



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Rodrigues dos Santos, Nelson

Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 2, dezembro, 2008, pp. 2009-2018

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63009602>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos

Public healthcare policy in Brazil: crossroads and choices

Nelson Rodrigues dos Santos¹

Abstract Besides recognizing the irreversible advances made in the Brazilian Health System, the author unveils the crossroad by identifying questions still pending over the more than seventeen years of the Organic Law on Health –in the management models of the system and of the services, in the healthcare models, in the democratic participation. Scenarios of the current situation are evaluated, the Pact in favor of Life, the Brazilian Health System, the EC-29 regulation (Amendment to the Constitution) and the Plan for Growth Acceleration in Health and its intersections. The author points to some solutions and finally refers to three successive conjunctures – the 80s, the 90s and the present decade – aiming to contribute to the search and choice of directions. This text passed through previous versions that received important corrections and improvements.

Key words Public policies, Health policies, Brazilian National Health System

Resumo Ao lado do reconhecimento dos avanços do SUS e irreversibilidade dos mesmos, o autor identifica questões estruturais pendentes nos mais de dezessete anos da Lei Orgânica da Saúde, nos modelos de gestão do sistema e dos serviços, nos modelos de atenção à saúde e na participação democrática, desvelando pressupostamente a encruzilhada. São avaliados cenários da conjuntura atual, do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, da Regulamentação da EC-29 e do PAC – Saúde e suas intersecções. São apontados alguns equacionamentos e, ao final, uma lembrança da sucessão das três conjunturas: dos anos oitenta, dos noventa e da década atual, visando contribuir para as buscas e escolhas de rumos. Este texto passou por versões anteriores que receberam importantes correções e aprimoramentos.

Palavras-chave Políticas públicas, Políticas de saúde, Sistema Único de Saúde

¹ Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Rua José Antônio Marinho 450. 13084-783 Campinas SP.
nelson@idis.org.br

Avanços do SUS

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultra-sôns, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social.

Que valores são esses? São substancialmente os princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, igualdade/eqüidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade, todos apontando para a construção da solidariedade e da responsabilidade social do Estado por meio do modelo de desenvolvimento socioeconômico realmente republicano. Inclui-se neste contexto a prática da “eqüidade nivelada por cima” por meio de investimentos estratégicos, isto é, a dotação de recursos adicionais direcionados para assegurar plena acessibilidade de todos os níveis de atenção à saúde aos grupos e pessoas excluídos e precariamente incluídos, em contraposição à atual “eqüidade nivelada por bai-

xo” que vem subfinanciando e sub-ofertando serviços aos incluídos, “gerando recursos” para transferir aos excluídos, o que leva as camadas médias e os servidores públicos à adesão aos planos privados. Se esta adesão fosse ao SUS agregaria forças sociais e políticas capazes de vencer as gigantescas dificuldades do financiamento, da precarização das relações de trabalho e das inovações no modelo de gestão voltadas para a qualidade, eficiência, desempenho e resultados. No entanto, nestes dezessete anos, estes e outros avanços vêm se respaldando em exaustivos esforços, permeando as graves dificuldades e obstáculos oriundos da estrutura do modelo de gestão. Momenos empolgantes e emocionantes dos avanços vêm sendo vividos na realização das mostras nacionais e estaduais de experiências exitosas do SUS, concentradas ao nível local, nos usuários, nos trabalhadores de saúde, nos conselhos e na gestão descentralizada.

Os modelos de gestão e atenção à saúde: seu desenvolvimento

Os avanços do SUS têm sobrevivido ao modelo de gestão ainda caracterizado por:

a) a opção pela desconsideração da indicação constitucional de 30% do orçamento da segurança social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%), pelo “passa-moleque” em 1996 do desvio de mais da metade da CPMF aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal em 2000 na aprovação da EC-29, de calcular a sua contrapartida com base na variação nominal do PIB (menor que o crescimento populacional e da inflação), pressionando a aplicação de porcentual sobre a arrecadação somente para os estados, DF e municípios, e por final a pressão sobre o Congresso Nacional, desde 2003, para não regulamentar a EC-29 incluindo para a esfera federal o porcentual sobre a arrecadação;

b) a participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do IR, do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não resarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totaliza mais de 20% do fatramento do conjunto dessas empresas;

c) a extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos fede-

rais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, do desempenho e resultados para os usuários, e a “onda” de terceirizações aleatórias, que acabou por influir nos estados e municípios por meio da Lei da Responsabilidade Fiscal;

d) a desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos;

e) a desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros);

f) o retardamento ou impedimento de reforma de aparelhos do Estado com vistas à autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a realização de metas, prioridades com eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultados, o que gerou a permissibilidade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, OS, OSCIPs e outras;

g) a inibição na prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na permanência da fragmentação setorial e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios;

h) a manutenção dos “vários Ministérios da Saúde” dentro do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na sociedade, governo e parlamento;

i) o estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares e outros, enquanto guias para os repasses federais e respectivos gastos;

j) a manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela, na qual a maioria dos valores encontram-se abaixo do custo, excetuando-se os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados;

k) a fragmentação dos repasses federais aos estados, DF e municípios, já tendo alcançado por volta de 130 fragmentos, hoje reduzidos com o Pacto de Gestão mas com pressões internas para não continuar reduzindo;

l) a permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, com baixa consideração ao planejamento e orçamentação ascendentes e estabelecimento pacificado de metas, custos, prioridade e qualidade, com vistas à articulação regionalizada de redes de cuidados integrais;

m) a lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais;

n) a priorização da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde de Família focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa capacidade de porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema;

o) a desmesurada produção de portarias normativas ministeriais, já tendo atingido por volta de oito por dia útil, caiu um pouco e volta a crescer;

p) os reflexos inibidores no desempenho da Tripartite e Bipartites.

Estas características referem-se aos “pilares” ou “vígias-mestras” da construção do SUS sob o ângulo de modelo de gestão, equivalendo dizer, ao “atacado” que produz e induz um “varejo” de milhões de ações e serviços diariamente. As oito primeiras são mais típicas das políticas de governo que se sucedem desde 1989, pouco ou nada influenciadas pela política setorial de saúde: MS, CONASS, CONASEMS, Conselhos de saúde e entidades ligadas à Reforma Sanitária Brasileira. As oito seguintes são mais típicas das políticas setoriais com hegemonia do MS por meio de estratégias de contenção e racionalização de custos e reprodução/ “modernização” do modelo da oferta, restando pouco espaço à implementação dos princípios e diretrizes constitucionais^{1,2,3,4}.

Nos dezessete anos de vigência das leis nº 8080/90 e 8142/90, o modelo de gestão ainda hegemonicó induz o modelo de atenção pouco mudado:

a) a atenção básica expande-se às maioria pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade, não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais;

b) os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e freqüentemente letal);

c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade;

d) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e consequente agressividade de captação de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, jus-

tificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;

e) as diretrizes da integralidade e eqüidade pouco ou nada avançam;

f) a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema;

g) o modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados;

h) o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia, e grande parte dos avanços citados constituem elevações de cobertura possíveis já no período “pré-SUS” nos anos oitenta⁵.

Ao lado dos inestimáveis avanços da inclusão, com a expansão dos serviços públicos, atendendo necessidades e direitos da população, permanece enorme um inaceitável porcentual de ações e serviços evitáveis ou desnecessários. Assim também de esperas para procedimentos mais sofisticados, geradoras de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis. Só de hipertensos temos 13 milhões e de diabéticos, 4,5 milhões na espera de agravamento com insuficiência renal, AVC, doenças vasculares e outras, mais de 90 mil portadores de câncer sem acesso oportuno à radioterapia, 25% dos portadores de tuberculose, hansenianos e de malária sem acesso oportuno e sistemático ao sistema, incidências anuais de 20 mil casos novos de câncer ginecológico e 33 mil casos novos de aids, entre dezenas de exemplos de repressão de demandas.

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos. A reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco. Este contexto extremamente adverso e desgastante não justifica, contudo, passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes cons-

titucionais, na gestão descentralizada do SUS nem ao nível central. O modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito. É o caso das fundações estatais e outros, com rico potencial de reproduzir e superar os índices de qualidade e eficiência das OS, de prescindir dos entes privados para gerir hospitais públicos e de assegurar o rumo da construção das redes regionalizadas de atenção integral à saúde com plena inserção dos hospitais públicos. Contudo, o “choque de gestão” tão desejado e inadiável requer disposições de apoio, engajamento e remanejamento, que sem recursos adicionais para aliviar o sufoco, pouco ou nenhum efeito conseguirá, a não ser que haja opção para casos pontuais e limitados de inovação da gestão com mais recursos e eficiência (“vitrines”) sem atingir a estrutura do modelo de gestão do sistema. Até o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão⁶, discutido, formulado e aprovado em todas as instâncias do SUS em 2005 e 2006, com notável competência e coerência com as diretrizes constitucionais, encontra-se hoje ameaçado pelo subfinanciamento, com o MS mantendo no espaço deixado pela ausência de aportes de recursos imprescindíveis à implementação das pactuações regionais e locais, a mera continuidade da fragmentação dos repasses federais, premiações e incentivos. Vale lembrar que esse pacto tem significado histórico comparável à reação contra a “quebra” do SUS em 1993 com a aprovação pelo MS, CONASS, CONASEMS e CNS do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” e a criação da Tripartite e Bipartites.

As questões do financiamento do SUS e regulamentação da EC-29 são expostas nos tópicos “A questão da regulamentação da EC-29”, “A retração federal no financiamento do SUS” e “A evolução das propostas” não com o mero objetivo descritivo/informativo e sim para facilitar a reflexão sobre o sinergismo e interdependência estratégicos entre a persistência de manter o subfinanciamento e a persistência de manter os “pilares” ou “vigas-mestras”, voltados para o modelo da oferta, agora reciclado no “SUS pobre para os pobres e complementar para os afiliados aos planos privados”. Em outras palavras: o estímulo oficial ao mercado dos planos privados, a fragmentação dos repasses federais, o predomí-

nio do pagamento por produção, a precarização das relações de trabalho, a não implementação das redes regionalizadas e da integralidade, a não implementação do planejamento e orçamentação ascendentes, etc., tem tudo a ver com o subfinanciamento e vice-versa, alimentando-se mutuamente⁷.

Por final, cremos que as características imperantes nos modelos de gestão e atenção expostas neste tópico indicam que a política de Estado, perpassada às políticas de todos os governos desde 1989, tem a opção pela política pública de transferência de renda como eixo hegemônico, e pelas políticas de proteção social como decorrentes do Estado mínimo: subfinanciadas com *per capita* anuais entre os mais baixos do mundo e com qualidade, resolutividade e eficácia social estabilizadas em nível precário. Quanto à política de transferência de renda, estabiliza-se em aproximadamente R\$ 11 bilhões para o “bolsa-família”, R\$ 80 bilhões para beneficiários de baixa renda da Previdência Social e R\$ 200 bilhões para os rentistas da dívida pública, ao ano, isto é, estrutura e “moderniza” a desigualdade.

Em nossa observação e percepção, a partir do ano 2000, tornou-se inequívoca a imperiosa necessidade do “sinergismo” entre os esforços para significativos saltos na elevação do financiamento, e na inovação no modelo de gestão para assegurar o rumo constitucional da construção do SUS. Hoje isto nos parece evidente, em especial, sob o ângulo da formulação de estratégias no CNS, na CIT, nos CES e nas CIBs, tarefa inabdicável e inadiável junto à mobilização da sociedade. Os avanços em separado, ora no financiamento, ora na gestão, também inabdicáveis no cotidiano, já não acumulam a potência necessária às transformações dos modelos de gestão e de atenção à saúde.

A participação democrática e os modelos de gestão e atenção à saúde

Nas atribuições das conferências de saúde de propor diretrizes para a formulação da política de saúde, e dos conselhos de saúde de atuar na formulação de estratégias, quais as prioridades, direcionalidades e forças acumuladas para a compreensão, apropriação e mudança dos “pilares” ou “vagas-mestras” anti-SUS para “pilares” ou “vagas-mestras” pró-SUS? Desde 1993, como se desenvolvem os gestores em relação a esses pilares, em especial, nas Bipartites e na Tripartite? Como vêm se desenvolvendo as relações entre os

conselhos de saúde e os gestores frente o desafio de identificar e mudar esses pilares? Com que freqüência, persistência e competência esse desafio vem constando nas deliberações dos conselhos de saúde, nos relatórios das conferências e, basicamente, na atuação dos conselheiros e delegados perante as entidades e movimentos sociais que representam, com vistas à sua informação, politização e mobilização?

Após a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta por representantes de todos os segmentos públicos, privados, sociais e partidários envolvidos com a saúde e reconhecida por portaria interministerial, debateu por mais de um ano a formulação da proposta do que viria a ser o SUS, e que se transformou na base da discussão e aprovação na Assembleia Nacional Constituinte. Essa formulação foi acompanhada e monitorada pela Plenária Nacional de Saúde, fórum dinâmico integrado por entidades sindicais, movimentos sociais, entidades da Reforma Sanitária, parlamentares e outros. Por final, o histórico Simpósio de Política Nacional de Saúde de 1989, que superou a resistência conservadora contra a apresentação e tramitação da Lei Orgânica da Saúde no Congresso Nacional. Todos estes eventos dos anos oitenta só foram viáveis com mobilização, organização e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que articulou o pluralismo partidário, as diferentes matizes ideológicas e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (coisa pública) dos direitos sociais e papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los.

A partir dos anos noventa, a complexidade da composição partidária, corporativa e mercantil da sociedade e do Estado muito aumentou, mas será que a ponto de ofuscar ou impedir a consciência de onde estão os principais interesses e setores contra o SUS, e quais os aliados? Alguns avanços ou resistências ainda que pontuais foram exemplares: foi o pluralismo “republicano” que reuniu forças sociais e políticas na 9ª Conferência de Saúde em 1992, capazes de impulsionar a grande descentralização com ênfase na municipalização, incluindo fundamental aliança com a Confederação das Misericórdias do Brasil, que desembocou na histórica NOB-93 no ano seguinte. Foi esta força plural que também pressionou a esfera federal durante a 10ª Conferência Nacio-

nal de Saúde em 1996, a implementar a NOB-96 já pactuada mas retida com medo de provocar a elevação dos gastos federais. Esta mesma força plural mobilizou o Congresso Nacional, superou o “rolo compressor” do governo e conquistou a aprovação da CPMF em 1996 e da EC-29 em 2000, com papel determinante das entidades representadas no CNS.

Na indeclinável busca de soluções por mais eficiência e resultados na gestão dos serviços públicos de saúde, além do financiamento e da política de pessoal, tornam-se imperiosas inovações no modelo de gestão. Nessa busca, assim como nas grandes questões do subfinanciamento e da desastrosa precarização das relações de trabalho, não só o governo, mas todos os movimentos sociais devem ser irredutíveis. Nas inovações do modelo de gestão, torna-se evidente que a busca de soluções não é circunscrita ao PLP nº92/2007 que dispõe sobre a criação de fundações estatais, que é vago e vulnerável a distorções, nem mesmo somente à Emenda Substitutiva do deputado Pepe Vargas, que é voltada às diretrizes do SUS, devendo abranger mais alternativas e outras mudanças de retomada da Reforma do Estado “SUS”.

Quais são as fundamentações e atuais encaixamentos legislativos e de gestão pública, e os interesses e tendências em jogo, da proposta de fundações estatais? Quais as alternativas de alterações, aprimoramentos e de evolução do processo? Inclusive com a assimilação dos doze pontos ou condições aprovados pelo CNS para qualquer inovação de modelo de gestão? Quais os víncios pendentes na atual administração direta e autárquica, anti-sociais, e suas raízes seculares do Estado cartorial, patrimonialista e burocratizado? Quais os novos parâmetros da gestão e relações de trabalho capazes de atrair e fixar as equipes multiprofissionais junto à população, com qualidade e resolutividade, sem descontinuidade, e sem abdicar de processos seletivos e concursos públicos ágeis e PCCS? Quais as possibilidades da estabilidade empregatícia estatutária ser requalificada, adequada e delimitada por modelos de gestão efetivamente publicizados em função da centralidade nos direitos dos usuários? Estas e outras questões de inescapável responsabilidade e relevância permanecem demandando o imprescindível debate democrático e participativo, tanto no âmbito dos gestores como dos conselhos de saúde, do Legislativo, da 13ª Conferência de Saúde e da própria sociedade⁸.

Se houve equívoco até o momento, tem sido o fato desse debate amplo e consequente ter sido dado como realizado, esgotado, com posições

polarizadas cristalizadas desde já, seja entre os gestores, seja nos conselhos de saúde, seja entre os milhares de delegados das conferências. E houve o equívoco. Ao reconhecê-lo, fica claro o amplo e profundo espaço político que temos pela frente, e o dever cívico de superá-lo. Que tal começar pelo crédito de que nem se está querendo inovações no modelo de gestão para piorar para os usuários e trabalhadores de saúde, e nem também se voltar contra as pretendidas inovações para permanecer o pior que já vem acontecendo aos usuários e trabalhadores de saúde?

Por final, o que a participação democrática na mudança dos modelos de gestão e atenção à saúde deve para si mesma perante os papéis e responsabilidades dos “pilares” ou “vígias-mestras” referidos, por exemplo: a) na retomada do rumo da atenção básica elevar sua qualidade e resolutividade até por volta de 80/85%, com atenção integral à saúde nas realidades e necessidades de cada região, constituir-se da porta de entrada preferencial do sistema, estender-se às camadas médias da sociedade e estruturar o conjunto do sistema? e b) na implantação e implementação da diretriz constitucional da integralidade e regionalização/hierarquização, isto é, das redes regionalizadas de ações e serviços de todos os níveis de complexidade, desde a equipe de Saúde de Família aos ambulatórios e hospitais mais especializados, incluindo a promoção, proteção e recuperação da saúde, com acolhimento, vínculo à população, qualidade, resolutividade e extensão às camadas médias da sociedade? Estamos no rumo dessa construção, ainda que lentamente, ou o rumo já é outro^{9,10}?

A questão da regulamentação da EC-29

O esforço do Senado Federal por meio do PLS nº 121/2007 do Senador Tião Viana e do PLP nº 01/2003 do Deputado Roberto Gouveia, este, tramitado e aprovado nas três comissões obrigatórias da Câmara dos Deputados na forma do substitutivo Guilherme Menezes, visando a regulamentação da EC-29, assim como o marcante seminário “Saúde e Seguridade Social” realizado na Câmara dos Deputados nos dias 8 e 9 de maio de 2007, organizado pela Frente Parlamentar de Saúde, pela Comissão de Seguridade Social e Família e pelas entidades da Reforma Sanitária Brasileira, com participação relevante do CONASS, CONASEMS, CNS e MS, revelam o potencial do Congresso Nacional assumir suas prerrogativas constitucionais com autonomia.

No aspecto da adequação da contrapartida federal às necessidades amplamente reconhecidas, a expectativa que empolgou e aglutinou essa participação foi a de 10% da RCB, à guisa dos 12% e 15% dos impostos respectivamente estaduais e municipais já contemplados na EC-29. É fundamental ter presente que a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não vem sequer acompanhando o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. Mantém o financiamento público anual *per capita* abaixo do verificado no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de quinze vezes menor que a média do praticado no Canadá, países europeus, Austrália e outros. É também fundamental ter presente que a indicação de 30% do OSS constante no ADCT da Constituição era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com universalidade, igualdade e integralidade, que corresponderia hoje a R\$ 106,6 bilhões e não os R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008.

Um avanço recente é o “Mais Saúde” ou “PAC da Saúde”, no qual o Governo Federal assume publicamente o quadro estimado das necessidades de saúde da população do país, assim como as metas também estimadas, das ações de prevenção e cura, de promoção da saúde, da gestão do trabalho incluindo a formação, qualificação e valorização, da qualificação da gestão do sistema, da participação social e cooperação internacional. Cabe aqui o destaque de que esta iniciativa encontra-se plenamente prevista no âmbito do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que responsabiliza as instâncias descentralizadas da gestão do SUS, pela adequação, formulação, planejamento e execução das metas e médias nacionais, às realidades regionais e locais, sob os ângulos das necessidades, custos, prioridades e etapas. Outra meta do PAC da Saúde, esta sim, com grande potencial inovador, refere-se à intervenção positiva do governo no “complexo industrial da saúde”, referente à produção de farmoquímicos, medicamentos, equipamentos, materiais médico-odontológicos e outros, com vistas a investimentos financiados pelo BNDES e FINEP, à utilização estratégica do poder de compra do Estado, ao desenvolvimento de ciência e tecnologia nacional na área e à produção nacional, e consequente impacto no PIB, no modelo de desenvolvimento e no emprego na área¹¹.

A retração federal no financiamento do SUS

Esta retração vem se processando com variações pouco significativas há mais de duas décadas, inclusive após a EC-29 de 2000, com a correção pela variação nominal do PIB. As ilustrações abaixo de pesquisas em períodos definidos dão idéia da intensidade da retração.

De 1980 a 2004: queda federal de 75% para 49,6% e aumento da soma estadual/municipal de 25% para 50,4%, de todos os recursos públicos de saúde.

De 2000 a 2006: estabilização da contrapartida federal em relação ao PIB em 1,73% e aumento da soma das contrapartidas estadual/municipal de 1,17 para 1,74%.

De 1995 a 2004: queda federal de U\$ 85,71 por habitante-anu para U\$ 62,39. A soma estadual/municipal aumentou entre 2000 e 2004 de U\$ 44,15 para U\$ 75,51.

De 1995 a 2004: aumento da receita corrente da União perante o PIB: 19,7 para 26,7%. Queda dos gastos do Ministério da Saúde perante a receita corrente: 8,9% para 7,2%.

A evolução das propostas

a) A proposta dos 10% da RCB consta de maneira inseparável na lógica do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, exaustivamente discutido por mais de um ano e em início de implementação com metas, etapas e financiamentos realistas. Absorve a aceitação penosa, mas realista do descumprimento dos 30% do OSS indicados no ADCT da Constituição. Os 10% da RCB correspondem a aproximadamente 20% do OSS.

b) Com os recursos federais correspondentes a 10% da RCB, os legisladores não encontrariam resistências entre os governantes para que parte dos repasses federais aos estados (25% ou mais ou menos) seja rateada de modo a privilegiar mais aqueles com menor renda *per capita*, ao lado de outras medidas para redução das grandes desigualdades sociais e regionais. A permanecer o critério da contrapartida federal ser corrigida somente com a variação nominal do PIB, o financiamento do SUS continuará nivelado por baixo e exacerbando conflitos autofágicos entre estados, entre estados e municípios, entre municípios e entre a União e estados/municípios, o que bloqueará o rateio redistributivo.

c) O PLP nº 01/2003 da Câmara dos Deputados, o PLS nº 121/2007 do Senado e o hoje PL nº 306/2008 da CD proporcionam crescemos em

meros 20% nosso financiamento público *per capita* ao ano, ainda extremamente insuficiente, mas suficiente para a retomada do rumo: devido aos recursos adicionais imediatos, e principalmente à perspectiva de evoluir de acordo com a evolução da arrecadação. Além do financiamento, são tratadas com consequência e detalhe as questões do que são ou não ações e serviços de saúde, das diretrizes dos gastos e das prestações de contas. Será a retomada da esperança e segurança de futuro, da construção das redes regionalizadas de atenção integral à saúde, com eqüidade.

d) A proposta de escalonamento da aplicação dos 10% da RCB foi apresentada pelos defensores desses três projetos, nas negociações, com base na previsão de 10% no crescimento anual da RCB constando para 2008 de 8,5% (59,9 bilhões), para 2009 de 9% (69,5 bilhões), para 2010 de 9,5% (80,5 bilhões) e para 2011 de 10% (94,3 bilhões).

Especificamente para 2008, representações oficiais da ABRASCO, ABrES, CONASS, CONASEMS, CNS, CEBES, IDISA e CT/SIOPS trabalharam em janeiro de 2008, o valor do mínimo necessário para este ano, do adicional de 6 bilhões para serviços de média e alta complexidade, medicamentos excepcionais, atenção pré-hospitalar de urgências e PAB fixo, e 4 bilhões vinculados ao “Mais Saúde” (PAC da Saúde) identificado, “gargalos” inexoravelmente críticos e perturbadores, totalizando 58 bilhões, tudo em função da qualidade e eficiência em situações cruciais para a população mas também para a própria governabilidade dos gestores públicos descentralizados. Este valor total está por coincidência próximo da proposta da aplicação escalonada dos 10% da RCB (R\$ 59,9 bilhões).

Comentário final

O refrão “ceder anéis para não perder os dedos” já caducou de tantos anéis e dedos perdidos, nas negociações da EC-29, da CPMF, do Fundo Previdenciário e dos 30% do OSS. Que dedos restam a perder? Caso não passem os 10% da RCB ou equivalente, ficará afastada a vinculação do financiamento pela esfera federal à sua arrecadação, isto é, permanecerá a opção dessa esfera por um SUS não equitativo nem integral, e de baixa qualidade e resolutividade para os pobres. Os perdedores das lutas pelo financiamento do SUS constitucional ao assumirem-se como tal perante si mesmos e a população permanecerão no patamar das boas lutas por políticas de Estado, junto à sociedade e

fazendo história. Aos “ganhadores” restarão os inegotáveis sofismas e explicações sem entendimento, inclusive para eles mesmos, e a participação no desmanche do rumo constitucional do SUS, desviando-o para outro sistema. Entre os sofismas está a falácia da estratégia do “incrementalismo” no desenvolvimento do SUS, na verdade, refém somente da produtividade dos serviços.

Em outubro de 2007, em plena vigência da CPMF, o Governo Federal acionou o “rolo compressor” financeiro e político, impondo à Câmara dos Deputados e parte dos gestores do SUS, como alternativa aos 10% da RCB, um abono ao Ministério da Saúde não incorporável à base da variação nominal do PIB, de 2008 a 2011, de respectivamente, 4, 5, 6 e 9 bilhões, totalizando 24 bilhões em quatro anos, e voltando à variação nominal do PIB a seguir. Esta proposta caiu com a extinção da CPMF em dezembro de 2007, mas revelou de maneira insofismável o fundamentalismo do Governo Federal contra a priorização estratégica das políticas públicas de proteção social como a saúde, o mesmo fundamentalismo que desconsiderou os 30% do OSS, a contribuição previdenciária como fonte do SUS, a CPMF para a saúde e elegera o critério da variação nominal do PIB, no decorrer da existência do SUS.

Em abril de 2008, sob pressão das entidades de saúde da sociedade, do CNS, CONASS, CONASEMS, da Frente Parlamentar da Saúde e entidades da reforma sanitária brasileira, sob agudização da epidemia da dengue e da crise hospitalar, o Senado aprova por unanimidade o PLS nº 121/2007, logo após o dia mundial da saúde (sete de abril), que foi encaminhado à Câmara dos Deputados como PLP nº 306/2008.

A arrecadação excedente à receita prevista na Lei Orçamentária de 2008 já totaliza 23 bilhões até o final de abril, podendo totalizar mais de 60 bilhões ao final do ano. Várias despesas não previstas para 2008 encontram-se em curso, como aumentos de salários públicos, desonerações fiscais na produção agrícola, no consumo de combustíveis e até em um possível “fundo soberano”, já ultrapassando 20 bilhões. Sem qualquer contestação a estes novos gastos, com exceção do fiel pagamento dos juros da dívida pública (que deverá chegar aos 200 bilhões ao final do ano), fica mais uma vez ressaltada a não priorização da política pública de saúde.

Encerramos este texto às vésperas da votação na Câmara dos Deputados, de alteração no PLP nº 306/2008 ou outro PLP, dispondo sobre a criação de Contribuição Social para a Saúde (CSS), que poderá totalizar 10 bilhões aos valores de

2008 e cair menos da metade se a ela for aplicada a DRU e não reconhecido o caráter acumulativo. Além do mais, voltou a carga, posição oportunista antes superada, de parte dos Estados e da área econômica federal, de incluir o pagamento dos inativos no orçamento do SUS, quando os recursos para tanto são legalmente recolhidos durante sua vida produtiva pelos sistemas previdenciários públicos. Se o SUS depender da CSS

na atual correlação de forças, que seja criada e que seja substitutiva, em recursos, das disposições constantes no PLP nº 306/2008. Seja qual for o resultado, pensamos que a transparéncia das reais condutas políticas na área do Executivo, do Legislativo e da Sociedade Civil deva ser ampliada o mais possível com vistas ao fortalecimento da luta em defesa do SUS, que é em defesa dos direitos sociais na saúde¹².

Anexo. Siglas usadas no artigo.

- ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
- ABrES - Associação Brasileira de Economia em Saúde
- BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
- CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CAS - Comissão de Assuntos Sociais (Senado)
- CDU - Comissão de Desenvolvimento Urbano (Câmara)
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COFINS - Contribuição sobre o Financiamento Social
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CPMF - Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
- CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido
- CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família (Câmara)
- DRU - Desvinculação de Receitas da União
- EC-29 - Emenda Constitucional - 29
- FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador
- FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- LDO - Lei das Diretrizes Orçamentárias
- LO - Lei Orçamentária
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OS - Organização Social
- OSS - Orçamento da Seguridade Social
- PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
- PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários
- PIB - Produto Interno Bruto
- PPA - Plano Pluri-Anual
- RCB - Receita Corrente Bruta
- RLC - Receita Corrente Líquida
- SUS - Sistema Único de Saúde

Referências

1. Fleury S. Proteção social em um mundo globalizado. *Rev. Saúde em Debate* 2005; (29)71:305–314.
2. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):304–307.
3. CEBES. Diretoria Nacional. Editorial. *Rev. Saúde em Debate* 2006; 30(72):3–4.
4. Santos NR. O Desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para a visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):429–435.
5. Carvalho G. Saúde: o Tudo para Todos que Sonhamos e o Tudo que nos Impõem os que com Ela lucram. *Rev. Saúde em Debate* 2006; 29(69):99–104.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Conselho Nacional de Saúde. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Rizzotto MLF. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor saúde no Brasil nos anos 90. *Rev. Saúde em Debate* 2005; 29(70):140–147.
8. CEBES. Diretoria Nacional. O CEBES na 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Rev. Saúde em Debate* 2006; 30(72):129–138.
9. Câmara dos Deputados. 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde - 800 participantes - “Carta de Brasília”. *Rev. Saúde em Debate* 2005; 29(70):221–223.
10. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. ABRASCO/CEBES/ABrES/AMPASA/Rede UNIDA. O SUS pra valer: universalizado, humanizado e de qualidade. *Rev. Saúde em Debate* 2005; 29(71):385–396.
11. Brasil. Ministério da Saúde. “Mais Saúde” (PAC da Saúde) - metas para 2008 - 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. CEBES. Diretoria Nacional. Refundação do CEBES [editorial]. *Rev. Saúde em Debate* 2005; 30(71):226–227.