimamente ou autorregulada. Em tal formulação, o interesse público é entendido como o interesse dos consumidores estratificados e mercados segmentados. Daí então, o SUS, segmentado e subfinanciado, tende a ser de extrema utilidade se funcionar como anteparo de Saúde Pública simplificada e amortecedor de tensões sociais, promotor de atenção primitiva à Saúde (desinteressante ao mercado pela pouca perspectiva de lucro) e financiador de procedimentos de alto custo (desinteressante pelos riscos de prejuízos).

Os caudatários destas teses referidas já operam secularmente junto ao Estado brasileiro e, imagino, também andam ocupados em instituir seu pragmatismo sob o discurso prático da eficiência gerencial de resultados.

No caso dos sistemas institucionalizados de Saúde, já existem inúmeras e múltiplas convergências, mais ambíguas do que ambivalentes, entre processamentos públicos e privados: dupla porta de ingresso em serviços públicos, renúncia fiscal, isenções tributárias e subsídios governamentais para a iniciativa privada etc., além de modalidades de agenciamentos terceirizados.

Há outras teses em questão, como aquelas de corte pretensamente híbrido, que reiteram a necessidade de delimitação das funções do Estado, a partir de distintas estratégias programáticas de privatização, terceirização e publicização (agenciamento paraestatal). Trata-se da proposta de publicização (agenciamento paraestatal) de serviços sociais (incluídos os de Saúde) e atividades científicas, a terceirização de atividades auxiliares e a privatização de bens e serviços para o mercado (Pereira, 1998; 2007). Com estas iniciativas visa-se a redução do grau de interferência do Estado a partir de programas de desregulamentação; a promoção do Estado como indutor da capacidade de competição do país ao nível internacional; o incremento da governança estatal, a partir de ajuste fiscal que propicie maior autonomia financeira; a ênfase na administração pública gerencial; a ênfase em medidas de governabilidade para uma melhor intermediação de interesses.

Conforme especificado em disposição realçada no parágrafo anterior, o agenciamento paraestatal de políticas públicas é então denominado de publicização (Pereira, 1998). As premissas estão referidas a uma ênfase maior na função reguladora do Estado e numa hierarquização entre processos e práticas de governança pública, gerência administrativa e função executora. As funções de formulação e regulação de políticas públicas seriam prerrogativas do Estado (como agência principal), as funções de gerenciamento e execução caberiam às agências delegadas, paraestatais no caso de políticas e ações sociais. No Brasil, as agências paraestatais estabelecidas legalmente para este tipo de delegação são as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Nos últimos anos há uma profusão de Organizações Sociais implantadas em todo o país, notadamente em estados das regiões Sudeste e Sul e em capitais de estados mais populosos. No caso da Saúde, evidencia-se um contexto normativo com distintos marcos regulatórios e diversos âmbitos interinstitucionais, um fenômeno de dispersão e ambiguidade estrutural que requer melhor análise, em termos comparativos de gestão de recursos, gestão do trabalho e trabalhadores, função gerencial (propriamente dita) e desempenho em termos de incremento da acessibilidade e produção de serviços e ações de Saúde.

Diga-se de passagem, que alguns estudos empíricos com análises comparativas sobre a implantação de inovações administrativas e burocráticas de agenciamentos paraestatais em países em desenvolvimento, ainda não confirmam estas alegações, hipóteses e disposições vantajosas². Nos chamados países em desenvolvimento, as iniciativas de agenciamento de políticas públicas têm apresentado dificuldades de implantação

e implementação em razão de grande fragmentação e descoordenação, muita interferência político-partidária, persistências de práticas de corrupção e clientelismo, baixa capacidade gerencial e reduzido desempenho em termos de resultados (Polidano, Hulme & Minogue, 1997; Jann & Reichard, 2002; Rezende, 2004; Rezende, 2009).

Existem ainda outras questões evidenciadas em estudos empíricos recentes sobre a implantação e implementação de agenciamentos de políticas públicas (Rezende, 2004):

- Em contextos de ambiguidades estruturais, a expansão do agenciamento tende a exacerbar problemas de coordenação e de incoerência estrutural entre formulação e implementação de políticas públicas:

- As inovações administrativas de agenciamento de políticas públicas, com desconcentração de recursos e delegação de maior autonomia decisória, paradoxalmente têm produzido mais controles burocráticos;

- Nos casos de países em desenvolvimento, com interações muito permeáveis entre a política e a administração, com débil tradição de controle, a desconcentração é mais associada a efeitos não-intencionais como corrupção, clientelismo e uso indevido dos recursos públicos, bem como ineficiência fiscal;

- A desconcentração gerencial (especialmente de orçamentos e de gestão de pessoal) não tem se compatibilizado com os propósitos e metas de equilíbrio fiscal estabelecidas pelos governos.

Outra tese vigente advoga a necessidade de inovações institucionais com agenciamento intrinsecamente estatal, ou seja, a implantação de alternativas de administração indireta, geralmente na modalidade fundacional, mas sob a égide do Direito Privado. É o caso da modalidade de Fundações Estatais, anunciada como organização da Administração Pública com maior flexibilidade e autonomia mais ampla, com atuação orientada para o cumprimento de metas de desempenho preestabelecidas por contrato de gestão, com participação social e subordinação aos modos de controle interno e externos da Administração Pública. Neste caso, prepondera a concepção de gestão pública orientada por resultados e intermediada por marco regulatório indutor de maior competitividade e melhor cooperação (cooperação e competição gerenciadas).

Talvez a inspiração mais significativa para a pretensão de se instituir modalidade fundacional, com maior flexibilidade gerencial e orientada por resultados preestabelecidos, advenha das experiências de alguns hospitais universitários, em verdade, empresas públicas de Direito Privado. Há algum tempo dissemina-se a aura de eficiência gerencial e melhor desempenho resolutivo da parte de algumas destas instituições. Torna-se necessário avaliar melhor as características e condições de funcionalidade destas referidas empresas hospitalares, principalmente se considerado o fato que boa parte também lida com agenciamentos colaterais (na maior parte dos casos: terceirizações), possui dupla porta de entrada (convênios, planos de Saúde) e operam no SUS com contenções e filtragem de demandas (maior especificidade e seletividade de demandas).

Importa realçar que a migração de marco regulatório do Direito Público para o Privado não se reduz a uma modificação de regime e contrato formais de trabalho (Estatutário para CLT) ou a flexibilização de exigências específicas (licitações, incentivos para dirigentes etc.), mas refere-se, antes e primordialmente, a uma concepção jurídico-normativa acerca de um conjunto de direitos, de modalidades administrativas e modos de respostas institucionais. O marco regulatório do Direito Privado enfoca mais os planos e perspectivas de consumo de serviços, do que propriamente a salvaguarda de direitos sociais.

A função administrativa do Estado submete-se ao regime jurídico de Direito Público a partir da concepção de que a execução da lei por agentes públicos exige o deferimento de necessárias prerrogativas de autoridade, que façam com que o interesse público juridicamente predomine sobre o interesse privado; que o interesse público possa ser livremente disposto por aqueles que, em nome da coletividade, recebem o dever-poder de realizá-los; do princípio de supremacia e indisponibilidade dos interesses públicos (Seresuela, 2002). Quando a função administrativa de Estado submete-se ao regime jurídico de Direito Privado, exigem-se prerrogativas de autoridade para a intermediação com interesses privados (produtores, intermediários, consumidores de bens e serviços) em instâncias apropriadas para tal: os mercados e sua logística.

Em curto prazo, muitas vezes correspondente ao tempo de uma gestão governamental ou mandato eleitoral, a possibilidade de flexibilização da Administração Pública ao molde do Direito Privado tende a ser muito conveniente e adequada. Resta analisar melhor os impactos de tal iniciativa quando considerado o tempo de gestão das políticas de Estado, que requerem longo prazo. A depender da especificidade de marcos regulatórios e da alternância de direcionalidade política da parte de governos sucessivos, inovações desta natureza tanto podem servir para o incremento de processos gerenciais e o alcance de melhores resultados, como para o simulacro de privatizações e provocação para maiores tensionamentos entre remodelagem burocrática e democracia.

Há uma definição, já clássica, acerca das relações de agenciamento interinstitucional: "... se ambas as partes do contrato de agenciamento são maximizadoras de utilidade, existe boa razão para acreditar que o agente não agirá sempre pelos interesses do principal" (Jensen & Meckling, 1993, p.308). Pode não ser o caso se a parte principal estabelece um contrato regido não somente por propósitos utilitários, mas por um marco regulatório de garantia de direitos humanos e sociais, de preponderância do interesse público.

Não basta somente a inovação de modelagens administrativas e gerenciais (gerencialismo em reforma). Os contratos interinstitucionais para a gestão e execução de políticas públicas (Contratos Públicos de Gestão, Termos de Parceria etc.) devem ser estabelecidos a partir de um marco regulatório mais amplo e abrangente, estabelecido em lei e com a definição clara de prerrogativas de autoridade, direitos e deveres constitucionais,

regramentos administrativos etc. Não são suficientes somente legislações instituintes de novas modalidades administrativas, existe a necessidade de legislação orgânica que estabeleça um marco regulatório condizente com os diversos e distintos modos de agenciamentos para a gestão e execução de políticas públicas.

De resto, convém lembrar que não se pode abdicar da (pré)ensão política por reformas substanciais na própria Administração Pública, que possibilitem melhores condições objetivas para a gestão orientada por princípios e diretrizes de horizonte. Gestão pública não restrita às contingências de controle, regulação, condução; mas entendida dialeticamente como complexo de perspectivas, planos e dinâmicas de gerar, gerir e girar (mudanças paradigmáticas, transformações sociais).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Jann, W. Reichard, C. Melhores Práticas na Modernização do Estado. Revista do Serviço Público, n.3. Jul-Set, 2002. p.30-50.

Jensen, M.C., Meckling, W.H. Theory of the firm: managerial behavior of agency costs and ownership structures. Journal of financial economics, 1976. In: http://tolstenko.net/blog/dados/Unicamp/2010.2/ce738/03_SSRN-id94043.pdf. (12/05/2011)

Pereira, LCB. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Lua Nova Revista de Cultura Política, n°.45, 1998: p. 49-95.

Pereira, LCB. Economia Política da Desgovernança Global. Rev. Est. Econ., São Paulo, v. 37, n. 3, Jul/-et. 2007. p. 463-486

Polidano, C. Hulme, D. Minogue, M. Beyond the New Public Management: changing ideas and practices in governance. Edward Elgar Publisher, 1997.

Rezende, FC. O dilema do controle e a falha seqüencial nas reformas gerenciais. Revista do Serviço Público, n.3. Jul/Set, 2002. p. 51-76.

Rezende, FC. Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática brasileira. Sociologias. Porto Alegre. n 11. Jan/Jun. 2009. p. 344-365.

Seresuela, NCH. Princípios constitucionais da Administração Pública. 2002. In: http://moodleinstitucional.ufrgs.br/file.php/12661/Principios_constitucionais_da_Administracao_Publica.pdf (09/05/2011)