

## **A REFORMA DO ESTADO “SUS” E A PROPOSTA DAS FUNDAÇÕES PÚBLICAS OU ESTATAIS**

Nota: Esta versão incorpora aprimoramentos de grande pertinência e consistência de vários militantes da reforma sanitária, em especial Francisco Braga, Gilson Carvalho, Jairnilson Paim, Lenir Santos, Luiz Cecilio, Marco Antonio Teixeira e Paulo Elias, sem comprometê-los com dubiedades, equívocos e limitações ainda existentes, que seguem por nossa conta. Em novembro trataremos de redação final e publicação.

Nelson R. dos Santos

“... o erro de reduzir a política à macroeconomia, de subordinar as ações construtivas à miragem fugidia das perfeitas condições econômicas, condena os governos a um começo perpetuamente adiado...” Vaclav Havel – último presidente da Tchecos-lovaquia.

### **A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ E A REFORMA DO ESTADO “SUS”**

Sabe-se que a demarcação do que é público e privado e da dinâmica da coexistência entre os interesses e instituições públicas e privadas, tem relação com o pacto social entre os diferentes segmentos da sociedade civil e destes com os aparelhos de Estado, que por sua vez tem relação com os valores sociais prevalentes e o grau de consciência coletiva dos direitos sociais, dos rumos do modelo do desenvolvimento e da democratização do Estado e mobilizações decorrentes. Em sociedades onde estas questões encontram-se mais avançadas, com nível reconhecidamente mais elevado do processo civilizatório, o pacto social e federado construído e celebrado intensivamente, desdobra-se no permanente cotidiano da sociedade e

Estado, em vigilância eficaz contra retrocessos e por aprimoramentos. É o paradigma da “res-pública”.

Tivemos no Brasil auspicioso período pós-ditadura, com crescente mobilização da sociedade civil nos anos 80 e ápice no processo Constituinte em 1987/1988, quando novo e avançado pacto social e federado consagrou princípios e diretrizes com base nos direitos de cidadania e cuja implementação apontou para adequação e reforma dos aparelhos de Estado, incluindo legislação infra-constitucional. Por outro lado a formação histórica do nosso país dispôs reconhecida diversidade entre os setores sócio-econômicos sob o ângulo do avanço da consciência, organização e mobilização da sociedade e a resistência dos segmentos conservadores. No setor saúde, no âmbito da seguridade social, houve verdadeiro salto de qualidade no pacto social e federado construído pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e os Constituintes: o SUS, que adentrou nos anos 90 com potencia suficiente para conquistar significativas reformas nos aparelhos de Estado como a profunda descentralização/municipalização, a criação de comissões permanentes de pactuação entre as três esferas de Governo com a NOB-93, os conselhos e conferências de saúde enquanto expressivo avanço na gestão participativa, a direção única em cada esfera com a extinção do INAMPS e a criação dos Fundos de Saúde e dos repasses Fundo a Fundo. Este grande avanço foi realizado até 1.994 no âmbito da “gestão de sistemas” (municipal, estadual e nacional) e, no seu bojo, já se previam etapas seguintes voltadas para a gestão/gerencia das unidades prestadoras de serviços, desde as básicas até as de alta complexidade, com base em metas de prestação de serviços necessários à população e autonomia gerencial para cumpri-las com qualidade. Sua efetivação, entretanto vem passando por desvios e bloqueios a seguir expostos.

#### EVOLUÇÃO PÓS-1994

A continuidade ou extensão da reforma do Estado “SUS” à rede prestadora de serviços implicava a partir de 1.994, em: a) reconhecer e identificar nos aparelhos de Estado e nos correspondentes procedimentos e instrumentos gerenciais (dos recursos financeiros, materiais e humanos) a pesada e complexa herança da formação do Estado brasileiro: unitário (avesso à diversidade regional e local), cartorial, patrimonialista, burocratizado e clientelista, com a administração pública direta e indireta impregnadas com todas as vertentes particularistas e corporativistas, b) formular estratégias e desenvolver novos modelos gerenciais capazes de deslocar a hegemonia do “modelo da oferta”, substituindo-a pelo “modelo das necessidades e direitos da população”, c) superar o grande abalo produzido em 1993 com a retirada repentina e arbitrária do financiamento do SUS, de sua maior fonte (previdenciária), quebrando-o e obrigando o Ministério da Saúde por meio de decreto de calamidade pública a contrair empréstimo perante o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e d) antepor alternativas de reforma e avanços gerenciais nas unidades do SUS, à proposta apresentada na época pelo Governo Federal, de simples abdicação dessa responsabilidade, e sua entrega a entidades do setor privado (Organizações Sociais do Plano Diretor de Reforma do Estado, 1995). Na época já se tornava clara a percepção do grande desafio do cidadão se reconhecer no sistema público, inclusive a classe média, o servidor público, o gestor e o conselheiro enquanto usuários, do sistema público universalizado. A realização deste reconhecimento, desse pertencimento, passa pela consciência das necessidades, pela consciência dos direitos, pela consciência política e pela conquista de um SUS tão público quanto já é estatal.

Não houve potência suficiente para a continuidade ou extensão da reforma do Estado “SUS” à rede prestadora de serviços: o sub-financiamento, a pulverização dos parques repasses federais em 130

fragmentos, o largo predomínio do pagamento dos serviços por produção e com valores abaixo dos custos operacionais, a desastrosa precarização da gestão dos trabalhadores de saúde incluindo o festival de terceirizações, tem sido desde 1.990, os grandes indutores do perfil da oferta de serviços. A atenção básica não consegue desenvolver alta resolutividade (acima de 80%) nem a porta de entrada predominante nem a estruturação do conjunto do sistema; os serviços de média e alta complexidade (eletivos e de urgência) super-congestionados, reprimem demanda e reproduzem os interesses do modelo da oferta com altos índices de atos evitáveis e/ou desnecessários de difícil controle neste modelo.

#### A REFORMA DO ESTADO "SUS" NA CONTRA-HEGEMONIA

O impulso da reforma do Estado "SUS" até 1.994 entrou a partir de 1995 em desvantagem que impediu sua continuidade e extensão às necessárias reformas de gerência na rede prestadora de serviços, devido ao fortalecimento de políticas institucionais econômicas, da "inteligência" de Estado e da sua reforma "liberal" e nas políticas públicas, que avançaram no ideário da focalização e segmentação/estratificação, sobrepondo-se na prática, ao ideário da reforma sanitária brasileira universalista, com equidade e integralidade. Esta nova hegemonia delimitou os avanços da NOB-96 e NOAS-00 a uma implementação racionalizadora da produtividade de ações e serviços de saúde na direção da gestão descentralizada "Tirar água das pedras" sob baixíssimo financiamento.

Esta reforma, contudo, continuou emergindo na contra-hegemonia em inúmeras trincheiras e ocasiões, seis delas de alto significado para a retomada da reforma do Estado "SUS":

- ➔ Setembro/1995: É realizada oficina de Trabalho "Alternativas de Gestão das Unidades Públicas Governamentais do SUS" com participação de 109 técnicos e dirigentes do CONASS (promotor),

CONASEMS, OPAS/OMS, ABRES, IDISA, ABRASCO E CEBES, que por unanimidade condenou as fundações privadas de apoio a unidades públicas e terceirizações das unidades públicas, assim como propôs a continuidade da condição estatal nas unidades públicas e seu aprimoramento gerencial por meio de modalidades de autonomia de gestão e contratos de metas qualitativas, subordinadas aos preceitos Constitucionais e da legislação infraconstitucional, a começar da definição dos papéis e objetivos de cada unidade pública em função da sua integração funcional às redes hierarquizadas e regionalizadas.

- ➔ Dezembro/1996: É realizada oficina de trabalho "Reforma Administrativa" com participação de 96 técnicos e dirigentes das Secretarias de Estado de Saúde, promovida pelo CONASS, que por unanimidade aprovou a autonomia de gestão das unidades estatais, a flexibilização em função da realização de metas e objetivos, mas sem transformá-las em organizações sociais privadas com desresponsabilização do Estado.
- ➔ Dezembro/1996: Deliberação do Conselho Nacional de Saúde solicita ao Governo Federal a suspensão da aplicação no SUS, por seis meses, da reforma pretendida, com vistas ao necessário aprofundamento e posicionamento do CNS. Paralelamente houve mobilização política de várias entidades desse Conselho, inclusive em audiência pública na Câmara dos Deputados, o que resultou na suspensão solicitada.
- ➔ Maio/1997: É discutido e aprovado por unanimidade no plenário do Conselho Nacional de Saúde circunstanciado relatório de grupo de trabalho especial criado em 1996, que condena a entrega de unidade pública a "organizações sociais" do setor privado e depois contratá-las, com a justificativa de se desfazer do peso da lentidão, baixíssimo orçamento, burocratismo, clientelismo, baixa eficácia e eficiência, e preconiza que a

reforma do Estado remova este peso no próprio setor público, criando e promovendo a imprescindível flexibilização e agilização gerencial e administrativa, com autonomia gerencial dos órgãos públicos em questão, atrelada ao cumprimento de metas de produção e qualidade, sob contratos de gestão, sempre em função dos resultados para a população, e com quadro do pessoal de saúde ingressando por concurso público, com carreiras e criação do emprego público pela CLT com adicionais por desempenho e resultados para a população.

- ➔ Novembro/1999: É discutido e aprovado por unanimidade no plenário do Conselho Nacional de Saúde, relatório de um segundo grupo de trabalho especial sobre a reforma do Estado e criação de organizações sociais privadas. Este relatório, mais abrangente que o de 1977, preconiza que antes de implantar as OSs, deveria ser garantida maior autonomia às unidades públicas de saúde, com profissionalização do gestor público, adoção do contrato de gestão para cumprimento de metas, etc., por meio de projeto de Lei que contemple maior flexibilidade gerencial e controle social dos resultados. Se posteriormente as OSs voltassem à discussão a interlocução sobre a sua necessidade e oportunidade dar-se-ia perante um Estado eficaz, eficiente, com resultados maiores para a população e com controle social mais desenvolvido nas atividades-meio do Estado e principalmente nos resultados.
- ➔ Agosto/2002: É discutido durante 7 reuniões ordinárias e aprovado por unanimidade no plenário do Conselho Nacional de Saúde o documento “O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes”. No 10º desafio consta a “valorização de planos de cargos, carreiras e salários com adicionais de desempenho e resultados para a saúde da população”, e no 11º desafio consta “unidades estatais de saúde

com autonomia administrativa para cumprimento de metas de produção, de qualidade, com humanização e resultados, em função das necessidades e prioridades da população aprovadas nos conselhos de saúde”, assim como “termos de compromisso e contratos de gestão com o Gestor”.

Nestas seis manifestações ficaram inequívocas:

- a) Condenação de todas as formas de terceirizações/privatizações da gestão das unidades e serviços governamentais de saúde e,
- b) Proposição de criação e efetivação de formas de combater dentro do setor público, o sub-financiamento, burocratismo, clientelismo, ineficiência e ineficácia, por meio da profissionalização do gestor público, do concurso público, carreiras, adicionais por desempenho/resultados, contratos pela CLT, efetivação do controle social dos resultados, e em especial, as modalidades de autonomia gerencial comprometida com o cumprimento de metas quantitativas e de indicadores de qualidade, contratadas pela Gestão do SUS.
- c) Nelas se encontram, ainda que na condição subalterna ou contra - hegemônica, as raízes do atual esforço de criação das Fundações Públicas ou Estatais, neste momento expresso no substitutivo do Dep. Pepe Vargas ao PLP nº 92/2007, cuja versão inicial está lacônica e vulnerável.

### **DELIMITAÇÃO DA AUTONOMIA GERENCIAL NA CONSTRUÇÃO DO SUS**

A implantação e implementação da autonomia gerencial com contratos de metas será avanço tanto maior quanto mais vinculado a outros avanços que constroem o SUS, como:

- a) No financiamento e gestão dos recursos financeiros:

- Regulamentação, da EC-29 conforme dispõe o PLP 01/2003 ou similar.

- Substituição dos repasses federais fragmentados por repasses vinculados às metas estaduais e municipais de atenção integral a saúde aprovadas pelos conselhos de saúde, inclusive as prioridades e etapas constantes nos planos anuais e plurianuais. Esta substituição não interrompe a transferência de recursos, constando de transição pactuada entre as esferas envolvidas. No caso de descumprimento das metas acordadas sem justificativa aceita pelos órgãos de avaliação, controle, auditoria e Conselho de Saúde, aplica-se se for o caso, o disposto no § único do Art. 4º da Lei nº 8.142/1.990, ou na punição da(s) autoridade(s) sanitária(s) responsáveis em quaisquer dos níveis da gestão e gerência do sistema.

- Substituição da predominância no SUS, da remuneração dos serviços por produção e com valor menor que o custo, pela remuneração das metas de atenção integral com indicadores de qualidade, eficiência e eficácia pactuados na CIT e CIBs aprovados nos conselhos de saúde, com valores não inferiores ao custo. Fica assim proscrita também a possibilidade de remuneração global com valores menores que o custo, inclusive porque estão impedidos valores irrisórios ou inexeqüíveis pela Lei 8.666/1.993.

b) Nas inovações de gestão:

- As fundações públicas ou estatais deverão estar em princípio vinculadas à Gestão Municipal e supletivamente à Estadual, conforme dispõe a Lei 8080/90.

- A definição e efetivação dos papéis e responsabilidades de cada unidade autônoma devem inserir-se na construção das redes hierarquizadas e regionalizadas, desde os distritos

sanitários (com unidades básicas, policlínicas e hospitais de menor porte), até hospitais complexos de grande porte.

- As fundações públicas ou estatais devem participar do regramento e regulamentação dos fluxos de demanda dos consumidores dos planos privados de saúde aos serviços do SUS.

- As fundações públicas ou estatais devem alimentar sistematicamente os bancos de dados e informações do Gestor Público Contratante em função da obrigação legal do Gestor alimentar o SIOPS, SIAFI e congêneres estaduais e municipais, assim como os de produção de ações e serviços do SUS.

- Devem ser elaborados e disponibilizados relatórios de gestão ao gestor contratante, com diretrizes pactuadas na CIT e CIBs, contendo metas cumpridas, indicadores de qualidade, desempenho, eficiência e resultados cumpridos, e a forma e grau de inserção no processo da regionalização, assim como os balanços financeiro, patrimonial e orçamentário também submetidos ao gestor contratante, que legalmente presta contas aos órgãos oficiais de controle interno e externo, aos respectivos conselhos de saúde, ao Legislativo e ao Ministério Público.

- Devem integrar toda a implementação do Pacto pela Vida, e Defesa do SUS e de Gestão.

c) Na gestão dos recursos materiais:

- Devem ser adotados os procedimentos legais inclusive a consulta pública e o pregão público.

d) Na gestão dos recursos humanos:

- Efetivação das medidas de desprecarização da gestão do trabalho e dos trabalhadores de saúde no SUS, pactuadas na CIT, CIBs e conselhos de saúde, com vistas à fixação e adesão

do pessoal junto à população, preferentemente sob o regime de emprego público pela CLT.

Esta delimitação da autonomia gerencial foi, certamente, a preocupação do Conselho Nacional de Saúde em sua reunião de Agosto/2007 ao aprovar dez diretrizes a serem respeitadas nos avanços do modelo de gestão no SUS que valem ser aqui transcritas:

“ 1 – seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde;

2 – seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada;

3 – assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses serviços, com o aperfeiçoamento dos seus mecanismos de prestação de conta;

4 – no qual assegurada à autonomia dos gestores do SUS de cada esfera do governo com relação à gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços;

5 – no qual a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais;

5 – envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do pacto de gestão;

6 – empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento;

7 – aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde;

8 – institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde;

9 – enfrente os dilemas das relações público e privado que incidem no financiamento, na organização, na gestão, na prestação de serviços e nas relações de trabalho na saúde;

10 – que garanta a valorização do trabalho em saúde, por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da mesa nacional de negociação do SUS.

11 – que se coadune com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS. ”

Concluindo, a implantação e implementação das fundações públicas ou estatais, e demais mudanças no modelo de gestão, na ausência de avanços da implementação de procedimentos básicos de gestão como os acima apontados, estas fundações por si não mudarão o modelo de gestão (modelo da oferta), e serão provavelmente compelidas a desenvolver boa produtividade em economia de escala, com seleção de demanda e cumprimento de bom padrão de qualidade, especialmente no caso de hospitais complexos de maior porte, mas descoladas dos vasos comunicantes da construção do novo modelo de atenção e de gestão comandados pelos princípios e diretrizes Constitucionais, e por isso mais uma “panacéia” no interior do velho modelo.

#### **BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE O DIREITO PÚBLICO E PRIVADO**

A pouca clareza e delimitação entre os interesses públicos e privados em nossos aparelhos de Estado referida no início deste texto, mantém historicamente um estreitamento dos interesses públicos quando comparamos com nações em maior grau de desenvolvimento e do próprio processo civilizatório. Salvo desconhecimento da nossa parte, nesses países as jurisprudências e legalidades firmadas no campo do Direito Público estariam mais avançadas e expandidas para respaldar as autonomias gerenciais e contratos de metas com qualidade, sem necessidade de valer-se para tanto, de instrumentos legais do campo do Direito Privado, mesmo que sob controle público. Por outro lado, o Direito Privado não é por definição área jurídico-legal destinada exclusivamente a respaldar o mercado e menos ainda sua predação da coisa pública (res-pública); sua abrangência vai muito além do mercado, incluindo entidades privadas sem fins lucrativos que atendem o interesse público e social, e também, toda a dinâmica e a vida da sociedade civil, e nesta abrangência, sem a ativa participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas de Estado, não há construção do Estado democrático. Nas sociedades mais desenvolvidas são usuais expressões como Estado regulador, Estado contratante e Estado negociador, capaz de quando for o caso, se valer de procedimentos do direito privado no que tange a garantia, rapidez e qualidade de resultados à sociedade, avançando sua finalidade pública através de entidades estatais autônomas sob controle público e social.

**O AVANÇO GERENCIAL, A MUDANÇA DO MODELO E A  
RETOMADA DA REFORMA DO ESTADO “SUS”**

Neste último capítulo é oportuno lembrar que: a) os avanços pontuais no campo administrativo e normativo da gestão pública não evoluem e nem mesmo se consolidam caso não assumidos e respaldados pelo conjunto dos gestores, trabalhadores de saúde e principalmente pela população usuária e suas entidades representativas. Há penosos exemplos no SUS, como: descumprindo a exigência de PCCS no art. 4º da lei 8142/90 com a desastrosa precarização da gestão do trabalho e dos trabalhadores de saúde, ou descumprindo os art. 35 e 36 da Lei 8080/90, com a fragmentação dos repasses federais em mais de 130 “mini-repasses”, ou descumprindo importantes pactuações expressas na NOB-96 e na NOAS, com as portarias normativas ministeriais, que chegaram a 8 por dia útil em 2001/2002, tudo isso alertando para a necessidade da maior lucidez e competência estratégica na implantação e implementação de cada avanço programático ou gerencial do SUS, e b) a autonomia gerencial das unidades prestadoras mais complexas de serviços e respectivos contratos de metas de produção com qualidade são realizadas sob variadas modalidades legais e institucionais, em regra, nos sistemas públicos de saúde de países mais avançados e respaldados pela sociedade ou que estejam em estágios mais avançados da sua construção, avançando o próprio caráter público. Para nós, um desafio inabdicável, mas com os cuidados também inabdicáveis.

Por final, é necessário reconhecer que as forças econômicas sociais e políticas pela construção do SUS permanecem contra-hegemônicas perante aquelas que vêm predominando em nossas políticas públicas de Estado desde 1990, mas com potência para resistir no geral e avançar no pontual, avanço este sob os riscos anteriormente

exemplificados. Se houver disposição dos gestores públicos, das entidades dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços, de reconhecer e enfrentar articuladamente os fatores desses riscos, as fundações públicas ou estatais poderão, ao contrário de ser cooptadas pelo modelo da oferta, vir a ser o fio da meada da retomada da reforma do Estado "SUS".