

UMA AGENDA ESTRATÉGICA PARA A SAÚDE NO BRASIL

Em 22 anos de SUS, foram muitos os avanços nas políticas de saúde. Esses avanços, contudo, não escondem as dificuldades que ameaçam a própria manutenção das conquistas. Ninguém desconhece que, nas condições atuais, há limitações importantes à efetivação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O principal obstáculo a ser superado é político. Os sinais sobre a via de integração e proteção social ainda não são suficientemente claros. Ora acena-se em direção aos modelos universalizantes, ora no sentido da adoção de políticas de saúde focalizadas, para quem não tem cobertura de planos e seguros privados de saúde. Hoje, as ambigüidades subjacentes às relações entre desenvolvimento econômico e social e a política de saúde impõem desafios renovados ao Brasil. O país vive uma nova conjuntura com taxas de crescimento econômico sustentadas, uma composição demográfica em que é elevada a proporção da população economicamente ativa e o incremento dos empregos formais fixa a perspectiva de mobilidade social conjugada à melhor distribuição da riqueza. Neste contexto, é imprescindível remover obstáculos estruturais à efetivação do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira.

Destacam-se, entre esses obstáculos, as estreitas e iníquas bases de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Enquanto o investimento *per capita* do SUS foi de R\$ 449,93, em 2009, o sistema de assistência médica supletiva despendeu R\$ 1.512,00 por usuário. Esses valores são ainda mais contrastantes quando se leva em conta que cerca de 60% dos gastos públicos são destinados à assistência médico-hospitalar e os 40% restantes aplicados em ações essenciais de saúde pública para toda a população. Se, em termos de proporção do PIB, os gastos em saúde já alcançam cerca de 8,5% - e parece razoável, de acordo com as experiências dos países com melhores sistemas de proteção social, um aumento até 10% -, a proporção dos gastos públicos em saúde não ultrapassa 4% do PIB, o que é, segundo as mesmas experiências, extremamente pouco.

Em segundo lugar, vem a questão da relação público-privado na saúde. Está claro que a segmentação da atenção à saúde dos brasileiros avança celeremente: é grande o risco de consolidação de um *apartheid* no sistema de saúde, no qual os ricos e os remediados utilizam serviços privados, razoavelmente financiados, em parte com subsídios públicos, enquanto os pobres utilizam serviços públicos, nitidamente sub-

financiados. É preciso cessar os fluxos que transferem recursos públicos para as redes de mercantilização e financeirização da saúde, atendendo aos interesses de empresas de planos e seguros privados e de fabricantes de insumos, notadamente grandes empresas estrangeiras. No que toca à regulação do setor privado, tem sido visível e preocupante a incapacidade do Estado – seja através da administração direta (Ministérios e Secretarias de Saúde), seja através da Agência Nacional de Saúde Suplementar – de assegurar que as operadoras e os prestadores de serviços atuem dentro dos limites do respeito ao interesse público.

Outra questão quanto à relação público-privada se refere aos benefícios fiscais e creditícios que detém o setor privado filantrópico ou de excelência, que aprofunda a segmentação dos serviços, resultando em discriminação e ineficiência. Grandes hospitais e centros clínicos e de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive públicos, adotam portas de entrada duplas, ao atender com padrões diferentes usuários do SUS e de planos privados, enfraquecendo a possibilidade de formação de redes integradas de serviços saúde. É socialmente iníquo, sanitariamente ineficaz e economicamente insustentável oferecer saúde à população através de planos privados que organizam o acesso aos serviços de saúde com base na capacidade de pagamento e não na necessidade de cuidados.

Em terceiro lugar, o SUS deve assegurar aos trabalhadores da saúde condições adequadas ao exercício de suas atividades. Considerando que se trata de uma política de Estado, é inadmissível a falta de estabilidade do quadro de pessoal da saúde, o que compromete a continuidade dos programas de saúde e, sobretudo, a criação de vínculos duradouros entre as equipes de saúde e as comunidades às quais devem servir.

Em quarto lugar, há os problemas de gestão e organização do sistema e dos estabelecimentos de saúde, especialmente relacionados à pessoal, à compra de bens e serviços e à qualidade das ações de saúde. Neste aspecto, seguem abertos os debates e as experiências sobre organizações sociais ou fundações estatais, com relatos contraditórios acerca da sua efetividade, da qualidade do uso de recursos e da garantia do interesse público.

Outra parte dos problemas de gestão se atém à incipiente profissionalização dos quadros gestores, problema relacionado ainda à política de pessoal e ao uso político-partidário dos cargos de direção e assessoramento.

Em quinto lugar, o modelo de atenção à saúde do SUS, com predomínio de práticas individualistas, biologicistas, curativistas e hospitalocêntricas, se contrapõe à

efetivação do princípio da integralidade, mesmo com a ampliação da cobertura da atenção primária. A explicação das dificuldades de transformação das práticas de atenção reside, certamente, no padrão de relacionamento e atuação do complexo econômico-industrial da saúde, ou mais precisamente, nos interesses econômicos dos produtores e fornecedores de insumos – medicamentos e equipamentos médico-hospitalares. Na sua atual configuração, o complexo econômico da saúde negligencia o investimento em tecnologias de promoção da saúde e prefere reproduzir e expandir a lógica de atendimento sintomático e curativo, baseado no consumo de procedimentos.

Ademais, a rede de serviços de saúde precisa ser ampliada desde uma perspectiva conceitual, orientada para a articulação com as demais redes sociais, valorizando as características sócio-demográficas, culturais e epidemiológicas da população. Ao mesmo tempo em que oferta serviços e ações de qualidade, com ambientação e infraestrutura funcional e atualizada.

A implantação acelerada de novas unidades de atenção primária de saúde, particularmente através da estratégia de saúde da família, é um requisito essencial para viabilizar a efetividade e a eficiência do SUS. Além da rede básica de saúde, o SUS precisa priorizar a ampliação e a qualificação de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, tanto próprios, quanto contratados.

Por último, mas não menos importante, a valorização negativa atribuída ao SUS desde os quadros dirigentes do país até as entidades de representação da sociedade civil reflete-se nas possibilidades de avanços da saúde. A inovadora estrutura de controle social – conferências e conselhos –, consagrada legalmente, não tem sido capaz de assegurar um debate substantivo sobre as políticas de saúde e os rumos do SUS. Ao contrário, questões corporativas e paroquiais têm dominado a pauta de discussões. Na melhor das hipóteses, certas questões centrais, como a do subfinanciamento, são discutidas, mas sempre em uma perspectiva conjuntural. Ainda em relação ao controle social, o papel da mídia precisa ser melhor discutido.

Estas são as questões centrais a serem enfrentadas. As propostas de políticas de saúde não podem ser reduzidas ao seu escopo setorial, enfraquecendo a sua potência transformadora da realidade social.

O momento eleitoral deveria servir para o aprofundamento do debate sobre os rumos das políticas de saúde junto ao conjunto da população. Infelizmente, predominaram as propostas pontuais, determinadas antes pelas estratégias de *marketing*

eleitoral do que pela consistência técnica e política (de política como *policy* e não *politics*).

Passadas as eleições, está nas mãos do novo governo a responsabilidade de apresentar proposições mais concretas de ações governamentais, mantendo sempre a postura democrática de diálogo com as entidades representativas da sociedade civil organizada, que, no setor da saúde, tem forte tradição participativa.

Dentro desta postura e buscando honrar esta tradição, a Abrasco, o Cebes, a Rede Unida e Conasems tomam a iniciativa de apresentar à consideração da presidente eleita e de sua equipe de transição, propostas que visam a enfrentar os problemas de caráter estrutural, e não apenas conjuntural, do sistema de saúde brasileiro:

- a) Financiamento da saúde: avançar, nos quatro anos de governo, até alcançar a aplicação de 10% do PIB no setor da saúde, sendo cerca 75% de recursos públicos. De imediato, buscar a aprovação no Congresso Nacional de lei que regule a EC-29 e assegure fontes estáveis e suficientes de financiamento, incluindo o fim da incidência da Desvinculação de Recursos da União sobre o orçamento da saúde.
- b) Regulação do setor privado: garantir a capacidade de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar, orientada pelo interesse público. Ao longo dos quatro anos de governo, para eliminar os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde, incluindo aqueles do funcionalismo público, nas três esferas de governo. Além disso, nos futuros processos de contratualização, considerando valores justos de remuneração, os serviços filantrópicos, se desejarem continuar mantendo os benefícios e as renúncias fiscais a que têm direito, deverão realizar atendimento exclusivo ao SUS. Os serviços que não optarem pela vocação pública deverão buscar no mercado regulado da saúde suplementar a realização de seu capital.
- c) Política de gestão do trabalho em saúde: valorizar o trabalho em saúde, eliminando a precarização, adotando parâmetros nacionais de cargos, carreiras e vencimentos para os trabalhadores da saúde e assegurando o co-financiamento das políticas de gestão do trabalho pelas três esferas de governo. É preciso preservar, expandir e organizar ações vigorosas de educação permanente em todos os âmbitos do sistema, desenvolvendo as parcerias e os dispositivos necessários. Ademais, é fundamental intensa articulação entre as políticas de saúde, educação e ciência e tecnologia para suprir as necessidades estruturais de profissionais de saúde no SUS, aproximar o perfil e a distribuição das ofertas de formação, bem como a produção de

conhecimento em relação às necessidades de saúde da população e de organização dos serviços.

- d) Modelos de gestão pública: fortalecer a capacidade gerencial do Ministério da Saúde e os processos de coordenação interfederativa, contemplando metas de elevação da qualidade e da efetividade das respostas das instituições de saúde. Ademais, avançar na implantação de modelos próprios para a gestão da saúde, que assegurem a efetividade e a qualidade dos serviços, preservando o seu caráter público e superando a lógica fragmentada e dispersa do planejamento e da tomada de decisão no SUS. Concretamente, é preciso (1) valorizar o critério de qualidade técnica, assim como o encurtamento de prazos nos processos licitatórios para contratação de serviços ou compra de bens, buscando relações de custo-efetividade; e (2) adotar mecanismos de responsabilização de gestores, profissionais e técnicos quanto ao desempenho dos serviços de saúde. Está clara a necessidade de alterações na legislação referente à administração pública da saúde que garantam autonomia administrativa, orçamentária e financeira para os serviços e as redes regionalizadas de atenção à saúde e fortaleçam os mecanismos de coordenação.
- e) Modelos de atenção à saúde: fortalecer e expandir as estratégias de promoção da integralidade e da universalidade da atenção à saúde por meio da configuração de redes de atenção organizadas regionalmente em consonância com a situação de saúde, assegurando o financiamento para intervir na gestão do cotidiano dos serviços e assegurar a qualificação e a flexibilização da oferta, de acordo com as diferentes realidades locais.
- f) Desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde: buscar a articulação entre as políticas de saúde, de ciência e tecnologia e de indústria e comércio de modo a proporcionar ao SUS os insumos necessários ao enfrentamento dos problemas de saúde dos brasileiros. Um passo concreto pode ser dado com a adoção de incentivos financeiros, via acesso privilegiado às compras públicas ou via outros meios, à indústria nacional, especialmente aos seus setores mais inovadores, que priorizam a realização de investimentos em tecnologias que atendam as prioridades sanitárias.
- g) Controle e participação social: valorizar os movimentos sociais, acatando as deliberações políticas dos fóruns legítimos de participação como as Conferências e Conselhos de Saúde. Priorizar a saúde na agenda do governo federal e apresentar à sociedade os seus principais dilemas buscando no debate organizado da XIV Conferência Nacional de Saúde os encaminhamentos e consensos democraticamente

construídos. As estruturas de governo devem estabelecer estratégias de comunicação que levem as questões da saúde e seus encaminhamentos ao conjunto da sociedade, valorizando sua participação das soluções.

Ao apresentar estas propostas, as entidades do Movimento da Reforma Sanitária, abaixo-assinadas, se baseiam na noção de justiça social, ainda que buscando serem pragmáticas. Consciente dos enormes desafios do país, em particular, no setor da saúde, nos propomos a realizar uma interlocução permanente com o governo federal buscando ampliar as fronteiras de democratização no Brasil para garantir não apenas os direitos civis e políticos, mas também os direitos sociais e ambientais a toda a população.

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

Rede Unida

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Associação Paulista de Saúde Pública (APSP)

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)