

6ª Versão

TÓPICOS PARA REFLEXÃO E FORMULAÇÃO DE ATUAÇÕES PELA MILITÂNCIA
DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS

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 Cecílio, 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

1. AVANÇOS NOS QUASE 17 ANOS DE SUS

1.1 - Inusitada elevação da produção e produtividade de ações e serviços descentralizados preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade, especialmente na Atenção Básica e impactante inclusão social (ver dados no DATASUS), apesar do baixíssimo financiamento.

1.2 - Programas nacionais exitosos (Controle da AIDS, Plano Nacional de Imunizações, Plano Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos, outros).

1.3 - Mostras de milhares de experiências locais exitosas, quase todas municipais, de construção dos princípios do SUS, na prática, por trabalhadores de saúde e gestores descentralizados com participação dos usuários. Apesar de grande parte ser efêmera, o número total não diminui, Não foi ainda possível êxitos regionais, municipais e estaduais capazes de constituir uma mostra.

1.4 - Ampla e diversificada base sócio-político-institucional: rede de conselhos de saúde (mais de 150 mil conselheiros), entidades dos usuários, trabalhadores de saúde e de prestadores de serviços, CONASS, CONASEMS, MS, MP, FPS, CEBES, ABRASCO, ABrES, AMPASA, Rede UNIDA e outras.

1.5 - Reforma do Estado "SUS" de 1990/1994, com impactante descentralização, criação das Comissões Intergestores de Pactuação (CIT, CIBs, CIRs), efetivação da direção única/extinção do INAMPS, implantação da gestão participativa com os conselhos e conferências de saúde e a criação dos Fundos de Saúde e repasses fundo a fundo. Esta reforma "de sistema" apontava em 1994/1995 para o desafio de reformar a gestão/gerência da rede de unidades públicas prestadores de serviços.

1.6 – Início da regulação do mercado dos planos e seguros privados com a Lei 9656/1998, definindo o plano-referência, o ressarcimento ao SUS e outras diretrizes.

1.7 – PLP nº 01/2003; Regulamenta a EC-29 unificando a receita orçamentária nas três esferas de Governo como base de cálculo das respectivas contrapartidas no financiamento do SUS, interrompendo a retração da contrapartida federal, e dispendo sobre diretrizes para a estrutura dos gastos públicos com saúde, controles e prestação de contas a luz do novo modelo de atenção e gestão da saúde decorrente dos postulados Constitucionais. Discutido e aprovado ampla e profundamente durante 2.003 e 2.004 pelas representações dos segmentos dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, CONASS, CONASEMS, Frente Parlamentar da Saúde e pelas três comissões obrigatórias da Câmara dos Deputados.

2. DIFICULDADES E OBSTÁCULOS NOS QUASE 17 ANOS DE SUS

2.1 - Financeirização dos orçamentos de saúde e da sua execução: queda da participação do MS na receita federal enquanto esta se eleva; retração da contrapartida federal para o SUS enquanto sobe a dos estados e municípios, intenso enxugamento da folha de pagamento do pessoal e na execução do orçamento, contingenciamentos no empenho, liberação e pagamento. As próprias Normas Operacionais pactuadas entre as três esferas padeceram da normatividade federal sob a lógica do

financiamento, com evidente prejuízo das diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde. A partir de 1990 não são destinados os 30% do orçamento da seguridade social, em 1993 o SUS é quebrado financeiramente com a retirada da fonte previdenciária, em 1996 a CPMF passa de adicional a substitutiva, em 2000 a EC-29 contempla a esfera federal com cálculo complacente da sua contrapartida, em relação aos Estados e Municípios, e a partir de 2004 a votação do projeto de Lei que regulamenta a EC-29 é postergada na Câmara dos Deputados.

2.2 - Drástica precarização da gestão do trabalho e do trabalhador de saúde atingindo servidores públicos estatutários, celetistas, temporários, diaristas, terceirizados e demais modalidades de vínculos, nivelando-os “por baixo”, sem concurso público, com achatamento salarial, sem carreiras e capacitações/qualificações, e expondo paradigma federal de rebaixamento da função pública, inculcando-o às esferas estadual e municipal. Proliferaram terceirizações das mais variadas formas, inclusive sem carteira de trabalho nem direitos trabalhistas, com graves conseqüências na adesão e fixação de profissionais, na educação permanente e no cuidado e qualidade aos usuários.

2.3 - Elevadíssima fragmentação dos repasses federais: por volta de 130 “mini-repasses”, cada um vinculado a uso restrito definido pela Gestão federal, o que inibe o planejamento ascendente com metas de atenção integral adequadas às realidades e necessidades loco-regionais e definidas com participação social.

2.4 - Permanência do largo predomínio da remuneração dos serviços por produção e com valores inferiores aos custos.

2.5 – Pronunciada queda do investimento pelo gestor federal, na produção de conhecimentos e tecnologias na área industrial nacional, governamental e privada, de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos assim como na avaliação tecnológica em saúde..

2.6 - Implantação de medidas oficiais de reforma do Estado a partir de 1995, reduzindo responsabilidades estatais, nas unidades públicas de saúde passando sua gerência para organizações sociais do setor privado, atropelando a linha da reforma "SUS".

3. COEXISTÊNCIA DOS AVANÇOS E DIFICULDADES / OBSTÁCULOS E REFLEXOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- A grande expansão da Atenção Básica, não obstante seja um dos maiores avanços, incluindo o PSF e similares, dificilmente consegue aprofundar a qualidade técnica, a resolutividade e manter a direção para vir exercer o caráter estruturante do sistema.

- Os serviços assistenciais de média e alta complexidade (de urgência e eletivos) em regra acumulam na prática papel de porta de entrada predominante, super-congestionados, reprimindo demanda e sediando insustentáveis índices de atos evitáveis e/ou desnecessários.

- A realização da universalidade do acesso não consegue em regra induzir a realização da atenção integral e igualitária nem da implementação da regionalização, em cujo bojo os fluxos da demanda dos consumidores de planos privados de saúde aos serviços de média e alta complexidade e medicamentos do SUS, permanecem sem qualquer regramento e regulamentação à luz dos princípios e diretrizes da Integralidade, Igualdade e Hierarquização/Regionalização.

- A base sócio-político-institucional do SUS, referida nos Avanços, ampliou-se e diversificou-se, mas, em relação às dificuldades e obstáculos, vem revelando reduzido poder político, econômico e administrativo.

- A grande produção e produtividade da gestão descentralizada sob pressão da demanda está compelida ao paradigma incrementalista de mudanças, que por não conseguir mudar os modelos de atenção e de gestão, dos interesses da oferta para as necessidades e direitos da população, está levando os gestores descentralizados, os trabalhadores

de saúde e os prestadores de serviços básicos e de média complexidade, à exaustão. No processo da exaustão, parte dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços vão apelando para “táticas de sobrevivência” (*), todas elas aprofundando a desassistência e desigualdade, com adoecimentos evitáveis, agravamentos de doenças e mortes. Frente ao dilema em situação concreta, o gestor deve proteger o usuário, e frente ao dilema estrutural, deve agir com presteza e equilíbrio.

As “táticas de sobrevivência”, além de penalizar a população usuária, criam tensões e conflitos entre atores essenciais do SUS, que ao contrário de aliançar e ampliar forças, “neutralizam-se entre si”, perante os obstáculos estruturais à construção da universalidade com integralidade, igualdade e qualidade. Na verdade aprofundam o desrespeito ao cidadão e subvertem o direito à saúde.

(*) Baixa dedicação às necessidades e direitos dos usuários nas ações de proteção aos riscos de saúde, nas unidades básicas de saúde, nos ambulatórios de especialidades, nos laboratórios e nos hospitais, além de baixa assiduidade e cumprimento das jornadas de trabalho, formação de empresas ou cooperativas a serem contratadas (no caso de algumas especialidades médicas), certas formas de greves de profissionais, cobranças “por fora” e outras. Há também a “sobrevivência política” do gestor de cada esfera de governo, de proteger sua estabilidade anunciando responsabilidade do gestor de outra esfera.

4. HIPÓTESES

- a) As dificuldades e obstáculos à realização do SUS não apareceram pontual e casualmente no decorrer dos quase 17 anos nem constituíram desvios isolados entre si. Aparentemente, o intenso e persistente sub-financiamento e a desastrosa precarização das relações de trabalho e dos trabalhadores de saúde, duas verdadeiras muralhas contra os avanços, comandariam as demais dificuldades e obstáculos na indução do perfil da produção dos serviços. Este conjunto foi revelando ano a ano a crescente competência de “estratégias desviantes” formuladas e implementadas pela política de Estado hegemônica anti-universalista, rumo a uma

“modernização” do modelo da oferta, enquanto alternativa ao modelo universalizante das necessidades e direitos da população.

- b) Está em curso a política implícita, mas hegemônica de saúde gerada e implementada pela competência estratégica da hegemonia hoje instalada ao nível macro-político, que permeia os governos desde 1990, com base na regulamentação do mercado de serviços de saúde para os 25% da população que consome planos privados (que conseguiu adesão da classe média e da maioria dos servidores públicos) e no SUS (pobre para os 75% pobres e complementar para os consumidores dos planos privados).
- c) A imagem do SUS sob o ângulo do cotidiano da oferta e utilização dos serviços públicos estaria mais consciente em certos grupos sociais com relações clientelistas mais visíveis no período eleitoral, do que no “patrimônio afetivo social”.

5. OS TRÊS PACTOS QUE SUSTENTAM O SUS

a) Pacto Social – Federado: 1986/1990

Abrangeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a Assembléia Nacional Constituinte, o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990. Definiu e pactuou a política pública de Saúde e Seguridade Social, a Relevância Pública, o Direito de Todos e Dever do Estado, os Determinantes Sociais da Saúde, e a Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização/Regionalização e Participação.

b) Pacto Federado-Social: 1993

Após a quebra do SUS com a retirada da fonte previdenciária, os gestores das três esferas de Governo (CONASEMS, CONASS e MS) retomaram e

aprofundaram o pacto federado, criando as comissões intergestores de pactuação permanente (CIT e CIBs), aliando-se ao Legislativo para efetivar a direção única com a extinção do INAMPS e aos conselhos de saúde e ao movimento da reforma sanitária com a discussão e aprovação do documento “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Esta repactuação somada ao empréstimo do MS perante o FAT possibilitou prosseguir a construção do SUS.

c) Pacto Federado: 2005/2006

Após os revezes do caráter substitutivo da CPMF, do cálculo benevolente da contrapartida federal na EC-29 e da postergação da votação da regulamentação da EC-29 (completando quase 5 anos), a CIT (Tripartite) atualizou os pactos anteriores à atual conjuntura, aprofundou e avançou as pactuações na direção do modelo com base nas necessidades e direitos da população, e lançou o “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, a seguir discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, com alto potencial agregador e construtor do SUS.

Cabe uma reflexão e discussão sobre o caráter “social-federado” do primeiro pacto, “federado-social” do segundo e quase somente “federado” do terceiro, até o momento.

6. O POTENCIAL DA RELAÇÃO CONTROLE SOCIAL (CONSELHOS E CONFERÊNCIAS) COM OS GESTORES NA CONSTRUÇÃO DO SUS

Segundo a Lei 8142/90, as Conferências de Saúde avaliam a situação da saúde e propõem diretrizes para políticas de saúde nas respectivas esferas de governo, e os conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas. Os gestores em cada esfera estão Constitucionalmente obrigados a também atuar nas duas atribuições das conferências e nas duas dos conselhos.

- Como deve ser avaliada a experiência acumulada pela Gestão e pelo Controle Social em quase 17 anos de SUS, acerca desta superposição de

atribuições e responsabilidades na construção do SUS em cada esfera de governo? – O que a Gestão e o Controle Social identificam como estratégias e mecanismos mais concernentes ao modelo da oferta ou ao modelo das necessidades e direitos da população? – Quais as parcerias e sinergismos construídos para superar as dificuldades, obstáculos ao SUS e talvez “estratégias desviantes”? – Quais as tensões e conflitos entre o controle social e os gestores em termos da adesão aos princípios e diretrizes Constitucionais? – Quais as procedentes e quais as equivocadas? O amplo e complexo campo de gestão do SUS em cada esfera de governo, além da avaliação da situação da saúde (diagnóstico sócio-econômico, demográfico e epidemiológico), é também responsável por: a) planejamento com metas e orçamentação, b) cálculo de custos e estabelecimento de prioridades e etapas aprovadas pelos conselhos de saúde, c) gestão e gerência dos recursos (materiais, humanos e financeiros), d) execução orçamentária e operação das ações e serviços, e) controle, avaliação e regulação e f) atuação nas comissões intergestores de pactuação, onde o maior desafio é a construção da diretriz Constitucional da Hierarquização/Regionalização.

7. PROPOSTAS E QUESTÕES PARA DEBATE

- a) Os complexos campos da gestão e do controle social podem e devem conjuntamente identificar as estratégias e mecanismos básicos da construção, em cada esfera de governo, dos modelos de atenção e de gestão com base nas necessidades e direitos da população, e os da desconstrução das estratégias e mecanismos do modelo da oferta, e para tanto, aliançar e ampliar as imprescindíveis forças sociais, políticas e institucionais.
- b) Os complexos campos da gestão e do controle social, articulados entre si, podem e devem identificar os desafios mais candentes para o SUS na conjuntura atual, por exemplo, a aprovação do PLP

01/2003 ou similar que regulamenta a EC-29, o PAC e seu desdobramento na área social (saúde e seguridade social), o aprimoramento e apropriação social do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, o PL das Fundações Estatais, o processo das Conferências de Saúde, a Crise Econômica etc. Ao identificá-los, devem formular estratégias articuladas e fortalecidas de construção do SUS.

- c) Impedir (Quem e como?) a estabilização ou consolidação da política implícita, de “modernização” do modelo da oferta com o “SUS pobre para os pobres”,
- d) Retomar (Quem e como?) as mobilizações da reforma sanitária com os movimentos e entidades da sociedade civil da população usuária, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços públicos e privados, do CONASEMS, CONASS e MS, com os Conselhos de Saúde, com o Legislativo, o Judiciário, o Ministério Público e as entidades das áreas da previdência e assistência social. Centrar esforços em metas estratégicas de mudanças estruturais com potencial de constituir-se em bandeiras mobilizantes e pluralistas, e
- e) Ganhar (Quem e como?) a classe média incluindo os servidores públicos para lutarem pelo “seu” SUS.

“Mude, mas mude devagar.

Porque a direção é mais importante que a velocidade”

Clarice Lispector