



1º SEMINÁRIO PREPARATÓRIO
**2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA,
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE**

**IMPASSES E DESAFIOS PARA A
CONSTRUÇÃO DO SUS**

(Roteiro para Discussão)

CAMPINAS, 27 DE MAIO DE 2013

**1º SEMINÁRIO PREPARATÓRIO DO
2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE**

Campinas, 27 de maio de 2013

**IMPASSES E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS
Roteiro para Discussão**

Gastão Wagner Campos
Lígia Bahia
Luis Eugenio de Souza

O Sistema Único de Saúde (SUS) é herdeiro da tradição dos Sistemas Públicos de Saúde implementados, ao longo do século XX, em vários países, em decorrência de grandes mobilizações sociais sustentadas por partidos, movimentos e organizações sindicais comprometidos com a construção de Estados de bem-estar social.

O SUS encontra-se em uma encruzilhada. Autoridades, formadores de opinião, políticos, intelectuais, muitos passaram a crer em sua inviabilidade e a apostar na saúde como negócio. A expansão do setor privado, do mercado da doença, seria a forma de assegurar atenção aos brasileiros. Trata-se de uma falácia. Tal projeto é inviável, tanto social como economicamente. A ABRASCO, apesar de toda sorte de dificuldade, não desistiu do SUS.

O SUS é tanto uma política que se transformou em lei maior, quanto é também—um conjunto de meios necessários para dar concretude ao direito universal à saúde. O direito à saúde se materializará por meio de uma rede de serviços que assegure acesso, atenção integral e equidade. Isto exige financiamento público e um papel ativo do Estado, que deveria construir, articular e coordenar Redes Regionais com diferentes tipos de serviços conectados de forma orgânica: atenção primária baseada em equipes de profissionais com formação geral (clínica e saúde coletiva) para, pelo menos, 90% da população; atenção intermediária baseada em Hospitais Gerais, rede de

ambulatórios e centros de referência; internação domiciliar; urgência/SAMU; vigilância e promoção à saúde; e, ainda, Hospitais Especializados.

Em vinte e dois anos de funcionamento, o SUS não conseguiu assegurar esse padrão de atendimento à maioria das 404 regiões de saúde do Brasil. Parte importante desse insucesso deveu-se ao crônico subfinanciamento, a problemas de gestão e, por último, mas não menos importante, à ambiguidade das diretrizes políticas e organizacionais que, em geral, não têm se comprometido com o modelo acima descrito.

Essa é a base sobre a qual se apoiam os detratores do projeto SUS. Esse deve ser, portanto, o tema de nosso debate com a sociedade.

RECURSOS PARA A SAÚDE: DESCOMPASSO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Nenhum dos três problemas relativos ao financiamento do SUS foi enfrentado de fato pelos governantes brasileiros: a natureza das fontes, o volume das receitas e sua destinação. As fontes de receitas para a saúde são predominantemente privadas, o volume é pequeno e a alocação desses recursos favorece o setor privado. Embora, o Brasil apresente gastos per capita com saúde menores do que vários países da América do Sul, o debate setorial segue concentrado nos critérios de rateio do orçamento do Ministério da Saúde e nos valores das tabelas de procedimentos e, em termos mais gerais, quando se refere à eficiência dos gastos, pela adoção de alternativas “gerencialistas” apresentadas como uma solução para a corrupção.

O descompasso entre os fundamentos do problema e as alternativas para resolvê-lo culminou com a aprovação da regulamentação da EC29, sem aumento de recursos para a saúde. Uma clara manifestação contrária da coalizão política governamental às reivindicações de movimentos sociais e prestadores privados de serviços vinculados à rede SUS.

A política “contencionista” de recursos para o SUS pari passu a renovação e ampliação de deduções e subsídios fiscais à oferta e demanda de planos e seguros privados de saúde sedimentam o padrão estratificado e iníquo das políticas públicas de saúde. Na prática, os gastos privados com saúde, que já superam os públicos, tendem a crescer, acompanhando o aumento das renúncias fiscais e a elevação dos gastos públicos em taxas inferiores às da arrecadação de tributos e contribuições sociais. O fato de o aumento da carga tributária não redundar na oferta de uma atenção pública de saúde de melhor qualidade termina por confirmar as acepções sobre a existência de excessivos recursos para a saúde.

Falta de recursos para a rede pública e políticas públicas ativas de apoio à privatização conduziram o sistema de saúde a uma encruzilhada. Nem o SUS, nem os planos privados conseguem responder adequadamente às demandas e às necessidades de saúde. A novidade é que o aporte adicional de recursos públicos à privatização da saúde, no contexto favorável ao “rentismo”, modificou não apenas a fisionomia, mas também o protagonismo político das instituições que atuam na saúde. As associações de empresas setoriais com fundos de investimentos e os hospitais “filantrópicos-lucrativos” que se consolidaram como plataformas de incorporação tecnológica no país, passaram a ditar agendas da saúde pautadas pela segmentação de subsistemas de acordo com status socioeconômico.

A impressão da maioria dos brasileiros é que o SUS tem graves problemas de corrupção. As reiteradas imagens de desmazelo patrimonial que se projetam nos ambientes degradados de serviços públicos e as reiteradas denúncias e comprovações de atos ilícitos envolvendo orçamentos públicos comprovam fartamente o mau uso e desperdício de recursos. Esse disseminado sentimento sobre a centralidade do problema da corrupção no SUS, captado pelas coalizões governamentais, substituiu as expectativas de enfrentamento dos

problemas estruturais do financiamento de um sistema universal de saúde pelas promessas de “fazer mais com menos” ou “fazer mais com o mesmo”.

Para o debate, fica-nos a questão: como articular um movimento político, com base social e parlamentar, capaz de assegurar recursos suficientes para a expansão e a qualificação do SUS?

E ainda: em virtude desse contexto de desconfiança, para logarmos adesão da maioria da sociedade à defesa do SUS, será necessário especificar com absoluta clareza a destinação de novos recursos para a saúde. Sem mudança do modelo de atenção e de gestão, a maior parte dos recursos será utilizada para reproduzir o gasto privado e ineficaz em saúde. Lograremos destiná-los para consolidar o modelo acima descrito?

O PADRÃO TECNOLÓGICO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Não se pode pensar em cuidados à saúde sem o recurso às mais distintas tecnologias, como vacinas, medicamentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Todavia, não se deve negligenciar os danos à saúde que podem provocar, nem a existência de iniquidades de acesso às tecnologias seguras e eficazes.

Além disso, o custo elevado e crescente das tecnologias tem ameaçado à própria manutenção de sistemas universais. Nesse aspecto, é preciso reconhecer que a lógica que anima o desenvolvimento de tecnologias, se envolve a busca de soluções para os problemas de saúde, é fortemente influenciada por interesses econômicos que nem sempre coincidem com as necessidades da saúde.

Por isso, alguns países, que têm sistemas universais de saúde, adotam mecanismos para avaliar a segurança, a eficácia, a relação

custo-efetividade e a aceitação social das tecnologias antes que tomem decisões sobre sua incorporação aos serviços.

No Brasil, as dificuldades são aumentadas pela grande dependência de importações de insumos e equipamentos, que não só compromete a balança de pagamentos, como deixa o sistema de saúde vulnerável às instabilidades da geopolítica.

Nos últimos dez anos, o país avançou, implantando uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde que promove a aproximação entre as prioridades do sistema de saúde e da política de ciência e tecnologia e busca fortalecer um Complexo Econômico da Saúde de base nacional e atento às prioridades da política de saúde. Vale acrescentar que, em 2011, foi sancionada a lei nº 12.401, que define critérios e procedimentos técnicos consistentes para a incorporação de tecnologias ao SUS.

Nesse contexto, muitas questões se colocam, das quais podem ser destacadas:

- Como promover o acesso igualitário às tecnologias de acordo com as necessidades e não com a capacidade de pagamento do indivíduo ou da família?
- Como garantir a segurança e a eficácia das tecnologias já incorporadas ao SUS?
- Como fortalecer a racionalidade técnica das decisões acerca da incorporação de tecnologias?
- Como apoiar o desenvolvimento de tecnologias adequadas às necessidades de saúde, contemplando a integralidade da atenção (promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde)?
- É possível superar a ameaça à sustentabilidade e à vulnerabilidade do SUS, representadas pelos altos custos das tecnologias e pela dependência das importações?

MODOS DE GESTÃO E DE ATENÇÃO À SAÚDE

Depois de vinte e cinco anos, ainda não conseguimos assegurar a construção de Redes Regionais que assegurem atenção conforme as necessidades e que funcione de modo sustentável. Parte destas dificuldades decorre do subfinanciamento, outro tanto depende da precariedade da gestão e do predomínio de políticas (Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municípios) centradas em programas verticais, restritos e focais, longe do modelo de Regiões de Saúde. Fragmentação e descontinuidade. Cada administração adota prioridades particulares, em geral, diferentes e não articuladas daquelas definidas em outras instâncias da Federação. A integração de políticas e programas depende quase que exclusivamente da “indução econômica”.

Entendemos que a cogestão de políticas, tanto nos espaços nacional e estadual, como nas Regiões de Saúde, é o caminho possível e necessário para a construção de um sistema único. Entretanto, as várias iniciativas legais e normativas até agora adotadas, como o Contrato Organizativo de Ação Pública (Decreto-Lei 7.508/2011), não lograram ampliar a agenda e as atribuições desses espaços de cogestão interfederativa.

Constrangem, também, as práticas de gestão, a histórica dependência do SUS de hospitais privados e filantrópicos. Até hoje não se conseguiu estabelecer mecanismos de cogestão entre o sistema público e estes serviços contratados, mantendo-se a modalidade de compra de serviços, com baixa ou nenhuma integração dos mesmos às Redes Regionais. Esse quadro de desgoverno e fragmentação vem se agravando em virtude do recente processo de terceirização da gestão e da operação de grande parte da rede de serviços (organizações sociais, fundações privadas, parcerias público/privado, etc.).

Nesse contexto, não é de estranhar a ausência de uma reforma administrativa que desenhe um novo tipo de serviço público adequado

ao campo da saúde. O mesmo ocorreu com a política de pessoal: sequer entrou na agenda pública a construção de estratégias para o trabalho em saúde consistente e de acordo com a missão do SUS. A descentralização e a municipalização do sistema serviram de pretexto para um discurso que delega aos municípios toda a responsabilidade pela gestão e pela política de pessoal. Com a terceirização da gestão e a ausência de uma reforma administrativa do SUS, assiste-se a toda sorte de contratações em caráter precário e ilegal.

Diante desse quadro, gostaríamos de sugerir o debate de algumas reformas e mudanças organizacionais essenciais para a consolidação do SUS:

- Reforma administrativa e do modelo de gestão do SUS, objetivando assegurar caráter público e autonomia aos serviços e programas, ao mesmo tempo, cuidando de integrá-los em redes regionais. A estratégia da cogestão e a criação de espaços compartilhados de poder são fundamentais para assegurar funcionamento sistêmico ao SUS.
- Para melhorar a continuidade das políticas, não valeria a pena alterar o caráter e a forma de escolha dos gestores de rede, programas e serviços, proibindo o livre provimento pelo Poder Executivo (cargos de confiança) e construindo-se alternativas que valorizem o saber sanitário e capacidade de governo dos interessados?
- Temos a impressão de que ainda falta construir-se, em cogestão, um acordo interfederativo e com a sociedade (usuários e trabalhadores da saúde) sobre a principal estratégia para o SUS com base em Redes Regionais de Saúde e em acordo com a tradição dos sistemas públicos e universais de saúde.
- Com essa finalidade, dever-se-ia ordenar a aplicação de recursos de investimento e custeio com base nos problemas de saúde e carências estratégicas ao SUS como um todo e a cada Região de Saúde. Emendas parlamentares, orçamento federal e estadual, não deveriam

ser alocados conforme o planejamento elaborado em cogestão pela Tripartite e em cada uma das Regiões de Saúde?

- Não valeria lutarmos para comprometer os governos com um Plano de Saúde para que, em quatro anos, houvesse equipes de Atenção Básica para 90% da população? Esse plano deveria contemplar os vários aspectos necessários à viabilidade do projeto: financiamento, formação e recrutamento de pessoal, infraestrutura, equipamentos, admitindo-se vários desenhos singulares para modelo de cuidado conforme singularidades do local.
- Nesse mesmo contrato interfederativo, não caberia também a ordenação da atenção intermediária e terciária em Redes Regionais, cuidando para transformar os convênios e os contratos de prestação de serviço com Hospitais privados e filantrópicos, Organizações Sociais e congêneres, em um sistema de cogestão, de modo que possam integrar-se e articular-se com outros serviços?
- Há recursos, no Brasil, para que ocorra uma expansão da capacidade dos serviços públicos, para construção e operação de 250 Hospitais Regionais Públicos, conforme estrangulamentos das Regiões de Saúde. Por que não ocorre?
- Não seria hora de se repensar o modelo de gestão e o de atenção de Hospitais, Ambulatórios (serviços proativos, com adensamento de tecnologia, fusão com Hospital Dia, etc.), Centros de Referência, Internação Domiciliar, Casas de Apoio, Urgência/SAMU, segundo sua integração às redes regionais, concepção ampliada sobre processo saúde/doença/intervenção e diretrizes da cogestão?
- Por que não se definir compromissos públicos do SUS com o enfrentamento de determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais que aumentam a vulnerabilidade e levam ao adoecimento? Nesse sentido, há problemas coletivos que poderiam ser erradicados ou controlados: definir o controle da Hanseníase em quatro anos, por exemplo, e apontar medidas para tal objetivo. Problematicar e

propor medidas, tanto internas ao SUS, como dependentes de outras políticas, para as cidades, contra a violência, pelo trabalho saudável, pela educação pública, pelo controle da Dengue, AIDS, Malária, entre outros problemas.

- É urgente a construção de uma nova política e gestão de pessoal, radicalmente distinta do padrão ainda vigente no SUS, para isto:
- Não valeria a pena, criar-se, mediante nova legislação, uma política de pessoal em que haja compartilhamento de responsabilidade pela formação, financiamento, carreiras e aposentadorias tanto pela União e pelos Estado, quanto pelos Municípios? E em que se pensasse um novo perfil para o servidor público da saúde, conforme singularidades e exigências próprias do trabalho em saúde em seus vários espaços: urgência, atenção básica, hospital, vigilância, etc.?
- Quem sabe pensar em carreiras organizadas por estado da Federação e por caráter da atenção (carreiras para atenção básica, saúde mental, hospital e ambulatório, urgência, etc.), ainda que sempre considerando direitos e normas das várias profissões e especialidades. Carreiras com interstício mínimo de permanência em cada posto, com possibilidade de promoção por mérito e escolha de novo posto antes de cada novo concurso?

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Na forma como é medido hoje, com base no Produto Interno Bruto (PIB), que é a mera soma dos valores econômicos gerados no mercado, desenvolvimento significa crescimento econômico.

Já pertence ao senso comum, todavia, a noção de que desenvolvimento é mais do que crescimento econômico. O aumento do PIB e das rendas pessoais ou o avanço tecnológico e industrial podem tornar uma população mais rica, em um sentido restrito, mas se não resultam em melhores condições de vida para todos, não estão

contribuindo para o desenvolvimento. Ou pior: se ignoram a depreciação dos recursos naturais e humanos, são prejudiciais ao desenvolvimento. Assim, para significar desenvolvimento, o processo de geração de riqueza deve ser socialmente inclusivo e ambientalmente sustentável.

Há desenvolvimento quando se promove o bem-estar, em todas suas dimensões: condições materiais de vida (renda, consumo e riqueza), saúde, educação, trabalho, liberdade política, coesão social, segurança pública e preservação ambiental. Observe-se que essas dimensões, ao mesmo tempo em que definem o bem-estar, são condições para que ocorra o desenvolvimento.

Está claro, portanto, que as relações entre saúde e desenvolvimento são complexas, multidimensionais e mutuamente determinantes.

Infelizmente, a atual política macroeconômica não apenas ignora a importância do investimento na saúde pública como se centra no crescimento, sem atentar para as diversas dimensões do desenvolvimento, sem reduzir a concentração da propriedade e da riqueza, sem priorizar a preservação ambiental e sem deter o avanço da mercantilização e privatização das políticas sociais.

Nesse sentido, as questões que se colocam para debate são:

- Como tornar centrais na política macroeconômica os objetivos de inclusão social, por meio das políticas sociais universais, e sustentabilidade ambiental?
- Como inserir a saúde na agenda de desenvolvimento? Ou como tornar o investimento na política de saúde uma estratégia de desenvolvimento?
- Como articular a política de saúde com as demais políticas, não apenas as sociais (assistência social, previdência, educação), mas também as econômicas (trabalho, emprego e renda, desenvolvimento industrial, agricultura)?

APOIO



Ministério da
Saúde



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

