



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Fleury, Sonia

A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 2, março-abril, 2007, pp. 307-317

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012203>

- ▶ 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

A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade

Health care reform and the Brazilian Public Health Care System: sustainability issues

Sonia Fleury¹

O artigo em debate, de autoria de Gastão Wagner de Sousa Campos, intitulado “Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?”, tem como objetivo apresentar sete estratégias consideradas pelo autor relevantes para assegurar o prosseguimento da reforma sanitária brasileira e facilitar a consolidação do SUS, partindo da constatação de que este tanto apresenta sintomas de crescimento quanto de degradação. Aponta problemas objetivos no financiamento e gestão do sistema, na qualidade e eficiência dos serviços prestados, mas identifica o principal sinal de crise no desencantamento com o SUS, um descredito na capacidade de transformar em realidade a política racional e generosa projetada.

Para garantir o movimento de mudança que permita o avanço do SUS em direção à superação dos obstáculos de gestão e de reorganização do modelo de atenção, assegurando a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, o autor lista alguns meios necessários. São eles: estimulação de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa das políticas de proteção social, melhor utilização e gerenciamento dos recursos do SUS, adotando-se um modelo misto de repasse dos recursos com base na capacidade instalada, população e encargos sanitários e também transferências com base em contratos de gestão com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores; mudança no modelo de atenção com base nas diretrizes já formuladas para assegurar um sistema hierarquizado e regionalizado, coordenado com ênfase na integralidade da atuação clínica e preventiva; ampliação da eficiência, eficácia e humanização do sistema; definição de responsabilidades macro-sanitárias e adoção de critérios de risco para definição de prioridades em face de recursos escassos; definição de responsabilidades micro-sanitárias a partir da reorganização do trabalho em saúde; ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família; desenvolvimento científico e incorporação de tecnologia em saúde.

O autor sintetiza afirmando que “a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade coloque a vida das pessoas acima de todas as outras rationalidades, e ainda com-

preenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida”.

Qualquer pessoa que defende a saúde coletiva assinaria em baixo desta lista e ainda concordaria com a conclusão. No entanto, seria necessário aprofundar o debate em relação às propostas enunciadas como meios necessários para viabilizar o avanço do SUS.

A primeira questão que se coloca é a ausência de uma discussão mais aprofundada sobre a relação entre o SUS e a Reforma Sanitária. Ao qualificar o SUS como uma reforma social incompleta, em crise por ser incapaz de transformar a realidade social concreta e provocar o desencanto e descredito, o texto não problematiza a relação entre Reforma Sanitária e o SUS, proposta colocada, no entanto, no resumo do artigo ao mencionar que as sete estratégias são consideradas relevantes para assegurar o prosseguimento da reforma sanitária brasileira e facilitar a consolidação do SUS.

Ora, em outro momento, o autor, em texto polêmico intitulado “A Reforma Sanitária Necessária”¹, questionava o potencial inovador do projeto da reforma sanitária discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde por julgá-lo “uma continuidade, sobre novas base, de um mesmo modelo de produção de saúde, servindo, cada uma das alterações político-administrativas antes que para radicalizar e consolidar o modelo assistencial do que para encerrá-lo”. Em sua análise, os equívocos desta teoria oficial da reforma sanitária derivavam da opção, feita pelo partido sanitário oficial, de impor reformas “por cima”, por intermédio do aparelho estatal, independentemente de qual a composição de forças que o governo representasse.

Concordando com Berlinguer², que vê a reforma sanitária como “a longa marcha através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado”, a pergunta que se coloca é sobre a capacidade das medidas propostas no artigo de Gastão Campos de alterarem o curso de uma reforma que, segundo ele, está em crise. Por outro lado, seria necessário discutir a natureza desta crise, se política, de gestão ou ambos.

¹ Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas-EBAPE, Fundação Getúlio Vargas.
sfleury@fgv.br

A primeira proposta do autor encaminha à necessidade de constituição ou reconstituição de um movimento social que defende as políticas sociais, especialmente face à predominância da política restritiva imposta pela área econômica. Além disso, ao não aceitar a banalização da miséria, propõe-se articular o SUS às reformas da ordem social e política brasileira.

É certo que o insulamento da área de saúde tem sido uma medida de dupla face: por um lado, construiu-se um escudo que a protege das investidas dos governos mais liberais e privatistas, mas, por outro lado, paradoxalmente, consegue consolidar uma política de Estado que não é assumida pelos governantes.

Neste sentido, a política de saúde, que já foi inspiração para o novo modelo constitucional de políticas sociais, hoje se encontra isolada dos movimentos da sociedade que se articulam em função da questão social. No entanto, o artigo em análise não encaminha uma estratégia para rearquiteturação do movimento sanitário com as forças da sociedade civil. Ao não explicitar a defesa da Seguridade Social como o arcabouço legal e institucional que nos permitiria esta aproximação e a construção de uma estratégia comum (por exemplo, a convocação de uma Conferência Nacional da Seguridade Social), o autor deixa sem respostas o problema que ele coloca. Além disso, seria necessário rever a pauta das lutas da reforma sanitária para identificarmos o porquê deste isolamento em relação à sociedade civil. Temas como a legalização do aborto, a defesa de um uso racional e sustentável dos recursos naturais, o combate às discriminações no acesso e utilização dos serviços públicos, o abuso da repressão e a violência institucional, a falta de ética de profissionais e servidores públicos, a quebra de patentes que permitisse a produção de medicamentos estratégicos, a reforma política e o controle do orçamento e tantos outros mais estão nas lutas da sociedade civil organizada. No entanto, estão ausentes de nossa pauta da reforma sanitária e não nos permitem articular-nos com outros movimentos e gerar uma nova correlação de forças que impulsiona a reforma.

As propostas seguintes do autor encaminham medidas gerenciais, dentre as quais vale destacar a sugestão de estabelecimento de contratos de gestão como modalidade fundamental de repasse de recursos entre gestores públicos. Várias das propostas terminam por se dirigir a esta modalidade de gestão pública, que combina o repasse de recursos financeiros com um sistema de planejamento, controle e avaliação que se materializa na

peça contratual, onde são definidas expectativas, metas a serem atingidas, recursos correspondentes, responsabilidades e punições. Trata-se de deslocar a ênfase até então predominante em relação à oferta dos serviços curativos, cuja lógica segue sendo o motor do sistema único de saúde, para a demanda e a prevenção, na tentativa de alterar o modelo de atenção e a gestão das unidades. Em outras palavras, o SUS privilegiou, até agora, a gestão do sistema, sem, no entanto, avançar, concomitantemente, na gestão das unidades de serviço e foi incapaz de alterar, significativamente, o modelo assistencial.

É certo que a contratação entre Agente e Principal tem sido proposta pela corrente do novo gerencialismo - *New Public Management*, desde a década de 90, como a solução para os problemas gerenciais, ao trazer os fundamentos da teoria da firma para o interior da administração pública³. A idéia da separação de funções entre o Principal que demanda e paga e o agente, que executa, presta contas e recebe tem sido fonte de inspiração das reformas liberais da previdência e saúde na América Latina, reservando aos entes públicos a função de formulação da política e financiamento, e aos entes privados ou públicos a prestação de serviços, em um ambiente competitivo⁴.

Por ser fruto da corrente liberal que propugnava a redução do Estado a algumas funções e sua compatibilização com o mercado em outras, esta proposta gerencial foi fortemente rechaçada entre nós. Além disso, sua aplicação às reformas dos sistemas de saúde privilegiou as práticas hospitalares e curativas, cuja possibilidade de mensuração e de isolamento institucional melhor se adaptam ao instrumento de contractualização. No entanto, o instrumento de contrato de gestão pode e deve ser introduzido na gestão pública - sem o viés privatista e liberal - aumentando a eficiência no uso dos recursos públicos, a autonomia e a responsabilidade dos prestadores, como foi feito no setor público de saúde tanto na Costa Rica como no Chile. Deveríamos nos debruçar sobre estas experiências para ver como foram aplicadas.

No entanto, a contratação não pode ser tomada como a panacéia para todos os problemas do sistema de saúde, além de ser necessário melhor explorar suas possibilidades para assegurar um modelo assistencial preventivo. Para ser eficaz, ela requer uma inteligência e capacidades do Principal que devem ser introduzidas antes da adoção do instrumento. Para contratar é preciso se saber o que demandar, como avaliar o serviço prestado, quais os sinalizadores a serem adota-

dos para averiguar, durante e não ao término do contrato, além do estabelecimento de parâmetros de qualidade e eficácia do serviço a ser prestado. Talvez a questão esteja sendo posta no momento em que o SUS já tenha desenvolvido estas capacidades e inteligência necessárias, possibilitando maior autonomia dos entes contratados.

Mas, a introdução deste instrumento deve se dar no interior da lógica publicista que preside o SUS, sem introduzir um viés de privatização. Isto quer dizer, por exemplo, que os mecanismos atuais de participação, controle social, negociação e pactuação devem ser, ao mesmo tempo, aprofundados e levados também para o interior das unidades contratadas. A responsabilização pela prestação do serviço é, hoje, imprescindível para garantir a eficácia na prestação do serviço. Porém, a centralidade do usuário cidadão não será garantida por sua transformação em um consumidor ou pela garantia da autonomia do Agente, o que o remete a interesses particulares, como pensa a teoria Agente-Principal; nem na sua substituição pelo “consumidor inteligente”, representado pelo setor público na competição gerenciada. É preciso entender que o modelo do SUS combinou instrumentos de gestão descentralizada com mecanismos políticos de participação e negociação entre as partes. Só assim se constrói um sistema democrático e necessitamos radicalizar esta proposta introduzindo-a no interior dos serviços.

Em síntese, creio ser possível e necessário aprofundar o modelo de gestão e ampliar a democratização da gestão pública, no interior do setor saúde e no conjunto do Estado. Para tanto, será necessário mais que uma gestão eficiente; trata-se de reconstruir um arco de alianças com as forças democráticas, que permita avançar a Reforma Sanitária, para além dos limites estreitos dos SUS. Enfim, trata-se da longa trajetória

Referências

1. Campos GWS. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer G, Teixeira SF e Campos GWS. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: HUCITEC-CEBES; 1988.
2. Berlinguer G. *Medicina e política*. São Paulo: HUCITEC-CEBES; 1983.
3. Fleury S. Reforma del Estado. *Instituciones y Desarrollo* 2003; 14-15: 81-122.
4. Londoño JL e Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. In: Frenk J, organizador. *Observatorio de la salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.

Os impasses do SUS

Deadlocks in the Brazilian National Health Care System

Ivan Batista Coelho²

Por que o SUS tem encontrado dificuldades em avançar? Financiamento insuficiente; formato de organização de serviços e produção de cuidados ainda inadequados e, para completar, descrédito quanto a nossa capacidade para mudar esta situação, responde Gastão Wagner. A partir daí, propõe-se uma série de movimentos e medidas que poderiam colocar o SUS em melhor patamar. O meu intuito neste comentário é trabalhar estas questões, no mesmo sentido, porém abordando alguns outros aspectos. A primeira questão a ser colocada é: quais são mesmo os grandes impasses? Na verdade, não é o sistema como um todo que apresenta dificuldades. Em seus aspectos de vigilância à saúde - epidemiológica, sanitária, ambiental, controle de agravos, etc. - não se pode concluir, que o sistema seja ruim. Obviamente existem dificuldades, mas, ao contrário, a impressão geral é de que o sistema é satisfatório. Alguns aspectos preventivos são altamente eficientes. Os brasileiros têm um dos melhores sistemas de vacinação infantil do mundo e esta tecnologia é tão bem dominada que poderia ser colocada a serviço de outros países, seja em caráter comercial, seja em caráter humanitário. No que tange a alguns serviços que se tem convencionado chamar alta complexidade, o SUS é também eficiente. O sistema de transplantes, alguns procedimentos cirúrgicos, determinadas propedêuticas complexas, tratamento do câncer, problemas renais, etc., embora devam ser permanentemente aperfeiçoados, são de fazer inveja a maioria dos países do primeiro mundo. Na realidade, o que vulnerabiliza o SUS frente à opinião pública é o acesso a medicamentos, procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade, exames complementares, consultas especializadas e internações hospitalares.

Quanto ao financiamento, o SUS, responsável pela assistência a 140 milhões de habitantes, con-

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, UFMG.
ivan@medicina.ufmg.br