

Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real

Brazilian National Health System of everybody: the legal and the real one

Nelson Rodrigues dos Santos¹

¹ Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Consultor do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Presidente do Instituto do Direito Sanitário Aplicado (IDISA). nelson@idisa.org.br

RESUMO As políticas públicas de Estado e Governo na saúde são abordadas sob a percepção de como o poder Executivo vem assumindo sua responsabilidade constitucional de formular e realizar estratégias implementadoras do Sistema Único de Saúde desde 1990: as congruentes e as incongruentes com os princípios e as diretrizes constitucionais da seguridade social e da saúde. A prática cotidiana desse contraditório e sua resultante sugere a possibilidade real da vigência de outra política pública de saúde, 'compensatória' aos 78% da população, não-afiliada aos planos e seguros privados de saúde e complementar aos 22% afiliados, com acessibilidade estratificada segundo os vários segmentos sociais. São também reconhecidos insuficiências e equívocos na implementação das estratégias por parte dos entes federados (gestores e controle social), do movimento da Reforma Sanitária e das próprias entidades e movimentos sociais quanto à politização. Ao final, são apresentadas recomendações com base na ampliação do debate político, envolvendo os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e as entidades e movimentos da sociedade civil. Este texto objetiva consolidar textos anteriores de contribuição ao II Simpósio Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, à Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil e à preparação da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Rumos do SUS; Política Pública; Política de Saúde.

ABSTRACT *The State and Government health public policies are approached under the perception of how the Executive has been assuming its constitutional responsibility of forming and carrying out strategies that implement the Brazilian National Health System since 1990: the consistent and inconsistent ones with the constitutional principles and guidelines of social security and of health. The daily practice of this contradictory and its result suggest a real possibility of force of another health public policy, which is 'equalized' to the 78% of people that are not affiliated in health insurance private plans and to complement the 22% that are affiliated, with a stratified accessibility, according to several social segments. Insufficiencies and mistakes are also recognized in the implementation of strategies from federated states (managers and social control), from the Sanitary Reform movement and from entities and social movements as to make politics. Finally, recommendations based on enlargement of the political discussion have also been presented, involving Executive, Legislative, and Legal, the Public Prosecution Service, and civil society bodies and movements. This text aims at improving previous texts to contribute for the II National Symposium of CEBES, to the Strategic Health Agenda for Brazil and for the elaboration of the 14th Health National Conference.*

KEYWORDS: *Brazilian National Health System courses; Public Policy; Health Policy.*

O rumo maior e as estratégias

O ponto de partida deste artigo é o entendimento do rumo maior da política pública de saúde no país ser dado pelos princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde de 1990. Sua implementação, nestes 20 anos, é realizada pelo Poder Executivo, que tem a prerrogativa legal de formular estratégias implementadoras dos dispositivos constitucionais e das leis.

As estratégias implementadoras do sistema único de saúde

As estratégias congruentes com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam para a mudança do modelo de atenção à saúde, baseado nas necessidades e nos direitos da população, com fortalecimento da Atenção Básica e com projeção da cobertura em aproximadamente 90% da população, da resolatividade em aproximadamente 90% das necessidades de saúde, e seu papel de ser porta de entrada preferencial, orientadora e ordenadora das linhas de cuidado integral, incluindo a assistência de média e alta densidade tecnológica. Neste modelo – SUS legal –, o acesso é gratuito, humanizado, equitativo, de qualidade e responde ao direito humano de cidadania. Seguem alguns exemplos de estratégias congruentes:

- elevação contínua e acentuada do componente municipal do financiamento do SUS;
- criação das Comissões Intergestores (CIT) e Intergestores Bipartite (CIBs) e ordenamento do processo descentralizador por meio de pactuações;
- criação dos Fundos de Saúde e dos repasses fundo a fundo;
- implantação da Direção Única em cada ente federado que incluiu a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);
- criação e funcionamento dos conselhos de saúde nos estados e municípios;
- inusitada elevação da capacidade gestora e da produtividade na gestão descentralizada (Municípios

e Estados) com elevada produção de ações e serviços de saúde, que foi capaz de incluir no sistema público, em pouco mais de uma década, metade da população nacional antes excluída de qualquer sistema de saúde;

- assunção da Atenção Básica universal, resolutive, porta de entrada preferencial e estruturante do modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população;
- reconhecimento e estímulos a experiências exitosas de implementação do SUS, objeto de mostras nacionais ou estaduais, as quais não conseguiam passar do nível local ou programático e grande parte reversível;
- mais recentemente, o início das articulações pactuadas ao nível regional em função da diretriz da regionalização e avanços no processo da contratu-
lização, além da criação das comissões intergestores regionais (CIR).

A formulação e realização das estratégias congruentes pelos gestores e controle social do SUS foi ocorrendo na prática, com a visão inicial de que dificuldades e reações contra o SUS legal, próprias dos interesses adquiridos, fossem superadas gradativamente na medida das forças sociais e políticas do SUS legal, isto é, uma construção incremental do SUS, passo a passo. A seguir estão exemplos de estratégias incongruentes:

- retração contínua nos 20 anos do financiamento federal, proporcional ao crescimento do estadual e, principalmente, do municipal, sendo que em vários anos o componente federal cresceu menos que o da população e da inflação. O Brasil permanece entre os piores financiamentos públicos de saúde no mundo, com apenas 340 dólares públicos *per capita*/ano e 3,4% do produto interno bruto (PIB) de recursos públicos para o sistema público de saúde, contra média de 2.000 dólares públicos *per capita*/ano e 7 a 8% do PIB, nos países com sistemas públicos que dão certo, nos quais aproximadamente 90% da população optam pelos serviços públicos e não por planos e seguros privados de saúde.
- Subsídios públicos à produção e ao consumo privados dos serviços de saúde, somando as deduções

no Imposto de Renda das Pessoas Físicas (IRPF) e no Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ), as isenções tributárias especiais a hospitais privados de grande porte, o cofinanciamento público de planos privados à totalidade dos servidores e empregados públicos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e o não-ressarcimento ao SUS pelas operadoras privadas dos planos de saúde. Tal fato é obrigado em lei, ou seja, dos serviços públicos prestados aos afiliados a essas operadoras. Esses subsídios públicos correspondem anualmente a mais de 25% do faturamento das operadoras privadas, o que corresponde a mais de 40% dos gastos anuais do Ministério da Saúde (MS) e mais de 70% dos recursos federais adicionais, caso seja aprovada à regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29, com 10% da Receita Corrente Bruta Federal para o SUS. Em uma pesquisa entre 2003 e 2007, somente as deduções e isenções (gastos tributários) na saúde cresceram em 73,6%, enquanto os gastos do MS cresceram em 49,9%.

- A blindagem, durante os 20 anos, do Estado contra a reforma administrativa e democrática, estruturando-o para cumprir o disposto na Constituição, especialmente quanto às políticas públicas voltadas para os direitos sociais de cidadania. Permanece a estrutura centralizadora, burocratizada e ineficiente de Estado Unitário, com as atividades-meio sufocando as finalísticas e os consequentes desperdícios, na administração pública direta e autárquica, em que habita a cultura política no atendimento dos direitos sociais do ‘finge que paga e finge que trabalha’. É uma das principais causas das terceirizações para contratação de recursos humanos com desastrosa precariedade, tanto dos empregados terceirizados (mais de 50% do total) como dos servidores e empregados públicos estatutários e celetistas. Permanece ainda a remuneração de serviços assistenciais por produção, por meio da perversa tabela de procedimentos e valores, assim como a terceirização para entes privados do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde, parte deles vendendo serviços públicos no mercado com uma segunda porta de admissão.

A formulação e realização das estratégias incongruentes com os princípios e as diretrizes do SUS ocorreram durante os últimos 20 anos sem a participação dos gestores do SUS e dos conselhos de saúde. Ocorreu como política de Estado e não de Governo nos Ministérios da Fazenda, da Casa Civil, do Planejamento e do antigo MARE (Administração e Reforma do Estado), atravessando todos os governos durante as duas décadas. Esta política sugere o Estado como aparelho criador de mercado na produção de bens e serviços.

Consequências no cotidiano do exercício da gestão pública

As estratégias congruentes e incongruentes, apesar da grande tensão e conflito entre si, são inexoravelmente realizadas na prática de modo simultâneo, imbricado e confuso, pelos gestores, prestadores, trabalhadores de saúde, com controle pelos conselhos de saúde. Porém, ressalta-se uma resultante marcada pela hegemonia das incongruentes sobre as congruentes, perceptível por meio de algumas sinalizações.

Continuidade do modelo ‘da oferta’ com base nos interesses do mercado de medicamentos, equipamentos, próteses e outros insumos dos prestadores privados remunerados por produção; crescimento explosivo de entes privados fornecedores de pessoal de saúde aos gestores do SUS; crescimento do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde por entes privados e, nestes, o crescimento de uma segunda porta de entrada para o mercado e de um acentuado corporativismo em grande parte das categorias profissionais e de especialidades médicas.

Apesar do esforço incansável de ‘tirar água das pedras’ e da experiência e da competência nacional e internacionalmente reconhecidas do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), das Equipes de Saúde de Família (ESF), do conjunto dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Departamento de Atenção Básica (DAB)/MS, da Academia, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a Atenção Básica não consegue ter seu desenvolvimento

apontado para a universalidade, mantendo-se abaixo da linha da pobreza, nem para a alta resolutividade. Por isso, nem para vir a ser porta de entrada preferencial, perdendo a condição de orientar e ordenar as linhas de cuidado nos níveis do sistema, com possibilidade de se estabilizar, na média nacional, em caráter apenas ‘compensatório’, o mesmo que parece atingir a assistência de média e alta densidade tecnológica com alta repressão de demanda à população que depende somente do SUS.

A universalidade efetiva parece se consolidar na Vigilância em Saúde (incluindo a sanitária), na atenção às urgências (pré-hospitalar e hospitalar) e nas imunizações, que são áreas de prestação de serviços de menor interesse do mercado. A universalidade na Atenção Básica e na média e alta complexidade permanece extremamente iníqua e precária, aparentemente se estabelecendo nesse patamar.

Há a possibilidade real do sistema público de saúde estar se estabilizando em pobre e compensatório para os 78% da população não-afiliados aos planos privados de saúde e complementar, com acesso facilitado de modo estratificado aos 22% afiliados.

Foi neste modelo de atenção ‘da oferta’ que a gestão descentralizada com controle social se viu compelida a operar nos anos 1990, que foi a grande inclusão de metade da população, atuando quase heroicamente com inusitada elevação da produtividade.

Neste modelo – SUS real –, o acesso é segmentado conforme os estratos sociais, incluindo os afiliados aos planos privados, desigual e desumano aos que só dependem do SUS.

Gilson Carvalho, uma das maiores acumulações, coerência e guia na militância da Reforma Sanitária e do SUS, ao referir-se à geração que adentrou os anos 1990 na gestão, no controle social, na academia e nos movimentos sociais, pergunta, com a pureza que lhe é peculiar: “em quais curvas do caminho perdemos o pé e desviamos?”.

Não por coincidência, o Relatório do Banco Mundial (BIRD) de 1995 já apontava as bases do que viria a ser o ‘SUS real’:

1. Desaconselha a descentralização com acesso universal e equidade, pois não haverá recursos governamentais.

2. Propõe revisão constitucional e institucional para: fortalecer os Estados a assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da in experiência e corrupção das Secretarias Municipais de Saúde; assunção pelo Governo Federal do papel de regulamentar políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, e estimular o copagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos; extinguir a preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos; estimular a ampliação de planos e seguros privados; reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas; focalizar os serviços públicos à população pobre e, para tanto, reformar instituições e o sistema financeiro; e aumentar a produtividade e limitar a tecnologia ou o seu acesso (RIZZOTO, 2000).

Consequências no movimento da reforma sanitária, nos conselhos e conferências de saúde e nas entidades da sociedade civil

No decorrer dos últimos 20 anos, paralelamente à implementação incremental das estratégias congruentes, as dificuldades e reações contra o SUS foram crescendo e ganhando consistência e competência estratégica, que acabou revelando a formulação de outro sistema público sob outra lógica e cooptou a construção incremental do SUS legal, tornando-se ‘compensatório’ desse outro sistema.

A classe média e os trabalhadores formais (dos setores privado e público, servidores e empregados públicos), nestes 20 anos, migram totalmente para os planos privados, buscando contemplar suas necessidades assistenciais de saúde sob o suporte dos sindicatos, federações e centrais sindicais.

Como parte da sociedade, nestes 20 anos, o movimento da reforma sanitária e o controle social no SUS também passaram por equívocos, confusões e desvios para o pragmatismo gestor e operacional, para o corporativismo, para um possível constrangimento de integrantes se afiliarem a planos privados, para cooptações no exercício de poder em governos, para o

elitismo academicista, para o apego imobilizador ao marco estruturalista, pela desistência ou abdicação pelos conselhos de saúde de priorizar sua atuação na formulação de estratégias, sua primeira atribuição legal etc., incluindo satanizações entre si. Afora poucas exceções, os equívocos e desvios são em regra inevitáveis, mas reversíveis, no complexo aprendizado da militância pelo SUS legal.

Houve o descolamento do SUS da condição inicial de meio de realização do direito universal com qualidade para atual de sistema público delimitado pela lógica da oferta e do mercado. Por isso, não deve ser defendido como está, como uma finalidade em si mesma, o que seria no mínimo ufanista, mas sim resgatar sua origem constitucional no seu cotidiano e nos posicionamentos políticos pelos seus valores.

Vários sofismas de influência negativa para a responsabilidade social e pública do Estado confundem e fragilizam no SUS lideranças sociais, parlamentares, gestores e conselhos de saúde, sofismas cabalmente desmascarados pelas sociedades e Estados de Proteção Social, os quais continuam realizando os melhores sistemas públicos de saúde (estados europeus, Canadá, Japão, Coreia, Austrália, Nova Zelândia, Costa Rica e outros). Exemplos:

- até as sociedades mais desenvolvidas com os melhores sistemas públicos de saúde não suportam mais que 9 a 10% do PIB para a saúde, e nós já estamos com 8,4%: precisamos é 'elevar a eficiência e qualidade dos gastos'. Escamoteamento: dentro dos 9 a 10%, dessas sociedades, há 7 a 8% de origem pública, e dentro dos 4%, em nosso país, há somente 3,4% de origem pública, o que resulta em, respectivamente, 2.000 dólares públicos p.c./ano para elas, e 340 para nós.
- O desafio imediato é elevar a eficiência e não o financiamento, nem reformar o Estado;
- A eficiência deve ser obtida independente da origem do 'prestador de serviços';
- O mercado desafoga financeiramente o SUS;
- O Estado é por definição mau gerente dos recursos públicos e as entidades privadas, por definição, melhores gerentes;
- O SUS ficará bom quando conseguir fazer mais com menos.

Breve contextualização das tendências mundiais

Partindo das tendências mundiais e no Brasil, verificou-se que, nos anos 1980, revelou-se em escala planetária a hegemonia do capitalismo financeiro especulativo sobre o industrial, assim como as consequências dessa hegemonia sobre os tesouros nacionais e bancos centrais das nações em desenvolvimento e as mais desenvolvidas.

Desde então, os Estados de Proteção Social, com prerrogativa de agente econômico, vêm sendo fortemente compelidos a se limitarem a árbitro ou gerente das relações econômicas do mercado e reduzir ou abdicarem das políticas públicas de proteção social universalistas como saúde, previdência, educação, meio ambiente e outras. No Brasil, que nessa mesma década emergia da ditadura, as mobilizações sociais e a Constituição resistiram e apontaram para o Estado de Proteção Social, seguindo movimento similar das sociedades portuguesa e espanhola, as quais superaram suas ditaduras ao final dos anos 1970. De certo modo, a hegemonia financeira neoliberal aportou em nosso país a partir de 1989, com uma década de 'atraso'.

Nestes Estados de Proteção Social, a consciência e mobilização social em função dos direitos de cidadania vêm resistindo ao retrocesso e pressionando pela reprodução dos pactos sociais com os agentes de mercado que detêm o grande capital e seus prepostos no Estado, ainda que estes agentes tenham se fortalecido a partir da crise de 2008.

É importante lembrar que tais pactos começaram a ser engendrados ao longo das lutas trabalhistas europeias, antes da Primeira Guerra Mundial, sistematizavam-se mais no pós-guerra (ver formulação de Dawson na Inglaterra), após a Segunda Guerra Mundial, expandem-se como alternativa ao socialismo soviético e da Europa oriental, reciclam-se e resistem à queda desse socialismo e à emergência do neoliberalismo, e até este momento, à crise de 2008 e seus desdobramentos, merecendo acompanhamento cuidadoso na Grécia, em Portugal, na Irlanda, na Espanha e na Itália. No Brasil, com grau bem menor de consciência e mobilização, o conflito Direito Constitucional *versus* Economia Real certamente justifica os seguintes comentários de Jairo Bisol, que é presidente da Associação dos Membros do

Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA): Diante das grandes mudanças econômicas globais a partir dos anos 1980, o Direito mais uma vez revela sua história de namorar em sua juventude com a Justiça, mas acabar casando com o Poder.

Nessa citação, o entendimento de Justiça é como um valor inerente aos poderes Executivo, Legislativo Judiciário, e é possível observar a questão do poder originar-se e realizar-se nas disputas de interesses e aspirações dentro da sociedade, entre suas classes e segmentos, sendo o Estado o palco privilegiado dessas disputas. Portanto, não é poder, mas as ferramentas de exercício do poder: arrecadação, normatização, gastos públicos, polícia, justiça etc. Citando Bisol (2009) novamente:

Onde concentra o poder concentra o embuste, e assim devem ser entendidas a Constituição Federal instituída e a Constituição real, e a Justiça acaba por se balizar na normatividade do Estado-Poder.

Para finalizar, vale lembrar que se a política brasileira de Estado insistir em assemelhar-se ao modelo dos EUA, como % de recursos públicos de saúde no PIB, % de recursos públicos nos recursos totais para saúde e fortes subsídios públicos à produção e ao consumo de serviços privados de saúde, à margem de qualquer outra semelhança social, econômica, cultural e histórica, ter-se-á, então, nada mais que uma caricatura do sistema de saúde daquele país.

Recomendações

O desafio do movimento da Reforma Sanitária e das entidades e movimentos da sociedade e das conferências e conselhos de saúde, para resgatar e reconstruir seu significado histórico, é eminentemente político. Este movimento, próprio da dinâmica da sociedade, não se esgota, mas deve transformar-se permanentemente, sempre acumulando novos desafios, tais como politizar-se e integrar-se no esforço do debate geral e amplo da sociedade por um projeto de nação capaz de articular: desenvolvimento econômico; a democracia participativa; os movimentos e entidades da sociedade; a realização

de políticas públicas universalistas, com base nos direitos sociais de cidadania por meio de sistemas públicos de qualidade e eficientes; as transferências de renda para os estratos sociais excluídos com vistas à formação do mercado interno e do processo produtivo formal.

Atuar na realização do 'SUS legal'

Todas as estratégias congruentes devem ter sua implementação intensificada com 'persistência histórica', mesmo que rudemente prejudicadas ou cooptadas pelas incongruentes, pois o objetivo maior a ser assumido deverá ser eminentemente político: o esforço pelos avanços técnicos, gerenciais e operacionais nos possíveis espaços, delimitados pelas estratégias incongruentes, deverão ser objeto de farta transparência, informação, divulgação, politização, acumulação de experiências, forças e mobilização, com vistas ao desgaste da hegemonia atual e do seu modelo de saúde. Os atores básicos a serem envolvidos nesse processo seriam as comissões intergestores regionais, os colegiados da gestão descentralizada, os conselhos de saúde, as entidades dos usuários e dos trabalhadores de saúde, as entidades e lideranças parlamentares, a mídia clássica e a internet, e as centenas de 'nichos locais' de experiências práticas exitosas e de resistência ao desmanche do ideário da Reforma Sanitária no âmbito da micropolítica e do microp processo de trabalho.

Atuar nas relações com o Poder Legislativo

O refrão de que o 'Poder Legislativo é a caixa de ressonância da sociedade' é historicamente verdadeiro sempre que a sociedade se mobiliza fortemente com consciência política dos seus direitos, e a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, em 1986/1987, ocorreu sob força política da sociedade que acabava de derrotar a ditadura, assim como o debate e aprovação do Título da Ordem Social que contém a Seguridade Social que contém o SUS.

Anteriormente, o movimento da Reforma Sanitária e a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados realizaram, em 1979 e 1982, dois simpósios nacionais sobre política de saúde, com centenas de participantes, cujo impacto foi decisivo na realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e nos debates constitucionais. Após a Constituição, a protelação do Governo de enviar ao Congresso o projeto de Lei Orgânica da Saúde

foi superada pela realização, em 1989, de um novo simpósio nacional de saúde, pela Comissão de Saúde da Câmara e pelas entidades da Reforma Sanitária, cujo relatório final foi a base das leis 8.080 e 8.142/1990. Uma década após, deliberações, mobilizações e articulações do Conselho Nacional de Saúde geraram na Câmara dos Deputados um seminário com mais de 600 participantes, que levou o Presidente da República a retirar o projeto de lei do Governo, o qual privatizava as empresas públicas municipais e estaduais de saneamento básico. No Senado, houve um simpósio com mais de 800 participantes sobre a Medida Provisória do Governo, que criava planos privados subsidiados com recursos públicos e preços acessíveis à classe média baixa, em substituição ao SUS, defendida pelo Ministro da Saúde, o qual redundou na retirada dessa medida provisória (MP).

Finalmente, um novo simpósio sobre política de saúde, realizado na Câmara dos Deputados, em 2005, pelas entidades da Reforma Sanitária e pela Comissão de Seguridade Social e Família e Frente Parlamentar da Saúde, com mais de 800 participantes, resgatou os princípios e diretrizes do SUS legal contra o SUS real, e respaldou o debate e a aprovação do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão.

Atuar perante a política de estado e de governo

Na implementação do SUS real, a predominância do impacto das estratégias incongruentes sobre o impacto das congruentes revela a força e duração da política de Estado acima da de Governo. Por isso, os militantes do SUS legal devem manter a necessária clareza onde está a política de Estado no cotidiano, na qual não deve-se ceder, conciliar e tergiversar, alertando e denunciando em todas as ocasiões e eventos, e onde está a política de Governo, que se realiza, na saúde, em estreito espaço governamental delimitado pela política de Estado sob a pena da equipe do Ministério da Saúde se desestabilizar ou desestabilizar o Governo. Desde as equipes mais coniventes que passam pelo Ministério da Saúde até as mais coerentes, experientes e consistentes com o SUS legal, como a atual equipe, o espaço no governo permanece muito estreito, com pequena margem de manobra. Por isso, as lideranças e os intelectuais orgânicos do movimento sanitário e do controle social, na sua imprescindível e inabdicável análise crítica e propositiva, devem também refletir

o que melhor fariam nesse estreito espaço no lugar dos integrantes da atual equipe, tendo em vista o desafio de, nesse espaço, acumular ações de governo, com o objetivo de mudar o rumo da política de Estado.

Exemplo 1

A regulamentação da Emenda Constitucional 29, com financiamento federal de pelo menos 10% da receita corrente bruta ou similar, significará a passagem de 340 a patamar abaixo de 500 dólares públicos *per capita*/ano (padronizados pelo poder de compra), ou dos atuais 3,4% a pouco mais de 4% do PIB para a saúde, ainda muito aquém da média de 2.000 e 7 a 8% nos países com os melhores sistemas públicos de saúde. Contudo, serão capazes de respaldar a retomada do rumo da construção do SUS legal, obviamente, concomitante à efetivação da elevação da eficiência e eficácia da gestão pública, com nova política pública de recursos humanos e meta de chegar a médio prazo a 1.000 dólares públicos *per capita*/ano.

Exemplo 2

Reforma da estrutura administrativa do gerenciamento público dos serviços de saúde, ampliando a descentralização com autonomia gerencial aos distritos e unidades de saúde e contrato público-público de metas e desempenho, com base nas necessidades da população sob controle social.

Exemplo 3

Redução escalonada até a eliminação de todas as formas de subsídios públicos aos produtores privados de serviços de saúde e seus consumidores.

Exemplo 4

Assunção pelo CNS, pela CIT e pela Agência Nacional de Saúde (ANS) do marco regulatório da relação público-privado ao nível nacional, e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), pela CIB e pela ANS ao nível estadual.

Exemplo 5

Elevação da cobertura e resolutividade da Atenção Básica por etapas até por volta de 90% da população e das necessidades de saúde.

Exemplo 6

Efetivação de pacto e contratualização exclusiva com o SUS das entidades de saúde sem fins lucrativos para cumprimento de metas e qualidade, segundo as necessidades da população, definidas pelo gestor do SUS e remuneradas com repasses globais a valores não-inferiores aos custos com qualidade, sob anuência e controle dos conselhos de saúde.

Exemplo 7

Implantação do cartão-saúde do cidadão.

Atuar nas relações com o Poder Judiciário, tribunais de contas (Legislativo) e Ministério Público

Persiste a dúvida de como estas instâncias do Estado vêm, nos mais de 20 anos do SUS, assumindo as prerrogativas e responsabilidades constitucionais perante a aplicação dos princípios e das diretrizes constitucionais do Direito de Todos e Dever do Estado da Relevância Pública, Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação, em função de: o paradoxo do mesmo Poder Executivo formular e realizar estratégias congruentes e incongruentes com esses princípios e diretrizes; a implementação estimulada do aumento da cobertura (universalidade) e descentralização, com ênfase na municipalização, e desestimulada dos demais princípios e diretrizes; a necessidade de novas jurisprudências referentes aos direitos difusos, coletivos e sociais, além dos direitos individuais; e a evolução da concepção e das práticas do Estado de Direito. Os Conselhos Nacionais de Justiça (CNJ), do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e do Conselho Nacional dos Procuradores Gerais (CNPJ) já criaram instâncias estaduais na área de saúde, mas não estão sendo construídos espaços compartilhados com os colegiados do SUS, de gestores e de controle social.

Atuar nas relações dos conselhos de saúde com as entidades e movimentos da sociedade

Os conselhos e conselheiros de saúde talvez não tenham conseguido ou persistindo na transmissão de informações e convencimento das entidades e segmentos da sociedade, a respeito das análises e posicionamentos produzidos e debatidos mensalmente em suas reuniões, para a implementação, ou não, do SUS legal.

Sob esse ângulo, desenvolveu-se um possível descolamento entre os conselhos de saúde e as entidades e segmentos da sociedade neles representados. Por outro lado, as estratégias implementadoras do SUS real, incongruentes com os princípios e as diretrizes do SUS legal, ao serem formuladas 'acima' dos conselhos de saúde e dos próprios gestores do SUS, expõem estas duas instâncias centrais do SUS, as quais, apesar deste ponto comum, continuam descoladas entre si, sem articular e somar esforços para participar e atuar na formulação dessas estratégias. Este duplo descolamento dos conselhos de saúde, das entidades e dos movimentos da sociedade neles representados, no campo da informação, politização e mobilização, assim como dos gestores no campo da atuação na formulação de estratégias, talvez seja uma das questões mais candentes a serem pautadas e superadas nas conferências e nos conselhos de saúde. Em princípio, é a sociedade, suas entidades e movimentos, com consciência política e mobilização, que reúnem forças historicamente capazes de influir no rumo das políticas de Estado e de Governo, e em função disso é que devem ser formulados os papéis das conferências e dos conselhos de saúde, sem o equívoco de pretender substituir a própria sociedade.

Atuar no projeto nacional de desenvolvimento econômico-social
Político

Novo equilíbrio entre a democracia representativa e a participativa a favor desta. Redução e contenção da promiscuidade mafiosa que se avoluma nas relações Estado – Grande Capital Empresarial – e entre os poderes Executivo, Judiciário e Legislativo, sob os moldes republicanos do capitalismo de Estado. Na política administrativa, a modernização e simplificação do secular centralismo, burocratismo, desperdício e ineficiência da máquina estatal, reestruturando-a para gerir e dar conta, com qualidade, das complexas demandas sociais básicas, sem a atual promiscuidade predatória de terceirizações privatizantes, nem satanização de possíveis parcerias público-privadas de interesse público.

Econômico

Geração e incorporação intensiva de ciência, tecnologia, inovação e valor agregado na produção industrial e

agropecuária, alternativa à inaceitável dependência da exportação de matérias-primas ou *commodities*. Inversão das vantagens financeiras e desvantagens nas importações e sobretaxação nas exportações. Reversão da profunda regressão do sistema tributário e fiscal. Deve-se investir muito mais nas políticas públicas de proteção social, enquanto estratégia básica do desenvolvimento econômico. Relativizar a dependência atual do enorme crescimento da dívida pública sob as maiores taxas de juros e outras taxações de risco, como grande e único eixo de controle da inflação. Em 2010, o Orçamento Geral da União destinou 44,93% aos juros, às amortizações e ao refinanciamento da dívida pública, comprimindo drasticamente os gastos sociais e de investimento no desenvolvimento: 3,9% para a Saúde, 2,8% para a Educação, 0,5% para a Segurança, 0,04 para a Energia, 0,7% para transporte etc.

Social

Implementação de políticas públicas universalistas de proteção social em áreas básicas como educação, saúde,

previdência social, segurança pública, habitação e outras, sem prejuízo dos programas de transferência de renda e ativação do mercado interno.

Tarefa

Geir Campos (anos 60 em Montes Claros)

*Morder o fruto amargo e não cuspir
Mas avisar aos outros quanto é amargo,
Cumprir o trato injusto e não falhar
Mas avisar aos outros quanto é injusto,
Sofrer o esquema falso e não ceder
Mas avisar aos outros quanto é falso;
Dizer também que são coisas mutáveis...
E quando em muitos a noção pulsar
- do amargo e injusto e falso por mudar –
Então confiar à gente exausta o plano
De um mundo novo e muito mais humano. ■*

Referências

- ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado na saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008.
- BAHIA, L. A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- _____. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desvios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, G.W.S. Modo de co-produção Singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- CARVALHO, G.C.M. *Consolidado das Domingueiras*. Disponível em: <www.idisa.org.br>. Acesso em: 10 jul 2011.
- FLEURY, S. Que Proteção Social para qual Democracia? *Saúde em Debate*, v. 34, n. 85, abr./jun., 2010.
- _____. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- MARQUES, B.M. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA, F.G. Mercado de Planos de Saúde no Brasil: Uma Criação do Estado? *Economia Contemporânea*, v. 10, n. 1, jan./abr., Rio de Janeiro, 2006.
- OCKÉ-REIS, C.O.; SOPHIA, D.C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- OCKÉ-REIS, C.O. SUS: O Desafio de ser Único. *Valor Econômico*, São Paulo, n. 12, set., 2009.
- OCKÉ-REIS, C.O.; dos SANTOS, F.P. *Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde – 2003-2006*. Brasília: IPEA, 2011.
- PAIM, J.S. *Direito Universal ao Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade*. In: II Simpósio Nacional do CEBES, jul., 2011.
- _____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- RIZZOTO, M.L.F. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS – Tese (Doutorado) – UNICAMP*, 2011.

SANTOS, I.S. *O Mix Público – Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Elementos para a Regulação da cobertura*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, ago., 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Vinte Anos do SUS: O Sistema de Saúde no Brasil no Século 21. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 82, 2009.

SANTOS, N.R. O Estado que Temos e os Rumos que Queremos. Contribuição para Posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 87, out./dez, 2010.

_____. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.

SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. *Gestão Pública e Relação Público-*

Privado na Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. 300p.

SILVA, S.F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.

SOARES, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008.

Recebido para publicação: Setembro/2011

Versão definitiva em: Setembro/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve