

A CONJUNTURA BRASILEIRA E O SUS: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Gastão Wagner de Sousa Campos – MARÇO 2006.

I- Saúde é de interesse privado ou público?

No século XIX a resposta a essa questão era simples. Havia a saúde pública que cuidava dos problemas coletivos, a saber, das epidemias e da vigilância e regulamentação de aspectos da vida econômica e social que interessem à dinâmica econômica e social, como eram os casos dos alimentos, remédios, meio ambiente, entre outros aspectos. A doença e o seu atendimento eram considerados assuntos privados e, portanto, ficava sob responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa prover atendimento aos seus necessitados. A atenção aos pobres e desvalidos se organizou como sistema de filantropia.

No século XX instalou-se uma polêmica e que, em alguma medida, ainda prossegue. Países de socialismo real e outros que escolheram distribuir renda e construir bem-estar social por meio de políticas públicas, passaram a considerar a saúde como sendo de interesse público, fossem problemas coletivos, fosse a saúde da cada pessoa em particular. Para tornar realidade essa concepção, construiu-se grandes sistemas públicos de saúde, financiados pelo orçamento estatal, ordenados segundo a lógica da eficácia e eficiência sem considerar interesses corporativos que tradicionalmente haviam se incorporado ao mercado da saúde. Os princípios ordenadores desses sistemas eram:

- Integralidade do atendimento ofertado a população, com a valorização de programas de promoção a saúde e de prevenção de doenças. Prioridade às ações de Saúde Pública;**

- Hierarquização e regionalização do atendimento: o sistema se organizaria por regiões sanitárias em um sistema de acesso por níveis de complexidade. O primeiro nível se denominava de Atenção Primária a Saúde, era composto por uma rede de Centros de Saúde, localizados em bairros, e que deveriam encarregar-se de 80% dos problemas de saúde sem ajuda dos hospitais. Depois estaria a atenção secundária, composta por hospitais gerais, de**

urgência e centros de especialidade, cada conjunto desses se ligaria a um conjunto de centros de saúde localizados em um dado território, formando um distrito sanitário. Finalmente, haveria alguns hospitais de alta complexidade que seriam referência para populações maiores, originárias de vários distritos ou municípios.

Esse desenho espalhou-se pelo mundo, demonstrando-se uma alternativa racional para estender o atendimento com custos suportáveis. Inglaterra, Suécia, Austrália, Canadá, a extinta URSS, Cuba, e uma série de outros países adotaram variações desse modelo. Uma exceção a essa regra foi o EUA que insistiram em manter a separação entre Saúde Pública e mercado médico.

O Brasil adotou esse modelo, a partir de 1988, com a nova Constituição. O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela lei 8080 de 1990.

Ao final do século XX, essa polêmica se reacendeu. Com a crise e a derrocada dos regimes ditos socialistas e com evidentes sintomas de ineficiência e ineficácia em vários sistemas públicos em países de mercado, gerou-se uma série de críticas às políticas sociais, iniciando-se um período de desmonte desses sistemas em vários países.

II- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve no Brasil o apogeu do reformismo em saúde. Em todo o mundo se falava e se praticava o neo-reformismo liberal e, aqui, no campo da saúde, firmou-se, política e gerencialmente, o que viria a se constituir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde.

Argumentava-se a favor de buscar-se a focalização dos programas sociais, e o SUS pretendia-se de abrangência universal. Recomendava-se a delegação da responsabilidade pelo atendimento à população ao setor privado ou a organizações não-governamentais, e a implantação do SUS aumentou o número de servidores e de serviços públicos em todo o país. Reservava-se ao

Estado o papel de regular o mercado e a prestação de apenas alguns serviços considerados estratégicos, em geral no campo antes denominado de Saúde Pública, e o SUS avocava a si a busca da integralidade da atenção. Foi um descompasso com o discurso liberal hegemônico que empolgou distintos atores sociais, tornando viável e factível o que parecia impossível.

Vários autores consideram a reforma sanitária brasileira bem-sucedida por haver instituído um novo padrão de intervenção do Estado na saúde, buscando garantir direito universal e atenção integral à saúde por meio de um sistema descentralizado e com importante grau de democratização quando da formulação e execução de políticas.

Entretanto, não havia como não pagar um preço à época e à sua cultura e aos seus costumes. E esse preço vem sendo pago ao longo dos últimos vinte anos, obrigando o SUS a explicar-se a cada dia, como se sempre estivesse começando de novo, como se estivesse obrigado a justificar o porquê de adotar um figurino tão *démodé* quando a maioria dos convivas já aderiu ao novo modo de ser e proceder considerado coetâneo e adequado ao terceiro milênio.

Na realidade, a doutrina que fundamentou a construção do SUS reconheceu a existência de limites e de dificuldades no funcionamento dos sistemas de saúde realmente existentes. E, em função dessa perspectiva crítica, além de diretrizes que podem ser consideradas típicas à tradição dos grandes sistemas públicos de saúde – a busca da universalidade, da prestação integral de atenção e da equidade, bem como a organização de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços –, no Brasil acrescentou-se dois outros princípios que podem ser considerados inovadores em relação a essa ortodoxia. Tratava-se da determinação de se criar formas de democracia direta e de gestão participativa, reforçando-se a idéia de controle social da ação governamental por segmentos da sociedade civil; e o outro foi o de descentralização.

No entanto, a descentralização, no caso da reforma sanitária brasileira, procurava modificar o desenho e lógica de um sistema público sem que necessariamente ocorresse privatização da prestação de serviço, ou sem que se abdicasse do papel de gestor

e de prestador direto do Estado. Imaginou-se um Sistema que procurasse se sobrepor à racionalidade do mercado, provendo atenção segundo necessidades e demandas da população independentemente da capacidade das famílias e das pessoas pagarem pelo atendimento oferecido.

Ao invés de se conceber um sistema de caráter nacional, como o inglês e o cubano, ou mesmo um provincial, como o canadense, optou-se por descentralizar para os municípios a responsabilidade pela organização e gestão dos sistemas locais de saúde. Observe-se que, no caso brasileiro, a descentralização oficial deteve-se no município, a menor instância com poder formal na república, não chegando até cada unidade prestadora de serviço; ou seja, até hospitais, equipes especializadas ou de atenção básica, que estariam todas sob a gestão única do dirigente municipal. Optou-se também por não se realizar a estatização de serviços privados, filantrópicos ou não-governamentais que prestassem assistência ao antigo sistema previdenciário ou público. Para integrá-los em rede única delegou-se aos municípios, ou eventualmente aos estados, a função de realizar contratos e convênios com esses prestadores autônomos, acompanhando o seu desempenho.

À instância federal e às estaduais caberia a coordenação e o apoio sistemático a essa miríade de sistemas municipais, procurando-se com isso assegurar o caráter único e nacional a essa rede descentralizada.

III - CONJUNTURA SANIRÁRIA E MUDANÇAS ESTRATÉGICAS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Há sintomas tanto de crescimento e quanto de degradação da política de saúde no Brasil. O devir do SUS nem sempre aponta para seu fortalecimento, há evidências da existência de impasses na sua implantação: financiamento insuficiente; atenção primária crescendo, mas em velocidade e com qualidade abaixo da necessária; regionalização e integração entre municípios e

serviços quase virtual; e, ainda, eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado.

Mais grave do que tudo isso, contudo, é a impressão de que há um desencantamento com o SUS, ou talvez, um descrédito quanto a nossa capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional. Estes sinais de crise, segundo minha modesta opinião e meu imenso desejo, não depõem necessariamente contra as diretrizes centrais do sistema. Isto porque o SUS ainda é uma reforma social incompleta, além do que sua implantação é heterogênea, desigual conforme características geopolíticas ou geoculturais de cada região; neste sentido, com certeza, a lerteza com que vem interferindo de modo positivo sobre a vida cotidiana da maioria do povo tem contribuído para esse desinteresse.

A recuperação do prestígio – se é que algum dia de fato o teve – do projeto do SUS depende de uma tríade complexa: primeiro, de criar-se um movimento de peso em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; segundo, de que alguém o apresente como uma reforma social significativa e que teria grande impacto sobre o bem-estar e proteção social, indicando, com objetividade, os passos e programas necessários; e, paradoxalmente, sua legitimidade depende muito de seu desempenho concreto, de sua efetiva capacidade de melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas, nesse caso, a baixa

capacidade de gestão, a politicagem, tudo depõe contra o SUS independente do potencial sanitário contido em suas promessas.

As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. Listo algumas alternativas que me parecem potentes para garantir esse movimento de mudança:

1- Estimular a constituição de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e da instituição de políticas de proteção social no Brasil. A luta pelo sistema de saúde deveria juntar-se à peleja pela distribuição de renda, por políticas de recuperação de moradias e de espaços urbanos degradados, pela educação e segurança públicas. Trazer ao debate a cifra que poderia migrar do setor de serviço da dívida e pagamento de juros para o campo social: 50 bilhões, por exemplo. 10 bilhões, a mais, investidos no SUS somente pelo governo federal, 10 para a educação pública, 10 para programas habitacionais, de saneamento e de recuperação do ambiente, 4 bilhões em programas compensatórios, outros 4 para programas de geração de renda e combate ao desemprego, e outras possibilidades, muitas. Não considerar como um dado estrutural imutável a miséria, a violência urbana; rejeitar e criticar com veemência o mau funcionamento das organizações públicas: recusar a continuidade indefinida da escola que não ensina, do

hospital que não cura, da polícia que não aumenta a segurança. Enfim, uma estratégia importante seria articular a defesa do SUS a reformas da ordem social e política brasileira. Distribuição de renda já e saúde para todos.

2- Se há insuficiência de recursos para o SUS, há também problemas na sua utilização e gerenciamento. Além de buscar-se alternativa para ampliar o financiamento – a principal fonte, sem dúvida seria diminuir o superávit primário e alterar a política de juros que interfere no cálculo de parte substancial da dívida –, haveria também que se reformular com rapidez o modelo de repasse de recursos aos estados, municípios e serviços.

Talvez adotar-se um modelo misto: transferência de uma parte dos recursos com base na capacidade instalada, população e encargos sanitários; e outra com base em contratos de gestão elaborado entre os entes federados e que especifiquem metas e compromissos de cada gestor. Esta mesma modalidade de financiamento poderia ser utilizada para entre gestor local e prestadores de serviços.

O contrato de gestão é uma modalidade de relação interinstitucional com grande potencialidade. Primeiro, porque explicita os programas concretos de cada gestor; segundo, introduz em alguma medida uma modalidade real de co-gestão sem diminuir a autonomia e a responsabilidade do responsável pela execução da atenção à saúde; terceiro, define com clareza a responsabilidade sanitária de cada ente federado; e, ainda, institui

um sistema regular de avaliação de resultados bastante vinculado à própria gestão.

3- A sustentabilidade política e econômica e a legitimidade sanitária do SUS dependem também de um processo de mudança do modelo de atenção concomitante em todo país. Já existem diretrizes para essa reorganização, em geral, são aquelas originárias da tradição dos sistemas públicos de saúde: funcionamento em rede de serviços com co-responsabilidade e caráter complementar da atenção; importância estratégica da atenção primária, redefinição do papel do hospital e das especialidades (desospitalização); trabalho interdisciplinar e redefinição dos paradigmas tradicionais da medicina e da saúde pública; planejamento segundo necessidades de saúde, eficácia e eficiência e gestão com avaliação de resultados e do desempenho; regionalização e hierarquização da atenção; integralidade sanitária com atuação clínica e preventiva do sistema; e universalidade e saúde como direito. O Brasil acrescentou ainda o sistema descentralizado que combinasse autonomia com o funcionamento em uma rede integrada; e a gestão participativa. Esta tradição iniciou-se na Europa ainda durante a primeira metade do século XX e tem se mantido em vigência apesar da onda neoliberal tendente a desconstruir políticas públicas.

O modelo de atenção brasileiro passa por um período de transição, em que ainda predominam restos do antigo modo de organizar a atenção, muito semelhante ao norte-americano,

centrado em hospitais, especialistas, com pequeno grau de coordenação e de planejamento da assistência e com uma saúde pública restritas à vigilância epidemiológica e sanitária tradicionais. Esta característica é um obstáculo ao desenvolvimento do SUS, além de impor um padrão de gastos inadequado às necessidades de saúde e ao movimento de reforma do sistema.

Dentro dessa linha de mudança de modelos, há uma diretriz que se adotada, teria grande possibilidade de ampliar a eficiência, eficácia e humanização do Sistema. Trata-se da criação de mecanismos organizacionais, que tornem claras e bem estabelecidas a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde.

Instituir arranjos, que garantam clareza na responsabilização implicará em uma verdadeira revolução cultural e uma real alteração dos padrões de gestão contemporânea, balizando com dados concretos o planejamento, os contratos de gestão e o acompanhamento permanente de sistemas locais e de serviços de saúde.

Poder-se-ia para fins analíticos e de gestão, classificar a responsabilidade em macro e micro-sanitária.

A responsabilidade macro-sanitária volta-se para a regionalização do Sistema, buscando a definição precisa *do que compete a quem*. Para isto, seria fundamental a criação de um organismo em cada região de saúde (à semelhança das Câmaras

Bipartites), com poder para estabelecer planos regionais, acompanhando e avaliando a gestão regional. Significa definir que modalidade e que volume de atenção caberia a cada município. Dentro de cada cidade, estabelecer *do que se encarregará* cada serviço hospitalar (especialidades ou urgências). Ou seja, criar responsabilidade macro-sanitária é tornar efetivo e transparente o encargo sanitário de cada cidade e de cada organização do Sistema. E, com base neste encargo, estabelecer compromissos de co-financiamento entre os entes federados, bem como possibilitar a gestão do acesso, de maneira que todos os necessitados de cada região tenham acolhimento equânime.

No caso de excesso de demanda, a adoção de critérios de risco para assegurar acesso a exames complementares ou outros procedimentos é importante e complementar à programação de novos investimentos para correção destas distorções.

Há ainda a responsabilidade micro-sanitária que depende da reorganização do trabalho em saúde, quer na atenção primária, enfermarias, ambulatórios ou centros de especialidades. Esta teria como alvo, a inscrição de clientela com uma determinada equipe interdisciplinar. E também a constituição de sólidos vínculos terapêuticos entre equipe de referência e pacientes com seus familiares.

Este tipo de organização precisa atingir todos os serviços do SUS (exceto os de urgência), guardando-se as especificidades

de cada local. Caberia a cada umas destas Equipes de Referência a responsabilidade pela abordagem integral de cada caso em seu nível de responsabilidade. Durante o período de tempo em que esteja encarregada do projeto terapêutico de determinada pessoa, deverá mobilizar recursos e rede de apoio necessário para a recuperação e aumento da capacidade de autocuidado (efeito Paidéia) das pessoas e famílias envolvidas.

A alta somente ocorreria quando da transferência da pessoa sob cuidado a outra Equipe, localizada na rede básica ou em outra área especializada. O tempo de espera não poderia constituir-se em um limbo assistencial. A Equipe de Referência deverá prosseguir com o projeto terapêutico durante a espera, inclusive interferindo nos critérios de acesso. Esta perspectiva reformula o fluxo burocrático e impessoal decorrente dos sistemas tradicionais de referência e contra-referência.

Não é difícil compreender esta diretriz – a da responsabilidade sanitária -, tampouco é complicado inventar arranjos que a façam funcionar no cotidiano (pactos de gestão, contratos com definição de encargos, programas clínicos ou preventivos com caráter vinculatório). O difícil é sustentá-los ao longo do tempo, pois estes arranjos alteram as relações de poder entre usuários, profissionais de saúde e gestores.

Em minha opinião, novos recursos financeiros, que visem construir equidade, não poderiam ser acordados sem novos

contratos que implicassem em redefinição de padrões de responsabilidade macro e micro-sanitária.

A reforma do sistema hospitalar e do atendimento especializado depende centralmente de sua reorganização segundo regras de vínculo e em acordo com um sólido processo de pactuação de responsabilidades em cada uma das regiões de saúde do Brasil.

Outro projeto de reforma em andamento, mas com ritmo e resultados ainda insuficientes é o do Programa de Saúde da Família. Pelo menos 70% dos brasileiros necessitariam estar matriculados a equipes de atenção primária. Pela teoria dos sistemas de saúde uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 95% deles, é uma condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde. Com essa finalidade as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda). No Brasil temos valorizado a dimensão de saúde coletiva e subestimado as duas outras. Na Europa observa-se tradição distinta, com predomínio da função clínica, o que se reflete na própria composição das equipes, em geral reduzidas a um médico geral e técnicos de enfermagem. No Brasil, em função de algumas especificidades de nossa história, influência norte-americana (atenção primária focal e voltada para programas preventivos ou

de promoção) quando da definição do conceito de Centro de Saúde e de atenção primária, e em decorrência da importância da doutrina do campo da Saúde Coletiva na constituição do SUS, tendemos a valorizar a função de saúde pública na atenção primária em detrimento da ação clínica. Não seria por outro motivo que nosso programa oficial de atenção primária – o Programa de Saúde da Família – estipula a maior e mais complexa equipe entre todos os sistemas públicos atualmente existentes.

Toda esta confusão epistemológica e doutrinária, mais uma série de inconsistências na política e gestão desse programa produziram uma lentidão na constituição do Programa de Saúde da Família ou similares no Brasil e isto tem comprometido o SUS como um todo. O financiamento aos municípios é insuficiente – sustentar essa equipe mínima além de medicamentos, e outras despesas custa bem mais do que os repasses; os municípios não têm conseguido resolver complexos entraves na gestão de pessoal tendo em vista o apoio tímido de estados e do Ministério da Saúde; a rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre atenção primária e especialidades ou hospitais. Restam ainda outros obstáculos complicados tendo em vista a própria legislação do SUS. Os municípios brasileiros têm autonomia até mesmo para não se comprometerem com o SUS, o que gera um contra-senso: a constituição não assegura direito à saúde? Um dos meios para efetivá-lo, segundo a própria lei magna, não passa

pela criação de um sistema com tais e quais características? Como poderia um município – quinze anos após sua criação – recusar-se a não cumprir suas diretrizes? Como pode um município não apresentar um plano e realizar um contrato de gestão se comprometendo a criar tal ou qual rede de atenção à saúde? Isto deveria muda ou não?

Não concebo autonomia sem responsabilidade correspondente, assim, nenhum município, mediante contratos de mútuas obrigações com estado e união, estaria autorizado a não ter uma política, com metas e prazos bem definidos, de atenção primária e de vigilância em saúde. O município que sediasse serviços de referência de abrangência regional, em DST/AIDS, urgência, câncer, entre outros, teria ainda, quinze anos depois da criação do SUS! - autonomia para se recusar a realizar contratos de gestão que assegurassem recursos e atendimento a população da região? Minha resposta é negativa, ainda que na prática a postura de lavar as mãos ainda seja predominante entre os gestores, as coisas não ocorreriam conforme as diretrizes sempre motivado por algum fator externo ao ente federal em questão.

Esta seria uma reforma dentro da reforma, um reordenamento necessário, em minha modesta opinião. O tempo para adiar a efetiva criação da rede do SUS a cargo de cada município acabou. Quando faltassem recursos, este fato deveria ficar explícito, elaborando-se programas para futura execução desses novos projetos segundo sua prioridade.

Outro entrave dentro desse tema estratégico – extensão de uma rede de atenção primária para pelo menos 80% da população – é a rigidez do programa federal. A lógica do médico e enfermeira generalistas é universal entre sistemas de saúde; no entanto, aqui o Programa de Saúde da Família autoriza somente uma composição de equipe. Haveria que se trabalhar com várias alternativas conforme as características de cada população ou de seu espaço geocultural.