

**ESPECIAL CAPA**



# O SUS E A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

**35**

ESTRATÉGIAS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE

**40**

O SUS CADA VEZ MAIS VIVO!

**43**

QUEM SÃO OS DONOS DO SUS?

**45**

A MARCA INVISÍVEL DO SUS

# ESTRATÉGIAS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE

POR GASTÃO WAGNER

## I - PROJETO E FRENTE POLÍTICA EM DEFESA DO SUS

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende da constituição de um Bloco Político capaz de renovar e de dar continuidade aos movimentos sociais em defesa da vida.

A incorporação das diretrizes do SUS à Constituição de 1988 possibilitou o desenvolvimento de uma nova política de saúde no Brasil. Esta mudança foi inspirada nas experiências dos sistemas universais e públicos de saúde. Estes sistemas foram parte fundamental de reformas sociais implementadas, ao longo do século 20, em vários países, objetivando o estado de bem-estar. Tanto a inscrição na Constituição do direito universal à saúde, quanto o início da implementação do SUS deveram-se a uma conjugação favorável de fatores de ordem política. Dentro da luta pela democratização e contra a ditadura militar ao longo dos anos setenta e oitenta, organizou-se também um influente movimento sanitário que adotou o SUS como sua estratégia mais geral.

Entretanto, ao longo dos anos noventa e da primeira década do terceiro milênio, a progressiva implementação do SUS dependeu basicamente de ações internas às instituições. Mudanças por dentro do aparelho de Estado, um Estado ampliado é importante reconhecer, já que a criação de arranjos de controle social e de gestão participativa trouxeram para o interior das organizações públicas a disputa entre diversos projetos, entre diferentes interesses e múltiplos atores sociais. É importante reconhecer que nesta dinâmica participativa os partidos políticos, governantes, setores da burocracia e intelectuais tiveram maior influência do que a representação da sociedade civil ou dos usuários, em particular.

Porém, não se deve subestimar a importância de movimentos sociais específicos da área da saúde na implementação do SUS, pois graças a eles tornou-se possível que novas políticas e novos programas fossem efetivados. Este foi o caso da reforma psiquiátrica, do movimento pró-humanização, de luta contra

a AIDS, a favor da Estratégia de Saúde da Família e pela Educação em Saúde, entre outros. Este ciclo de lutas produziu mudanças na cultura e na prática do SUS, gestando-se novos valores e conceitos sobre maneiras para se assegurar o direito à saúde. Em geral, estes movimentos aglutinaram profissionais com visão crítica e camadas populares diretamente interessadas no enfrentamento de alguns problemas de saúde. Estes movimentos encontraram apoio em distintas entidades, associações acadêmicas e políticas, como Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras, e lograram influenciar políticas e modos de atuação em municípios, reformas locais que produziram “efeito demonstração” e pressão para que Secretarias de Estados e o Ministério da Saúde as adotassem como estratégias para todo o SUS.

Muito se tem conseguido por meio dessa dinâmica política, no entanto, ela não foi forte o suficiente para superar o financiamento insuficiente do SUS, para dar prosseguimento à reforma do modelo de gestão e ainda assegurar atendimento integral ao conjunto dos brasileiros. Apesar desta reforma parcial, hoje, há um SUS “realmente existente”, com imensos problemas de acesso e de efetividade em seu funcionamento, mas, que também constituiu uma rede de serviços necessária e indispensável para a maioria dos brasileiros. Apesar do contexto político e econômico pouco favorável às políticas públicas em geral, a própria existência do SUS é um poderoso elemento a ser considerado para sua própria defesa. O desmonte do SUS produziria a barbárie sanitária, havendo, portanto, grande potencial de armar-se resistência popular contra eventuais retrocessos e contrarreformas.

Setores da elite dominante têm insistido em argumentos sobre o ‘anacronismo’ do SUS. Apontam como solução a racionalidade do mercado, tanto a compra de serviços ao setor privado, quanto a privatização ou mercantilização do pedaço público do SUS. Este ensaio defende o oposto, aposta na reformulação do modelo público de gestão e não na expansão de cobertura pelo setor privado.

## APESAR DO CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO POUCO FAVORÁVEL ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS EM GERAL, A PRÓPRIA EXISTÊNCIA DO SUS É UM PODEROSO ELEMENTO A SER CONSIDERADO PARA SUA PRÓPRIA DEFESA

A defesa do SUS depende da constituição de uma Frente Política com um projeto que aponte mudanças em três direções:

- Garantir financiamento adequado para o SUS e para outras políticas públicas;
- Realizar ampla reforma do modelo de gestão pública, avançando no sentido de torná-la republicana e democrática;
- Consolidar e estender modelo de atenção inspirado na tradição consolidada dos sistemas nacionais e públicos de saúde.

### **II - APONTAMENTOS SOBRE A LUTA PELO FINANCIAMENTO DO SUS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

A luta por maior orçamento para o SUS precisa estar imediatamente articulada com a destinação destes novos recursos. Precisa realizar-se dentro de um Projeto, de um Plano, que indique prioridades para aplicação do orçamento público. O modelo de financiamento precisa ser discutido junto com o modelo de atenção.

O discurso centralmente financeiro e vazado em jargão técnico é necessário e fundamental para viabilizar novos Projetos de Lei, novas normas e para a definição de um novo padrão de utilização do orçamento público. Entretanto esta modalidade de argumentação não tem conseguido sensibilizar a opinião pública. Alterar este discurso exigirá um esforço das direções do movimento, de intelectuais, de associações de profissionais e de usuários para relacionar problemas de saúde com estratégias para enfrentá-los, bem como ligar corte de recursos com danos à saúde.

Grande parte do esforço dos defensores do SUS para superar o subfinanciamento tem se concentrado na busca por novas fontes de receita. Parece-me que seria igualmente relevante discutirmos o padrão de uso do orçamento público. Estima-se que nos últimos cinco anos o denominado 'desenvolvimentismo', por meio de isenções fiscais, repasses direto do orçamento público e financiamentos subsidiados para o grande capital tenha gastado (perdido?) 550 bilhões de reais. Montante maior do que aquele investido pela União no SUS durante o mesmo período. Estima-se que o Brasil tenha gasto 7% do produto interno bruto (PIB) com o rentismo, juros da dívida interna. Note-se que este valor é retirado do orçamento público. O SUS tem recebido apenas 3,7% do PIB. Além do mais, há as isenções de imposto de renda para gastos privados em saúde, educação, que poderiam ser revogadas e o montante de recursos destinados ao SUS. O sistema de saúde privado, custeado pelo orçamento, para parlamentares, deveria ser revogado também. Aprovar leis e normas proibindo o uso do orçamento público para pagamentos de seguros privados. Talvez estender esta proibição para estatais e outras organizações públicas. Quanto às novas fontes seria interessante lutar para que fossem provenientes de formas progressivas de arrecadação de impostos. Formas centradas na renda e não no consumo de mercadorias, em produtos industriais e de serviços.

Em resumo, a sociedade precisa ser convencida de que vale a pena investir 8% do PIB no SUS.

### III - AMPLA E RADICAL REFORMA DO MODELO DE GESTÃO E DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Produziu-se um descrédito sobre a gestão pública. Segundo esta versão conservadora os sistemas públicos seriam ineficientes, improdutivos e ineficazes. Essa argumentação é ideológica, baseada em valores originários do credo liberal, e busca veracidade ao apontar faltas e falhas do SUS, as quais, supostamente, seriam inerentes a qualquer organização pública. Ocultam que boa parcela destes problemas de funcionamento decorre do financiamento insuficiente, da péssima política e gestão de pessoal, da debilidade do planejamento e de um padrão de gestão do Estado brasileiro comprometido pelo patrimonialismo e clientelismo.

O movimento sanitário precisa assumir abertamente a defesa do SUS como espaço público, e realizar esta defesa com base em valores - o direito a saúde, busca da equidade e da solidariedade -, mas também em evidências concretas que atestem a efetividade do sistema público universal. Opor-se à privatização da gestão e de serviços públicos apontando as deficiências e o alto custo da rede privatizada e regida pela lógica de mercado. O SUS é mais eficiente e mais efetivo do que a Saúde Suplementar, do que outros sistemas ordenados pela competição do mercado. O setor privado brasileiro, em 2014, para atender 25% da população, despendeu 54% do gasto total em saúde no país.

O SUS, para atender aos 75% que não possuem planos ou seguros privados (com uma oferta de serviços bem mais ampla - medicamentos gratuitos, insulina, vacinas, cuidado multiprofissional e não somente médico, etc), utilizou apenas 46% do gasto total em saúde. Realizar cobertura universal, ou mesmo ampliá-la, com planos privados subsidiados pelo orçamento público é inviável economicamente. Somente para incluir mais 25% da população no setor privado seria necessário todo o volume de recursos atualmente utilizado no SUS. Ou seja, esta possibilidade não é aconselhável tanto porque reduziria a oferta a uma parcela pequena da população, e isto a alto custo, várias vezes superior ao do SUS, mas também pelo comprometimento da qualidade e efetividade. O maior custo do setor privado resulta, em grande medida, da medicalização e efeitos iatrogênicos endêmicos existentes em todos os 'sistemas' organizados com base na racionalidade do mercado.

Devemos comparar a atenção ao diabético, às pessoas com problemas de saúde mental ou câncer, no setor privado e no SUS. Comparar gastos e, principalmente, os resultados para a saúde da população. Diversos estudos recentes têm comparado custos e resultados do *National Health Service* (NHS) do Reino Unido com o sistema dos Estados Unidos, apontando ampla vantagem para a política de saúde da Europa.

As grandes inovações organizacionais e em gestão na saúde vêm sendo desenvolvidas e experimentadas nos sistemas públicos de saúde. Foi na área pública que se inventou e experimentou a Atenção Primária, o acesso racional e regulado aos especialistas, exames diagnóstico, fármacos e serviços de alta complexidade.

Foram os sistemas públicos que lograram integrar clínica e saúde pública, assistência e promoção à saúde. São nos sistemas públicos onde se vêm desenvolvendo o cuidado interprofissional, o trabalho em equipes, o apoio matricial e valorização do vínculo e responsabilidade com os usuários.

As mudanças do modelo de gestão deverão objetivar superar o emperramento, burocratização e patrimonialismo, bem como resolver a grande fragmentação existente no SUS, dificultando o planejamento e governo adequado dos serviços de saúde.

A fragmentação do SUS se manifesta em três dimensões. A primeira é a existência simultânea de diferentes políticas, programas e prioridades entre governos federal, estaduais e municipais. A gestão concreta da rede do SUS é dividida em pedaços, um comandado pelos Estados (médica e alta complexidade, hospitais, ambulatorios, urgência e o grosso da Vigilância) e outro pelos municípios (em geral, atenção básica, urgência das Unidades de Pronto Atendimento e algo de Vigilância). Em todas as regiões de saúde do país há pelo menos duas redes que pouco se integram e, muitas vezes, funcionam de maneira competitiva pelas divergências e disputas políticas.

PRECISAMOS REALIZAR  
UMA 'REFORMA DA  
REFORMA' OBJETIVANDO  
A CRIAÇÃO DE UM  
MODELO DE GESTÃO  
QUE SUPERE ESTE  
GRAU NEFASTO DE  
FRAGMENTAÇÃO  
E QUE ASSEGURE  
A PROGRESSIVA  
INTEGRAÇÃO DO SUS

O Ministério da Saúde, por sua vez, controla grande parte do financiamento e o utiliza mediante a estratégia do planejamento por indução financeira, os Estados e Municípios somente receberão grande parte dos recursos se adotarem os modelos de atenção normatizados pelo governo federal. O Ministério da Saúde atua diretamente na Vigilância em Saúde, fazendo isto de maneira fragmentada, parte pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outro pela Secretaria de Vigilância em Saúde. A gestão colegiada bipartite – nos estados e nas regiões de Saúde – e a tripartite nacional, lutam para integrar esta Torre de Babel, constituindo-se em uma iniciativa criativa e inovadora, necessária, mas não suficiente para assegurar governança integrada do SUS.

A segunda dimensão da fragmentação do SUS se refere à grande dependência do sistema privado, particularmente séria na área hospitalar, o que gerou um imenso e antiquado sistema de compra de serviços mediante contratos e convênios. Até hoje não se logrou regular e articular ao SUS essa imensa rede de hospitais privados e filantrópicos. Observe-se que o mesmo tipo de relação vem se dando com Hospitais Universitários, mesmo quando sejam públicos, de Universidades Federais e Estaduais.

Esta fragmentação se agravou ainda mais depois da aprovação da Lei das Organizações Sociais (OS), que vem produzindo terceirização da gestão e de prestação de cuidado de pedaços da rede pública. Os contratos de gestão não têm dado conta da governança e da integração destas partes ao sistema público.

Um terceiro plano de desintegração e de fragmentação se refere a desarticulação entre hospitais, atenção básica, urgência, Vigilância, etc. Isto vem ocorrendo pela maneira com o que o SUS vem sendo implementado e gerido, não assentado em redes regionais com governabilidade sobre todas as modalidades de serviços, mas, por meio de programas verticais ou de redes temáticas. Em consequência, as redes do SUS são paralelas e com baixa articulação horizontal. Vem se constituindo a rede da estratégia de saúde da família, a rede hospitalar, do DST/AIDS, Saúde Mental, etc.

Apesar da denominação de Sistema Único, o SUS está longe de funcionar de maneira

integrada e articulada. Esta característica tem impedido a constituição de política e de ações unificadas em relação a várias iniciativas fundamentais para a consolidação do sistema, como a construção de um Sistema de Informação Único e a definição de uma política de pessoal unificada.

Precisamos realizar uma ‘reforma da reforma’ objetivando a criação de um modelo de gestão que supere este grau nefasto de fragmentação e que assegure a progressiva integração do SUS em todos os três planos apresentados. Caminhar para uma situação em que seja possível responder questões com uma resposta única: - De quem é este hospital? - do SUS. Quem é responsável pelo combate a esta epidemia? - o SUS. Estas equipes trabalham para o município, para o Estado ou para o Ministério da Saúde? - trabalham para o SUS. Este serviço está sob a gestão de quem? Do Estado, do município, de uma OS? - a gestão deste serviço e de toda a rede é responsabilidade do SUS, do SUS Brasil, o nosso SUS.

Ousemos pensar caminhos, passos, possíveis e necessários para este processo progressivo de unificação e de integração da gestão e do funcionamento do SUS.

Uma possibilidade seria a constituição de um organismo tripartite – de todos os municípios, de todos os estados e da União – denominado de SUS Brasil. Pensei numa autarquia interfederativa, com estatuto especial, que incorpore a tradição do SUS, tudo aquilo previsto na Constituição e nas Leis Orgânicas, mas, que se acrescentem novas diretivas reveladas pela experiência dos vinte e cinco anos de funcionamento do SUS.

Uso o apelido de ‘SUS Brasil’ para este organismo unificado. O SUS Brasil teria como célula as regiões de saúde, articuladas e integradas pelos municípios, Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde. O SUS Brasil deveria ser uma organização com gestão compartilhada e participativa, com instâncias de deliberação previstas, já existentes, Conferências e Conselhos, acrescentando-se ainda a novidade das Regiões de Saúde, que deveriam ser comandadas não somente por um Colegiado Regional - composto pelos municípios e pelo estado respectivo, mas também por Conselhos Regionais de Saúde, com a mesma regulamentação dos demais conselhos

de saúde. Cada região deveria ter um Secretário Regional de Saúde, indicado pelos municípios em consenso com o estado.

Será necessário que uma parte importante do orçamento unificado do SUS Brasil seja planejado e executado nas regiões de saúde, mediante identificação das carências e necessidades singulares de cada território. É óbvio que o planejamento nacional, realizado de maneira tripartite, precisará definir prioridades de aplicação de recursos em âmbito nacional e estadual, reservando, com critérios de equidade, parte do financiamento para planejamento descentralizado.

Não se trata de federalização do SUS. Ao contrário, trata-se de criar uma rede integrada de serviços e com comando único em cada região. O comando seria tripartite e com controle social, sempre.

Para atenuar a influência política partidária no SUS Brasil seria fundamental limitar o âmbito e a extensão dos cargos de livre provimento, ou de confiança, no SUS. Os servidores da saúde seriam contratados mediante concurso público e ingressariam em carreiras do SUS Brasil. Além disto, seria fundamental definirem-se regras republicanas para provimento de cargos de chefia de serviços e de programas de saúde. Uma alternativa é a realização de concursos internos entre servidores do SUS Brasil para preenchimento destas funções, com bancas especializadas conforme tema e mandado definido. O livre provimento ficaria restrito aos cargos de secretário, ministro e assessoria direta.

A política e gestão de pessoal poderia se constituir em um primeiro exercício de unificação do SUS. Poder-se-ia criar carreiras para o SUS Brasil, com profissionais sob a gestão das regiões de saúde, dos municípios, estados e do Ministério, ainda quando todos fossem da mesma carreira do SUS Brasil. Constituir-se-ia um Fundo Tripartite de Recurso, mediante acordo prévio, em que a União, os estados e os municípios, todos se responsabilizariam pela política e pela gestão de pessoal. Os concursos poderiam ter âmbito estadual, com possibilidade de mobilidade dentro da rede do SUS e possibilidade de progressão funcional com base em mérito e desenvolvimento profissional.

Imagino que o SUS Brasil poderia propor carreiras temáticas interprofissionais. Carrei-

ra para a Atenção Básica, para a Média e Alta complexidade (hospitais, ambulatórios, CAPS, etc), para a Vigilância em Saúde, para o Apoio Administrativo e Financeiro, para Urgência. Os direitos de cada profissão seriam considerados matricialmente em todas estas carreiras temáticas.

Os atuais servidores públicos, de todas os entes da federação, poderiam escolher migrar para estas novas carreiras ou permanecerem com seus vínculos originais como carreiras em extinção, todo ingresso novo seria por concursos para alguma destas áreas temáticas.

A constituição do SUS Brasil dependerá de estudo e de investigação para aperfeiçoamento dos procedimentos e normas tradicionais da gestão pública. Desde o fim da ditadura pouco se investiu na modernização, democratização e humanização da gestão pública. Com a justificativa de se combater a corrupção, se instituiu uma série de normas e regras que dificultam ao extremo a gestão da rede de saúde. O desafio seria como assegurar integridade, transparência e, ao mesmo tempo, instituírem-se mecanismos centrados no cumprimento do objetivo primário da saúde e dando conta da complexidade em se lidar com pessoal, com equipamentos, insumos e com os próprios serviços de saúde. A resposta conservadora para a resolução deste paradoxo tem sido a ladainha da 'privatização'. O SUS Brasil não deverá terceirizar a gestão e a prestação de cuidados em saúde, ou seja, todas as Fundações Privadas e Organizações Sociais deverão ser progressivamente extintas e incorporadas à rede pública do SUS Brasil.

### **IV- AMPLIAÇÃO DA COBERTURA E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO NO SUS**

É fundamental dar visibilidade também aos problemas de funcionamento do SUS. Advogo a elaboração de um Mapa de Carências do SUS. Um relatório, versado em linguagem acessível à maioria da sociedade, que identifique necessidades de saúde negligenciadas e aponte meios para enfrentá-las. Diagnóstico das filas e das prioridades de intervenções coletivas e intersetoriais, buscando articulá-las ao uso do orçamento público do SUS Brasil - composto por recursos federais, dos estados e municípios -, bem como à definição de novas fontes.

Vale a pena destacar a prioridade da luta por garantir acesso com qualidade à Atenção Básica - Estratégia de Saúde da Família - para 90% de nossa população. O avanço da atenção básica não somente viabilizará a universalidade, como imprimirá maior racionalidade no uso de medicamentos e serviços especializados.

Entre os problemas coletivos do povo, é importante ressaltar o tema da violência em seus múltiplos semblantes, bem com a urgência em se comporem estratégias, para além da saúde, como enfrentamento. O tema das drogas e do crime organizado, do machismo, do preconceito contra a loucura e as deficiências, do racismo, da precariedade do transporte público são produtores e produtos da violência. Outra prioridade é o tema ambiental e climático, crise provocada pelo uso predatório e privado dos recursos naturais e do trabalho humano.

Precisamos abrir, com generosidade, discussões sobre as prioridades em saúde e sobre os modos de enfrentá-las.