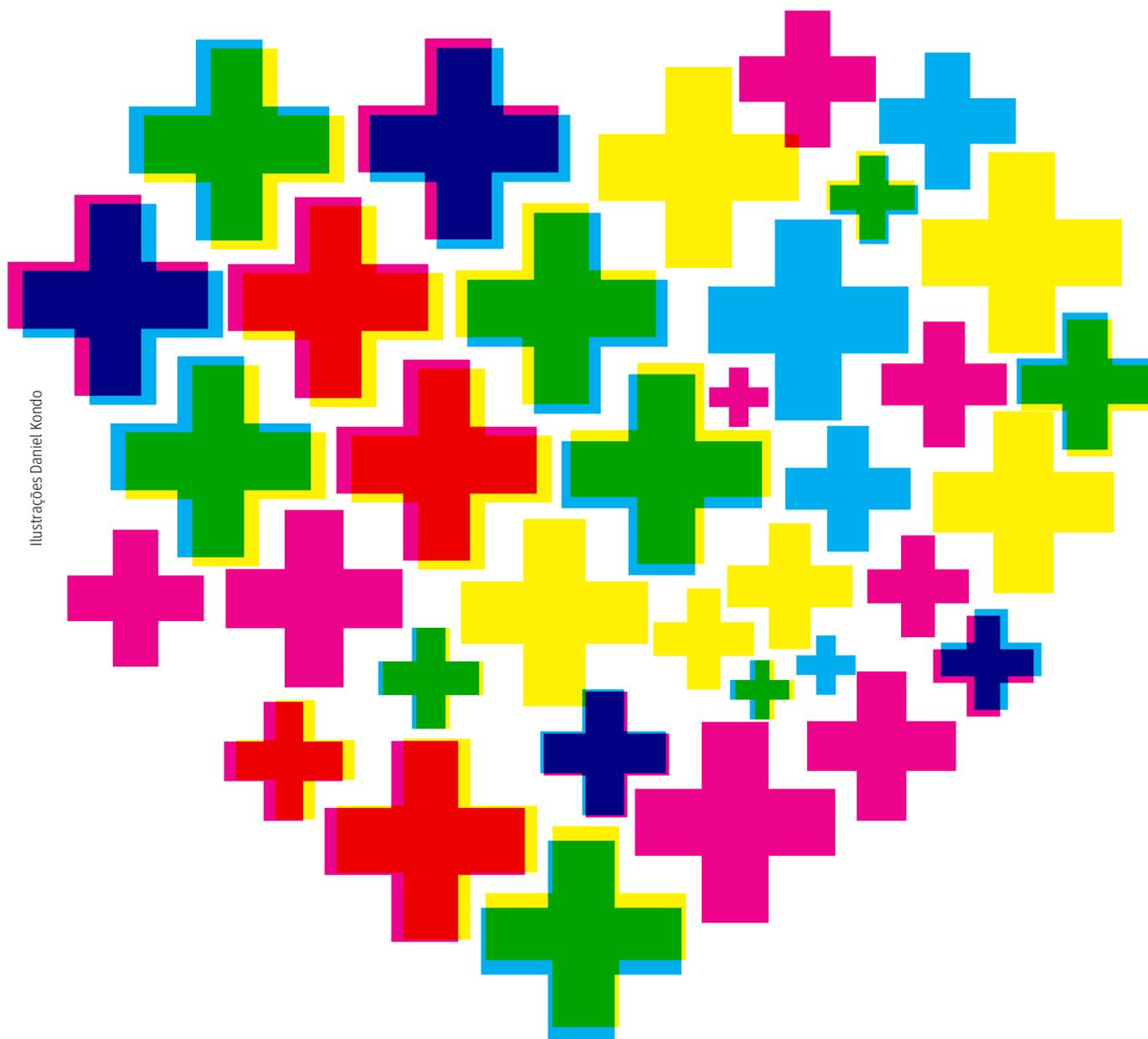


# EM DEFESA DO **SUS** UNIVERSAL E IGUALITÁRIO



Ilustrações Daniel Kondo

## O fio da meada

POR JOÃO PALMA, HAROLDO PONTES E MARISILDA SILVA\*

**A** 8ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu há trinta anos, em 1986, durante o governo Sarney. Eram mil participantes, metade do governo, metade distribuída por corporações profissionais, sindicatos e entidades com representação nacional. O campo popular tinha um total previsto de cinquenta representantes.

A mobilização popular, porém, mudou isso. Aos mil que estavam oficialmente convidados se somaram outras 2.500 pessoas, vindas de todo o país, de todos os cantos, universidades, movimentos, entidades as mais diversas.

As sete conferências anteriores de saúde foram reuniões oficiais. A marca da 8ª foi essa presença popular, esse novo olhar. Em 1988, foi a Constituição e, em 1990, as duas Leis Orgânicas da Saúde que traduziram isso.

Ao contrário do que diz a literatura hegemônica sobre a história do SUS, que tira do campo popular qualquer protagonismo, os movimentos populares tiveram um papel absolutamente decisivo na formação do sistema, particularmente na construção do campo da participação social, conselhos e conferências.

Quem era esse povo que invadiu a 8ª? Gente da Igreja ligada à teologia da libertação, pessoas que deram origem a um novo sindicalismo, os movimentos de oposição sindical e uma nova esquerda que emergiu nesse período. No campo da saúde, esse período pré-8ª Conferência passou também por um salto fantástico na produção acadêmica crítica.

Esse pessoal, desde os anos 1970, atuava em regiões de extrema carência, defendendo o direito a melhores condições de vida. Na periferia leste da cidade de São Paulo, principalmente as mulheres lutaram por unidades de saúde. Até hoje existe uma plaquinha nessas unidades dizendo assim: "Esta unidade é uma conquista do Movimento Popular da Zona Leste"...

A ideia se espalhou pela Igreja, pela educação popular, por uma série de movimentos país a fora, e levou à criação de Conselhos de Saúde.

Com votos colhidos em caixas de sapato, nas feiras livres, de porta em porta, os bairros e as vilas elegiam conselhos populares para acompanhar o funcionamento das unidades de saúde.

Foi um momento de muita politização. Além disso, essa noção do conselho popular se articulou com outra, a de poder popular, de uma sociedade fundada em conselhos, uma ideia que acabou presente na própria concepção do SUS.

A conquista na Constituição da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação, que são quatro princípios socialistas, não ia dar vida fácil para o SUS dali para a frente.

Esses conselhos populares são de vinte anos antes da Lei n. 8.142 e têm em sua raiz uma noção de protagonismo desses movimentos populares que a história esconde e que é de fundamental importância resgatar.

Os conteúdos emancipatórios do SUS, que vieram de certa forma se perdendo no tempo, estão presentes nos movimentos. Assim, só existe a saúde da mulher por conta do movimento feminista e do movimento de mulheres. Era uma luta contra uma ginecologia e uma obstetria absolutamente autoritárias, violentas, desrespeitadoras do corpo feminino. Do mesmo modo, só existe a área de saúde mental

por conta da luta antimanicomial, que afrontava a psiquiatria ortodoxa e toda exclusão, violência e segregação da psiquiatria oficial. Isso também vale para a saúde do trabalhador, que rompe com a noção de saúde da medicina do trabalho, que só quer uma força de trabalho sadia e mais barata para a indústria.

Essa capacidade emancipatória veio em parte se diluindo no tempo e, neste novo momento, a perspectiva da 15ª Conferência Nacional de Saúde é abrir espaço para esses movimentos, que estão ainda vivos e muitas vezes desorganizados.

Esses movimentos no campo da saúde só existem em articulação com o movimento da política. Não era uma discussão só da saúde, mas uma luta contra a ditadura e pela redemocratização, do envolvimento com a política, da reflexão sobre a política, da discussão sobre a emancipação. Não se consegue pensar o SUS deslocado dessa ideia.

Se você aparta o debate sobre saúde, sobre o SUS, do debate político, da política pública, o sistema não sobrevive. O eixo transversal, o único que será debatido por todos os delegados da 15ª, é o da política, do estado democrático de direito, da democracia e do seu papel. Portanto, a 15ª Conferência já começa com a ideia de trazer para o debate as questões políticas.

### A FORÇA E A FRAQUEZA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

A institucionalização da participação social com base na ideia da universalidade, da equidade e do controle social é um avanço, mas traz também um risco: muitos dos conselhos vão reproduzindo a maneira de organização oficial. Por que o conselho tem de ter presidente e mesa diretora?

Hoje muitos deles são frágeis; eles têm um papel, definem a política, mas são muitas

vezes desrespeitados. Há também lideranças que estão nos conselhos há muito tempo, reproduzindo as estruturas, por isso não representam mais.

O conselho gestor nas unidades, nos equipamentos de saúde, surgiu em São Paulo nos anos 1990. Depois disso, outros municípios, em Minas Gerais, por exemplo, começaram a ter os conselhos locais. Eles não tinham presidente, não tinham mesa diretora, não se burocratizaram, mas apresentaram outros problemas.

Essas dificuldades da institucionalização já vinham sendo discutidas pelos movimentos, que defendiam que os conselhos previstos na legislação deveriam ser eleitos diretamente e que os movimentos precisavam continuar organizados para pensar e intervir sobre essas questões.

A quantidade de conselheiros hoje em São Paulo é enorme. Houve uma ampliação muito grande da participação, e o movimento de saúde faz uma crítica: as entidades não se interessam em participar e existe tanta gente diferente no conselho gestor que não se consegue mais saber quem essas pessoas são.

### AMPLIANDO A PARTICIPAÇÃO

A busca de formas alternativas para enfrentar esses problemas da institucionalização é um grande desafio da 15ª Conferência, a qual precisa tratar de duas questões: ampliar a base de representação e incluir, pois há muito movimento excluído e com dificuldade de participar de conselho, de conferência; e encontrar uma metodologia que permita continuidade, que permita leitura do futuro.

No que se refere à ampliação e à inclusão, as conferências livres trouxeram um resultado surpreendente. A conferência livre é um conjunto de pessoas que se articula em um espaço em que possam se sentar para

falar sobre saúde, sobre os eixos da 15ª, e escrever. Esse material escrito das conferências livres chega ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), que divulga pelo portal, pelo site, de várias maneiras.

O CNS também mudou a base de cálculo para a participação da etapa nacional. Os estados de menor população aumentaram sua representação na etapa nacional sem prejuízos às unidades de maior população, mas proporcionalmente houve uma diferença forte.

São novecentos e poucos convidados. O número aumentou para trazer esses movimentos que têm dificuldade de se eleger como delegados; assim eles participam como convidados.

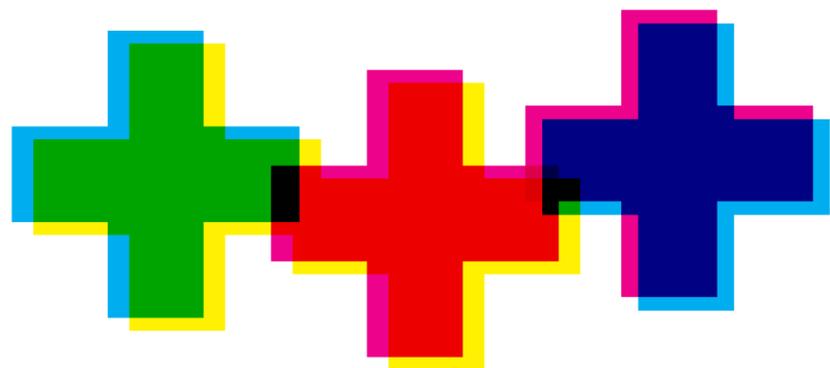
### CONTROLE SOCIAL

No dia a dia do SUS não se fala muito da importância do chamado controle social. A última Conferência Nacional de Saúde aprovou 974 propostas, e não há um acompanhamento disso.

Com base nessa avaliação, a 15ª passa a ter um limite para o número de diretrizes e propostas. Pela primeira vez, vamos hierarquizá-las e, para cada eixo, identificaremos as principais, para possibilitar o acompanhamento posterior.

Para o acompanhamento do que for deliberado na 15ª, foi criada uma quarta etapa da conferência, que faz parte do decreto presidencial, uma etapa posterior, de monitoramento, para seguir a execução das propostas. ●

\***JOÃO PALMA** é secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde; **HAROLDO PONTES** é secretário-geral da 15ª Conferência Nacional de Saúde; e **MARISILDA SILVA** é militante da saúde.



## Uma agenda pelo direito universal à saúde

POR MARIA DO SOCORRO DE SOUZA\*

A 15ª Conferência Nacional de Saúde, apesar da comemoração dos 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), acontece num dos contextos de crise mais complexos da história política e econômica, com fortes impactos na saúde do povo brasileiro. A conjuntura, sustentada pelo discurso hegemônico da Câmara dos Deputados e da mídia burguesa, impõe à sociedade uma agenda politicamente reacionária, economicamente neoliberal e socialmente conservadora.

Por conta dessa situação perversa, em alguns lugares houve reprodução do nível rebaixado da política brasileira, mediada por interesses localistas e corporativistas, nas etapas municipais, estaduais e nacional da 15ª Conferência. A maioria dos estados, porém, fez da participação social na saúde um terreno de luta política, imprimindo maior legitimidade a esse espaço público.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabeleceu uma agenda de mobilização em defesa do direito universal à saúde, do SUS e da democracia, procurando unificar o povo e impulsionar a retomada de bandeiras históricas. Foram milhares de plenárias populares, conferências livres, pré-conferências. Exatamente 4.706 conferências municipais (85% do território nacional), 26 conferências estaduais e do Distrito Federal, e dezesseis estados que realizaram conferências municipais em 100% dos municípios. As regiões Centro-Oeste (91,86%) e Nordeste (91,14%) foram as que mais realizaram conferências de caráter deliberativo.

Com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, a 15ª Conferência ajuda a entender as causas, os efeitos e a propor saídas para a crise, posicionando-se contra os projetos dominantes e questionando o modo como

o poder de decisão e a política têm se distanciado dos interesses coletivos. Diferentes sujeitos e atores sociais foram mobilizados, fazendo desse evento um terreno de luta pela transformação das relações de poder e das relações sociais.

A ampliação do acesso e o atendimento de qualidade remeteram à população o reconhecimento dos esforços empreendidos pelos três níveis de governo no sentido de ampliar a oferta de serviços e ações de saúde. A Estratégia de Saúde da Família; as redes de atenção à saúde, com destaque para as Urgências e Emergências e os Centros de Atenção Psicossocial; o programa Mais Médicos; a oferta de vacinas e de medicamentos na farmácia básica e na popular foram bem avaliados pela população. A queixa maior foi a falta de transparência nas Centrais de Regulação, para consultas, exames ou cirurgias eletivas.

Esses ressignificados e reconhecimentos sinalizam mudanças na cultura política, que sempre tratou a saúde como moeda de troca entre políticos e eleitores. Não superam, contudo, a preocupação das famílias com os problemas sociais que afetam diretamente as condições de saúde da população, como: as elevadas cargas de trabalho; a precariedade da moradia, do saneamento básico e do transporte público; a alimentação insuficiente ou inadequada; os riscos ambientais e a qualidade dos serviços públicos de saúde, educação e segurança pública.

Do ponto de vista econômico, alertamos as autoridades do impacto da atual situação financeira e orçamentária do país sobre o SUS. A situação é dramática e recairá diretamente sobre os 200 milhões de brasileiros pela iminência de redução, fechamento e deterioração da qualidade de ações e serviços.

O histórico subfinanciamento do SUS agrava-se. Em 2014, enquanto o sistema destinou para todos brasileiros R\$ 1.063 *per capita*/ano, os planos privados, beneficiados por isenções fiscais e empréstimos subsidiados, gastaram o equivalente a R\$ 2.818 *per capita*/ano, para uma clientela quatro vezes menor.

Até o final de 2015, o governo federal terá de suplementar o orçamento da saúde em R\$ 5 bilhões. O Projeto de Lei Orçamentária para 2016 prevê o corte de R\$ 30 bilhões em áreas sociais, sendo R\$ 16 bilhões na saúde. A PEC n. 01-A/2015 corrige emergencialmente essa defasagem, pois amplia a aplicação mínima da União em ações e serviços públicos de saúde para 19,2% da receita corrente líquida e rejeita a prorrogação da Desvinculação das Receitas da União (DRU).

O CNS defende também tributar grandes movimentações financeiras e grandes fortunas, como novas fontes exclusivas para o SUS, e cobra do governo federal mudança da

política econômica, com queda da taxa de juros e crescimento com inclusão social. O ajuste fiscal, que ameaça paralisar a economia e tirar empregos e renda, foi rebatido por usuários e trabalhadores.

Vale ressaltar que 80% dos municípios são de pequeno porte e sozinhos não garantem a integralidade da assistência à saúde e melhoria da gestão pública. A regionalização é a saída, porém vem sendo construída com muita lentidão. Uma das dificuldades dos governos locais é o limite do gasto com pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Isso leva à intensificação da terceirização dos serviços e ao comprometimento da atuação de equipes multiprofissionais. O SUS deve ter um plano nacional de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores.

### SETOR PRIVADO

O setor privado da saúde desempenha um serviço de relevância pública (art. 197 da Constituição Federal), por isso deve ser objeto de maior regulação. Essa é uma das razões que levou a 15ª Conferência a se posicionar contra o artigo 142 da Lei n. 13.097/2015, que permite a participação direta e indireta de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde. A lei estimula o consumo individual de planos privados e rompe com os preceitos constitucionais do acesso universal como dever do Estado e direito de todos. A saúde suplementar movimentou mais de R\$ 100 bilhões anuais e, por ser doadora de campanhas eleitorais, passou a ter forte influência no Congresso e na Agência Nacional de Saúde.

De forma articulada nacionalmente, a 15ª Conferência repudia as pautas retrógradas que tramitam no Congresso, como: negar o direito universal à saúde; reduzir a maioria penal; transferir para o Legislativo a aprovação de demarcações das terras

indígenas, dos territórios quilombolas e de áreas de preservação ambiental; generalizar a terceirização; negar o direito da mulher de interromper a gravidez nos casos previstos em lei e punir profissionais de saúde que atendem vítimas de estupro; revogar o Estatuto do Desarmamento; e retirar o símbolo da transgenia em alimentos. E também as recorrentes tentativas de manter o financiamento privado de campanhas eleitorais e de golpe na democracia.

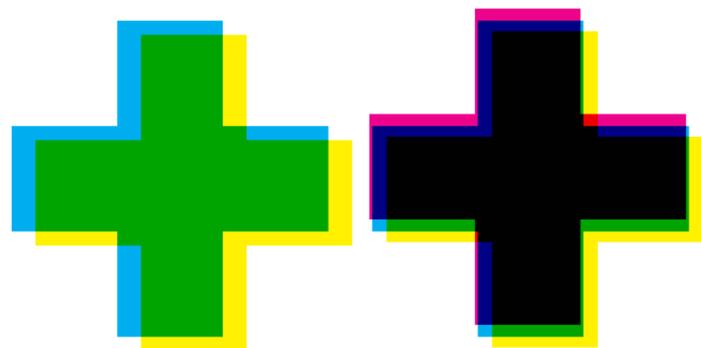
A continuidade dos resultados da 15ª Conferência e de seu caráter político e popular dependerá da aposta que usuários, trabalhadores e gestores da saúde farão na luta democrática e cidadã que significa a defesa do SUS. As bandeiras históricas devem seguir ganhando força, pois o Brasil só vencerá esta crise se fizer uma reforma democrática e popular do Estado. É preciso manter os setores populares mobilizados na defesa de um projeto de desenvolvimento que assegure: a soberania nacional, a democracia, o caráter público dos meios de comunicação social, o crescimento econômico integrado ao desenvolvimento nacional e com garantia de emprego, os direitos sociais, o financiamento das políticas de proteção social, um maior poder de regulação do Estado sobre o capital privado, habitação, saneamento, transporte público, a preservação do ambiente, a produção de alimentos saudáveis pela agricultura familiar, o acesso universal a serviços públicos de qualidade de saúde, educação, previdência e assistência social.

Superar o abismo entre o direito formal e o direito real é a nossa luta! ●

\***MARIA DO SOCORRO DE SOUZA** é filósofa, mestre em Política Social, sindicalista, atualmente presidente do Conselho Nacional de Saúde e coordenadora geral da 15ª Conferência Nacional de Saúde.

## Atentado contra o SUS: a privatização da coisa pública

POR AMÉLIA COHN\*



É ironia de mau gosto o fato de que justo num governo do PT a saúde venha sendo objeto das forças da privatização de nosso Sistema Único de Saúde. E com uma força política inédita, dada a composição do atual Legislativo e a orientação política do governo Dilma, especialmente neste seu segundo mandato.

Desde a década de 1920, o setor privado da saúde, no Brasil, sempre contou com as políticas de Estado para seu desenvolvimento. Era por meio da Proteção Social e posteriormente da Previdência Social, a partir de 1933, que o setor privado da saúde contou com incentivos do Estado para atender os previdenciários e atualmente a população em geral, mediante operadoras de planos e seguros de saúde e assaltos do Legislativo propondo leis que tentam privatizar por completo a cobertura de assistência médica dos trabalhadores com carteira assinada e a entrada do capital estrangeiro no setor.

Ao longo de nossa história podem-se distinguir três ondas de privatização no setor da saúde: na primeira, o Estado comprou serviços de saúde privados para a assistência dos trabalhadores vinculados à Previdência Social (a origem); na segunda, incentivaram-se, por meio da renúncia fiscal do governo, os planos e seguros de saúde, a partir da década de 1960 e com mais vigor a partir da crise econômica e do reajuste estrutural da economia dos anos 1980 em diante; e na terceira, neste novo século, privatizou-se a gestão dos serviços públicos estatais da saúde (do SUS), por meio de organizações sociais (OSs) e organizações da sociedade civil de relevância pública (Oscips). Em comum a elas, o fato de o setor privado da saúde contar com um mercado cativo, garantido pelo próprio Estado.

Com essa terceira onda de privatização introduziu-se no setor estatal público da saúde (mas não só nele) a racionalidade do setor privado na gestão dos negócios na lógica de

funcionamento dos estabelecimentos públicos estatais da saúde. Em nome da pretensa irracionalidade e do desperdício da administração direta dos serviços, propõe-se adotar sua gestão por meio daquelas organizações que, por serem “públicas de direito privado”, imprimiriam o uso mais racional dos recursos, além da possibilidade de agilizar a gestão dos recursos humanos a elas vinculados.

O que fundamenta a adoção, pelo Brasil afora, dessa nova forma de gestão da coisa pública é o discurso ideológico, mais que a teoria, de que o Estado é mau administrador, que o ajuste fiscal pelo qual se optou requer maior economia de recursos (*sic*) e que, portanto, o que deve prevalecer no funcionamento dos equipamentos da saúde não é o custo/eficácia social (reafirmação da saúde como um direito de todos e da saúde com qualidade), mas o custo/efetividade. Os contratos de gestão com essas organizações preveem metas a serem atingidas de produção de serviços

e de cobertura da população que justificam o valor dos contratos em determinado patamar. Como o valor é fixo e a população, embora definida territorialmente, apresenta uma demanda “aberta”, a racionalização do uso dos recursos tende a recair na compressão dos serviços prestados.

Mais grave que isso é que, com os contratos dessas organizações, deixou de existir a figura do *servidor público*, que se dedicava ao atendimento de usuários conhecidos e reconhecidos por ele, e estabelecia um vínculo de confiança e credibilidade mútua entre serviço público e usuários cidadãos. O servidor público foi substituído pela figura do *colaborador*, que é o trabalhador terceirizado pelas organizações sociais contratadas, com contratos de trabalho precários, e que tem como responsabilidade primordial manter esse seu precário vínculo.

Igualmente grave é o fato de essas gestões não contarem com um órgão específico de controle público e social; este é feito, quando o é, por órgãos das próprias secretarias de saúde, aos quais a população usuária não tem nenhum acesso de participação, cabendo-lhe tão somente avaliar o serviço que utilizou em sua “qualidade”, seja o que se entenda por isso. E no geral qualidade é entendida como a postura de um consumidor com relação a um serviço, como se tivesse sido bem atendido numa loja.

O raciocínio de que essa forma de gestão por meio de organizações sociais traria maior racionalidade aos serviços é igualmente falsa. Dou um exemplo pessoal: procuro uma UBS para me vacinar contra gripe, vacina destinada basicamente a idosos, gestantes e crianças pequenas. O local da vacinação fica no andar de baixo do piso da rua, com acesso somente pela escada! E quem dá a vacina, perguntada se era servidora pública, diz que não, que era uma “colaboradora do SUS”. Essa UBS

é administrada por um contrato de gestão com uma OS vinculada a um dos mais renomados estabelecimentos de saúde da cidade de São Paulo. Portanto, a racionalidade impressa aos serviços não é voltada ao usuário (acesso por meio de escada), mas interna a si mesma, com o *colaborador* mascarando a situação de trabalhador precário.

Se com isso o público estatal passa a ser orientado pela visão da saúde como um bem de consumo qualquer, e não como um bem de consumo coletivo, o mesmo acontece com o setor privado, que atua de forma idêntica: estreitamente vinculado ao Estado, por meio de mecanismos de renúncia fiscal e de facilidades fiscais para importação e incorporação de tecnologia, o setor privado lucrativo e o não lucrativo da saúde (filantrópico) mesclam na busca do lucro (primeiro caso) ou do equilíbrio das contas com excedentes financeiros (segundo caso) mecanismos de mercado usufruindo as benesses do Estado. Mas o resultado final acaba sendo sempre a reafirmação da saúde como um bem de consumo, e não como um direito. O setor privado lucrativo busca instrumentos que lhe permitam o atestado de utilidade pública, além de criar OSs e Oscips para gestão de equipamentos públicos estatais de saúde. E o setor privado filantrópico, porque é igualmente privado em sua essência, procura mecanismos de mercado na oferta de serviços correlatos ao da prestação de serviços médicos (planos de saúde próprios, serviços funerários, entre outros) para equilibrar suas contas.

A associação desses dois movimentos – gestão dos serviços públicos estatais de saúde por organizações sociais e mecanismos de caracterização dos serviços privados como de utilidade pública – acaba por desfigurar atualmente o que é público e o que é privado na

saúde; os limites entre os dois acabam por se esvaír, ficam opacos. Mas o que prevalece, em ambos os casos, é a saúde como mercadoria, portanto, como um bem de consumo, e não como um bem de consumo coletivo, público, orientado, na busca de seu consumo e na oferta dos serviços, pela noção de direito social, e como parte da seguridade social.

### E AGORA, JOSÉ?

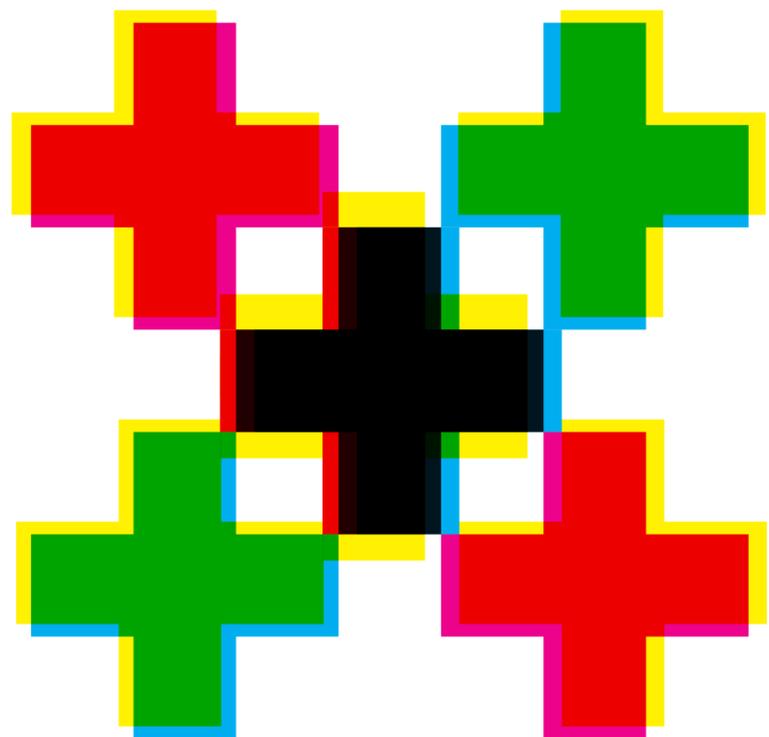
Efetivamente, existe uma pedra no caminho que tem de ser enfrentada, ou o SUS, exemplo internacional de reforma da saúde exitosa, será desconstruído. Para tanto, precisamos ter a capacidade de aprender com nossos erros e desacertos, tendo clareza de que os acertos foram muito maiores que os erros. Devemos retomar uma proposta inclusiva e abrangente de um sistema de saúde que fortaleça o SUS e aperfeiçoe sua organização, sua rede e seu modelo de atendimento. Mas é necessário, essencialmente, demonstrar capacidade de repolitizar a questão da saúde, reconquistando e mobilizando a sociedade. Isso significa aproximar-se das forças e dos movimentos sociais organizados, e ter claro que as forças conservadoras e mercantis da sociedade estão apontando suas armas contra todo o sistema de proteção social no Brasil, para quem este é fonte de gasto, e não de investimento no bem-estar da sociedade.

Se atualmente está difícil reinventar a alegria, é necessário que reinventemos, com competência e sensibilidade técnica e política, a utopia da saúde como um direito universal e equânime para todos! ●

\*AMÉLIA COHN é socióloga e professora aposentada da USP.

## Repensando a gestão pública do SUS

POR GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS\*



**A**o longo de seus 25 anos de existência, o SUS se consolidou como uma política pública indispensável ao bem-estar dos brasileiros. Entretanto, o sistema convive também com uma série de deficiências crônicas que comprometem sua efetividade. Seu financiamento é inadequado – estima-se que deveríamos dobrar o valor; há igualmente desacertos no

modo como o SUS vem sendo gerenciado e, além do mais, não se logrou construir uma política de pessoal razoável ao longo de todos esses anos.

Em relação à gestão, identificam-se três impasses a serem superados: o caráter patrimonialista e clientelista da gestão pública, o modelo federativo de base municipal que tem dificultado a governança do SUS e a não reali-

zação de uma radical reforma da gestão pública depois do final da ditadura militar.

A dependência do SUS do Poder Executivo e, portanto, de negociações orientadas por interesses de partidos políticos e de grupos corporativos tem comprometido seu planejamento e sua gestão. Todos os cargos de coordenação e de chefia dos milhares de serviços de saúde e da centena de programas são de livre provi-

mento de prefeitos, governadores e do governo federal. Com o acirramento da disputa pelo poder nos últimos anos, a lógica do “presidencialismo de coalizão” tem se sobreposto à seleção por competência e experiência em saúde e em gestão pública. Elaborar uma lei ou uma norma que restrinjam os cargos de confiança aos secretários de Saúde de municípios e estados, ao ministro e a suas assessorias diretas não custaria dinheiro e poderia proteger o SUS da politicagem e da corrupção. Em outros países, as funções de coordenação e de chefia estão ligadas às carreiras dos sistemas de saúde e dependem de concursos internos.

Além disso, o SUS vem se constituindo de maneira fragmentada, com um pequeno grau de integração entre os diferentes programas e serviços, o que tem comprometido sua governabilidade. Em todos os sistemas públicos e nacionais de saúde existentes há comando único da rede, e a menor unidade descentralizada são as regiões de saúde. Os países são divididos em regiões, sendo cada uma responsável pelo atendimento integral de algo entre 1 milhão e 2 milhões de pessoas. Nessas regiões funcionam redes com atenção básica, hospitais, serviços especializados, urgência e saúde coletiva. No Brasil, optou-se pela descentralização para os municípios, deixando vagas as atribuições dos estados e da União. Essa ordenação permitiu a expansão da cobertura da atenção básica (saúde da família), mas produziu uma importante desarticulação entre as políticas e as prioridades da gestão federal, dos estados e dos municípios. A descontinuidade e o comprometimento da sustentabilidade dos projetos não impediram o bom desempenho de alguns programas verticais (introduzidos do Ministério para baixo), como foram os casos da política contra a aids e do Programa Nacional de Vacinação. No entanto, foram responsável pelo descon-

trole da epidemia de dengue e da infestação de quase todo o território nacional pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Em todas as cidades brasileiras convivem pelo menos dois comandos da rede de saúde: um administrado pelo poder municipal, outro pelos governos estaduais. Esses polos, em geral, funcionam quase sem integração e, mais grave, de maneira competitiva em virtude da predominância da disputa político-partidária sobre as necessidades de saúde. Essa separação institucional repercute na integralidade do atendimento ao produzir uma desarticulação abismal entre os serviços de média e alta complexidade – hospitais e ambulatórios especializados –, normalmente sob a gestão dos estados, e a rede de unidades básicas de saúde, administradas pelos municípios. Grande parte das filas e retardo no acesso a cuidados complexos resulta da insuficiência da oferta de serviços pelo SUS, mas outra parte importante é decorrente dessa desintegração e do encaminhamento burocrático que não explicita a gravidade e prioridade dos casos.

Essa lógica serviu para que Ministério da Saúde e, particularmente, as administrações estaduais ampliassem a responsabilidade sanitária das cidades para além do orçamento repassado e, mais grave, delegaram aos municípios encargos com os quais é impossível arcar apenas no nível local. O Mais Médicos veio para confirmar essa possibilidade. Caberia aos municípios organizar e estender a atenção básica/saúde da família para mais de 80% da população brasileira. Problemas com a gestão de pessoal (médicos, sobretudo), dificuldades operacionais e de gestão e, principalmente, impossibilidade de garantir, em cada cidade, a continuidade do tratamento em vários casos que dependem de especialidades e de hospitais vêm comprometendo a consolidação do SUS. Isso obrigou o Ministério da Saúde a inter-

vir diretamente até mesmo na atenção básica por meio do Mais Médicos, com a contratação de pessoal, formação e o compartilhamento da gestão local das redes.

Em relação à reforma do Estado e à gestão pública da saúde há alguns caminhos possíveis.

O principal, em minha opinião, seria a constituição de uma autarquia especial, o SUS/Brasil, organizada, de forma tripartite, pelos municípios, estados e União. Não a federalização e centralização do sistema, mas a constituição de um sistema tripartite e unificado de modo que pudéssemos responder a alguns dos dilemas contemporâneos de modo preciso:

- De quem é este hospital? É nosso, do SUS/Brasil, sob gestão da região X;
- Quem é responsável pelo controle da epidemia de dengue? O SUS/Brasil, comandado pelas regiões Y etc.

A base dessa autarquia seriam as regiões de saúde, comandadas por conselhos tripartites, que indicariam, em consenso, um secretário regional com base em experiência em saúde pública.

Essa autarquia criaria carreiras multiprofissionais para as grandes áreas temáticas do SUS: atenção básica, hospitais e serviços especializados, vigilância em saúde/saúde coletiva, apoio administrativo, entre outras. Os atuais servidores poderiam migrar para essa nova carreira.

O SUS é tão importante que vale a pena ousar para assegurar sua viabilidade e sustentabilidade. ●

\*GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS é presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

## (Sub)financiamento do SUS: o Brasil na contramão dos sistemas universais

POR JOSÉ SESTELO\*

A Constituição de 1988 é um marco para as políticas sociais no Brasil. Sua potencial abrangência e a organicidade de suas formulações estão expressas no conceito de seguridade social e na concepção integrada de financiamento representada pelo Orçamento da Seguridade Social (OSS). A ideia do Sistema Único de Saúde (SUS) só pode ser plenamente compreendida quando vista em conjunto com a Previdência e a Assistência Social.

Na década de 1990, entretanto, ocorreu o fatiamento do OSS e a emasculação da base financeira das políticas sociais, o que limitou a progressividade de seu potencial redistributivo e fraturou sua organicidade. Assim, instaurou-se um clima fratricida no âmbito dessas políticas com a proclamação sub-reptícia de um anátema ainda em vigor: *se querem mais recursos, criem novas fontes de financiamento*.

Resumindo os fatos marcantes sobre o financiamento do SUS, podemos dizer que o artigo 55 das Disposições Transitórias estabeleceu um mínimo de 30% do OSS para a saúde. Em 1994, esse dispositivo foi vetado e, em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que deveria ser destinada integralmente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O que ocorreu foi o remanejamento de outras contribuições sociais para fora do FNS e a reserva de 20% do orçamento para livre movimentação por meio da Desvinculação de Receitas da União (DRU) com o objetivo de prover o superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública interna. A extinção da CPMF ocorreu em 2007.

A Emenda Constitucional n. 29 foi a base de um processo político frustrado na tentativa de estabelecer um teto mínimo de contribuição da União para a saúde. A sociedade se posicionou em torno do movimento Saúde +10, com mais de 2 milhões de assinaturas. No entanto, a racionalidade de uma política macroeconômica de costas para o bem-estar social prevaleceu.

Ao longo desse período não se cogitou extinguir ou mesmo limitar os subsídios diretos e indiretos a empresas de planos de saúde e prestadores conveniados ao SUS, muito menos se aventou a possibilidade de auditar a natureza da dívida pública e investigar a contabilização de valores espúrios. Não há contingenciamento de recursos destinados ao serviço da dívida, ao contrário, há uma escalada resoluta de valores em direção aos negócios particulares em detrimento do que tem relevância pública.

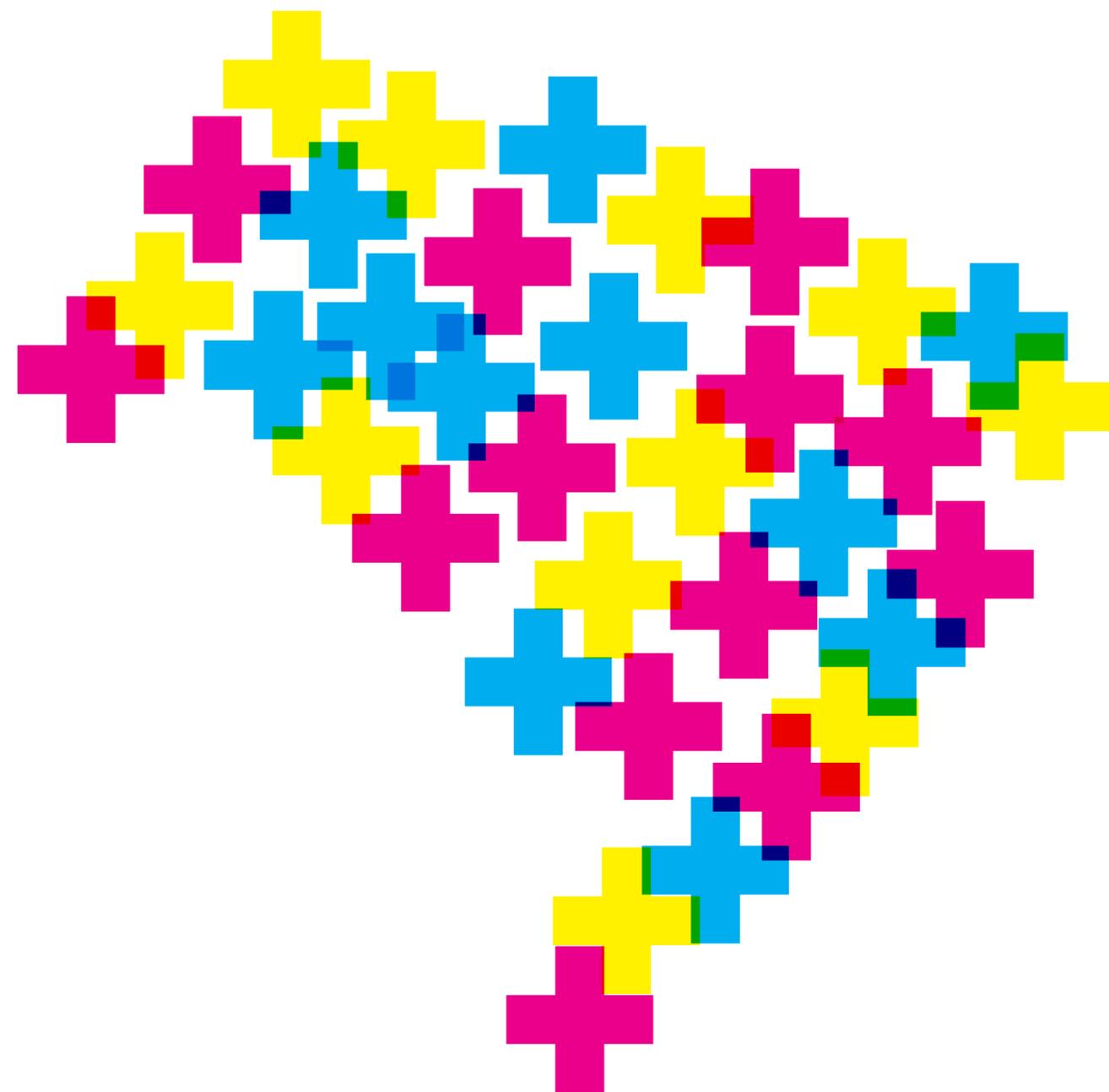
Na atual conjuntura, atribui-se ao Ministério da Saúde e à Previdência o papel de arau-

tos de uma contribuição social incidente sobre movimentações financeiras para, mais uma vez, trilhar o caminho de novas fontes de financiamento sem abrir a discussão política sobre a disputa do fundo público. Segue-se omitindo o fato de que as demandas democráticas expressas na Constituição de 1988 têm sido consideradas despesas obrigatórias inconvenientes.

Tudo se passa como se o texto constitucional não houvesse tratado do assunto da universalidade e abrangência do pacto social no momento oportuno e a DRU fosse um mecanismo discricionário natural sem um direcionamento enviesado e regressivo, que tira de quem tem menos para dar a quem tem mais.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde pode ser um espaço para tratar da questão do (sub)financiamento do SUS de forma abrangente, politizando a discussão para além dos limites estreitos de soluções emergenciais e questionando o padrão estrutural da formação social brasileira, que é o da conservação dos mecanismos de (re)produção de desigualdades com o uso do orçamento público. ●

\***JOSÉ SESTELO** é mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA), doutorando em Saúde Coletiva (IEC/UFRJ) e vice-presidente da Abrasco.



## Saúde pública subfinanciada: até quando suportaremos?

POR ÁQUILAS MENDES\*

O SUS existe há 27 anos e, nesse mesmo período, tem sido muito difícil assegurar o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde à população brasileira. Isso é explícito no problema do subfinanciamento, que já se tornou uma política de Estado. O governo federal atual segue a mesma linha dos anteriores, em que o investimento no SUS não foi prioritário. De 1995 a 2014, o gasto com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde manteve-se praticamente o mesmo, em 1,7% do PIB, enquanto o pagamento de juros da dívida correspondeu, em média, a 6,5% do PIB, devendo atingir 8% em 2015 no contexto da crise atual. A continuidade da política eco-

nômica fundamentada no tripé metas de inflação (com altas taxas de juros), superávit primário e câmbio flutuante deu origem a constantes cortes de recursos, prejudicando o acesso à saúde pública. Em 2014, acrescidos ao gasto federal em relação ao PIB o dos municípios (1,1%) e o dos estados (1%), o país alcançou 3,9%, ainda insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral. Para que o Brasil alterasse essa situação, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar à média dos países com sistemas universais (Reino Unido, Canadá, França e Espanha, por exemplo), isto é, 8,3%.

Se o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse

aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à Saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2014, o Orçamento da Seguridade Social (OSS) foi de R\$ 686,1 bilhões. Se 30% fossem destinados à saúde, considerando os gastos do governo federal, seriam R\$ 205,8 bilhões, mas a dotação foi a metade disso.

Em 2015, duas medidas que tiveram o apoio do governo federal acabaram agravando ainda mais esse subfinanciamento: a) a nova Lei n. 13.097, que permite a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, inclusive o filantrópico; b) a Emenda Constitucional n. 86/2015, que institui o “orçamento impositivo”. Nela foi incluída uma nova base de aplicação do governo federal na saúde, alterando para

Receita Corrente Líquida (RCL), executada inclusive de forma escalonada em cinco anos, sendo 13,2% dessa RCL para o primeiro exercício financeiro, até alcançar 15%, no quinto exercício. Calcula-se, para 2016, uma perda de cerca de R\$ 9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde, em relação à base de cálculo anterior (variação nominal do PIB).

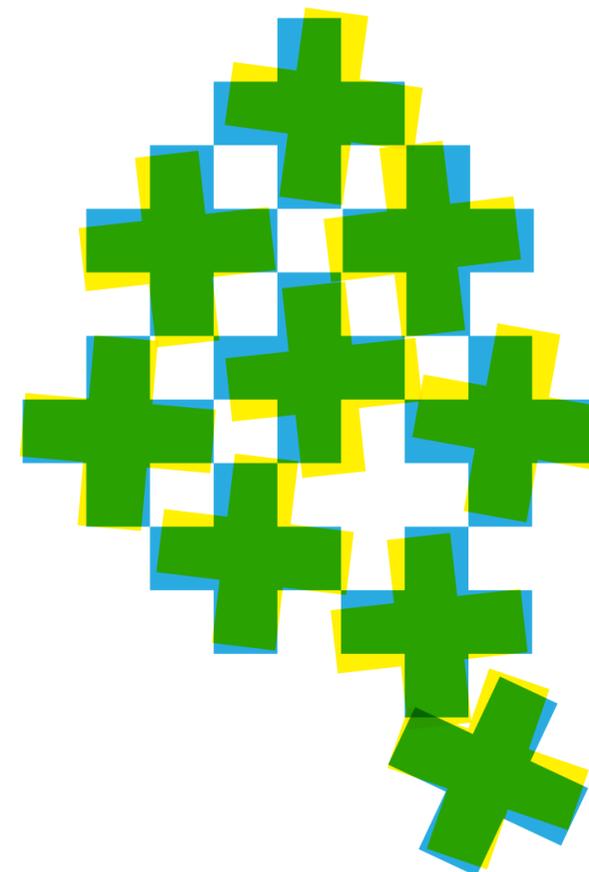
Neste ano, a resposta do governo à crise econômica mundial resultou em um ajuste fiscal com um corte de recursos para a saúde. A insuficiência orçamentária para 2015 será de cerca de R\$ 5,8 bilhões, não sendo possível manter o padrão de gasto de 2014 (R\$ 92 bilhões) nem resolver o problema herdado do orçamento do ano passado, agravando o

atraso nas transferências fundo a fundo para estados e municípios.

A explicação do governo para a adoção desse ajuste refere-se à ausência de fontes fiscais específicas e, com a crise, o orçamento federal estaria “esgotado”. Ora, o OSS vem demonstrando superávits há vários anos: em 2013, R\$ 76,2 bilhões e, em 2014, R\$ 53,9 bilhões. Grande parte desse superávit é transferida para o pagamento de juros da dívida. O mecanismo criado para isso ainda em 1994 é a Desvinculação das Receitas da União (DRU), em que 20% das receitas da Seguridade Social são destinadas ao superávit primário. Entre 1995 e 2014, a Seguridade Social perdeu cerca de R\$ 704 bilhões. Como

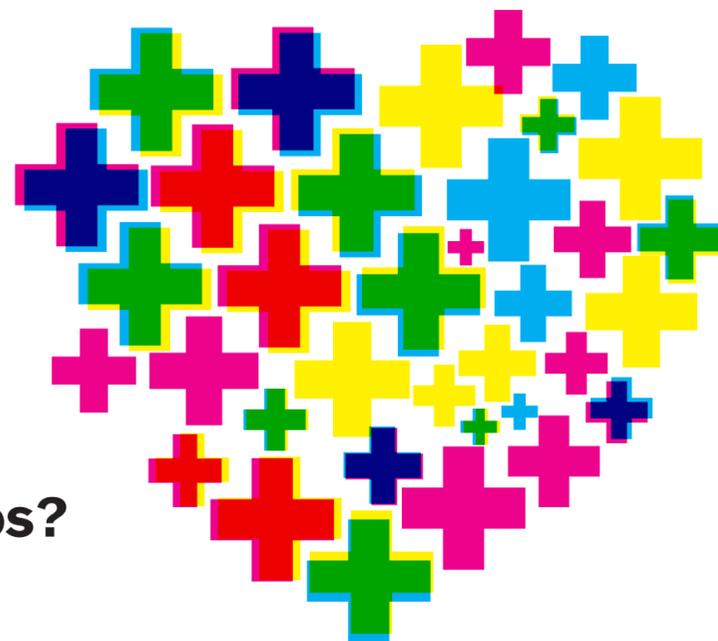
parte do ajuste, o governo federal enviou ao Congresso a PEC n. 87/2015, que prorroga a DRU pela sétima vez, mas não mais por quatro anos – como vinha sendo feito desde sua criação –, e sim por oito anos. O pior é que o texto amplia de 20% a 30% o percentual das receitas do OSS que serão retiradas. A sociedade brasileira precisa saber disso para rejeitar a continuidade da DRU. ●

\***ÁQUILAS MENDES** é professor doutor livre-docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, do programa de pós-graduação em Economia Política da PUC-SP e do Departamento de Economia desta instituição.



## Humanizar o que (des)humanizamos? Como assim?

POR EMERSON ELIAS MERHY\*



**1.** Imaginemos uma cena. Pela oitava vez, dona Feliciano vai a uma consulta com a equipe de saúde da família (ESF) para verificar como anda sua diabetes. Está ansiosa, pois ganhou peso e se sente um pouco estranha ali naquele dia, tem umas dúvidas sobre como controlar sua vontade imensa de comer e a sede infernal que tem passado. O olho está um pouco embaçado, e isso a tem assustado. A consulta é de rotina. Ela chega ao serviço um pouco antes do horário que o agente comunitário de saúde tinha pedido para ela ir e fica na sala de espera, conversando com outras usuárias que ali estão. Fala do que está sentindo e da expectativa de ter a possibilidade de se orientar.

É chamada e entra para a consulta de enfermagem; seu peso é medido e informações sobre os últimos exames que mostram uma alteração para pior são anotadas. A glicemia, o açúcar no sangue, subiu muito, mas a pressão arterial está boa. A enfermeira a olha meio intimidadora quando vê que o peso aumentou, mas não fala nada, e pergunta se ela está tomando os remédios direitinho. Tendo uma resposta afirmativa, encerra a consulta e manda esperar um pouco mais para o doutor chamar. Dona Feliciano volta para a sala e espera ser chamada pelo médico, mas claramente está desconfortável, não conseguiu falar nada de si, só respondeu às perguntas da enfermeira. Não passa muito tempo, o médico a chama.

Ela entra no consultório e o médico a recebe de modo muito cordial, mandando-a sentar. Mal ela senta, e ele começa a falar que não está certo, que ela deve estar fazendo tudo errado, que deve estar comendo coisas que não deve, que não está seguindo as orientações, e por aí vai, dando um pito como se estivesse diante de uma criança malcriada que estivesse fazendo arte.

Dona Feliciano vai ficando constrangida e muda. Não fala nada, nem se queixa. Baixa o olhar. Nem ouve o que o outro está falando. A cena parece de cinema mudo, a boca do médico se movimentava, mas o som não chega. Ela só sai dessa letargia quando o médico levanta da cadeira e diz que ela deve retomar todas as

indicações de dieta que ele lhe havia sugerido, além de fazer exercícios físicos. Ela se levanta, sai da sala com um papel para retirar as medicações que precisava tomar e volta para casa mais ansiosa do que quando chegou.

Encontra sua vizinha e conta como foi difícil aquela manhã e que não conseguiu colocar suas dúvidas para a equipe de saúde. Não sabe o que fazer. A vizinha escuta dona Feliciano e lhe dá uns conselhos sobre o que fazer para não ter de levantar tanto à noite para ir ao banheiro, dizendo que pare de beber água no final da tarde para a bexiga não encher. Dona Feliciano fica um pouco mais sossegada e entra em casa.

**2.** No dia a dia dos encontros que se realizam nos serviços de saúde entre equipes e usuários, vivenciamos o desafio de ter de gerar uma resposta prática, ou seja, ações tecnológicas do campo do cuidado, para um outro que a princípio não conhecemos direito. Podemos ter várias informações de certos marcadores sobre o funcionamento orgânico do corpo dele e até imaginar que isso é o que precisamos saber, mas ali no encontro o usuário sente que isso não é verdade. Porém, os trabalhadores de saúde na maior parte das vezes não percebem e não acreditam nisso. Afinal, foram se formando em torno dessa ideia científica de que seria possível saber tudo do corpo do outro pelos exames, pelos sinais e pelos sintomas; não seria preciso que o corpo falasse de outro modo, pelo desejo, por exemplo, pelo medo, pela angústia sentida, pelo modo de sofrer.

As equipes de saúde, mais do que os usuários, são prisioneiras de um modo de olhar o outro, o qual, para elas, é só um objeto que tem um problema que elas podem revelar por meio de seus conhecimentos *a priori* sobre esse corpo, fazendo um diagnóstico do que esse outro

tem e é. E partindo disso, dessa prisão de certo modo de olhar o outro como objeto – não como uma vida em existência e em produção, com tudo que a vida é ao ser vivida por alguém –, as equipes vão gerando ações sobre o outro. Não se pensa com o outro. Nem se abre para o ponto de vista do outro, pois este pouco importa no modo de olhar e saber que cada trabalhador de saúde detém.

As equipes e seus componentes são cegos em relação ao que é a vida do outro para esse outro mesmo e não se abrem para isso. Dona Feliciano não precisa falar sobre si, pois se sabe tudo sobre ela; por outro lado, ela deve escutar o que temos a dizer e seguir direitinho o que mandamos fazer. Se não seguir esse caminho, segundo as equipes, ela não terá saúde, e, para o serviço, se isso ficar assim, é porque se trata de uma rebelde, além de diabética. Não se cura porque é rebelde, assim como para muitas equipes que cuidam de usuários com tuberculose: os que não seguem os tratamentos prescritos são verdadeiros abandonadores.

Na cegueira das equipes sobre o outro e seu modo de viver e sofrer, vêm mais diagnósticos para a equipe se posicionar ao contrário, como vítima do usuário, pois este, em sua rebeldia e em seu abandonar, é que não se controla ou cura. Estranho modo humano de fazer um cuidado desumanizador.

**3.** O psiquiatra italiano Franco Basaglia apontava que, no encontro entre um trabalhador de saúde e um paciente tido como louco, o trabalhador, que está capturado por seu modo de olhar o outro, deveria colocar a loucura do outro entre parênteses e deixar aparecer outros sentidos da existência que esse outro (só louco?) produzia ou poderia produzir fora daquele lugar em que ele era instituído como só louco. Como assim? Para que isso? Como isso funcionaria?

Atingir a captura do olhar para colocá-lo no não saber do não visível, forçando a ver o que não via, e aí ver produção de vida no outro onde não via, abrindo-se para um outro que não conhecia, pois o que dizia que o outro era, um louco, era um pequeno segmento da vida do outro ou nem tanto assim.

Desmarcar poderes instituídos na própria equipe a faz ter abertura para o acontecimento da rica vida do outro. Abrindo-se para novos exercícios de si e do outro, novos sentidos do viver emergem. Da vida enclausurada, mais vida rica se constrói.

É como se, enfraquecendo nossa força sobre o outro, da fraqueza na relação emergisse uma potência de vida ainda não experimentada, tanto na equipe quanto no outro, antes seu objeto. Agora um equivalente, um tão vida quanto, um tão potência quanto.

Estranho modo humano de fazer um cuidado humanizador, isto é, no qual a produção dos processos relacionais no campo do cuidado, entre trabalhadores e usuários, de um lugar de captura constitui um lugar de potência de mais vida do ponto de vista do outro, como plenamente válido e necessário. No qual, do mesmo modo que consideramos nosso modo de olhar cheio de saberes e fazeres, tomamos o do outro como força para a produção de mais vida nele. Onde há rebeldia e abandono, o que existe são resistências positivas ao desprezo que o cuidar soberano desumanizador que produzimos provoca no outro.

Nos processos relacionais das tecnologias leves de cuidado, a resistência do outro é lugar de potência, e não de negação pura e simples, pois é negação dos atos que o excluem como pleno vivente, com seus desejos e vontades, para os quais não encontra escuta e reflexões. ●

\*EMERSON ELIAS MERHY é professor da UFRJ-Macaé.

## Ampliar a participação, um dos objetivos da 15ª Conferência Nacional de Saúde

POR LEONARDO AVRITZER\*

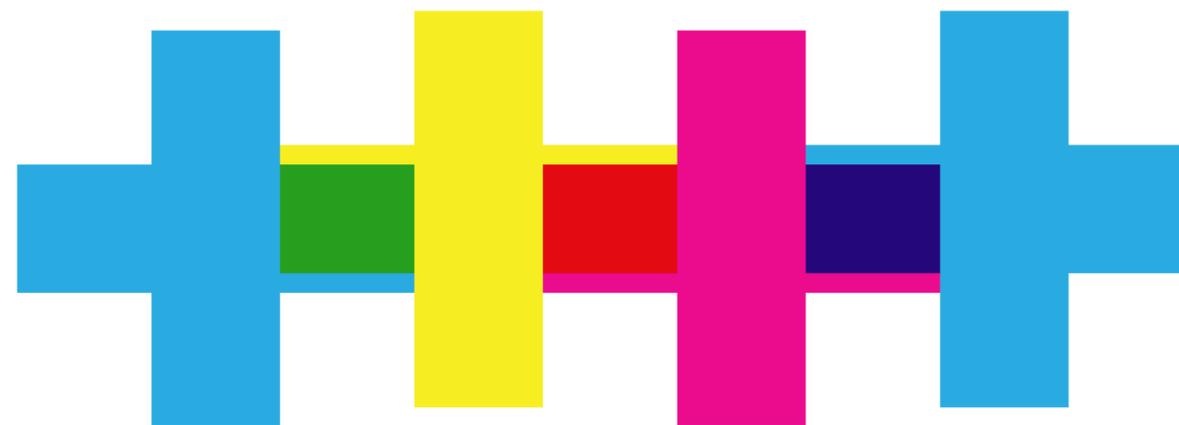
**A**o longo do século XX, o Brasil se transformou de um país de baixa propensão associativa e poucas formas de participação da população de baixa renda em um dos países com o maior número de práticas participativas. Já é lugar-comum identificar o forte avanço da participação social com a promulgação da Constituição de 1988 e com as legislações infraconstitucionais que se seguiram a ela. No momento da convocação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), o grande debate girou em torno da convocação ou não de uma assembleia exclusiva para o processo de revisão constitucional. No entanto, outra característica da ANC brasileira adquiriu importância com o tempo: sua orientação participativa. A ANC permitiu emendas populares e desencadeou uma campanha popular para obter assinaturas para muitas propostas ligadas às políticas públicas. Alguns entre os mais importantes movimentos da sociedade civil, tais como a saúde e os movimentos de reforma urbana, também se juntaram à campanha para emendas populares. Esse foi um primei-

ro momento importante de um processo de aprofundamento democrático que criou instituições participativas na área de saúde.

Os conselhos de políticas e as conferências nacionais previstos na Lei Orgânica da Saúde (LOS) se estabeleceram fortemente no Brasil durante as últimas décadas. A origem dos conselhos de saúde está ligada a dois movimentos sociais importantes da redemocratização brasileira: de um lado, o movimento sanitário que envolveu médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e se tornou forte no final dos anos 1970 nas universidades e em alguns outros setores selecionados da área de saúde, como a Fundação Oswaldo Cruz; de outro lado, o chamado movimento popular da saúde, que teve origem na zona leste de São Paulo e reuniu mães e outros usuários da saúde, cujo objetivo principal era controlar a qualidade dos serviços de saúde nessa região da cidade. Cada um desses grupos tinha um tipo de reivindicação em relação à participação social: no caso do movimento popular de saúde, a reivindicação era o controle e eventualmente a autonomia da

sociedade civil no processo de decisão sobre os serviços de saúde municipal, proposta essa que foi abandonada no final da primeira metade dos anos 1980. Do lado dos médicos sanitários, a ênfase era na medicina preventiva e na reorganização do papel do Estado no sistema de saúde do país.

O movimento de saúde teve dois momentos cruciais nos anos 1980. O primeiro deles foi a chamada 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília em 1986 e propôs a extinção dos Institutos de Previdência, expressão maior da vigência de um direito segmentado à saúde. No entanto, do ponto de vista da participação, o elemento que chama atenção na 8ª Conferência Nacional de Saúde é a combinação entre a reivindicação de um Estado mais ativista por parte do movimento sanitário e de uma forma popular de controle público por parte dos movimentos populares. Essa combinação gerou a instituição participativa conselho como forma geral da participação na saúde, complementado pelas conferências estaduais e nacionais. A aprovação do capítulo da Constituição sobre



a saúde foi uma enorme vitória dos movimentos populares da sociedade civil naquele período. No entanto, essa vitória não anulou a necessidade de outras batalhas, entre as quais vale a pena mencionar a luta pela incorporação dos conselhos e das conferências nacionais na legislação ordinária que se seguiu à Constituinte.

A existência de uma forte institucionalidade participativa é um dos importantes diferenciais das áreas de saúde no Brasil. Existem hoje conselhos em todas as cidades brasileiras, e as conferências estaduais e nacionais de saúde são eventos que marcam a política para a área. As discussões sobre financiamento da saúde foram temas importantes nos anos 1990 e reforçaram o processo de criação do Fundo Nacional de Saúde. Também vale a pena mencionar que, desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, um dos temas principais tem sido recorrentemente o controle social e a participação da sociedade. Por fim, é preciso dizer que as conferências de saúde se ampliaram e levaram à criação de outras conferências com temáticas específicas, tais como saúde da mulher;

saúde bucal; saúde mental; ciência, tecnologia e inovação em saúde; recursos humanos; saúde do trabalhador; medicamentos e assistência farmacêutica; e saúde indígena. Todos esses elementos constituem a melhor evidência da forte institucionalidade participativa na saúde em nosso país.

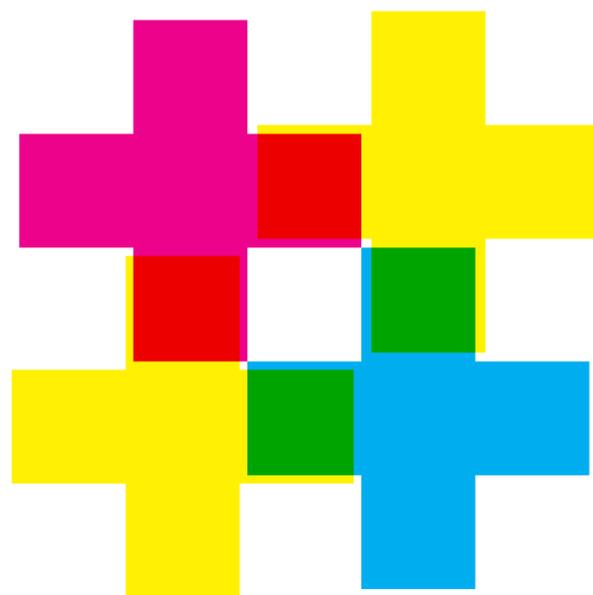
Quando pensamos no papel da participação na saúde em cada uma dessas agendas, entendemos sua importância. As conferências nacionais de saúde ajudaram a elaborar e firmar o padrão de financiamento do SUS. Em segundo lugar, as conferências foram também o local de debate sobre a organização do SUS e o papel da relação entre público e privado no sistema de saúde do país. Por fim, as conferências tomaram decisões importantes que ampliaram o controle social sobre os gastos do sistema, incorporando os atores sociais e os usuários no processo de prestação de contas das prefeituras com o Ministério da Saúde. Todas essas conquistas nos permitem dizer que a arquitetura do sistema de saúde contou com contribuições fundamentais da participação social para se estruturar.

No momento em que nos preparamos para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, é bastante claro o que estará em jogo: a continuidade do sistema público com suas regras principais. Sabemos que existem fortes articulações contra o SUS no Congresso Nacional e um forte lobby a favor dos planos de saúde. O aprofundamento da participação, o envolvimento dos atores sociais, é fundamental para que se mantenha a natureza pública do SUS, que está sendo atacada nesta conjuntura. Reforçar os mecanismos de participação que desempenharam papel essencial na definição do financiamento público em outras conjunturas será decisivo neste momento. A continuidade do SUS como sistema público, adequadamente financiado, descentralizado e com forte participação e controle social é a agenda fundamental que deve ser reafirmada na 15ª Conferência Nacional de Saúde. ●

\*LEONARDO AVRITZER é professor titular do departamento de Ciência Política da UFMG.

## O que o Conass espera da 15ª Conferência de Saúde

POR JOÃO GABBARDO DOS REIS E FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS\*



Quando se faz uma revisão histórica do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciam-se a importância da participação social em sua construção e a acumulação de forças que resultou no modelo atual, hoje exemplo para outras áreas sociais. Essa reflexão se impõe para a efetivação de conquistas referentes ao direito à saúde, que exige mobilização social permanente. São conquistas que clamam pela sociedade para se manterem, para se efetivarem e, principalmente, para progredirem!

Um dos momentos mais importantes de afirmação do SUS acontece ainda este ano, na 15ª Conferência Nacional de Saúde. Avaliação, participação, sugestões e contestações são esperadas. É o Brasil em movimento, contribuindo para o fortalecimento da política pública mais abrangente e mais equânime: o sistema nacional de saúde e suas implicações para a vida do povo brasileiro.

O processo começou nos municípios (de 9/4 a 15/7), seguiu para os estados (de 16/7 a 30/9) e deságua em boa hora na Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, de 1º a 4 de

dezembro de 2015. Em sua 15ª edição, o desafio se revela maior. É o momento de reavaliar os rumos do sistema, sua pertinência, as ameaças que pairam sobre ele e as estratégias a serem utilizadas para protegê-lo.

O desafio é que a 15ª Conferência seja inovadora e se molde para a importância que o momento requer. O momento é grave! O sistema está ameaçado! Alterações na Constituição modificaram a forma de repasse da União para a saúde; criaram as emendas impositivas; e, por fim, a PEC n. 451/2014, em tramitação, tenta estabelecer a obrigatorie-

dade de plano de saúde para trabalhadores rurais e urbanos – se aprovada, decretará o fim do SUS. Quando se citam apenas alguns dos itens ameaçadores ao SUS, entende-se necessária toda a atenção dos militantes e do povo brasileiro em sua defesa.

O tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” traz o desafio de instigar a discussão a respeito da manifesta intenção dos responsáveis na preservação ou não do SUS como direito do povo e dever do Estado. Alguns temas relevantes dominarão a conferência: a discussão do modelo institucional, a necessidade de carreira no SUS e o financiamento nortearão os debates. O projeto de iniciativa popular Saúde +10, sepultado no Parlamento com a conivência do governo federal, trará à tona a necessidade de criação de novas fontes de financiamento. A atual situação econômica e o desfinanciamento do SUS se aliarão aos problemas encontrados pela gestão.

O retorno da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), apontada pelo governo federal como fundamental para a saída da crise, enfrenta resistência no Congresso. Entidades de saúde defendem que ela seja efetivamente aplicada nos projetos da área, possibilitando melhorias e ampliação dos serviços ofertados. Mas, enquanto isso, União, estados e municípios depararam com o subfinanciamento do setor. E este será um ponto importante de discussão na 15ª Conferência: necessidade de criação de novas fontes de financiamento. Sem esquecer que, no Projeto de Lei Orçamentária 2016, não há reajuste na área da saúde, ou seja, o SUS se torna cada vez mais abrangente e universal com o mesmo recurso. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) analisou recentemente o orçamento para a saúde em

2015 e concluiu que há necessidade de ampliação em R\$ 29 bilhões.

São questões a serem profundamente discutidas numa conferência que propõe ampliação e reafirmação do sistema. É o momento de os gestores públicos, trabalhadores e usuários do SUS colocarem à mesa, mais especificamente num documento final que norteará as ações para os próximos quatro anos, todos os percalços e as formas de transportá-los. A hora é de fazer um debate em defesa do SUS como projeto político incluyente, sem esconder suas dificuldades. Discutir os grandes desafios é defender o SUS.

Assim, o Conass defende que é preciso, junto ao Congresso Nacional, alavancar uma reforma tributária que permita um novo pacto federativo com distribuição da arrecadação condizente com as atribuições de cada ente. O pacto federativo obriga que os estados apliquem 12% dos recursos em saúde, e os municípios, 15%. No nível municipal, no entanto, o desembolso ultrapassa, e hiatos se repetem na pactuação do sistema.

O conjunto dos secretários estaduais de saúde entende que é preciso reafirmar o compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS: descentralização das ações e serviços de saúde, atendimento integral à população, universalidade de acesso aos serviços de saúde e participação social, respeitada a legislação disciplinadora do sistema de saúde, para avançar na organização e na instalação de um novo modelo de atenção, com financiamento suficiente e sustentável.

Também defende o fortalecimento dos Conselhos Estaduais de Saúde para que desempenhem plenamente sua competência legal, visando a um trabalho cada vez mais efetivo de participação na governança do SUS; o aprimoramento da organização e o funcionamento das conferências de saúde em âmbito

estadual, com o objetivo de dar mais visibilidade às demandas da sociedade expressas em suas resoluções, e de construir modos de acompanhamento da aplicação das propostas aprovadas.

Em relação à gestão da saúde, o Conass acredita na promoção do planejamento regional, a fim de introduzir as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) e tendo como objetivo principal a integralidade do cuidado.

Os estados precisam exercer a coordenação e colaboração para melhoria da capacidade dos gestores. O Brasil tem municípios diferentes e, para colocar em prática todas as discussões e decisões que virão da 15ª Conferência Nacional de Saúde, é fundamental que os estados recuperem seu papel central para que o sistema tenha respostas e uma política de fortalecimento importante.

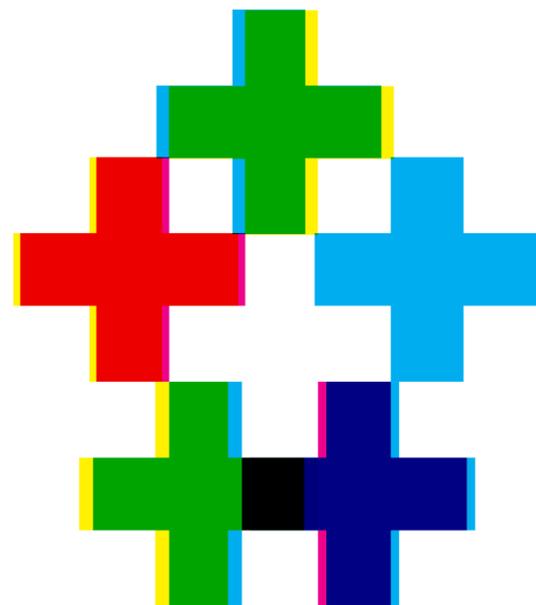
No momento em que o subfinanciamento é evidente, a Conferência se mostra um espaço de avaliação, participação, sugestão e muitas contestações sobre o sistema e seu funcionamento. E também de proteção. A expectativa é que os debates e propostas sigam neste rumo: estratégias para garantir as políticas públicas de saúde.

Sendo um espaço de participação, espera-se que a 15ª Conferência reafirme seu potencial mobilizador, com a missão de construir um SUS mais equânime e abrangente. ●

\***JOÃO GABBARDO DOS REIS** é secretário estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e presidente do Conass; e **FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS** é secretário estadual de Saúde de Minas Gerais e vice-presidente do Conass.

## Os municípios brasileiros e o direito à saúde pública de qualidade

POR MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA\*



No Brasil, ao analisarmos o Sistema Único de Saúde à luz das políticas sociais, há um fato que se destaca: o compromisso e o esforço dos gestores municipais em atender às necessidades de saúde da população como direito garantido na Constituição. A história de luta do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), criado em 1988 com a missão de congregar os atuais 5.570 gestores municipais de saúde, confundiu-se com a própria trajetória do SUS.

O Conasems defende o sistema único, o direito à saúde, a autonomia e o comando único municipal, o financiamento justo de uma saúde de qualidade por meio da regionalização, a integralidade dos serviços e a corresponsabilidade dos entes federados, tendo como referência a atenção básica de saúde, a promoção e a prevenção de doenças. Valorizamos a participação da comunidade no SUS e procuramos construir cotidianamente uma sólida relação de parceria que discuta o direito à saúde e a sustentabilidade de uma políti-

ca de Estado, reafirmando essas proposições no pacto federativo e em conformidade com as deliberações do controle social.

O Brasil vem passando por transformações fundadas na garantia de direitos sociais, como saúde de acesso universal, amplo processo de inclusão social e outras políticas que combatem as desigualdades. Nesse cenário, o SUS se destaca e é referência, promovendo ações e serviços de saúde para mais de 200 milhões de brasileiros, e apresentando-se como um dos maiores sistemas universais de saúde do mundo.

Entretanto, a atual crise econômica e política tem trazido inquietações aos gestores ante seus compromissos e responsabilidades para com a população. Assim, o Conasems manifesta sua preocupação com as crescentes ameaças que o SUS vem sofrendo e que, se concretizadas, levarão a curto prazo ao colapso da atenção à saúde da população brasileira. É preciso alertar a sociedade quanto à real situação da saúde pública antes de qualquer decisão do poder público que proponha a redução dos recursos já insuficientes.

### A DEFESA DO SUS

Historicamente, o financiamento do SUS está aquém das necessidades de saúde da população brasileira, e esse subfinanciamento tem se aprofundado diante da retração de recursos evidenciada no Projeto de Lei Orçamentária da União de 2016, na queda da arrecadação tributária das três esferas de governo, além da elevação das despesas em razão da ampliação do acesso a serviços, a incorporação de inovações tecnológicas e as crescentes ações judiciais.

Afirmar que o problema da saúde é de gestão e que não faltam recursos para financiar a saúde é um equívoco. Em 2014, o poder público brasileiro aplicou 3,9% do PIB em ações e serviços de saúde, enquanto a Organização Mundial da Saúde recomenda o mínimo de 7%. Para o SUS universal, integral e equitativo, o Estado (União, estados e municípios) destinou apenas R\$ 1.063,15 *per capita*/ano, o que corresponde a R\$ 2,90 por dia em 2014. Esses recursos se destinam a serviços ambulatoriais, hospitalares, diagnósticos, vacinas, medicamentos, além de ações de vigilância sanitária e controle de endemias em todo o território nacional. Comparativamente, os planos privados de saúde, beneficiados por isenções fiscais e empréstimos a juros subsi-

diados, gastam o equivalente a R\$ 2.818,00 *per capita*/ano, o que corresponde a R\$ 7,72 por pessoa/dia, sem a garantia plena dos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde ofertados pelo SUS.

De maneira geral, a melhoria da gestão pública implica aumento do gasto público. Os recursos municipais destinados à saúde têm relativamente crescido mais do que os próprios recursos da União. Dessa forma, os municípios fazem sua parte aplicando em média 23% do orçamento em saúde pública, ou seja, oito pontos percentuais acima do montante definido constitucionalmente.

A realidade pungente é que não será possível fechar as contas do SUS, e todo esse esforço pode se perder se não for interrompido o ciclo de subfinanciamento da saúde. Contenção de gastos na saúde fatalmente reduz ou interrompe serviços, significando sempre desassistência, potencial aumento de doenças e agravos com reflexos desastrosos sobre a saúde das pessoas.

O Conasems defende como imperativo incrementar neste ano o orçamento do Ministério da Saúde em R\$ 5,8 bilhões e reservar R\$ 117 bilhões para o ano de 2016. Vale destacar que esse montante se destina apenas à manutenção dos serviços existentes, sendo insuficiente para a ampliação e a criação de novos serviços, em busca da melhoria da qualidade da atenção à saúde no Brasil. Reafirmamos e destacamos nossos compromissos em defesa do SUS e da dignidade humana, por uma sociedade solidária com igualdade de direitos, equidade e justiça social, firmados de forma dialogada com os eixos da 15ª Conferência Nacional de Saúde, a saber:

- Lutar por fontes orçamentárias fixas, permanentes, suficientes e razoavelmente estáveis para o SUS, com o objetivo de dotar

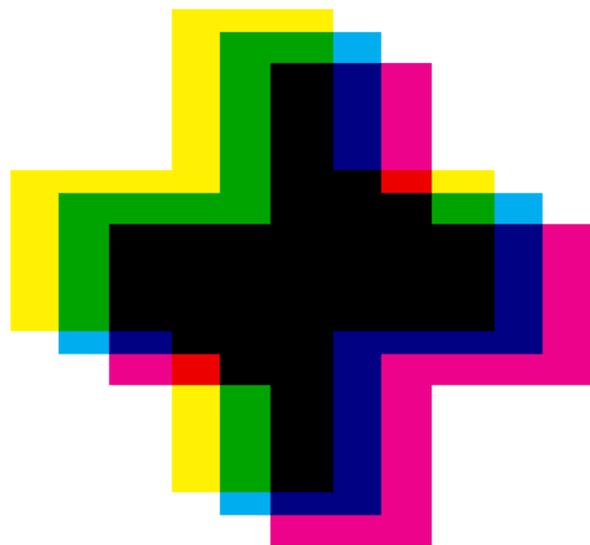
o sistema de sustentabilidade a médio e longo prazo, e reequilibrar a participação dos entes federados, de modo a desonerar os municípios, que estão hoje no limite de suas possibilidades;

- Defender o fim imediato da aplicação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) na saúde;
- Aprimorar o SUS, definir e explicitar as responsabilidades e os compromissos dos entes federados, por meio de instrumento de pactuação regional dos entes públicos;
- Apoiar a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional n. 01A/2015, que altera o piso mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços de saúde;
- Defender a manutenção e o aumento progressivo do cofinanciamento da atenção básica pelas secretarias estaduais de saúde, sendo esse compromisso o único que beneficia todos os municípios indistintamente para garantia destas como ordenadoras da rede e coordenadoras do cuidado;
- Promover o debate democrático a respeito da judicialização e de seus efeitos nocivos sobre o planejamento, execução das políticas de saúde e garantias coletivas de direito à saúde, cuja falta de parâmetros na saúde prejudica coletivamente o sistema em prol de benefícios individuais;
- Lutar pela revisão das medidas de contingenciamento financeiro do governo estadual e federal que atingem os serviços de saúde do SUS e oneram ainda mais os municípios. ●

\***MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA** é presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e secretário municipal de Saúde de São Lourenço (MG).

## Exigir e defender o SUS

POR ANA MARIA COSTA\*



Para que todos tenham saúde é preciso bem mais que um bom sistema de assistência médica. O direito à saúde que o povo brasileiro conquistou está nessa dimensão ampliada, pois em nossa Constituição consta que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante *políticas sociais e econômicas* que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao *acesso universal e igualitário às ações e serviços* para a sua promoção, proteção e recuperação”. Veja que, para a saúde, estão no mesmo nível de importância as *políticas sociais e econômicas* que geram qualidade de vida e o *acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde* que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ter saúde é viver bem, preservando e garantindo a dignidade associada às condições e necessidades humanas. Dessa perspectiva, é essencial responsabilizar as repercussões e consequências que as políticas econômicas têm sobre a saúde.

A diminuição do investimento público e o consequente aumento do desemprego, presentes na atual política econômica, são danos para a saúde dos brasileiros, que passarão a conviver com o desassossego da falta de trabalho e de fonte de sustento de suas famílias. Depressão, suicídio, fome, mortes e agravamento por abandono de tratamento de doenças crônicas são apenas algumas das situações e riscos que fatalmente resultarão da política de ajustes fiscais que está sendo imposta ao povo brasileiro.

O ajuste fiscal propõe a diminuição da presença do Estado nos serviços, e isso para a saúde significa encolher o SUS, criado para atender com qualidade toda a população do território nacional. Lutar pela saúde, então, envolve pleitear urgentes mudanças na política econômica, que devem passar a operar com o foco na vida e nas necessidades humanas, e não na fome insaciável por lucro do mercado financeiro.

O sistema capitalista e as políticas econômicas orientadas para sua reprodução ampliada exploram o trabalho do povo, concentram as riquezas e acirram as desigualdades sociais. As políticas sociais surgiram nesse contexto histórico para atenuar esses efeitos e permitir ao povo um nível de dignidade compatível à condição humana.

Nosso país avançou nesse sentido criando os direitos sociais universais, baseados na solidariedade, segundo os quais todos, mesmo sem contribuir para o fundo de seguridade, têm direito a usufruir as garantias previstas no Sistema de Seguridade Social, o que inclui a Assistência Social, a Previdência e a saúde.

Está claro que os ricos, empresários e banqueiros, que têm grande poder sobre os governos e o Poder Legislativo, não se conformam com os direitos sociais conquistados pelos trabalhadores e a população em geral e, para garantir maiores lucros e ganhos, exigem mudá-los. E, como isso vem ocorrendo sem praticamente nenhuma reação ou resistência de nossa sociedade, está na hora de debater e assumir posição de resistência. A omissão de reação popular terá graves consequências para o povo brasileiro.

O desafio será construir uma hegemonia na sociedade nacional em defesa de um Estado social de bem-estar para não apenas retomar, mas aprofundar e ampliar o ciclo dos últimos anos, hoje interrompido. Urge constituir uma frente de mobilização nacional pelos direitos sociais, por saúde e em defesa do SUS.

Qual é o SUS a defender? Em sua formulação, o SUS é um sistema *único* que envolve as instituições públicas e privadas, não restritas às que prestam serviços ao setor público, cujo protagonismo é atribuído aos interesses públicos expressos na ação do Estado na regulação e oferta de ações e de serviços.

A construção do SUS por si mesmo fortaleceria os serviços públicos; entretanto, o cenário é bem mais complexo e os planos de saúde não pararam de crescer. Hoje, 25% da população está vinculada a planos privados, especialmente empresariais. Sindicatos de várias categorias de trabalhadores exigem planos em suas lutas e dissídios. Planos privados para funcionários públicos recebem in-

centivos e subsídios públicos. Os gastos que as famílias têm com setor privado – maior componente do PIB setorial da saúde – contam com renúncia fiscal do Tesouro, garantidos pela política tributária.

Assim, o Estado brasileiro, que tem o dever de prover a saúde, incentiva claramente o setor privado para que este se amplie de forma desmedida. Nesse contexto, é essencial regular efetivamente o setor de seguradoras e planos de saúde privados, delimitando-o. Também é imprescindível eliminar todo o fluxo de subsídios e recursos públicos para o setor privado.

O SUS tem um problema crônico: o escasso financiamento, que nunca teve fonte vinculada, estável e suficiente para seu provimento. Assim mesmo, o sistema vem ampliando a cobertura, e cumpre destacar os benefícios e impactos positivos que tem sobre indicadores de saúde do povo brasileiro.

O subfinanciamento vem sacrificando e impedindo avanços do SUS, dificultando um melhor padrão de qualidade e de acesso. Há diversas alternativas de fontes de recursos que devem ser encaminhadas para garantir maior investimento público na saúde.

A baixa qualidade e a dificuldade de acesso ao SUS, ampliadas pela mídia, alimentam a desconfiança do povo no sistema criado para lhe garantir segurança e tranquilidade. Por isso, as famílias gastam o que não têm para adquirir um plano privado que, na maioria das vezes, não corresponde às suas expectativas e que, na velhice, assume preços tão altos que se torna insustentável. Conquistar a confiança do povo no SUS é fundamental, mas isso somente é possível com substantivos avanços no sistema único!

A alternativa estratégica envolve descentralizar, regionalizar e concentrar os esforços na organização de redes por territórios que

devem articular serviços de atenção e cuidado para resolver todas as necessidades e demandas. Essas redes devem dispor de todas as modalidades de serviços e serem sustentadas e ordenadas pela atenção primária, ou atenção básica. O papel da atenção primária é o de coordenador da rede, já que é o coordenador do cuidado das pessoas. As redes existem para cuidar das pessoas, e o grande desafio é desconstruir a cultura acostuada a centrar o cuidado de saúde no hospital. Este é muito importante, mas é retaguarda. É serviço imprescindível, mas deve ser reservado às necessidades identificadas pela atenção básica.

No âmbito específico do cuidado, outra “revolução” está para ser realizada: desmedicalizar a sociedade, que hoje está submetida ao uso abusivo de medicamentos e procedimentos desnecessários e arriscados; democratizar relações entre usuários e trabalhadores de saúde; transformar os serviços de saúde em lugar ativo de construção da cidadania. Esses são apenas alguns desafios a serem enfrentados para que o SUS se consolide como o sistema de saúde para tratar bem as pessoas. Para isso, é essencial a ação política de todos, exigindo (e agindo para) o alargamento dos espaços de participação social e de construção de outra hegemonia com base política efetiva na população em defesa da saúde e do SUS. ●

\***ANA MARIA COSTA** é diretora do Cebes, coordenadora-geral da Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (Alames), conselheira do CNS e professora do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (DF).

# A contribuição de que o SUS precisa

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) APRESENTA PROPOSTAS PARA ENFRENTAR O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

**D**esde sua criação, o Sistema Único de Saúde vive um processo de “asfixia financeira” e subfinanciamento. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresenta à 15ª Conferência Nacional de Saúde a proposta de cinco novas fontes de recursos que podem dar ao SUS a sustentabilidade necessária para atender aos anseios da população.

Além de comprometer a oferta suficiente de serviços de boa qualidade, o subfinanciamento restringe a possibilidade de a política pública de saúde contribuir para a redução da exclusão social e a promoção do desenvolvimento regional.

A esse subfinanciamento crônico se somam o ajuste fiscal do governo federal, o aumento dos juros e a restrição ao crédito, políticas que agravam a situação e aprofundam a recessão econômica. O contingenciamento em 2015 de R\$ 12,9 bilhões do Ministério da Saúde, associado aos cortes orçamentários, reduz também a capacidade de os governos locais utilizarem recursos próprios para financiar o SUS.

Em 2014, o SUS contou com recursos da ordem de 3,9% do PIB. O parâmetro internacional para o gasto público com saúde é

7% do PIB. Abaixo desse patamar, um sistema público de saúde perde eficácia na redução das desigualdades sociais. No Brasil, os recursos públicos destinados à saúde são pouco mais da metade do que é considerado necessário.

Já o gasto privado com saúde é de cerca de 5% do PIB e beneficia apenas um quarto da população brasileira. É uma injustiça que os planos privados se beneficiem da renúncia fiscal ou de incentivos fiscais. Esses recursos deixam de financiar o SUS para subsidiar um setor recentemente favorecido pela permissão da entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde.

Em 2013, o movimento Saúde +10, coordenado pelo CNS, mobilizou a sociedade em defesa da ampliação do financiamento do sistema público e de sua qualidade. Foram coletados mais de 2,2 milhões de assinaturas para a apresentação de um projeto de lei de iniciativa popular (PLC n. 321/2013) que propõe a alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas para o orçamento federal do SUS.

## NOVAS FONTES DE FINANCIAMENTO

Para enfrentar a escassez de recursos, foram propostas novas fontes de financiamento:

1. Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras de 9% (atual) para 18%.
2. Criação da Contribuição sobre Grandes Transações Financeiras (CGTF) e tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas multinacionais, atualmente isentas, destinadas à Seguridade Social.
3. Aprovação do projeto de lei em tramitação na Câmara Federal que taxa as grandes fortunas e destinação desses recursos para a Seguridade Social.
4. Revisão do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) para ampliar a destinação de seus recursos para o SUS.
5. Aumento das taxas que incidem sobre produtos derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e empresas que importam, fabricam e montam motocicletas.