



FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

ABRASCO – CEBES – ABRES – REDE UNIDA – AMPASA

O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*

Neste ano, mais uma vez a população brasileira vai ser chamada a escolher seus dirigentes, reafirmando novamente a democracia eleitoral. No entanto, este é o momento de transitarmos desde uma democracia eleitoral a um verdadeiro sistema democrático, o que só existirá quando forem apresentadas opções concretas de radicalização do processo de desenvolvimento nacional. Isso significa um padrão de desenvolvimento que coloque como objetivos centrais o investimento em um crescimento autônomo e soberano, voltado para a geração de emprego, a distribuição de renda e a garantia dos direitos de cidadania.

A estabilidade da economia nacional tem sido a principal preocupação dos últimos governos, com resultados positivos em relação ao controle inflacionário e ao manejo da dívida. Estes foram fruto tanto de políticas públicas que abriram novos mercados para exportações, reduziram a dívida externa atrelada à variação cambial e alongaram os prazos de seu pagamento, quanto do dinamismo do setor produtivo nacional, que conseguiu se reciclar e tornar-se competitivo no mercado internacional.

No entanto, os governos tornaram-se prisioneiros dos instrumentos de sua política monetária, o que acarretou a consolidação de um padrão de capitalismo financeiro que, apesar de dinâmico e inserido na economia globalizada e no comércio internacional, produz e reproduz a concentração da renda. Isso se dá, principalmente, pela manutenção de taxas elevadíssimas de juros, drenando as riquezas produzidas pela população para o Estado, por meio da elevação incessante da carga tributária, e pelo Estado para o setor financeiro nacional e internacional, com o pagamento de juros.

Esse padrão é o resultado da política neoliberal implantada desde a década de 90, com conseqüências irreversíveis e/ou altamente deletérias para a sociedade, face à efetuada transferência de responsabilidades governamentais e do patrimônio público para mãos privadas, ao desmantelamento da inteligência e das carreiras do Estado, às restrições orçamentárias para as políticas sociais universais e à ameaça permanente de desvinculação das receitas constitucionais a elas destinadas.

A população brasileira está cada vez mais consciente da distância entre as propostas eleitorais e as realizações dos governantes, e exige que a democracia seja mais do que um jogo político: é preciso que a democracia se traduza em medidas concretas, voltadas para o pleno emprego, a redução das desigualdades salariais e regionais, além de exigir a garantia dos direitos sociais por meio da cobertura universal, humanizada e de qualidade. Mais do que nunca, a sociedade sabe que isso só ocorrerá se aprofundarmos os mecanismos de participação, controle e transparência na gestão pública, fortalecendo os instrumentos de democracia direta, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos. No entanto, é preciso que esses mecanismos deixem de ser restritos às áreas sociais e avancem para aumentar a transparência e a participação social na definição e implementação das políticas macroeconômicas, pois sabemos que estes são fatores condicionantes do êxito na democratização da política de saúde. Setorialmente, também temos que radicalizar para fazer valer o texto constitucional. Mais do que isso, sabe-se que é possível, com as condições técnicas, políticas e econômicas que temos hoje no país, dar o salto que falta para termos um SUS pra valer: UNIVERSAL, HUMANIZADO, DE QUALIDADE.

* Este documento foi preparado pelo Fórum e está em discussão com a Frente Parlamentar da Saúde, com outras entidades dos setores de saúde e de educação e com a sociedade. Seu objetivo é contribuir para as plataformas eleitorais nas eleições gerais de outubro. Mensagens poderão ser enviadas para os endereços abaixo."

A REFORMA SANITÁRIA E O SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de desconstrução política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70, quando vivíamos sob a ditadura militar.

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdade. Se a Reforma Sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentaram nessa trajetória. Em outras palavras, expressa a correlação de forças existente em uma conjuntura particular.

Originalmente uma idéia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais da saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar na Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde que garante que **“Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado”**. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania.

A partir de então, iniciou-se uma nova fase do processo da Reforma Sanitária em que, ao mesmo tempo, era necessário prosseguir elaborando o referencial teórico e estratégico e começar a construir os métodos e instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). CEBES, ABRASCO, CONASS, o CONASEMS, a Rede UNIDA, ABRES, AMPASA, parlamentares, entidades representadas nos Conselhos de Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde e outros têm liderado o debate e concentrado esforços para a concretização do projeto da Reforma Sanitária.

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, avançamos na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. Mesmo coincidindo com o governo Collor e o início da implantação das propostas neoliberais de ajuste do Estado, a construção do SUS foi realizada na contramão das políticas econômicas, configurando, juntamente com a atuação do Ministério Público, alguns dos mais expressivos resultados dos preceitos democráticos inscritos na CF/88.

No âmbito da reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e controle social. Como consequência, ocorreu uma ousada municipalização do setor Saúde. Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados nos quais os representantes dos usuários ocupam 50% dos assentos. Foram instituídos os Fundos de Saúde, substituindo os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais. A criação das Comissões Bipartites (CIB), nos estados, e a Tripartite (CIT), no nível nacional, estabeleceu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes governamentais.

O modelo de pacto federativo do SUS mostrou-se altamente adequado à realidade de uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais e regionais. Em um país com tais características só será democrático o poder exercido de forma pactuada e socialmente controlada que considere as desigualdades entre grupos populacionais e regiões como o principal problema a ser superado. Por isso, esse modelo do SUS está sendo expandido e reinterpretado para a área de Assistência Social (SUAS) e também para a área de Segurança (SUSP).

O êxito da descentralização pode ser medido pelo seu impacto no aumento da base técnica da gestão pública em saúde nos níveis local, regional e central. Também, a rede de atenção básica teve grande expansão, a partir de 1998, ampliando enormemente o acesso das populações antes excluídas. O sistema universal e descentralizado permite que o país realize um dos maiores programas públicos de imunizações do planeta e um programa de controle da AIDS mundialmente reconhecido. Esses resultados constituem os esforços de milhares de trabalhadores da saúde, de todos os níveis e especialidades de formação, para concretizar o direito à saúde no cotidiano da população brasileira.

Entretanto, tendo sido implementado em condições adversas, da década de 90 até hoje o SUS enfrentou obstáculos que marcaram sua configuração como Sistema Nacional de Saúde, entre os quais os mais graves seriam: a não implementação do preceito constitucional do Sistema de Seguridade Social com seus respectivos mecanismos de financiamento e gestão; o drástico subfinanciamento desde a sua criação; a profunda precarização das relações, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; o desenvolvimento intensivo do marketing de valores de mercado em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde.



Por isso, apesar dos referidos e reconhecidos avanços na produção, produtividade e inclusão, muito pouco se avançou na efetivação da integralidade, da igualdade, e só recentemente retomamos a questão da regionalização. Sabemos que não será possível seguir expandindo a cobertura sem alterar os modelos de atenção e de gestão em saúde. Tampouco a sociedade civil e os Conselhos de Saúde têm conseguido participar com efetividade e assim influir na formulação de políticas e estratégias do SUS.

Estão inalteradas, ou crescentes, as doenças do perfil epidemiológico contemporâneo, previsíveis mas não prevenidas, as doenças agravadas pela ausência de intervenções oportunas e precoces, as mortes evitáveis e os altíssimos percentuais de exames diagnósticos, tratamentos medicamentosos e encaminhamentos desnecessários e de baixa qualidade, apesar dos conhecimentos e técnicas já disponíveis.

Por outro lado, entre os problemas enfrentados encontram-se aspectos relacionados com o funcionamento do mercado em saúde no qual o Estado tem um papel a exercer considerando que a saúde é um bem público. Ressaltem-se as importantes dificuldades vigentes na relação com o setor privado suplementar, seja na regulação das condições de trabalho profissional, seja na produção de serviços e na garantia das coberturas contratadas. É também notória a luta por democratizar o acesso a medicamentos produzidos por empresas multinacionais. Ambos os problemas deverão ser enfrentados de forma mais vigorosa, transparente e contínua.

Ainda está por ser reconhecido o impacto do setor Saúde – que movimenta parcela considerável do PIB na geração de empregos, produção científica e tecnológica, aumento da produtividade do trabalho, redução do absenteísmo – na economia brasileira. Os governos terão que deixar de falar da saúde como gasto e passar a encarar o investimento que estão fazendo, além da melhoria da qualidade de vida da população.

No entanto, não se pode esperar que o setor Saúde seja capaz de responder à demanda crescente de atenção provocada por uma sociedade desigual, injusta e cada dia mais violenta, cuja sociabilidade se encontra rompida e na qual o outro é visto como uma ameaça. As conseqüências são a perda da coesão social, expressa não apenas em milhares de mortes e internações, mas também no sofrimento mental, na insegurança e no desalento, que seriam evitáveis onde predominassem uma cultura de paz e a justiça social.

O SUS universal, cujo melhor exemplo é o programa de AIDS – cartão de visitas de diversos governos –, convive com avaliações negativas sobre o acesso e as condições indignas do atendimento efetuado pela rede de serviços de saúde. A desfiguração da Seguridade Social, o adiamento sine die de direitos básicos de cidadania e o deslocamento das políticas sociais em direção a

programas de transferência de rendas, cujos efeitos redistributivos não incidem especificamente sobre as condições que produzem os principais problemas de saúde dos brasileiros, retardam a melhoria dos padrões de saúde e qualidade de vida. A organização do SUS deve pautar-se pela aproximação dos indicadores de saúde, pelo menos, àqueles verificados na economia. É imprescindível ao desenvolvimento alcançar padrões de saúde compatíveis com o progresso científico-tecnológico, cultural e político.

Os impasses antepostos ao SUS universal, humanizado e de qualidade exigem a reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. É essa a premissa que orienta a reinvenção de modelos e alternativas de gestão para superar a crise dos sistemas públicos. A subordinação dos problemas e necessidades de saúde da população a interesses econômicos das indústrias de equipamentos e insumos, de prestadores de serviços, de burocracias governamentais ou corporativos, por vezes opostos aos da garantia da atenção oportuna e respeitosa, reflete-se no cotidiano da assistência à saúde. Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, freqüentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados.

ESTRATÉGIAS PROGRAMÁTICAS

Romper o insulamento do setor Saúde

É sabido que melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não ultrapassarem o setor Saúde, envolvendo outras áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania (Previdência Social, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar, Habitação, Urbanização, Saneamento e Meio Ambiente, Segurança Pública, Emprego e Renda).

Para tanto, é necessário que os três níveis de governo deixem de operar em termos exclusivamente setoriais e passem a priorizar o desenvolvimento social de forma integrada e integral. O governo



nacional, o Congresso e a Justiça têm que se responsabilizar por implementar os mecanismos que garantam a existência real da Seguridade Social, com a implantação do orçamento deste setor, a convocação da Conferência Nacional da Seguridade e a criação de fóruns de deliberação conjunta da Previdência, Saúde e Assistência Social.

Os governos locais e regionais precisam romper modelos ultrapassados de gestão e passar a atuar de forma transversal, criando instâncias intersetoriais de políticas, implantando a gestão em redes e garantindo maior eficácia e efetividade na redistribuição da renda e no acesso aos benefícios sociais.

É preciso construir canais de interação com a mídia que nos permitam divulgar nossa concepção ampliada de saúde. Um esforço nesse sentido deve ser realizado pelos gestores, parlamentares, acadêmicos e militantes da Reforma Sanitária para retomar espaços de debate, divulgação e difusão de concepções sobre saúde e criar novas possibilidades de comunicação.

No âmbito internacional devem ser intensificados os esforços para ampliar o intercâmbio de experiências e o debate em torno da defesa dos sistemas universais. A divulgação e o debate sobre o SUS, considerado um modelo avançado de sistema de saúde na América Latina, nos fóruns internacionais contribui para sua consolidação e para o protagonismo da luta por reformas do Estado democráticas e inclusivas.

Estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários

As necessidades que a população apresenta de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, de acordo com a realidade de cada região e microrregião, com base nas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, devem presidir o planejamento estratégico de cada município e a programação local das atividades. Sua divulgação deverá ser feita para a população usuária e suas entidades representativas de maneira a contribuir para a formação da consciência das necessidades e dos direitos, e a permitir o controle popular e representativo.

A responsabilidade sanitária de cada ente governamental, de cada serviço e dos trabalhadores da saúde deve ser normalizada e regulamentada, assim como os direitos e deveres do cidadão usuário do SUS. A qualidade dos serviços prestados deve ser cobrada de cada um dos profissionais e dirigentes do setor. Mesmo sabendo que temos condições muito limitadas em termos financeiros e operacionais, os gestores e profissionais deverão ser responsabilizados por prestar o melhor cuidado possível dentro dessas condições. Isso só se tornará realidade quando metas forem estabelecidas, parâmetros definidos e se a população conhecer e

compartilhar estas metas, assim como puder dispor de mecanismos efetivos de cobrança.

A responsabilidade sanitária deve ser exercida plenamente nos locais de trabalho, garantindo condições de produção que preservem a saúde do trabalhador e evitem os acidentes de trabalho.

Intensificar a participação e controle social

Os Conselhos e as Conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde são as modalidades de participação fortemente disseminadas no país, fazendo parte da dinâmica política da área da saúde. Entretanto, é necessário revitalizar tais fóruns no sentido de viabilizar relações sociais mais igualitárias entre os atores sociais que deles participam. É sabido que principalmente gestores, mas, em menor medida, também prestadores de serviços e profissionais da saúde dispõem de maiores recursos de poder do que usuários e controlam a agenda de debates desses fóruns. É necessário ampliar a capacitação de conselheiros e democratizar a formulação da agenda da saúde. Esforços devem ser realizados no sentido de aumentar a representatividade dos integrantes dos Conselhos, incentivando uma relação mais constante e transparente com seus representados. Também, deverá ser avaliada a efetividade do papel deliberativo dos Conselhos na formulação e acompanhamento das políticas de saúde para superar os obstáculos antepostos de diferentes naturezas.

Por outro lado, um conjunto de mecanismos inovadores de participação e de controle social não se generalizou no sistema. É o caso dos Conselhos locais de unidades ambulatoriais e de unidades hospitalares. Apenas as unidades próprias do SUS, nas três esferas de governo, têm apresentado experiências nesse sentido, sendo que na área hospitalar elas são dramaticamente escassas. Outros mecanismos de participação individual, tais como ouvidorias, disque saúde, pesquisas sistemáticas de satisfação de usuários, carecem também de generalização no contexto do sistema.

Unidades de serviços privadas que são financiadas com recursos públicos não dispõem de mecanismos de participação ou de controle social, além dos exercidos pelo Ministério da Saúde ou Ministério Público. É necessário definir quais seriam os mecanismos básicos indispensáveis para a democratização da gestão do sistema e constituir instrumentos legais e administrativos que generalizem o funcionamento desses mecanismos em unidades de saúde próprias e financiadas pelo SUS, levando em conta que a prestação de serviços de saúde, especialmente quando financiados por recursos públicos, é uma concessão que o Poder Executivo faz para o exercício de um dever de Estado.

Gestores do SUS, Ministério Público e Poder Legislativo



precisam criar espaços para viabilizar ações cooperativas e coordenadas. Compete ao Ministério da Saúde induzir a coordenação horizontal dessas instâncias estatais.

Aumentar a cobertura e a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde

A sustentabilidade político-econômica do SUS e sua legitimidade dependem da promoção de mudança radical do modelo de atenção, pois a qualidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde possibilitarão ao SUS tornar-se patrimônio nacional e ser o local preferencial de atendimento para todos os segmentos sociais.

Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas, mais holísticas, devem estar disponíveis como alternativas de cuidado à saúde. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde deve ser amplamente divulgada e sua implantação acompanhada pelos órgãos gestores e de controle social, visando à sua avaliação e a eventuais aprimoramentos. E os servidores públicos devem estar comprometidos com o resultado de suas ações no cuidado das pessoas.

Para ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde, é necessário expandir e organizar redes de serviços de saúde articuladas. As unidades básicas, acolhedoras, de qualidade e resolutivas nas suas ações integrais, preventivas e curativas, baseadas nas necessidades e demandas da população, devem articular-se aos demais níveis do sistema local de saúde com garantias de referência e contra-referência. Nesse sentido, é imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica, estabelecer esses serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, equipar e expandir os serviços de urgência e emergência e de referência, implantar centrais de marcação de consultas, exames e internação e o Cartão SUS como instrumentos de garantia de acesso e atendimento.

A formação de microrregiões ou consórcios sob responsabilidade dos municípios e dos estados deve pautar-se pela coordenação, programação e oferta de recursos para promover,

prevenir e tratar problemas de saúde. A ampliação e a garantia de investimentos na estruturação de redes articuladas e territorializadas são essenciais para conferir mais qualidade e resolutividade aos serviços prestados.

A execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, deve se traduzir na garantia do acesso universal da população àqueles medicamentos considerados essenciais, bem como no controle da segurança, eficácia e qualidade dos produtos e na promoção do seu uso racional. A política nacional de medicamentos não se restringe à aquisição e à distribuição; envolve todas as atividades relacionadas à garantia do acesso da população àqueles essenciais, incluindo investimentos e incentivos em desenvolvimento científico e tecnológico e produção.

Formar e valorizar os trabalhadores da saúde

Deve-se enfrentar o desafio de superar as barreiras legais que dificultam a combinação das imprescindíveis agilidade e eficiência da gestão com a vinculação regular dos trabalhadores ao SUS, de modo a evitar não apenas a burocratização mas também a precarização, privatização e terceirização das relações de trabalho do SUS. Trata-se de enfrentar esses problemas inadiáveis com a formulação e implementação de políticas articuladas entre os setores da saúde e educação, para assegurar que a oferta (distribuição e abertura de cursos e programas e o respectivo número de vagas) de formação técnica, de graduação e de especialização na área da saúde corresponda às necessidades do SUS e da população, superando os desequilíbrios regionais e intra-regionais e as determinações do mercado. A par das políticas de corte nacional, é preciso responsabilizar as três esferas, de acordo com suas competências e possibilidades, pela efetivação de políticas que favoreçam a interiorização do trabalho em saúde com qualidade, bem como assegurar a autonomia dos municípios, DF e estados para criar mecanismos de atração e fixação de equipes de saúde em todos os níveis do sistema.

Medidas voltadas para a formação, a educação permanente e a fixação das equipes de profissionais da saúde com base nas necessidades e direitos da população têm papel crucial na implementação do conjunto dos princípios e diretrizes do SUS e do novo modelo de atenção à saúde e de gestão.

A redução dos cargos de confiança para a gestão em saúde, nas três esferas de governo, e sua substituição por quadros técnicos e administrativos de carreira são necessárias à estabilização e qualificação da gestão do SUS. Por outro lado, trata-se de um meio de evitar que a gestão da saúde seja usada como moeda para



garantia de governabilidade. O provimento de cargos de direção deve obedecer a critérios objetivos e compatíveis com os requerimentos de capacitação e habilitação específicos.

Esse conjunto de proposições concentra-se em torno da adoção de políticas públicas de gestão do trabalho (municipais, estaduais e federais) que considerem as diversidades regionais, assegurem o caráter público do ingresso e estabeleçam carreiras no SUS, que possibilitem a progressão associada não somente ao tempo de trabalho e qualificação, mas também aos resultados do trabalho e ao compromisso dos profissionais e das equipes com a melhoria da saúde da população.

Aprofundar o modelo de gestão

No início deste ano os gestores dos três níveis de governo pactuaram em defesa da vida, do SUS e da gestão. Por meio desse instrumento, comprometem-se a fazer avançar a Reforma Sanitária desenvolvendo ações articuladas, repolitizando a saúde e promovendo a cidadania. Retomou-se a ênfase na diretriz constitucional da regionalização. Trata-se de reconhecer a autonomia das Comissões Bipartites para pactuar as estratégias da regionalização nos estados, com base nas diretrizes nacionais acordadas na Comissão Tripartite; promover a criação de Comissões Intergestores regionais e microrregionais; resgatar o importante papel coordenador do ente estadual e estabelecer formas de gestão entre os entes federados para promover a descentralização solidária e cooperativa do sistema de saúde. É necessário cumprir cabalmente esse acordo em prol da população brasileira.

A definição de prioridades e metas é um componente imprescindível para o planejamento efetivo e a responsabilização por seu cumprimento. Para aprofundar o modelo de gestão do SUS, tanto para os serviços de administração direta quanto para os contratados, é necessário estabelecer a coresponsabilização por meio de contratos de gestão e de financiamento misto que estabeleçam as metas sanitárias a serem cumpridas. Isso envolve, necessariamente, realizar uma reforma administrativa que atenda às especificidades dos princípios e das organizações do SUS e lhes permita agilidade e eficiência de suas decisões, sob a égide da ética e da responsabilidade pública.

Todas as unidades públicas de saúde, das mais simples às mais complexas, deverão usufruir de autonomia gerencial, desenvolver modalidades de gestão participativa, colegiada ou co-gestão, com trabalhadores da saúde e outras representações da comunidade, e definir metas quali-quantitativas em interação com os objetivos municipais e regionais, por meio de contratos de metas ou de gestão.

Aumentar a transparência e controle dos gastos

As decisões da política de alocação de recursos e os critérios dos gastos devem ser transparentes e passíveis de controle pela população, e visar ao acesso igualitário aos serviços de qualidade em todos os níveis do sistema.

As compras realizadas pelo setor público deverão ser feitas de forma a impedir a corrupção em todos as esferas e níveis governamentais, utilizando os instrumentos tecnológicos disponíveis para realizar pregões que possam ser acompanhados pelo público. A definição de parâmetros técnicos e financeiros deve permitir que a sociedade e autoridades públicas possam acompanhar e monitorar os gastos governamentais.

Um trabalho mais afinado com a Procuradoria Geral da União e com os Tribunais de Contas será necessário para criar mecanismos que impeçam os tipos de corrupção já detectados na área da saúde. Torna-se necessário criar uma instância que congregue gestores públicos, Procuradoria, Tribunais, Ministério Público, Legislativo e organizações da sociedade civil para desenvolver políticas e instrumentos efetivos de combate a toda forma de corrupção, prevaricação ou malversação dos recursos públicos em saúde.

Ampliar a capacidade de regulação do Estado

As diversas áreas do setor Saúde – e suas derivações para setores desde a Educação até a mídia – integram o complexo produtivo da saúde. Sob ta acepção resgata-se o significado econômico e produtivo das ações e produtos ligados ao atendimento em saúde, considerando a estreita relação entre dois pólos: (1) um setor produtivo industrial de bens como vacinas e soros, medicamentos e fármacos, sangue e hemoderivados, reagentes e kits diagnósticos, equipamentos médicos e cirúrgicos; (2) um outro, da produção de ações de saúde pelos agentes públicos e privados (filantrópicos e lucrativos).

É inescapável admitir que o não reconhecimento da influência dos fatores de mercado na saúde elimina um importante elemento de análise e de formulação das políticas, especialmente na definição de prioridades de incorporação de inovações (produtos e processos) e na importância da influência dos agentes econômicos sobre a oferta de serviços de saúde. Dado que a saúde é um bem de relevância pública, as relações público-privado devem ser objeto permanente de regulação estatal, no sentido da preservação dos direitos dos usuários do SUS e dos consumidores de planos e seguros de saúde. Além disso, o poder público deve atuar na



regulação da reorientação das demandas dos planos e seguros para os serviços especializados do SUS e na eliminação das interferências das empresas privadas no sistema público.

A fragmentação e a segmentação vigentes no sistema nacional de saúde exigem a explicitação do montante de recursos públicos envolvidos com o financiamento de planos e seguros de saúde, bem como dos interesses conflitantes derivados da acumulação de postos gerenciais e administrativos por profissionais da saúde com “dupla militância”.

Aprofundar a construção de convivência das instituições públicas e privadas, em função das necessidades e direitos da população usuária e sob a égide do princípio constitucional que estabelece o caráter complementar dos serviços privados de saúde, é uma tarefa inadiável. Os serviços privados que integram o SUS devem pautar suas atividades como se públicos fossem. Adicionalmente, é preciso induzir as empresas privadas prestadoras de serviços, as que comercializam planos de saúde, bem como as empresas empregadoras que ofertam planos de saúde para seus empregados, a participarem decisivamente dos esforços para a construção de sistemas regionalizados, voltados para o atendimento das necessidades e direitos da população.

A instituição de regras claras sobre o “trânsito privado-público de pacientes” deve fortalecer a rede de serviços do SUS como a “única porta de entrada” para a admissão nos serviços públicos, quer para o atendimento de pacientes de empresas de planos e seguros de saúde, quer para o acesso a medicamentos.

Para enfrentar a tendência à segmentação é preciso convocar a entidades sindicais, empresariais e de profissionais da saúde para empreender novos compromissos em torno da saúde. O estabelecimento de tabelas de remuneração de procedimentos que sejam compatíveis com os gastos dos profissionais e dos serviços e assegurem a qualidade da assistência prestada é essencial. A institucionalização do plano de saúde universal para os servidores civis da esfera federal representaria a cristalização da descrença do próprio governo na universalização da saúde. Os recursos envolvidos e programados para financiar os planos de saúde de funcionários públicos devem ser canalizados para melhorar a qualidade de atenção à saúde nos serviços do SUS.

A adoção de critérios de ingresso nos serviços de saúde vinculados ao SUS baseados nas condições clínicas e necessidades de saúde, e não na capacidade de pagamento, e a exigência da observância dos mesmos padrões assistenciais de casos com diagnóstico similar para todos os brasileiros são essenciais ao reordenamento das relações entre o público e o privado e à garantia do acesso e da qualidade da assistência.

Superar a insegurança e o subfinanciamento

As políticas sociais encontram-se permanentemente ameaçadas de terem seus recursos ainda mais reduzidos, gerando uma situação de insegurança que impede a efetividade e eficácia de seu planejamento e execução.

A forma mais corriqueira, embora muito prejudicial à gestão social, é o permanente contingenciamento dos orçamentos públicos para atender aos ditames do superávit primário estabelecido pela área econômica, ou até mesmo superá-lo. Além de prejudicial, essa prática corrói a própria democracia, ao transformar o orçamento público em uma peça de ficção.

Outra maneira de subverter os ditames constitucionais sobre os recursos a serem alocados na área social é a introdução constante de outras despesas de programas governamentais considerados prioritários dentro dos orçamentos para os quais há recursos constitucionais definidos, como o da Saúde. Isso ocorre em função da não regulamentação da E.C. nº 29.

Uma outra maneira de retirar recursos da área social que tem sido reiteradamente usada e prorrogada é a DRU – Desvinculação das Receitas da União, que, a pretexto de dar maior flexibilidade ao governo central, retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados à área social. A DRU está em vigor até 2007 e temos que exigir que o governo, desde agora, crie mecanismos substitutivos dessa fonte espúria. O momento das eleições é importante para pactuarmos com os candidatos a eliminação e substituição da DRU.

Em diferentes momentos, setores governamentais ou elites econômicas da sociedade civil têm se posicionado em relação à necessidade de dar ainda maior flexibilidade orçamentária ao governo, desvinculando totalmente as receitas constitucionais para a área social. Apoiados por organismos internacionais, são, a cada momento, lançados balões de ensaio nesse sentido. A alegação é de que esses recursos são necessários para zerar o déficit nominal, quando, então, sobrarão recursos para a área social. A sociedade brasileira conhece essa lógica e sabe que não existe flexibilidade para o pagamento de juros da dívida e que esses recursos desviados das suas vinculações constitucionais jamais retornariam. Por isso não permitiremos a desvinculação, e este compromisso deverá ser assumido publicamente pelos candidatos comprometidos com a democracia social.

Outra ameaça constante é relativa à redução ou eliminação de benefícios sociais, vistos como causadores do alegado desequilíbrio financeiro da Previdência Social. É preciso que este debate seja feito de forma séria e não como sempre, sob a ameaça da espada do déficit e crise. É preciso fazer um debate aberto e transparente: há



dados que questionam o déficit, apontando a apropriação das receitas sociais para outros fins e a evasão de contribuições. O debate sobre os benefícios previdenciários não pode ser restrito à dimensão contábil, prescindindo do princípio maior que subordina a Previdência aos objetivos da ordem social de garantia do bem-estar e da justiça social. Ao invés de desvincular os benefícios previdenciários do salário mínimo, é preciso desvincular os benefícios sociais da capacidade contributiva de cada indivíduo. Só assim, com a socialização dos custos da proteção social, estaremos permitindo que se realize uma redistribuição de renda via políticas sociais que garantem direitos universais. Para tanto, é necessário rever o enfoque desta discussão, passando a buscar fontes que financiem a inclusão previdenciária de milhões de trabalhadoras e trabalhadores cujo trabalho ainda não tem amparo legal.

Em relação ao financiamento da saúde, observamos:

- Acentuada retração da contrapartida federal, quando cotejada com o crescimento das contrapartidas estaduais e municipais, tanto em termos das porcentagens no total do financiamento público como em dólares *per capita*. Ainda que os recursos destinados à saúde representem um percentual considerado alto no orçamento, ele é totalmente insuficiente face às necessidades da população.

- O Brasil gasta muito pouco com saúde. O total do financiamento público vem oscilando entre 125 e 150 dólares per capita ao ano, enquanto no Canadá, países europeus, Japão, Austrália e outros, a média do financiamento público é de US\$ 1.400,00 *per capita*, na Argentina é US\$ 362,00 e no Uruguai, US\$ 304,00.

- O Projeto de Lei Complementar nº 01/2003, que regulamenta a E.C. nº 29/2000, foi exaustivamente debatido e aprimorado pelas entidades da sociedade civil, representativas dos usuários, dos membros dos Tribunais de Contas e do Ministério Público, dos gestores nas três esferas de governo, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviços. Esse debate se deu nas Conferências e Conselhos de Saúde, por mais de dois anos, e finalmente nas Comissões da Seguridade Social e Família, de Finanças e Tributação e da Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara dos Deputados. É preciso, pois, que governo e oposição se comprometam a aprová-lo.

- Fruto desse consenso é a proposta de estabelecer a contrapartida federal para a Saúde em 10% da receita bruta da União, o que corresponde a um acréscimo de aproximadamente R\$ 10 bilhões, ou US\$ 30,00 per capita, ao ano. Ainda que gritantemente insuficiente e aquém das referências internacionais citadas, significa um importante passo, porque atrela essa contrapartida a uma base orçamentária, da mesma maneira com que foi definida para os estados e municípios, dispõe sobre o que são serviços de saúde financiados pelo SUS e o que não são serviços de saúde, e orienta os gastos e as prestações de contas com base no referencial da Equidade, Integralidade e Eficiência.

A SAÚDE UNIVERSAL, HUMANIZADA E DE QUALIDADE COMO POLÍTICA DE ESTADO

Essas estratégias programáticas representam as pontes a serem construídas para fazermos a transição entre o SUS existente, reconhecendo-se seus avanços e limites, e para o SUS pra valer: Universal, Humanizado e de Qualidade. Hoje, é plenamente factível e necessário ampliar a garantia do direito à saúde.

As eleições que se aproximam repõem a saúde na agenda de prioridades dos candidatos e dos partidos. Nossa intenção é abrir este debate de forma ampla, com todos os partidos políticos, de forma a alcançar um lugar de destaque de nossas propostas em seus programas. A luta pela democratização da saúde sempre foi suprapartidária e permitiu a construção de uma ampla e sólida coalizão reformadora que tem dado sustentação ao processo da Reforma Sanitária.

Uma vez mais, estas forças comprometidas com o avanço da democracia por meio da implementação da Reforma Sanitária reafirmam a necessidade de que os postulantes aos cargos eletivos se comprometam com o programa expresso nas linhas programáticas acima enunciadas. Elas foram fruto de uma ampla discussão entre várias entidades, e seu delineamento nasceu da experiência acumulada pelo movimento da Reforma Sanitária em todas as suas frentes de trabalho: nas organizações e entidades de profissionais e usuários, nas universidades, no Executivo, no Legislativo, no Judiciário etc.

Sabemos que é possível, hoje, atender a população em um SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Para chegarmos a isso é necessária a firme vontade política dos nossos líderes de assumir o compromisso social com nossas propostas. Temos certeza que, dessa forma, estaremos todos construindo uma sociedade mais justa e democrática, o que transcende a mera perspectiva setorial, possibilitando o avanço em direção a uma sociedade inclusiva na qual predomine a cultura da paz. Este é um momento crucial para transitarmos do SUS atual ao SUS pra valer: não serão toleradas omissões.

Rio de Janeiro, Julho de 2006.

Abrasco - www.abrasco.org.br

cebes - cebes@ensp.fiocruz.br

Abres - www.abres.fea.usp.br

Rede UNIDA - www.redeunida.org.br

Ampasa - www.ampasa.org.br



