
VINTE ANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: POR ONDE MANTER AS CHAMAS DA UTOPIA

*Nelson Rodrigues dos Santos**

1. Introdução

Nossa experiência acumulada nos primeiros vinte anos de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS reverencia o avanço, a sabedoria e a coragem dos debates e da aprovação final dos postulados consagrados no título da Ordem Social e em especial no capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988. É de amplo reconhecimento que esses postulados, frente à sua implementação, remetem os atores sociais e institucionais às questões maiores da formulação das políticas públicas, da publicização e modernização dos aparelhos de Estado e da própria democratização do Estado, com vistas à gestão pública eficiente, ágil e direcionada à eficácia social.

Inexoravelmente, os gestores públicos do SUS e os correspondentes Conselhos de Saúde, nas Secretarias de Saúde de 1.564 Municípios, 26 Estados, Distrito Federal e no Ministério da Saúde, foram obrigados a assumir a gestão da oferta de serviços no cotidiano, sem adiamento, como também aplicar os princípios e diretrizes Constitucionais que obrigam a novos modelos de gestão pública para novos modelos de atenção à saúde. Foram compelidos a “ir trocando as rodas do carro em plena velocidade” e a viagem encontra-se ainda na primeira etapa. Por isso, a gestão pública da Saúde transformou-se, também de modo inexorável, em verdadeira escola intensiva de políticas públicas e de gestão pública, incluindo estratégias de sobrevivência.

Assim, após descrever esquematicamente o desenvolvimento e avanços da Reforma Sanitária e do SUS nos tópicos I e II, não abdicamos da responsabilidade de ousar uma análise sócio-político-institucional nos tópicos III, IV, V e VI, com a intenção de contribuir para o esclarecimento de realidades muitas vezes mais implícitas que explícitas, sem o qual se eleva o risco de equívocos fatais nas análises de tendências e nas formulações de estratégias de

* **Nelson Rodrigues dos Santos** é Professor Titular do Departamento de Saúde Comunitária na Universidade Estadual de Londrina (UEL), Professor aposentado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Membro da Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA).

retomada dos princípios e diretrizes Constitucionais. Nossa baixa formação teórica no campo das Ciências Econômicas, Sociais e Políticas justifica equívocos e falhas certamente existentes, que, até prova em contrário, não invalidam o conjunto da contribuição que se baseia em evidências e reflexões de vinte anos na “escola SUS”.

2. O Movimento da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde – SUS: marcos históricos

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira nasce na segunda metade dos anos 70 no bojo do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. As entidades emblemáticas eram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco. O movimento municipal de saúde nasce paralelamente, no mesmo período e nas mesmas circunstâncias. Após estas raízes, a maior parte dos marcos históricos da Reforma Sanitária e do SUS coincidiram com o aprofundamento das alianças entre os movimentos sociais e o Legislativo. É sobre o conjunto dessa história recente que se torna possível destacar vinte anos de SUS a partir de 1988, senão vejamos:

- 1979: 7ª Conferência Nacional de Saúde que se baseia na Conferência Internacional de Alma Ata e preconiza a Atenção Primária de Saúde como base e estruturação de um novo sistema.
- 1979: 1º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados.
- 1982: 2º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados.
- 1983: Convênios das Ações Integradas de Saúde (Inamps/SMS/SES).
- 1986: 8ª Conferência Nacional de Saúde e os Convênios dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Inamps-SES).
- 1987/1988: Comissão Nacional da Reforma Sanitária.
- 1988: Constituição Federal (criação da Seguridade Social e do SUS).
- 1989: 5º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados.
- 1990: Leis 8.080/90 e 8.142/90.
- 1992: 9ª Conferência Nacional de Saúde. “A Municipalização é o Caminho”.
- 1993: Extinção do Inamps, em Lei, Criação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites – CIT e CIBs, dos Fundos de Saúde, das Condições de Gestão nos Municípios e Estados, da primeira grande pactuação Tripartite (a NOB-93) e da aprovação na CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS do histórico documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer

Cumprir a Lei.” Estes avanços no ano de 1993 ocorreram como reação contra a quebra do SUS imposta pelos Ministérios da Fazenda e da Previdência, com a retirada da maior fonte do financiamento federal da saúde – a Contribuição Previdenciária.

- 1995/1996: Vitória do SUS, com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – CPMF para a saúde no Congresso Nacional, e posterior derrota, com a retirada pelo Ministério da Fazenda de outras fontes, restando para a saúde por volta de um terço da CPMF.
- 1996: 10ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação da NOB-96.
- 2000: Aprovação da Emenda Constitucional nº 29 – EC nº 29, sob pressão do CNS, Conselho Nacional de Secretarias de Estado da Saúde – Conass, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e Frente Parlamentar da Saúde – FPS, quando a esfera federal impôs critério de cálculo (variação nominal do PIB) pelo qual o acréscimo federal anual perderia para o crescimento populacional e para a inflação, persistindo a retração, e com a assunção pelos estados, DF e municípios, de percentuais sobre a arrecadação, respectivamente 12% e 15% no mínimo. Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde.
- 2003: Apresentação e tramitação do PLP nº 1/2003, de regulamentação da EC-29, no qual ficam equalizados os critérios das contrapartidas das três esferas de governo, cabendo à federal 10%, no mínimo. Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde.
- 2005: 8º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados e articulação da FPS e o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, Associação Brasileira de Economia em Saúde – ABrES, Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde – Ampasa e Rede Unida.
- 2005/2006: Formulação e discussão de elevado nível técnico e político, pelo Ministério da Saúde – MS-Conass-Conasems, do “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, aprovado na Tripartite e CNS, a ser implementado pelas Secretarias de Estado da Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS orientadas pelas Bipartites. O 8º Simpósio e o Pacto expressam, em grande parte, a reação contra a ação do governo sobre o Congresso Nacional, desde 2003, impedindo a regulamentação da EC-29, a vinculação da contrapartida federal à arrecadação, conforme projetos de Lei gerados na Câmara dos Deputados e no Senado.
- 2007: Realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

3. Inclusão Social: o Grande Avanço

O SUS continua o maior projeto de inclusão social por meio de política pública de que temos conhecimento, apesar dos preocupantes obstáculos na reestruturação dos modelos de

gestão e de atenção. Antes dele, perto de metade da população estava a descoberto e dependia da caridade. Produziu, em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 403 milhões de exames laboratoriais, 150 milhões de vacinações, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 10,8 milhões de internações, 3,1 milhões de cirurgias das quais 215 mil cardíacas e 15 mil transplantes, 9,7 milhões de seções de hemodiálise, 9 milhões de seções de radio e quimioterapia, 13,4 milhões de exames radiológicos sofisticados (ultrasonografia – US, tomografia computadorizada – TC e ressonância magnética – RM), 212 milhões de ações odontológicas e o melhor controle da aids entre os países do terceiro mundo. No entanto, os atuais rumos da estruturação do sistema apontam para um sistema público deficiente, seja para os 75% pobres da população que estão fora do mercado dos planos privados de saúde, seja para os 25% da população dentro do mercado de planos privados que fazem uso complementar do SUS. Alguns desses estratos mais privilegiados ainda acessam os serviços do SUS, sobretudo os de fornecimento de medicamentos e próteses mais caros e sofisticados, indisponíveis nos planos privados de saúde.

Não avançamos o suficiente, caso consideremos, além do fator inclusão, o rumo efetivo de construção da integralidade, da participação da sociedade na formulação das políticas públicas e dos conselhos de saúde na formulação das estratégias. Porém, avançamos muito no impressionante processo de descentralizar e estender coberturas populacionais, com surpreendente elevação da produtividade e oferta de ações e serviços públicos de saúde, em contexto de poucos recursos. O impacto positivo iniciou-se nos anos 80, com os convênios “inampianos” das Ações Integradas de Saúde e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, e foi “explosivo” nos anos 90. Contudo, esse “produtivismo” não tem ainda seu rumo estruturado pela tríade igualdade/equidade/integralidade.

A qualidade/resolutividade, em regra, também não caracteriza esse “produtivismo”, excetuando-se casos ao nível de maior densidade tecnológica e custo, e menos frequentes ao nível da média densidade tecnológica. Persistem recordes insustentáveis e inaceitáveis de consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem e tratamentos, ou evitáveis ou desnecessários, que além de serem iatrogênicos consomem tempo e recursos que agravam a repressão da demanda do atendimento necessário e prioritário.

4. As Políticas de Estado e de Governo para a Saúde

Como política de Estado macroeconômica e macropolítica, evidenciou-se a opção pela política pública de transferência de renda, ainda que extremamente desigual: por volta de R\$ 11 bilhões foram destinados a aproximadamente 11 milhões de famílias abaixo da linha da pobreza (bolsa-família); mais de R\$ 100 bilhões em benefícios previdenciários redistributivos foram concedidos a desempregados, idosos, população urbano-rural de baixa renda e outros, e R\$ 170 bilhões anuais (projetados para 200 bilhões ao final deste ano) aos rentistas da dívida pública. As políticas públicas de proteção social permanecem subfinanciadas com valores *per capita* anuais que se situam entre os mais baixos do mundo, sendo que, na saúde, a retração da contrapartida federal a partir de 1990 até os dias de hoje é constatada tanto pela queda do seu percentual, comparada à elevação do percentual da contrapartida estadual e municipal, como pela queda do seu valor *per capita* anual, comparada à elevação do *per capita* anual dos Estados e Municípios e, ainda, pela comparação da elevação do percentual da receita corrente federal perante o Produto Interno Bruto – PIB, com a queda do percentual do orçamento do Ministério da Saúde vis-a-vis a receita corrente federal.

Como política de Governo nacional decorrente da política de Estado, evidenciaram-se, na saúde, os seguintes mecanismos estruturais:

- O financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir a implementação progressiva/incremental do sistema e, principalmente, o avanço na reestruturação do modelo e nos procedimentos de gestão. O governo optou: a) por desconsiderar a indicação Constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS; b) pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%); c) por desviar, em 1996, mais da metade da CPMF aprovada para a saúde; d) pela esperteza e imposição federal, no ano de 2000, durante o processo de aprovação da EC-29, ao calcular a contrapartida governamental com base na variação nominal do PIB, pressionando a aplicação de percentual sobre a arrecadação somente para os Estados, Distrito Federal e Municípios; e por fim, e) a pressão sobre o Congresso Nacional, desde 2003, para não regulamentar a EC-29 com percentual sobre a arrecadação, para a esfera federal.
- Houve, também, opção governamental pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde, por meio da dedução do imposto de renda, do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos, incluindo as estatais, do não-ressarcimento ao SUS, pelas empresas, das despesas geradas pelo atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizam mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas.

- 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 investido em países latino-americanos como Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do praticado no Canadá, em países Europeus, na Austrália e em outros. É também importante considerar que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social – OSS constante no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT da Constituição era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com universalidade, igualdade e integralidade. Tal valor corresponderia hoje a R\$ 106,6 bilhões, montante bem superior aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008.

O modelo de gestão vigente, atrelado ao subfinanciamento, é marcado estruturalmente por:

- a) extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, queda de desempenho e dos 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;
- b) desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos;
- c) desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros);
- d) retardamento ou impedimento de reforma do aparelho 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, Organização Social – OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip e outras;
- e) inibição, na prática, das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou em fragmentação setorial e persistência de corporativismo, clientelismo e desperdícios; e
- f) manutenção dos vários “ministérios da saúde” dentro do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros, com representação na sociedade, governo e parlamento.

Todas estas estratégias e mecanismos são políticas de Governo desde 1990 acima do espaço de influência pelo Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e CNS. Os desafios maiores do SUS são de ordem estrutural porque partem de políticas e estratégias de Estado e governos desde 1989.

Para as direções únicas do SUS nas três esferas de governo, incluindo os Conselhos de Saúde, vem restando, no correr dos seus vinte anos, uma faixa muito estreita de geração e efetivação de políticas e estratégias, principalmente quando se trata do conjunto dos princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, integralidade, hierarquização/regionalização e participação dos Conselhos de Saúde.

Sob os efeitos e barreiras impostos pelas políticas de estado e governo, vem restando ao MS a construção de uma governabilidade perante os gestores estaduais e municipais, os prestadores privados complementares do SUS, os trabalhadores de saúde e as demandas da população usuária, calcada nas seguintes estratégias:

- a) estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares e outros, enquanto guias para os repasses federais e respectivos gastos;
- b) manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela em que a maioria dos valores encontra-se abaixo do custo, excetuando-se os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados;
- c) fragmentação dos repasses federais aos estados, DF e municípios. Hoje, há cerca de 130 fragmentos, reduzidos com o Pacto de Gestão, mas com pressões internas para não continuar reduzindo;
- d) permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, com baixa consideração ao planejamento e orçamentação ascendentes com estabelecimento pactuado de metas, custos, prioridade e qualidade, com vistas à articulação regionalizada de redes de cuidados integrais;
- e) lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais;
- f) 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 efetividade como porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema; e
- g) desmesurada produção de portarias normativas ministeriais. Em 2002, por exemplo, o número chegou a atingir 8 portarias por dia útil, tendo caído um pouco e voltado a

crescer. Por isso, as necessidades e os direitos da população ainda são secundários na lógica do modelo de gestão vigente, no qual predominam os interesses da oferta: dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços, da indústria de medicamentos e do modelo econômico financeirizado.

A equidade “nivelada por baixo” traduz-se pela realocação de recursos historicamente necessários ao desenvolvimento e qualificação dos serviços de média densidade tecnológica para os da atenção básica, ou dos serviços curativos para os preventivos, ou dos usuários mais incluídos pelo sistema para os menos incluídos. Em síntese: sem recursos adicionais para a atenção básica, para os serviços preventivos e para os pouco incluídos ou excluídos. Tampouco há recursos adicionais para investimentos estratégicos na capacidade instalada e no pessoal de saúde em todos os níveis, com o objetivo de viabilizar e facilitar o acesso à população usuária pouco ou nada incluída. A saída é “nivelar por cima” num contexto de reversão dos mecanismos e estratégias predominantes abordados anteriormente.

A lógica do modelo de gestão induz o modelo de atenção com base na oferta, ainda caracterizado por:

- a) a atenção básica expande-se às maiorias 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 frequentemente 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, justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde;
- e) as diretrizes da integralidade e equidade 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; e
- g) 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 80.

Permanece, também, congestionamento crescente nos serviços de urgência e ambulatoriais de especialidades (compelidos a porta de entrada preferencial), e nos serviços de diagnose e terapia, dificultando o controle dos atos evitáveis ou desnecessários além das intermináveis esperas tantas vezes iatrogênicas ou letais como no caso da hemodiálise, da rádio-quimioterapia, das próteses e muitas outras. Para piorar as distorções neste congestionamento, é nele que a realização do complexo médico-industrial se reproduz de maneira praticamente incontrolável. Tornaram-se regra a angústia e a tensão na gestão municipal, pois a ampliação das ações preventivas e de assistência aos casos eletivos e menos graves acarretam grande queda na demanda de casos urgentes e mais graves, demanda esta que se encontra reprimida, mesmo consumindo a maior parte dos recursos disponibilizados, o que pressiona permanentemente a própria governabilidade do gestor.

Constatamos que o modelo da oferta herdado pelo SUS não foi superado pelo modelo com base nas necessidades e direitos da população, e realiza-se sob o discurso da política explícita de saúde, mas, na realidade, segue pautado pela política implícita que se expressa por meio de um conjunto de estratégias e mecanismos de política de estado e de governos desde 1989.

Outro ponto é a inacreditável resistência nas “bases” do SUS, entre técnicos das três esferas de governo, em especial a municipal e a estadual, que, apoiados pela gestão descentralizada, desenvolvem modelos operacionais de elevada competência para implementação do “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, com base na construção de redes regionais de cuidados integrais à saúde. Ainda que na contra-hegemonia, este enorme e persistente esforço “tira leite das pedras”, tentando avançar e acumulando profunda experiência, cuja plenitude certamente pontificará com a superação das atuais políticas de Estado e Governo para a saúde.

5. A Relação Público-Privado no SUS

Sabe-se que a demarcação do que é público e privado e da dinâmica da coexistência entre os interesses e instituições públicas e privadas mantém relação com o pacto social entre os diferentes segmentos da sociedade civil — e destes com os aparelhos de Estado que, por sua vez, têm relação com os valores sociais prevalentes e o grau de consciência coletiva dos direitos sociais, dos rumos do modelo do desenvolvimento, da democratização do Estado e mobilizações decorrentes. Em sociedades em que tais questões encontram-se mais avançadas,

com nível reconhecidamente mais elevado do processo civilizatório, o pacto social e federado construído e celebrado desdobra-se no permanente cotidiano da sociedade e do Estado, em vigilância eficaz contra retrocessos e em busca de aprimoramentos. É o paradigma da *res publica*.

Os pactos sociais, em especial ao nível da nação, envolvem a relação Sociedade-Estado e, quando abrangem o conjunto ou a maioria da sociedade, avançam na democratização do Estado. Foi o que ocorreu no Brasil nos anos 80, desde os últimos anos da ditadura e no processo da convocação e realização da Assembleia Nacional Constituinte, quando o avanço na democratização do Estado compeliu ao avanço do pacto federativo, redefinindo as responsabilidades de cada ente federado a favor dos anseios da sociedade. A seção Saúde na Constituição Federal e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 são reflexo marcante dos novos papéis dos entes federados. A Constituição lhes confere autonomia enquanto entes federados e os obriga a negociarem e pactuarem suas autonomias, por exemplo, para articular e implementar a diretriz da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, o que só pode ser realizado em territórios regionais, envolvendo estados, o DF e municípios.

É possível dizer que o novo pacto federativo estabelecido com a Constituição de 1988 foi orientado pelo novo pacto social. Já em 1993, quando a retirada truculenta da contribuição previdenciária “quebrou” o SUS, obrigando o Ministério da Saúde a emprestar do Fundo de Amparo ao Trabalhador, o impacto negativo abalou os gestores nacionais do SUS e também os estaduais e municipais, o que propiciou avançar o seu acumplicimento na busca da sobrevivência do sistema e criação de mecanismos realizadores com nova lógica, por exemplo: a criação das CIT ao nível nacional e da CIB em cada estado, a criação dos Fundos de Saúde em todos os entes federados, dos repasses de recursos públicos fundo a fundo, da extinção do Inamps para a efetivação da direção única do SUS em cada ente federado, a primeira “radiografia” das condições de gestão municipal (incipiente, parcial e semi-plena) e outros, com significado claro de desdobramento e aprofundamento do pacto federativo Constitucional e também do início de reforma de Estado na lógica do SUS, conforme já referido.

Aqui, o pacto federado antecedeu e induziu a retomada do pacto social. Passados mais de dez anos, durante os quais prosseguiu o refluxo dos movimentos sociais e classistas pelo SUS, e aumentou o imaginário desses movimentos em torno da solução por meio dos planos privados de saúde, novamente os entes federados, em especial o Conass, o Conasems e alguns

pensadores/formuladores de estratégias no SUS, passaram por momentos de angústia e tensão a partir do final de 2004, com a revelação cada vez mais evidente de que o Governo não aceitava a regulamentação da EC nº 29 para equalizar os critérios de cálculo das contrapartidas federal (10%), estadual (12%) e municipal (15%) sobre as respectivas arrecadações, apesar de o projeto de lei ter dado entrada na Câmara dos Deputados em 1/1/2003.

O sentimento de frustração e angústia pela manutenção do subfinanciamento e a impossibilidade da retomada efetiva da construção do SUS gerou, novamente, no seio dos gestores, movimentos na direção de novos desdobramentos e aprofundamentos do pacto federativo do SUS com grau de formulação estratégica até então não alcançado. Estes movimentos afloraram em uma primeira reunião informal entre dirigentes do MS, Conass e Conasems em agosto de 2004, prosseguiram contatos pontuais, retornaram em concorrido Simpósio Nacional de Política de Saúde, em junho de 2005, avançaram no 2º semestre desse ano e geraram, em fevereiro de 2006, a matriz básica do “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. Pela segunda vez, os gestores nas três esferas federadas mobilizam-se e acumpliciam-se em defesa do SUS em momento crítico. Apesar dessa extensa e rica pactuação ter sido discutida e aprovada no CNS e razoavelmente divulgada no interior do SUS, não há ainda sinais deste pacto ter saído do âmbito federativo, passando a contagiar e induzir a retomada do pacto social. Resumindo: houve um pacto social–federativo em 1988, um pacto federativo–social em 1993 e um pacto por enquanto só federativo em 2006. São vinte anos entre 1988 e 2008, muito pouco no processo histórico para apagar a utopia da retomada do pacto social.

Tivemos no Brasil auspicioso período pós-ditadura, com crescente mobilização da sociedade civil nos anos 80 e ápice no processo Constituinte em 1987/1988, quando novo e avançado pacto social e federado consagrou princípios e diretrizes com base nos direitos de cidadania e cuja implementação apontou para adequação e reforma dos aparelhos de Estado, incluindo legislação infraconstitucional.

Mas, a partir de 1989, outro processo concomitante desenvolvia-se: a reaglutinação dos segmentos sociais dominantes em reação aos pequenos espaços cedidos na década, o que implicou a hegemonia assumida do sistema financeiro nacional/internacional, da especulação, da dívida pública crescente com altíssima taxa de juros, do Estado mínimo (para respaldar o

desenvolvimento e proteger os direitos sociais), do Estado máximo (para arrecadar, pagar juros e terceirizar funções inabdicáveis), tudo sob a glorificação do mercado.

Ao histórico sindicalismo trabalhista brasileiro foram sendo acrescentados, desde a década dos 90, o sindicalismo de resultados e, por fim, o de negócios. Não por coincidência, cresce desmesuradamente o número de empresas de planos privados de saúde que ampliam agressivamente seu mercado de consumo para todos os segmentos médios da sociedade, incluindo os servidores públicos e, também não por acaso, neste mesmo período até os nossos dias, dá-se a retração da contrapartida federal que mantém o SUS extremamente subfinanciado.

É por volta de 1994 que se evidencia não só o arrefecimento das perspectivas e esperanças iniciais das camadas médias e dos servidores públicos em relação ao pertencimento do SUS, como também um retrocesso na consciência social de direitos e pleitos, que se voltam, por meio das entidades classistas, para os planos privados de saúde, preferentemente quando regulados e subsidiados pelo Governo.

Esse processo intensifica-se, em 1995, com a assunção pelo Governo Federal de “reforma do Estado” calcada no ideário do Estado mínimo, com simultânea, insidiosa e contínua ação midiática com base nos valores do consumismo e competitividade corporativistas e individualistas, e prossegue a partir de 1998 com a Lei nº 9.656/98 que dispõe sobre o mercado na saúde e, no ano 2000, com a Lei que cria a Agência Nacional de Saúde autônoma em relação ao SUS. O arrefecimento em relação ao pertencimento do SUS integra um arrefecimento geral que é do grau de consciência das necessidades, dos direitos sociais, do significado das políticas públicas de proteção social, da conquista da cidadania e da própria democratização do Estado. As aspirações de ascenso social e satisfação de direitos e interesses com base no ideário acima referido passaram a ter aceitação generalizada.

A pouca clareza e delimitação entre os interesses públicos e privados em nossos aparelhos de Estado mantém, historicamente, um constrangimento dos interesses públicos em contraste com nações em maior grau de desenvolvimento. Nesses países, as jurisprudências e legalidades firmadas no campo do Direito Público estariam mais avançadas e expandidas para respaldar as autonomias gerenciais dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços essenciais e contratos de metas com qualidade, sem obrigação de valer-se, para tanto, de instrumentos do campo do Direito Privado, a não ser em situações especiais complementares e com controle público. Por outro lado, o Direito Privado não é por definição área jurídico-

legal destinada exclusivamente a respaldar o mercado e, menos ainda, a predação da coisa pública; a abrangência da *res publica* vai muito além do mercado, incluindo entidades privadas sem fins lucrativos que atendem o interesse público e social, e também, toda a dinâmica e a vida da sociedade civil, pois, sem a ativa participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas não haveria construção do Estado democrático. Nas sociedades mais desenvolvidas são usuais expressões como Estado regulador, Estado contratante e Estado negociador, capaz de, quando for o caso, se valer de procedimentos do Direito Privado no que tange à garantia, rapidez e qualidade de resultados à sociedade. E continuam avançando sua finalidade pública por meio de entidades estatais autônomas sob controle público e social.

6. A Conjuntura dos Anos 80 e dos Anos 90/00: rumos do SUS

Nos anos 80, com os movimentos sociais pela democratização do Estado e com os debates na Assembleia Nacional Constituinte, houve algum grau de empolgação com os valores éticos e sociais de direitos de cidadania que resultaram na criação de um SUS com universalidade, igualdade, integralidade e participação da comunidade, consagradas na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas: nacional, estaduais e municipais. Na época, esses valores contagiaram parte importante dos trabalhadores de saúde e dos gestores públicos, principalmente os municipais e, como consequência, houve explosiva inclusão de aproximadamente metade da população, antes excluída.

Uma grande distorção foi se aclarando ao longo dos anos 90: essa inclusão, avanço inquestionável do SUS, pautou-se na universalidade e na descentralização, com ênfase na municipalização, mas manteve atrofiadas e muitas vezes nulas, a integralidade, a igualdade, a regionalização e a participação dos Conselhos de Saúde na formulação de estratégias. Ainda que atrofiados no espaço da gestão nacional, estadual e regional, tais princípios continuam encampados por milhares de atores locais entre trabalhadores de saúde, conselheiros de saúde, gestores locais e outros, que se esforçam permanentemente para efetivá-los, mesmo que nos limites de experiências localizadas, quase sempre frágeis e reversíveis. No entanto, sempre surgindo e ressurgindo ao nível micropolítico e no microprocesso de trabalho. Esse esforço quase anônimo em todo o território nacional torna-se visível nas mostras regionais e nacionais de experiências exitosas, verdadeiras “pontas de *icebergs*” reveladoras de incomensurável potencial de futura retomada de rumos na construção do SUS.

De qualquer forma, a partir de 1990, ano a ano, a utopia da democratização do Estado e decorrentes bandeiras mobilizadoras da luta contra a ditadura e dos debates na Assembleia Nacional Constituinte, ao conquistar a democracia política, parece ter padecido de inflexão crescente, pouco avançando em direção à “democracia social e econômica”, o que, de certo modo, explica a dificuldade dos três poderes avançarem na reforma política junto com a sociedade civil, incluindo as combinações de formas de democracia participativa e representativa.

7. A Reforma do Estado “SUS”

A formação histórica do nosso país dispôs reconhecida diversidade entre os setores sócio-econômicos, por um lado, sob o ângulo do avanço da consciência, organização e mobilização da sociedade e, por outro, a resistência dos segmentos conservadores.

No setor saúde, no âmbito da seguridade social, houve verdadeiro salto de qualidade no pacto social e federado construído pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e os constituintes: o SUS, que adentrou os anos 90 com potência suficiente para conquistar significativas reformas nos aparelhos de Estado, como a profunda descentralização/municipalização, a criação de comissões permanentes de pactuação entre as três esferas de governo com a NOB-93, os conselhos e conferências de saúde enquanto expressivo avanço na gestão participativa, a direção única em cada esfera com a extinção do Inamps e a criação dos Fundos de Saúde e dos repasses Fundo a Fundo. Este grande avanço foi realizado até 1994 no âmbito da “gestão de sistemas” (municipal, estadual e nacional) e, no seu bojo, já se previam etapas seguintes voltadas para a gestão/gerência das unidades prestadoras de serviços, desde as básicas até as de alta complexidade, com metas de prestação de serviços com base nas necessidades e direitos da população e autonomia gerencial para cumpri-las com qualidade sob contratos de gestão. Sua efetivação, entretanto, vem passando, desde então, por desvios e bloqueios ligados a:

- a) não reconhecimento e identificação nos aparelhos de Estado e nos correspondentes procedimentos e instrumentos gerenciais (dos recursos financeiros, materiais e humanos) da pesada e complexa herança da formação do Estado brasileiro: unitário (avesso à diversidade regional e local), cartorial, patrimonialista, burocratizado e clientelista, com a Administração Pública direta e indireta impregnadas com todas as vertentes particularistas e corporativistas;

- b) não formulação de estratégias e desenvolvimento de novos modelos gerenciais capazes de deslocar a hegemonia do “modelo da oferta”, substituindo-a pelo “modelo das necessidades e direitos da população”;
- c) não superação do grande abalo produzido em 1993 pela retirada repentina e arbitrária do financiamento do SUS, mais exatamente de sua maior fonte (previdenciária), quebrando-o e obrigando o Ministério da Saúde, por meio de decreto de calamidade pública, a contrair empréstimo perante o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT); e
- d) não criação de alternativas de reforma e avanços gerenciais nas unidades públicas do SUS, à proposta apresentada na época pelo Governo Federal, de simples abdicação dessa responsabilidade, e sua entrega a entidades do setor privado (Organizações Sociais do *Plano Diretor de Reforma do Estado*, 1995).

Na época, já se tornava clara a percepção do grande desafio do cidadão se reconhecer no sistema público, inclusive a classe média, o servidor público, o gestor e o conselheiro de saúde, na condição de usuários do sistema público universalizado. A realização deste reconhecimento, desse pertencimento, passava pela consciência das necessidades, dos direitos, pela consciência política e pela conquista de um SUS tão público quanto já é estatal: permanece o desafio da reconstrução da lógica pública nos aparelhos e procedimentos do Estado, isto é, da publicização do próprio Estado.

Foram exaustivamente debatidas e aprovadas na Assembleia Nacional Constituinte questões da maior grandeza e ética social, tais como: o conceito e o financiamento da Seguridade Social (art. 194 e art. 195), a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196), a relevância pública das ações e serviços de saúde (art. 197), os determinantes sociais e econômicos na redução dos riscos e outros agravos (art. 196) e os princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, regionalização/hierarquização e participação da comunidade (art. 196 e art. 198). Houve clara opção pelo “modelo europeu” de políticas públicas de proteção social que hoje se estende ao Canadá, Austrália, Nova Zelândia e várias outras nações, cada uma com sua história, no seu estágio e com características próprias, mas todas considerando um rumo mais efetivo e decidido no processo civilizatório dos seus povos.

Não houve potência suficiente para a continuidade ou extensão da reforma do Estado “SUS” à rede prestadora de serviços: o subfinanciamento, a pulverização dos parques repasses federais em dezenas de fragmentos, negociados um a um com os estados e municípios, o largo

predomínio do pagamento dos serviços por produção e com valores abaixo dos custos operacionais, a desastrosa precarização da gestão dos trabalhadores de saúde, incluindo o festival de terceirizações, têm sido, desde 1990, os grandes indutores do perfil da oferta de serviços. A atenção básica não consegue desenvolver alta resolutividade (acima de 80%), não se efetiva como porta de entrada predominante, nem tampouco como estruturação do conjunto do sistema; os serviços de média e alta complexidade (eletivos e de urgência) estão supercongestionados, reprimem demanda e reproduzem os interesses do modelo da oferta, com altos índices de atos evitáveis e/ou desnecessários.

O impulso da reforma do Estado “SUS” até 1994 entrou, a partir de 1995, em desvantagem que impediu sua continuidade e extensão às necessárias reformas de gerência na rede prestadora de serviços, devido ao fortalecimento de políticas institucionais econômicas, da “inteligência” de Estado e da sua reforma “liberal” e nas políticas públicas, que avançaram no ideário da focalização e segmentação/estratificação, sobrepondo-se, na prática, ao ideário da reforma sanitária brasileira universalista, com equidade e integralidade. Essa nova hegemonia delimitou os avanços a uma implementação racionalizadora da produtividade de ações e serviços de saúde na direção da gestão descentralizada “tirar leite das pedras” sob baixíssimo financiamento.

A reforma “SUS”, contudo, resistiu e continuou emergindo, ainda que na contra-hegemonia, em inúmeras trincheiras e ocasiões, ao nível dos Conselhos de Saúde, das entidades ligadas ao movimento da Reforma Sanitária, das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites e, especialmente, na “ponta” do sistema: milhares de experiências exitosas entre gestores descentralizados, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários.

“A história nas repúblicas periféricas é um cemitério de Constituições. O direito Constitucional, todavia, é direito que liberta”, nas palavras do eminente jurista e cientista político Paulo Bonavides, Presidente Emérito do Instituto Brasileiro de Direito Constitucional e autor de *História Constitucional do Brasil*.

8. Considerações finais: impasses e saídas

Como superar o agudo subfinanciamento do SUS, resultante da crescente financeirização dos orçamentos públicos e o co-financiamento público (indireto) do faturamento das empresas de planos privados de saúde? Como impedir a desastrosa precarização da gestão pública do trabalho em saúde? Como efetivar o planejamento e

orçamentação ascendentes, com metas e prioridades na oferta de serviços de saúde integrais, com qualidade, pactuadas entre os gestores da região e os respectivos Conselhos de Saúde, e remuneradas com valores não inferiores aos custos?

Em outras palavras, até quando os gestores estaduais e, principalmente, os municipais e os Conselhos de Saúde continuarão sufocados pela fragmentação dos repasses federais, pelo turbilhão de portarias normativas ministeriais e pela remuneração de serviços por meio de uma tabela anacrônica de valores em regra abaixo do custo? Quando haverá compromisso, diretrizes e condições reais de a atenção básica deixar de ser focalizada só nos mais pobres, gerando baixa resolutividade, baixo custo, falta de condições de constituir-se em porta de entrada preferencial aos serviços de maior densidade tecnológica, nem de vir a pertencer à classe média da sociedade, e nem tampouco de vir a ser estruturante do sistema?

Qual a cadeia de causa e efeitos entre esses mecanismos anti-sociais de Estado e Governo, que desce em cascata até o menor município e suas equipes de saúde de família? Tomando a atribuição legal do Conselho de Saúde de atuar na formulação de estratégias no âmbito do seu ente federado, como o controle social vem reagindo a cada um desses mecanismos? Nas pressões e negociações por financiamento suficiente e por novos modelos de gestão, ao longo dos últimos 18 anos, nós, os Conselhos de Saúde, o Conasems/Cosems, o Conass, as entidades do movimento da Reforma Sanitária, já perdemos anéis para manter dedos, dedos para não perder braços, e onde estão a equidade, integralidade, regionalização, alta resolutividade da atenção básica (e sua ampliação à classe média)?

As saídas concretas para o SUS avançar nos próximos vinte anos encontram-se nas disposições do “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, exhaustivamente discutido e aprovado pelo MS, Conass, Conasems, CNS e demais Conselhos de Saúde, pelas entidades da Reforma Sanitária, pela Frente Parlamentar da Saúde e outras, desde 2005, incluindo a equalização do financiamento federal ao estadual e municipal, com base em percentual da receita bruta (15% e 12% já vigentes para municípios, estados e DF, e 10% para a União). As saídas concretas para forças sociais e políticas crescerem o suficiente e gerarem decisões de Governo e de Estado realmente voltadas para a cidadania encontram-se no crescimento e qualificação da repolitização das entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços e das próprias entidades do movimento da Reforma Sanitária, que junto aos gestores do SUS venham contribuir para a retomada, pela sociedade

civil, da sua participação na formulação de políticas públicas, e a efetiva atuação dos Conselhos de Saúde na formulação de estratégias.

Em qualquer das saídas, não há como deixar de levar em conta a incomensurável base de sustentação do SUS na “ponta” do sistema, as centenas de milhares de conselheiros de saúde, trabalhadores de saúde, usuários já mobilizados, gestores descentralizados, pesquisadores sociais e outros, cuja “ponta do *iceberg*” tem sido as mostras de experiências exitosas. Havemos de considerar, ainda, a emergência de novas conjunturas quando outros setores gerarem consciência de necessidades, direitos e efetuarem mobilizações pelos direitos de cidadania e participação do conjunto da sociedade civil na formulação de políticas públicas, estratégias, e no controle da sua execução.

“Ella está en el horizonte... Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine nunca la alcanzaré. ¿Para que sirve la utopia? Para eso sirve: para caminar.” (Eduardo Galeano, pensador e escritor uruguaio).

Referências bibliográficas

BRASIL. Câmara dos Deputados – 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde – *Carta de Brasília*. In: *Saúde em debate*, v. 29, nº 70, p. 221-223, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – *Mais Saúde* (PAC da Saúde) – metas para 2008-2011 – Outubro/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Comissão Intergestores Tripartite/ Conselho Nacional de Saúde. *Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Março/2006.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? In: *Ciência e saúde coletiva*, v. 12, nº 2, p. 301-306, 2007.

CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impigem os que com ela lucram. In: *Saúde em debate*, v. 29, nº 69, p. 99-104, 2006.

CEBES, Diretoria Nacional. O CEBES na 13ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Saúde em Debate*, v. 30, nº 72, p. 129-138, 2007.

CEBES, Diretoria Nacional – Editorial. In: *Saúde em debate*, v. 30, nº 72, p. 33-04, 2007.

CEBES, Diretoria Nacional – Editorial: Refundação do CEBES. In: *Saúde em debate*, v. 29, nº 71, p. 227-228, 2006.

FLEURY, S. O PAC e a Saúde. *Boletim CEBES*, nº 3, p. 1-2, 2007.

_____. Proteção social em um mundo globalizado. *In: Saúde em debate*, v. 29, nº 71, p. 305-314, 2006.

Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: ABRASCO – CEBES – ABrES – AMPASA – Rede UNIDA – O SUS pra valer: universalizado, humanizado e de qualidade. *In: Saúde em debate*, v. 29, nº 71, p. 385-396, 2006.

RIZZOTTO, M.L.F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor saúde no Brasil nos anos 90. *In: Saúde em debate*, v.29, nº 70, p. 140-147, 2006.

SANTOS, N. R. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para a visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento. *In: Ciência e saúde coletiva*, v. 12, nº 2, p. 429-435, 2007.

_____. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *In: Ciência e saúde coletiva*. Novembro, 2008. (No prelo).

ANEXO

Siglas

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABrES – Associação Brasileira de Economia em Saúde

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AMPASA – Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde

BC – Banco Central

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Estado da Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras

DF – Distrito Federal

EC-29 – Emenda Constitucional 29

FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador

FPS – Frente Parlamentar de Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IR – Imposto de Renda

MF – Ministério da Fazenda

MP – Ministério do Planejamento

MS – Ministério da Saúde

NOB-93 – Norma Operacional Básica de 1993

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PIB – Produto Interno Bruto

PLP – Projeto de Lei da Câmara dos Deputados

PLS – Projeto de Lei do Senado

RM – Ressonância Magnética

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia Computadorizada

US – Ultra-sonografia