

O SUS, HOJE: COMO PRESERVAR AS CONQUISTAS E VENCER OS DESAFIOS?

Uma contribuição ao debate

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Inicialmente apresentado em Salvador-BA, a 02 de julho de 2014, e durante o Simpósio Nacional de Saúde, em Brasília-DF, a 17 de junho de 2015

São muitas e importantes as conquistas da saúde pública brasileira, desde a criação do SUS. Do ponto de vista das condições de saúde, aumentou a esperança de vida dos brasileiros, reduziu-se a mortalidade infantil, diminuíram as doenças passíveis de prevenção por vacinação e reduziram-se as mortes por doenças cardiovasculares, entre outras. Do ponto de vista dos serviços, ampliou-se o acesso à atenção primária e à atenção às urgências, expandiu-se a assistência farmacêutica, consolidaram-se relevantes programas nas áreas da saúde mental e da saúde bucal, fortaleceram-se as ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária, etc.

Essas conquistas, que mostram que a sociedade e o Estado brasileiros são capazes de garantir os direitos de cidadania, precisam ser ressaltadas, pois fortalecem politicamente o projeto do SUS universal e igualitário.

A celebração desses feitos, no entanto, não é suficiente para assegurar a superação dos obstáculos presentes, que ameaçam, inclusive, a própria manutenção das conquistas. O Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se, hoje, em uma encruzilhada em que não avançar significa retroceder. De fato, não avançar no sentido da universalidade da saúde é retroceder ao sistema pré-SUS de segmentação da assistência à saúde, de acordo com a posição social das pessoas.

Infelizmente, hoje, há uma forte tendência à consolidação de um sistema segmentado, com serviços públicos, centrados na atenção básica, subfinanciados e pouco efetivos, destinados à maioria pobre; e um sistema privado, fortemente subsidiado com recursos públicos, que assegura acesso a serviços de melhor qualidade para a parcela economicamente privilegiada da população.

Para enfrentar esse desafio, desde 2011, várias entidades da sociedade civil, com especial interesse na política de saúde, têm discutido uma Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (Abrasco *et al.*, 2011). Naquela versão, foram apresentadas várias propostas de ação para a política nacional de saúde, agrupadas em cinco diretrizes: (1) saúde, meio ambiente, crescimento econômico e desenvolvimento social, (2) garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, (3) investimentos: superar a insuficiência e a

ineficiência, (4) institucionalização e gestão de serviços de saúde e (5) complexo econômico e industrial da saúde.

Poucas daquelas propostas foram efetivadas e, em 2014, a situação da saúde não está melhor. Nesse sentido, visando a contribuir para o debate, no processo de retomada das discussões entre as entidades reunidas no Fórum da Reforma Sanitária, apresenta-se a seguir uma proposição de Agenda da Saúde, agora organizada nas seguintes diretrizes: desenvolvimento, democracia, modelo de atenção à saúde, gestão e financiamento.

Desenvolvimento

Desde a década de 1970, distinguem-se os conceitos de crescimento econômico e desenvolvimento. Segundo esta distinção, só há desenvolvimento quando o progresso técnico, os ganhos de produtividade e o aumento da riqueza nacional são acompanhados da melhoria geral das condições de vida. Nesse sentido, a melhoria da saúde, como parte das condições de vida, é um elemento constitutivo do desenvolvimento.

Além de intrínsecas, as relações entre saúde e desenvolvimento são múltiplas e complexas. Não se referem apenas à dimensão social do desenvolvimento, mas abrangem ainda dimensões econômica e tecnológica, democrática, e territorial e regional. Assim, a saúde é um setor econômico de significativa contribuição para a geração de riqueza e a difusão de tecnologias; é uma área em que participação social está institucionalizada, servindo de exemplo a outras áreas; e se distribui por todo o território nacional, condicionando os graus de desenvolvimento das distintas regiões (Gadelha e Costa, 2012).

Como aponta o Ipea, promover o desenvolvimento brasileiro, nesta perspectiva, exige atenção a sete eixos estruturantes: (1) inserção internacional soberana; (2) macroeconomia para o pleno emprego; (3) infraestrutura econômica, social e urbana; (4) estrutura tecnoprodutiva avançada e regionalmente articulada; (5) sustentabilidade ambiental; (6) proteção social, garantia de direitos e geração de oportunidades; e (7) fortalecimento do Estado e da democracia (Cardoso-Jr, 2012).

Na última década, houve progressos em todos esses eixos, com exceção talvez da sustentabilidade ambiental. Com efeito, ampliaram-se e diversificaram-se os espaços de articulação internacional do Brasil, com destaque para a constituição do BRICS e para a aproximação aos demais países sulamericanos; mantém-se uma situação de pleno emprego há vários anos; estão em desenvolvimento grandes projetos de habitação e de mobilidade urbana; tem havido investimentos em setores estratégicos e inovadores da

indústria como a construção naval e o petróleo; consolidaram-se o Bolsa-Família e outros programas de proteção social; e a capacidade técnica e política de intervenção do Estado tem sido fortalecida.

Além de produzir efeitos econômicos e sociais positivos, essas conquistas permitiram que a luta política subisse de patamar, como mostraram as manifestações de rua de meados de 2013 e continuam mostrando as mobilizações atuais tanto de categorias representadas em sindicatos formais, quanto de trabalhadores organizados em fortes movimentos sociais como os “sem teto” ou os “sem terra”.

Se as mobilizações são uma consequência dos avanços, assinalam, ao mesmo tempo, seus limites. As conquistas recentes foram capazes de melhorar a vida de dezenas de milhões de brasileiros, mas não foram suficientes para superar as profundas e históricas desigualdades sociais.

O mal-estar exposto pelas massas nas ruas decorre, em grande parte, do descumprimento dos princípios de cidadania. Expressa o anseio da sociedade pela realização de um conjunto de reformas estruturais que assegure, na prática, os direitos consagrados na Constituição de 1988. Nesse sentido, como argumenta Fagnani (2014), a resolução das questões estruturais exige a formulação de um projeto nacional de desenvolvimento que consolide e radicalize os progressos recentes, com a redistribuição da riqueza a favor do trabalho e a democratização do exercício do poder.

É tarefa, portanto, do Movimento da Reforma Sanitária se articular com outros segmentos do movimento social na formulação desse projeto de desenvolvimento, defendendo: a soberania nacional; as políticas promotoras do pleno emprego e de combate às desigualdades de renda e do mercado de trabalho; os investimentos em habitação, saneamento e transporte público; a adequação da estrutura produtiva e tecnológica para ampliar a participação relativa do emprego industrial em segmentos de maior valor agregado; o manejo sustentável dos recursos naturais; o acesso universal a serviços de qualidade nas áreas de Educação, Seguridade Social e Segurança Alimentar (Cardoso-Jr, 2012; Fagnani, 2014).

Um projeto com tais características é capaz de mobilizar amplos setores da sociedade brasileira, embora vá encontrar, certamente, a resistência do poderoso setor rentista, principal beneficiário das políticas macroeconômicas dos sucessivos governos, e também de setores produtivos pouco interessados ou pouco comprometidos com a soberania nacional, com a sustentabilidade ambiental e, inclusive, com a universalização das políticas sociais, cujo financiamento exige uma reforma tributária que promova a justiça fiscal, aumentando a taxaçoão do lucro e do patrimônio.

Do ponto de vista dos setores populares, nacionalistas, democráticos e socialistas, o desafio é construir esse projeto, aprofundando as discussões e formando consensos de modo a transformar as proposições em bandeiras de luta e mobilização nos diversos espaços políticos existentes e a serem abertos, na sociedade civil e no Estado.

Democracia

Um projeto de democratização da saúde, ou seja, de garantia do direito universal à saúde, não pode viscejar em uma sociedade que não assegura os direitos civis, políticos e sociais a todos os seus cidadãos. Em outras palavras, não é possível a existência de uma democracia setorial.

Na filosofia do Direito, é comum se distinguir a democracia formal, referente à forma de governar, e a democracia substancial, atinente aos fins para que se governa. A primeira se materializa no processo político em que há participação dos cidadãos na tomada de decisões. A segunda se concretiza quando, nos resultados das decisões e das políticas públicas, todos os membros da sociedade são igualmente considerados (Bobbio, 1987).

Em geral, há que se reconhecer que o Brasil progrediu nos últimos 30 anos, tanto na democracia formal, quanto na substancial. Com efeito, o país saiu da ditadura civil-militar, conquistou eleições diretas e se deu uma nova Constituição que permitiu o desencadeamento de uma série de políticas promotoras dos direitos sociais, como o próprio Sistema Único de Saúde.

Apesar dos avanços, a sociedade brasileira continua a apresentar um forte deficit democrático, expresso, na dimensão formal, pela generalizada sensação de distanciamento entre eleitos e eleitores e pela percepção de que as elites políticas não representam, de fato, os anseios e as convicções do povo, e, na dimensão substancial, pela permanência de profundas desigualdades sociais relativamente à riqueza nacional e ao acesso a serviços de qualidade em áreas essenciais como habitação, transporte, educação e saúde.

As grandes mobilizações populares de 2013 trouxeram, exatamente, essa pauta de questões ao debate político, articulando a exigência de serviços públicos de qualidade com a denúncia da falta de legitimidade da representação política. Infelizmente, após alguns ensaios de respostas, tanto o Executivo, quanto o Legislativo falharam em promover as mudanças reivindicadas pelos manifestantes.

A superação desse duplo deficit democrático passa pelo fortalecimento da participação popular nas decisões da República, de modo a favorecer que todos sejam contemplados pelos resultados das políticas.

A Constituição brasileira prevê alguns mecanismos de participação direta que precisam ser regulamentados para serem acionados com maior efetividade. Nesse sentido, a Ordem dos Advogados do Brasil e a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil apresentaram uma proposta legislativa - que deve receber o apoio do Movimento da Reforma Sanitária -, articulada em seis pontos: (1) criação da iniciativa popular de plebiscitos e referendos; (2) realização de plebiscito sobre as políticas econômicas e sociais previstas na Constituição, bem como sobre a concessão de serviços públicos e a alienação do controle de empresas estatais; (3) exigência de decisão popular para aprovar a alienação de bens pertencentes ao patrimônio nacional; (4) realização de referendo para emendas constitucionais e acordos ou tratados internacionais; (5) obrigatoriedade de referendo de quaisquer leis em matéria eleitoral; e (6) preferência na tramitação de projetos de lei de iniciativa popular, além da proibição de alteração ou revogação de leis de iniciativa popular sem a concordância do povo (Comparato, 2004).

Além dessas mudanças no plano do Legislativo, é importante fortalecer as instâncias de participação social no âmbito do Executivo. Nesse aspecto, é bem-vindo o Decreto Presidencial nº 8.243, de 23 de maio de 2014, que institui a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social. O desafio maior, contudo, é qualificar a ocupação desses espaços, buscando que neles esteja representada a diversidade social do país, que os representantes mantenham relações estreitas com suas bases e que os debates e as posições das instâncias participativas tenham repercussões nas políticas oficiais.

É preciso também ampliar a participação popular no Poder Judiciário, mormente hoje, quando se verifica o fenômeno da “judicialização” da política, bem conhecido no setor da saúde.

No que tange à sua atividade-fim, ou melhor, à produção de decisões judiciais, a ampliação da participação social passa por: proibição de sessões secretas e exigência de fundamentação argumentativa para todas sentenças; multiplicação das audiências públicas; aumento do número de *amicus curiae*; priorização das ações coletivas sobre as individuais; diminuição do formalismo do processo judicial e reforço dos Juizados Especiais; e limitação da competência do STF às discussões constitucionais, com o fim do privilégio de foro para as altas autoridades da República (Mattos e Bollmann, 2012).

No que tange à democratização de sua atividade-meio - atos administrativos de gestão do seu aparelho burocrático -, as seguintes medidas são recomendáveis: eleição dos dirigentes do Poder Judiciário pelos juízes; ampliação da participação dos juízes nos conselhos de justiça e da magistratura; garantia de participação dos juízes na gestão orçamentária dos tribunais; e aprimoramento dos mecanismos de planejamento estratégico dos tribunais (Mattos e Bollmann, 2012).

Finalmente, o fortalecimento do regime democrático exige o controle social da mídia, considerada o “quarto poder”, dada sua capacidade de influenciar as pessoas. Nesse campo, concretamente, o Brasil pouco avançou desde o fim da censura prévia, ainda no regime militar. De fato, os artigos constitucionais que definem a informação e a comunicação como de interesse público e proíbem o monopólio ou o oligopólio dos meios de comunicação nunca foram cumpridos. Na prática, são apenas sete famílias que controlam as redes nacionais de comunicação, decidindo o que o povo deve ver, ouvir e ler (Lima, 2012).

Para não dizer que não houve flores desde o fim da censura, é importante destacar as recentes aprovação pelo Congresso e sanção pela presidente do Marco Civil da Internet, que garantiu em lei os princípios de neutralidade de rede, liberdade de expressão e privacidade.

A conquista efetiva dos direitos de expressão e de acesso à informação, contudo, tem ainda que vencer muitos obstáculos. O Movimento da Reforma Sanitária deve se associar ao Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação, na afirmação do caráter público da comunicação social e na defesa da regulação democrática do sistema de comunicações, da propriedade dos meios e dos conteúdos veiculados. Mais especificamente, propõe-se: a universalização dos serviços essenciais à comunicação, como o acesso à banda larga; o fortalecimento das rádios e TVs comunitárias; a transparência nos processos de outorga de concessão à radiodifusão; a regulação da publicidade dirigida às crianças; a definição de critérios legais para a publicidade oficial dos governos; o estímulo à produção independente; a regionalização da programação; e a prioridade para os conteúdos educativos, culturais e informativos (Lima, 2012).

Modelo de atenção à saúde

Se o desenvolvimento soberano, inclusivo e sustentável e a radicalização da democracia são condições gerais necessárias para a garantia do direito à saúde, há

também condições específicas do setor da saúde que precisam ser criadas ou melhoradas. A primeira delas se refere ao modelo de atenção à saúde.

O modelo de atenção hegemônico, no Brasil e no mundo, é marcado pela concepção biomédica da saúde, caracterizando-se pelo biologismo, individualismo, curativismo, mercantilismo, consumismo de produtos e serviços e participação passiva dos consumidores no processo de cuidado (Menéndez, 1988). Com tais características, esse modelo tem sido pouco efetivo na melhoria das condições de saúde das populações e tem elevado acentuadamente os custos dos serviços. Além disso, tem aumentado a dependência dos usuários em relação aos profissionais e aos serviços de saúde e produzido, em escala crescente, efeitos iatrogênicos (Lehoux, 2006).

Com o princípio da integralidade da atenção - que pressupõe a oferta programada de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, incidindo sobre os determinantes sociais da saúde, assim como sobre as doenças e os agravos -, o SUS pretende superar o modelo biomédico por uma concepção complexa do processo saúde-doença-cuidado.

A integralidade, no entanto, está longe de ser alcançada e o biologismo mercantilista continua predominante, por conta da conjunção de fatores de ordens cultural, política e econômica. Com efeito, culturalmente, há séculos, a ideia de saúde como mera ausência de doença se tornou parte do senso comum e orienta as respostas sociais aos problemas de saúde. Politicamente, desde as revoluções burguesas nos séculos XVII e XVIII, os físicos ou os médicos se agregaram às elites dominantes nas sociedades ocidentais. E, economicamente, ao longo do século XX, formou-se um poderoso complexo econômico-industrial da saúde, conduzido por um oligopólio de conglomerados industriais e financeiros das áreas de medicamentos, vacinas, reagentes laboratoriais, equipamentos e materiais médico-hospitalares.

Sem dúvida, a construção do SUS universal, igualitário e, sobretudo, integral exige a mudança do modelo biomédico de atenção à saúde. Para avançar nesse sentido, é preciso fortalecer as políticas de promoção da saúde, articulando iniciativas intersetoriais dirigidas aos determinantes sociais da saúde, sem descuidar, evidentemente, das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos.

A constituição de redes de atenção à saúde é, provavelmente, a principal estratégia para integrar o conjunto de serviços necessários à operacionalização da atenção integral. Redes são estruturas organizacionais, voltadas para a produção de serviços e caracterizadas por uma dinâmica de permanente negociação de

responsabilidades entre seus atores, na busca de soluções para os problemas de saúde (Hartz e Contandriopoulos, 2004).

As famílias e as comunidades, as unidades de atenção primária à saúde, os centros de especialidades médicas, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os hospitais, as unidades de urgência e emergência, os serviços de vigilância da saúde e os serviços de outros setores com impacto na saúde constituem os diversos nós ou vértices da rede de atenção à saúde.

De acordo com suas necessidades específicas, os usuários percorrem os nós da rede, desenhando as linhas de cuidado. A ligação entre os diversos nós é viabilizada por sistemas logísticos, que incluem os sistemas de informação, o prontuário eletrônico, os meios de transporte e as centrais de regulação assistencial (Mendes, 2011).

A organização das redes de atenção tem sido objeto de várias iniciativas normativas, desde a Noas nº 1/2001 até o Decreto nº 7.508/2011, com alguns avanços pontuais, mas com pouco êxito em larga escala. Certamente, as insuficiências de financiamento e coordenação federativa são as causas principais da dificuldade de consolidação das redes.

A integração em rede do conjunto de serviços de saúde, contudo, não é suficiente para mudar o modelo de atenção. É também necessário modificar a dinâmica econômica que sustenta o modelo biomédico. Mais precisamente, é fundamental subordinar a lógica econômica à lógica sanitária ou, dito de outro modo, assegurar a primazia da política de saúde sobre os interesses comerciais, pondo o complexo produtivo da saúde a serviço do SUS (e não o inverso).

Para tanto, é preciso defender uma política industrial e uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde que, articuladas, promovam o desenvolvimento e a produção nacional, a custos suportáveis pelo SUS, dos insumos indispensáveis ao atendimento adequado às necessidades de saúde dos brasileiros, compreendidas na sua integralidade, incluindo desde as tecnologias de promoção da saúde até as de reabilitação, passando pelas abordagens diagnósticas e terapêuticas que fortaleçam a autonomia dos usuários e reduzam o risco de iatrogenia.

Gestão

A segunda condição específica necessária à garantia do direito à saúde está relacionada à melhoria da eficiência da gestão do SUS. Nessa seara, três aspectos merecem ser destacados: o padrão misto - patrimonialista e burocrático - da

administração pública brasileira, os desafios da coordenação federativa e a política de recursos humanos na área da saúde.

No que se refere ao primeiro aspecto, a enorme quantidade de cargos comissionados e a utilização de critérios clientelísticos para o seu preenchimento são evidências de que muitas funções públicas servem, sobretudo, a interesses particulares. E a ênfase no controle formal de processos e procedimentos (muitas vezes, mal definidos) associada à negligência na apreciação dos resultados da gestão revela o burocratismo e seus ciclos viciosos que levam, sucessivamente, a mais controle formal e a mais ineficiência.

Para superar o patrimonialismo e o burocratismo, é fundamental profissionalizar a gestão, valorizando as carreiras públicas e adotando critérios de desempenho para avaliar e premiar a eficácia e a eficiência (Abrucio, 2007). Além disso, a direção das organizações de saúde precisa ser descentralizada, dando mais autonomia aos dirigentes locais e, ao mesmo tempo, responsabilizando-os pelos resultados (Santos, 2010).

Ao menos no setor da saúde, o respeito aos princípios da administração pública, consagrados na Constituição - legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência -, está a exigir ajustes no arcabouço legal infraconstitucional, notadamente, nos regramentos acerca dos processos de compras e contratações, como a Lei nº 8.666/1993, e acerca dos limites de gastos com pessoal, estabelecidos pela Lei nº 101/2000, chamada de Lei de Responsabilidade Fiscal. As especificidades dos serviços de saúde, assim como o fato de ser um setor intensivo em mão-de-obra, fazem com que essas leis representem obstáculos à eficiência da gestão.

Quanto à coordenação federativa, deve-se lembrar que o SUS foi concebido como um sistema regionalizado e hierarquizado. Na prática, todavia, não tem sido possível organizá-lo assim. Tem predominado a “municipalização autárquica” (Mendes, 2001). Os limites dessa forma de descentralização estão evidentes desde, pelo menos, 2001, quando se editou a primeira Noas. O Pacto pela Saúde, em 2006, e o Decreto-Lei 7.508, em 2011, tentaram resolver o problema, mas os resultados ficaram muito aquém do pretendido.

Provavelmente, a dificuldade de coordenação de ações entre as três esferas de governo decorre da peculiar estrutura federativa brasileira, com os municípios - independentemente de seu porte - gozando de ampla autonomia e assumindo a responsabilidade maior pela execução das políticas sociais, inclusive a de saúde.

Se, por um lado, os municípios sozinhos são incapazes de prover todos os serviços de saúde necessários, a experiência histórica já mostrou, por outro lado, que a

centralização da gestão na esfera federal ou mesmo na estadual não é a alternativa. A organização de regiões, de acordo com as identidades territoriais e sanitárias e com adequadas escalas populacionais, parece ser a melhor estratégia para promover a coordenação das políticas públicas em um país federado.

Para que se concretizem as regiões, é impositiva a constituição de instâncias de poder compartilhado entre os municípios de uma região, o respectivo estado e a União, todos envolvidos no financiamento e na gestão das ações governamentais. É fundamental ainda que as representações do controle social - usuários e trabalhadores da saúde - se façam presentes. Os consórcios regionais, não apenas entre municípios, mas com a participação do estado e da União, podem ser o meio de viabilizar a construção das regiões de saúde (Santos, 2012). A criação de uma autarquia nacional, co-financiada e co-gerida pelos três entes da Federação e com base organizativa regional - pode ser outro meio (Campos, 2014). De todo modo, a efetiva organização das regiões de saúde é vital para garantir a atenção universal e integral.

Por fim, no que se toca à política de recursos humanos em saúde ou, dito melhor, à gestão do trabalho e da educação em saúde, há que se admitir que, sob o SUS, os avanços foram incipientes (Pierantoni e cols., 2008). Como a prestação de serviços de saúde é intensiva em trabalho, a falta de uma política nessa área tem consequências graves como a escassez de profissionais em regiões carentes ou a não-criação de vínculos entre trabalhadores e usuários. A solução parcial e emergencial do Programa Mais Médicos é, entre outras coisas, mais uma evidência desses problemas.

O alcance dos objetivos dos serviços de saúde depende, essencialmente, do desempenho dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido, a cobertura, a produtividade e a qualidade técnica e social são dimensões centrais do desempenho do pessoal. Para assegurar as adequadas cobertura, produtividade e qualidade, de acordo com as necessidades de saúde da população, as políticas públicas têm que contemplar o desenvolvimento de competências, a distribuição equitativa dos trabalhadores e uma gerência de pessoal que assegure boas condições de trabalho (Dussault e Souza, 1999).

Infelizmente, o Brasil tem dificuldades em todas essas dimensões: a cobertura é insuficiente e desigual; a produtividade é, em geral, baixa; e a qualidade é predominantemente ruim. A formação, com raras exceções, não atende nem às expectativas legais, expressas nas diretrizes curriculares, e está pouco relacionada à realidade sanitária do país; a distribuição é, regional e socialmente, iníqua; e as condições de trabalho são precárias.

Para enfrentar esses desafios, é preciso formular e implantar uma política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde.

No que toca à formação, essa política deve ter como objetivos centrais ampliar o quantitativo de profissionais e adequar seus perfis às necessidades de saúde da população. Para tanto, toda a rede de serviços deve se tornar espaço de formação e todo profissional já formado deve ter responsabilidades com a formação de novos. Além disso, as práticas educacionais devem superar a separação entre teoria e prática e o tecnicismo de corte disciplinar, pouco atento aos problemas de saúde socialmente determinados.

Tão importante quanto a formação inicial são as atividades de educação permanente a serem realizadas em todos os serviços de saúde, com base em estratégias pedagógicas que favoreçam a participação ativa de todos os trabalhadores, educandos e educadores. Os contratos de trabalho devem prever a realização dessas atividades, como obrigações de empregados e empregadores.

Para promover uma distribuição equitativa, a política de pessoal deve contemplar a distribuição das instituições formadoras por todas as regiões do país e a criação de carreiras baseadas em diretrizes nacionais e estaduais que assegurem estabilidade e possibilidade de progressão funcional.

O provimento e a distribuição da força de trabalho em saúde devem ser baseados no dimensionamento da necessidade de pessoal, em termos quantitativos e qualitativos, a partir das necessidades de saúde, em um processo contínuo de planejamento concertado entre as três esferas de governo.

A garantia de condições apropriadas de trabalho passa pela revisão do atual sistema de regulação profissional, excessivamente marcado pela defesa dos interesses corporativos. Embora seja fundamental assegurar a autonomia profissional para que a competência técnica não seja prejudicada, é preciso que as práticas profissionais sejam, fundamentalmente, orientadas pela busca do atendimento às demandas da sociedade.

A interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, com o fortalecimento do trabalho em equipe, são estratégias importantes não apenas para adequar o exercício profissional às necessidades de atenção, mas também para garantir as boas condições laborais. Ademais, a definição de planos de carreiras, cargos e salários, não por profissões isoladas, mas por níveis de atenção à saúde, como a atenção primária e a atenção hospitalar, pode ser uma estratégia interessante.

Financiamento

A terceira e última condição específica do setor da saúde necessária à garantia do direito à saúde é o financiamento. No caso, as evidências empíricas derivadas das experiências dos gestores, assim como os estudos comparativos entre países ou, no Brasil, entre os setores público (SUS) e privado (planos e seguros de saúde) não deixam dúvidas sobre a insuficiência dos recursos destinados ao sistema público de saúde (Abres, 2014).

Considerando a adesão ao Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLIP), que recolheu a assinatura de mais de dois milhões e duzentos mil eleitores em favor da alocação no SUS de, no mínimo, 10% das receitas correntes brutas da União, pode-se afirmar que a população brasileira reconhece a gravidade do subfinanciamento e deseja vê-lo superado.

Assim, para enfrentar o subfinanciamento, no curto prazo, coloca-se a luta pela aprovação no Congresso Nacional do referido PLIP, capaz de dar algum alívio às dificuldades atuais. De forma estruturante, contudo, é preciso consolidar o orçamento da Seguridade Social, definindo fontes estáveis e suficientes de recursos.

Estas fontes, de acordo com Mendes (2013), poderiam envolver: (1) a ampliação da alíquota da CSLL para instituições financeiras dois atuais 9% para 18%; (2) a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas; (3) o estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social.

Além disso, é preciso acabar com a desvinculação das receitas da União (DRU), assim como rever a política de desoneração fiscal, que têm retirado recursos da Seguridade Social.

É importante também assegurar que as verbas oriundas do pré-sal, com destinação já definida para a saúde, venham a representar, de fato, recursos novos e não a mera substituição de fontes.

Vale ainda salientar que os recursos públicos devem ser destinados ao sistema público, ou melhor, devem ser extintos, progressivamente, os subsídios ao setor privado, assim como os incentivos tributários, seja por meio de isenções fiscais, seja pelo não-ressarcimento ao SUS da utilização de serviços públicos por portadores de planos privados, seja pelos empréstimos a juros reduzidos às operadoras de planos de saúde, à indústria de insumos de saúde e aos hospitais filantrópicos de atendimento não-exclusivo ao SUS. Ademais, os prestadores privados sem contratos ou convênios com o SUS

devem ser objetos de regulação pública, nos estreitos limites de sua atuação como vendedores ou intermediários de serviços de saúde.

Por fim, não se pode esquecer que a viabilidade financeiro-econômica do SUS, a longo prazo, depende da superação do atual modelo de atenção à saúde, que estimula a incorporação acelerada e acrítica de tecnologias, cuja lógica é antes comercial que médica ou sanitária. Ao contrário, o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias devem ser guiados, em primeiro lugar, pela sua pertinência às necessidades de saúde da população e, em segundo, pela sua capacidade de responder efetivamente aos problemas de saúde com custos socialmente suportáveis.

Como implementar essa agenda?

Essa agenda, com proposições de longo alcance e nem de longe consensuais, não se implementa rápida nem facilmente. Trata-se, como já assinalado, da construção (de parte) de um projeto nacional de desenvolvimento que, embora capaz de aglutinar amplos setores da sociedade, tem oponentes poderosos. Nesse sentido, o que se sugere a seguir são iniciativas que buscam aumentar o número de interlocutores no debate, visando a se criar massa crítica em condições de formular um projeto como esse.

No Brasil, as condições políticas atuais são propícias à ampliação do debate em toda a sociedade. Vive-se um momento de intensas mobilizações de diversos segmentos, além de se estar em um ano de eleições gerais. É viável, portanto, investir na articulação dos diferentes movimentos sociais e na negociação com os partidos políticos e suas candidaturas para apresentar, discutir e aprimorar a agenda da Reforma Sanitária Brasileira.

Uma primeira frente de articulação envolve o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as entidades que o compõem. Aliás, a apresentação de análises e proposições tem sido cobrada, por conselheiros nacionais de saúde, das entidades que representam a comunidade científica, como a Abrasco, o Cebes, a Rede Unida e a SBB. Assim, a agenda poderá tanto ser apresentada durante os debates em curso no CNS, quanto ser adotada como uma das fontes de subsídio para a organização da 15^a Conferência Nacional de Saúde a realizar-se em 2015.

Além disso, várias das entidades que compõem o CNS podem ser parceiras de articulações específicas, como as centrais sindicais, a CNBB, as entidades dos movimentos feminista, negro, indígena, o Conass e o Conasems, as federações e os sindicatos de trabalhadores da saúde, etc.

Com base em algumas dessas entidades, é possível estabelecer uma segunda frente de articulação que extrapole os limites da atuação intrassetorial, como se fez no Movimento Saúde + 10. Aqui, o importante é alcançar as direções e as bases de entidades nacionais, com a CUT, a Contag, a OAB, o MST, o MTST, etc. Neste sentido, visitas às entidades ou a organização de fóruns ampliados são estratégias válidas.

Uma terceira frente se refere aos partidos políticos e às candidaturas, sobretudo, as majoritárias (presidente, governador e senador). Não há momento em que os partidos e os políticos profissionais estejam mais abertos a ouvir e dialogar do que o período pré-eleitoral. Diversas estratégias podem ser acionadas para fazer chegar a eles essa agenda: reuniões com equipes responsáveis pela elaboração de programas de governo, debates públicos com cada candidato isoladamente ou com todos juntos, etc.

Uma quarta frente de articulação tem a ver com a ocupação de espaços na mídia (jornais, redes de rádio, redes de televisão, blogs e sítios de internet), tanto na “grande imprensa”, quanto nas “mídias alternativas”. As entidades que compõem o Movimento da Reforma Sanitária têm competência para isso e podem intensificar suas atividades de comunicação.

A articulação do Movimento da Reforma Sanitária em todas essas frentes, no diálogo com os outros movimentos sociais, certamente, favorecerá a transformação dessa agenda em bandeiras de lutas concretas, que expressem de forma sintética e comunicativa as suas ideias-força:

- Respeito à soberania nacional
- Empregos de qualidade para todos
- Mais investimentos em saneamento e habitação
- Transporte público e cidades saudáveis
- Preservação do meio ambiente e respeito às comunidades tradicionais
- Educação de qualidade da creche à pós-graduação
- 10% do PIB para a Educação
- Consolidação da Seguridade Social
- Fim do “fator previdenciário”
- Implantação do Sistema Único de Assistência Social
- Justiça tributária: taxaço sobre o lucro e o patrimônio
- Reforma política: fim da reeleição e financiamento público de campanhas
- Fortalecimento da participação social na definição das políticas públicas
- Transparência no Poder Judiciário e ampliação dos Juizados Especiais
- Regulação democrática dos meios de comunicação

- Prevenir e remediar: cuidado integral à saúde
- Saúde mais perto de todos: redes regionais de serviços de saúde
- Mais médicos, mais SUS e mais saúde
- 10% do orçamento da União para a Saúde
-

As bandeiras podem ser formuladas de várias maneiras. O mais importante é não perder a oportunidade de debater, da forma mais ampla possível, essa agenda, entendendo-se que a defesa do SUS universal e igualitário passa sim pela celebração das suas conquistas, mas exige também o reconhecimento e o enfrentamento de seus desafios.

A experiência de 25 anos do SUS demonstra que, em certos aspectos, as políticas de saúde se tornaram políticas de Estado: a expansão da atenção básica, o fortalecimento das ações de vigilância, as ações de alto custo/alta complexidade. Em outros aspectos, contudo, as políticas de saúde são sempre subordinadas aos interesses político-partidários e a uma política macroeconômica que privilegia o rentismo, mesmo quando se associa a iniciativas de redistribuição de renda: a falta de regulação do setor privado e o subfinanciamento do SUS são os exemplos mais evidentes.

Sem ufanismo e sem derrotismo, o Movimento da Reforma Sanitária não tem outra opção senão insistir na implementação dessa agenda que expressa, na conjuntura atual, a defesa dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. Trata-se de um dever ético e político dos militantes da Saúde Coletiva tensionar todos os segmentos sociais e todas as correntes políticas a se posicionarem em relação ao respeito ao SUS constitucional.

O Brasil e a América do Sul têm passado por mudanças estruturais, com o fortalecimento da presença do povo na esfera econômica e na cena política. Em um contexto mundial de crise do capitalismo, em que as contradições de classe se agudizam, as reivindicações dos setores populares fortalecidos chocam-se, de forma mais clara, com as resistências dos setores conservadores que, em alguns casos, radicalizam suas posições. Dessa forma, a polarização político-ideológica, no Brasil e no mundo, tem se acentuado. Saber agir nesse contexto exige discernimento e coragem.

O Movimento da RSB demonstra discernimento, quando é capaz sugerir uma agenda estratégica e submetê-la ao debate público, e coragem quando expõe suas teses, identificando tanto as conquistas quanto os desafios, sem considerações outras que o que é necessário fazer para combater a segmentação do sistema de saúde e avançar no sentido da universalidade da saúde.

Certamente, a história não segue nenhuma direção pré-determinada e não se pode conhecer de antemão a saída da crise atual, com seus impactos sobre os sistemas de saúde. No entanto, é sabido que intervenções políticas competentes podem definir os rumos dos acontecimentos.

A competência das entidades que lutam pelo direito de todos à saúde estará firmada se conseguir se credenciar como interlocutor dos vários movimentos e das distintas correntes políticas que compartilham esse ideal.

Referências

Abrucio, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de Administração Pública (RAP)*. Rio de Janeiro. Edição Especial Comemorativa, 2007, p. 67-86.

Bobbio, N. *Estado, Governo, Sociedade: para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1987, p. 157-158.

Campos, G. W. S. Regionalização é o futuro do SUS. Entrevista concedida ao *site* Região e Redes no dia 17 de junho de 2014. Acessível em <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>

Cardoso-Jr, C. Desenvolvimento como eixo e os eixos para o desenvolvimento. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 25-37.

Comparato, F. K. *Viva o povo brasileiro!* Artigo publicado no jornal Folha de S. Paulo, seção Opinião, em 15/11/2004. Acessível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1511200409.htm>

Dussault, G.; Souza, L. E. *Gestão Estratégica de Recursos Humanos em Saúde*. Mimeo, 1999.

Fagnani, E. *Fragmentação da luta política e agenda de desenvolvimento: notas e provocações para impulsionar o debate*. Texto para discussão. Plataforma Social. Campinas, 2014.

Gadelha, C. A. G. e Costa, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 39-56.

Hartz, Z. M. A.; Contandriopoulos, A. P. Integralidade da Atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 sup., Rio de Janeiro, 2004.

Lehoux, P. *The problem of health technology: policy implications for modern health care systems*. New York, Oxon: Routledge, Taylor & Francis Group. 2006

Lima, R. 2012 Democratização da Comunicação, uma luta do povo brasileiro. *Mídia com Democracia - Revista do Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação*, no. 13, dezembro de 2012. Acessível em <http://issuu.com/fndc/docs/edicao-n-13>).

Mattos, F. C. B. de e Bollmann, V. Propostas para aprimorar a democratização do Judiciário. *Revista Consultor Jurídico*, 27 de dezembro de 2012. Acessível em <http://www.conjur.com.br/2012-dez-27/propostas-aprimorar-democratizacao-poder-judiciario>

Mendes, Á. N. Uma história de impasses do financiamento. *Revista Conasems* (Brasília), v. 48, p. 34-35, 2013.

Mendes, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Vol. I. Salvador: Casa da Qualidade, 2011.

Mendes, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Menéndez, E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia realizada en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Acessível em <http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>

Pierantoni, C. R., Varella, T. C., Santos, M. R., França, T., Garcia, A. C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.4, pp. 685-704.

Santos, L. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos? Acessível em <http://www.idisa.org.br/img/File/Regionalizando%20a%20descentralizacao%20junho%202012.pdf>

Santos, N. R. dos. O Estado que temos e os rumos que queremos. *Saúde em Debate*, v. 34, no. 87, 2010, p. 616-630.