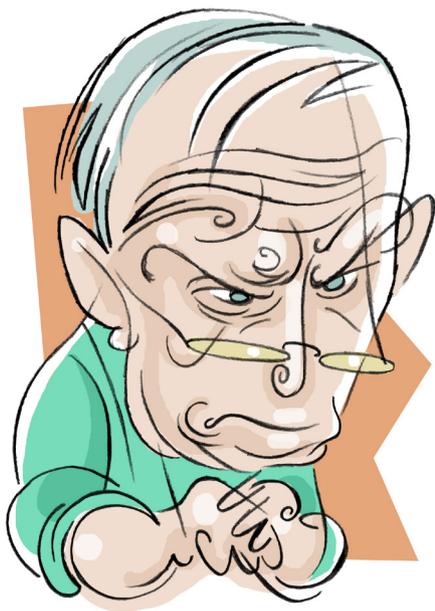


O REPASSE FEDERAL UNIFICADO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS - CONSIDERAÇÕES PARA UM POSICIONAMENTO E MOBILIZAÇÃO

POR NELSON RODRIGUES DOS SANTOS*



Nos anos 90, primeira década da implementação legal do Sistema Único de Saúde - SUS, o Ministério da Saúde, com a pesada herança olímpica das normas federais, inicia a fragmentação dos repasses às Secretarias Municipais de Saúde - SMS e Secretarias Estaduais de Saúde - SES para participar no financiamento do sistema público de saúde, em dezenas e, a seguir, centenas de 'micro-repasses', um a um negociado e com prestação de contas própria, para cada município e estado.

Esses 'micro-repasses', mais conhecidos como 'caixinhas' (hoje por volta de 230), foram realizados paralelamente à grande contenção da contrapartida financeira federal, e exigem extenuante e contínuo dispêndio de tempo - político, administrativo e programático - das SMS e SES, tempo esse já pouco para dar conta da gestão e inclusão da metade da população antes excluída da atenção integral à saúde. O ideário da construção do novo modelo de atenção à saúde, assumido nas Leis 8080 e 8142/90, a ser implementado com o planejamento e orçamentação ascendentes, atenção básica universal e resolutiva e, ao nível dos municípios maiores e das Regiões de Saúde, a efetivação da atenção integral, foi sendo frustrado pela esfera federal, gerando, nas reuniões dos gestores descentralizados, dos conselhos de saúde e das Comissões Intergestores Tripartite - CIT, verdadeiro karma, onde o grande sub-financiamento e as 'caixinhas' obrigam os gestores e trabalhadores de saúde a se extenuar no atendimento da população, sem segurança de que estão construindo o ideário do SUS.

A história das propostas e pressões na Comissão Intergestores

Tripartite pelo fim das 'caixinhas' e início dos repasses únicos, globais e regulares, em função das metas municipais, regionais e estaduais pactuadas, vem sendo para os gestores descentralizados, uma história de frustrações. A pactuação intergestores na reunião da CIT deste mês de janeiro de 2017, a favor do repasse federal unificado e global, atende esse pleito histórico e, por isso, deve ser coerente e conscientemente bem vinda e apoiada.

A luta desde a Norma Operacional Básica - SUS 01/93 - NOBSUS/93 pelo repasse federal global regular, sempre foi um elo inabdicável de uma cadeia de elos estratégicos - todos também inabdicáveis -, construtores do novo modelo de atenção à saúde, entre eles uma contrapartida federal mais responsável no financiamento, daí o pleito histórico de 10% da receita corrente bruta da União - 10% da RCB. Por igual, as bandeiras da atenção básica universal de alta resolutividade e a Regionalização com comando único delegado pelos comandos únicos dos municípios envolvidos e também do Estado, para gerir a atenção integral universal e equitativa à população. Paralelamente, todos testemunhamos que os esforços hercúleos pela implementação do SUS acumulam importantíssimos avanços, porém avanços muito aquém do que foi prescrito na Constituição e Lei Orgânica da Saúde, incluindo o financiamento mínimo e suas fontes.

A política hegemônica, já no início, negou os 30% do Orçamento da Seguridade Social - OSS ao SUS, retirou o orçamento previdenciário da base de cálculo para o SUS, desviou a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - CPMF para os juros da dívida pública, com a Emenda Constitucional nº 29 colocou aos Municípios e Estados o maior peso do financiamento, depois negou os 10% da RCB desde 2003 até o Projeto de Lei Complementar 321/2013, aprovou o Projeto de Emenda à Constituição do Orçamento Impositivo - PEC 358/2013 que reduziu ainda mais a contrapartida federal, aprovou a Medida Provisória 656/2014 abrindo para o capital internacional, e como se não bastasse, bancou o crescimento hegemônico do setor

privado complementar pago por produção, com brutal desinvestimento nos próprios públicos, subsidiou inusitado crescimento do setor privado suplementar (mercado), promoveu brutal terceirização/precarização dos recursos humanos nos serviços públicos, bancou vultosos empréstimos públicos à edificação de hospitais privados de grande porte e de operadoras de planos privados, e por final a desastrosa Emenda Constitucional 95/2016 (antiga PEC do Teto).

Essas lembranças, ao contrário de diluir o apoio e debate em torno da vitória inicial para o repasse federal unificado, global e regular, na verdade vem qualificá-lo enquanto elo estratégico interdependente e inseparável de uma cadeia com outros elos estratégicos também inabdicáveis, mas com uma diferença: os demais elos permanecem atrelados a outro modelo que não o SUS, conforme os fatos acima lembrados, criados e conduzidos pela política hegemônica.

Trata-se da implementação de outro modelo, a 'cobertura universal por um arranjo público-privado': 75% da população de usuários do SUS (maioria da classe média baixa, a massa trabalhadora formal e informal e os miseráveis), e 25% da população, segmentada por estratos sociais (fração da classe média baixa, classe média-média e classe média-alta), consumidora de planos privados de saúde dos mais baratos aos mais caros, permanecendo usuários do SUS para materiais e serviços mais caros e sofisticados, com per-capita total de gastos com saúde entre 4 a 6 vezes maior do que o dos 75%.

É o modelo em fase avançada de implementação, de inclemente redução do gasto público com serviços próprios e trabalhadores públicos, com elevação substancial das compras públicas de serviços privados e polpidos subsídios às empresas privadas vendedoras de serviços e materiais. Sob este modelo hegemônico, a grande energia, tensão e tempo dispensados à gestão das centenas de 'caixinhas', vem consumindo a gestão descentralizada e dificultando sua concentração em estratégias e ações de gestão centradas na construção do modelo 'SUS'.

Com o repasse federal unificado, o desafio central passa a ser os novos critérios de rateio dos recursos federais repassados, que, juntos aos recursos municipais e estaduais deverão, de 'baixo para cima', construir o modelo 'SUS'. Quais as propostas e pleitos que a gestão descentralizada deve levar à próxima reunião da CIT, cuja pactuação irá para consideração do

TODOS TESTEMUNHAMOS QUE OS ESFORÇOS HERCÚLEOS PELA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS ACUMULAM IMPORTANTÍSSIMOS AVANÇOS, PORÉM AVANÇOS MUITO AQUÉM DO QUE FOI PRESCRITO NA CONSTITUIÇÃO E LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, INCLUINDO O FINANCIAMENTO MÍNIMO E SUAS FONTES

CNS? O Decreto 7508/2011 e a Lei 141/2012 são grandes avanços para as propostas e pleitos, até hoje quase nada implementadas. Na Lei 241/2012, além do rateio equitativo e importantes avanços dispostos nos Art. 17, 18, 19 e 21, está destacado o compromisso sistêmico disposto no Art.30, que define o planejamento/orçamentação ascendentes a partir das pactuações inter-municipais, definindo as necessidades de saúde na região de saúde com base no perfil epidemiológico, demográfico e sócio-econômico, que por sua vez definirão a metas anuais e seus custos na região.

Os planos e metas regionais serão a base para formulação dos planos e metas estaduais com responsabilidade de promover a equidade inter-regional. Os planos e metas estaduais serão a base para a formulação do plano e metas nacionais, que promoverão a equidade inter-estadual. E mais: os conselhos de saúde deliberam as diretrizes para o estabelecimento de prioridades nas três esferas. É bom lembrar que o Decreto 7508/2011 e a Lei 141/2012 vieram resgatar e avançar as Leis 8080 e 8142/1990 que já eram consistentes para implementar o avançado referencial constitucional.

Finalizando estas considerações, o apoio e comemoração pelo repasse federal unificado deve integrar a estratégia de tornar-se ampliação do campo de esclarecimentos e alertas permanentes, com máxima transparência e mobilizações dos gestores descentralizados, trabalhadores de saúde, conselheiros, movimentos sociais, parlamentares, prefeitos e governadores, com vistas à reversão, ainda que por etapas, dos demais elos da cadeia de estratégias construtoras do SUS, que até hoje estão voltadas para o outro modelo já alertado. Sob a pena dos gestores descentralizados e a própria militância do SUS, serem espertamente expostos à opinião pública como incompetentes e insensíveis aos direitos constitucionais à saúde de todos, mesmo com o final das 'caixinhas'.

**Nelson Rodrigues dos Santos, chamado pelos amigos da Saúde Coletiva de Nelsão, foi Professor Titular de Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina, Consultor da OPAS/OMS, Professor de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Assumiu funções de direção no Sistema Público de Saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional. Atualmente é Professor Colaborador da Unicamp, Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado - Idisa e membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes.*