

# O SUS CADA VEZ MAIS VIVO!

POR NELSON SANTOS\*

Os congressos do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e demais entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), assim como os Conselhos e Conferências de Saúde e o dedicado e incansável atendimento da população pelos trabalhadores de saúde e gestores, crescem em quantidade e qualidade. Porém, ainda contra-hegemônicos e sem a força social e política capaz de rumar ao modelo assistencial constitucional.

A penúria do SUS continua absurda, mas esgotou-se a capacidade das justas lutas até agora efetuadas somente por mais recursos e contra a privatização. Certamente a mobilização da população com força política necessária para mais recursos, deva ser acrescida de um salto ao nível regional: ampliando e popularizando a consciência da atenção integral à saúde, do direito humano a ela, da sua viabilização ao nível regional e do 'nivelamento por cima' dos sistemas municipais de saúde de todos os municípios da Região de Saúde.

As entidades dos usuários representadas nos Conselhos Municipais de Saúde em cada região e no Conselho Estadual, junto às entidades dos trabalhadores de saúde e representação dos gestores, seriam decisivas na ampliação desse debate mobilizador que deveria se estender às comissões de saúde das Câmaras Municipais, das Assembleias Legislativas e às entidades de prefeitos. Sem dúvida, a 'militância SUS' tem experiência acumulada sobrando para mais essa empreitada, e fica no ar seu debate e sua definição acerca desse possível desafio.



Proposta para repasses federais parcelados adicionais para projetos regionais de efetivação da diretriz constitucional da hierarquização/regionalização

1 - É fácil reconhecer os avanços incontestáveis de inclusão social nos serviços públicos de saúde começando pela Atenção Básica (AB), porém é também fácil reconhecer a grande insuficiência e distorções do modelo constitucional com base no drástico subfinanciamento federal e simultânea substituição da capacidade pública na prestação de serviços de saúde pela privada (no interior do SUS e no mercado de planos privados fortemente subsidiados). Nos itens a seguir intenciono contribuir para a efetivação de quatro avanços interdependentes no SUS: a) vincular recursos federais adicionais parcelados, além do mínimo constitucional, ao cumprimento de metas e resultados pactuados no desenvolvimento de projetos regionais interfederativos; b) implementar a efetivação do modelo 'SUS' implementando a diretriz constitucional da Hierarquização/Regionalização; c) além do grave subfinanciamento, superar mais duas dificuldades iniciais, que ao longo dos 25 anos do SUS tornaram-se graves obstáculos para a gestão do modelo constitucional: o centralismo normativo federal e a pulverização de projetos municipais; e d) manter o pleito dos 10% da receitas correntes brutas da União (RCB) para o SUS para ser realizado parceladamente com a efetivação dos avanços aqui postos.

## A PENÚRIA DO SUS CONTINUA ABSURDA, MAS ESGOTOU-SE A CAPACIDADE DAS JUSTAS LUTAS ATÉ AGORA EFETUADAS SOMENTE POR MAIS RECURSOS E CONTRA A PRIVATIZAÇÃO

2 - Cabe à Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Saúde (CIT/CNS), às Comissões Intergestores Bipartites dos Conselhos Estaduais de Saúde (CIBs/CEs) e às Comissões Intergestores Regionais dos Conselhos Municipais de Saúde (CIRs/CMSs) - as diretrizes para formulação dos projetos regionais do SUS em cada uma das mais de 400 Regiões de Saúde previstas. Com destaque aos objetivos e metas: a) finalísticas (cobertura, acesso, qualidade, resolutividade, relação demanda espontânea-busca ativa, cálculo de custos, relação custo-efetividade, satisfação da população), com o objetivo da AB realizar a cobertura universal incluindo os trabalhadores sindicalizados e as classes médias, com fácil acesso e qualidade, resolutividade acima de 80%, com o necessário suporte de serviços mais complexos e com a adesão da população, e b) meio (capacidade instalada, condições de trabalho de qualidade, gestão pública de pessoal de saúde visando seu ingresso, carreira, adesão e fixação perante a população adscrita e provimento das funções de direção com profissionais de carreira).

3 - As diretrizes nacionais, estaduais e regionais para cálculo de custos e relação custo-efetividade devem considerar a diversidade estadual e regional com o objetivo de equalizar a adesão e fixação dos profissionais e equipes de saúde junto à população para a prestação de serviços integrais segundo as necessidades e direitos da população. A história negativa do centralismo e burocratismo federal em país continental diversificado, desaconselha a carreira e gestão federal ou nacional, mas aconselha a pactuação e legalização de diretrizes nacionais e estaduais decorrentes, claras e precisas, debatidas nas comissões intergestores e conselhos de saúde, visando carreiras públicas regionais ou regionais e municipais. Essas diretrizes deverão contemplar a diversidade regional visando a equalização inter-regional da adesão e fixação dos profissionais.

4 - O disposto na Lei 141/2012 em relação ao planejamento e orçamentação ascendente deve ser rigorosamente cumprido: a partir das realidades socioeconômica, demográfica, epidemiológica e cultural em cada região, devem ser definidos os planos municipal, regional e estadual, com metas e custos cujas prioridades e etapas devem ser debatidas e aprovadas nos conselhos de saúde. O plano regional deve contemplar a equidade inter-municipal (“nivelando os municípios por cima”), assim como o plano estadual deve contemplar a equidade inter-regional. Daí a relevância do rateio equitativo dos repasses aos estados e municípios.

5 - A efetivação da oferta de serviços de saúde com qualidade e resultados comprovados em cada projeto regional deverá ser assegurada pelos recursos federais adicionais mediante comprovação técnica e social (indicadores meio e fim e transparência para a opinião pública). A grande, e muitas vezes, profunda diversidade entre as realidades estaduais e regionais no território nacional, fatalmente levará a sensível diferenciação nos cronogramas e estratégias de implementação da Hierarquização/Regionalização nas mais de 400 Regiões de Saúde e respectivos cronogramas de repasses de recursos adicionais parcelados, o que exigirá do governo federal e da CIT/CNS seguir rigorosamente as pactuações interfederativas, não se tornando reféns das duas pressões aparentemente polares: a) recurso adicional abaixo da capacidade de, por etapas, mudar estruturalmente o modelo assistencial, reproduzindo-o, e b) recurso adicional pressionado por acertos fisiológicos e/ou partidários do presidencialismo de coalizão e por isso perpetuando as atuais distorções.

## É FÁCIL RECONHECER A GRANDE INSUFICIÊNCIA E DISTORÇÕES DO MODELO CONSTITUCIONAL COM BASE NO DRÁSTICO SUBFINANCIAMENTO FEDERAL E SIMULTÂNEA SUBSTITUIÇÃO DA CAPACIDADE PÚBLICA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA PRIVADA

6 – A rica experiência de articulação e pactuação interfederativa entre os três entes federados acumulada na gestão do SUS (CIT, CIBs e CIRs) por 25 anos, aponta hoje para o necessário e inadiável salto de qualidade ao nível da Região de Saúde, visando gerar uma instância de gestão regional do SUS, resultante direta e exclusiva das diretrizes e metas pactuadas na CIR, e sob o planejamento, acompanhamento e avaliação da CIR e Conselhos de Saúde envolvidos. Essa instância gestora, por isso, não terá a autonomia de esfera federativa, e sim de cumprimento das diretrizes, metas e prioridades geradas pelos entes federados regionais, por sua vez, balizadas pelas diretrizes, metas e prioridades estaduais, por sua vez, balizadas pelas nacionais.

7 – A não duplicação de competências e atos gerenciais da gestão regional com a gestão municipal e estadual é de responsabilidade das diretrizes da CIR/CMSs, observadas as diretrizes da CIB/CES e da CIT/CNS.

8 – A reconhecida insuficiência da burocracia, lentidão e outras características das atividades-meio da administração pública direta, perante a peculiar dinâmica do atendimento das necessidades, direitos e pressões da demanda de saúde da população por serviços essenciais, aponta para a adoção da gestão pública mais eficiente e eficaz para esse perfil de demanda, com autonomia gerencial e orçamentária, prevista para a administração pública indireta (Art.37 da CF/88). Vemos este item como condicional à implementação dos eixos aqui postos para debate.

9 – Opinamos que o debate, reparos, melhorias e pactuações dos eixos conceituais e estratégicos aqui exemplificados e outros, deve anteceder e orientar a busca e adoção

da alternativa de administração pública indireta mais adequada para a gestão regional no SUS. Em outras palavras, a necessária clareza, fundamentação e mobilização na direção dos avanços desejáveis e possíveis no desenvolvimento da política pública constitucional universalista, podem ser obscurecidas ou confundidas, se antes delas o debate concentrar-se em torno da alternativa “mais adequada ou única” entre as várias da administração indireta. O Art. 37 da CF e legislação decorrente, pelo que eu saiba, prevê alternativas de autarquia convencional, autarquia especial, fundação pública, empresa pública, consórcio público, associação de entes federados tipo consorcial, etc., todas dependentes de Lei criadora cujos itens deverão ser debatidos amplamente: entidades da sociedade, MRSB, gestores do SUS, Conselhos de Saúde e Legislativo. Também, pelo que eu saiba, a Lei comporta espaço maior, menor ou nulo para incorporar procedimentos de entes privados, e proponho desde já o espaço nulo.

10 – Esta proposta tem várias fontes de inspiração, destaco duas: os ricos debates e posicionamentos conjuntos das entidades ligadas ao MRSB desde 2005, e o denso e instigante projeto da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), chamado “Brasil Saúde Amanhã”, uma rede multidisciplinar de pesquisa que investiga e propõe caminhos para o país e o setor Saúde no horizonte dos próximos 20 anos.

*\*Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, professor colaborador da Universidade Estadual de Campinas e membro do Instituto de Direito Sanitário Aplicado*