

# RUMOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS

Jornada de Economia da Saúde

IV Ciclo de Debates – 09.06.05

DES / SCTIE / MS

Apresentação de Nelson R. dos Santos

- Política do Financiamento
- Política da Estrutura dos Gastos
- Decorrências na Gestão
- SUS: Avanços e Conquistas
- Os Rumos: Onde Estamos?
- Os Rumos: Para Onde Vamos?

## **JUSTIFICANDO ESTE TEXTO**

O aqui exposto é uma intenção pessoal de retomar posicionamentos do Conselho Nacional de Saúde. Recupero brevemente o processo:

A partir de 1.999, a acumulação de análises e questionamentos do CNS sobre os rumos do SUS, e respectivos pleitos e ações perante o MS, CONASS e CONASEMS, apontavam a preocupação crescente com alguns rumos básicos da implementação do SUS. A baixa ressonância a essas preocupações e a grande mobilização do CNS e entidades da Sociedade que resultou na aprovação da EC nº 29, em 2.000, estimulou o aprofundamento nas análises e questionamentos sobre os rumos, cujo coroamento foi a ampla discussão e aprovação pelo conselho, em 2.002, do documento “O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes” adotado como referência básica na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Salvo melhor juízo, não percebo, na política pública de Estado para a saúde, maiores ressonâncias, sobre o referido documento e sobre seu reflexo no relatório da 12ª Conferência. Porisso, retomo a questão, tentando contribuir de modo mais explícito e polêmico.

## **A POLÍTICA DO FINANCIAMENTO**

- Descumprimento do mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social destinados ao SUS dispostos no ADCT da Constituição Federal, o que corresponderia hoje acima do dobro do orçamento do Ministério da Saúde, mesmo que “congelado” no mínimo nestes 15 anos.
- Eliminação da maior fonte do OSS para cálculo dos recursos federais destinados ao SUS, levando ao decreto de calamidade pública e empréstimo do FAT ao MS.
- Pressão do Executivo sobre o Congresso Nacional para a Lei Orçamentária não incorporar os 30% dos OSS aprovados na LDO.
- Resistência do Executivo à aprovação da CPMF para a Saúde, e tão logo aprovada, a subtração de outras fontes do SUS em valor quase igual ao da CPMF.
- Extensão da DRU (Desvinculação da Receita da União) às contribuições sociais, incluindo o SUS.
- Tríplíce contingenciamento-ver anexo.
- EC-29 em 2.000: contrapartida federal calculada sobre variação do PIB do ano anterior, de modo a permitir ingresso desprezível de recursos federais novos.

- Aplicação da EC-29: Iniciativa federal e de alguns Estados de financiar ações e serviços fora do SUS: Fundo de combate pobreza (Bolsas), Saneamento Básico, Alimentação Popular, e mais recentemente, o anúncio dos serviços exclusivos de Saúde próprios da Forças-Armadas e Servidores Públicos.
- Projeto de Lei Complementar de regulamentação da EC-29 (PL-01/03): Apesar do acréscimo federal estar previsto neste projeto em menos de um sexto do acréscimo correspondente aos 30% do OSS (o que sinaliza a queda do poder de exigência da sociedade), está em tramitação desde janeiro de 2.003 na Câmara dos Deputados Federais, com setores do Poder Executivo Nacional ligados à política econômica, anunciando a sua discussão para aprovação, somente a partir de 2006, e anuindo desde já com as varias transgressões Resol. 322 do CNS e o disposto no PL-01/03, que define o que não são ações e serviços a serem financiados pelo SUS.
- Criação pelos Executivos Nacional e da maior parte dos Estados, da “cultura” da transformação do mínimo em teto, proscrevendo o conceito, os pleitos e compromissos com recursos crescentes.
- Queda de 75% para 50% da contrapartida federal nos recursos públicos totais para a saúde, de 1.980 à 2.005, e queda de 85,7 para 77,4 do per-capita público federal em dólares, de 1.995 à 2.005 (evidencia que incorpora as variações da relação real-dólar)- Ver anexo.
- Possível e nociva estabilização do per-capita publico total em dólares, entre 100 e 150, conforme a variação da relação real-dólar. No Canadá e nos países europeus, a media do per-capita de recursos públicos para saúde, é de 1.400 dólares. Ver anexo.
- No período, a partir de 1.990, outra política de saúde era desencadeada através do Ministério da Fazenda, com o estímulo à explosiva proliferação de Operadoras Privadas de Planos e Seguros de Saúde (poucas centenas iniciais para em torno de 2.000, a maior parte identificada formalmente pela ANS), sem qualquer definição e pactuação com a direção do SUS nas três esferas de Governo, à luz dos preceitos Constitucionais, acerca de concepções, estratégias, e regulação dos fluxos de oferta e demanda entre a saúde suplementar e o SUS. Poderoso instrumento desta outra política, é o abatimento ou isenção de impostos (subsídio público ao consumo) e contribuições sociais(subsídio publico à produção).
- Cabe destacar que o sub-financiamento público na saúde hoje, o maior freio na implementação do SUS, é menos pior na Saúde do que na Educação, Saneamento, Condições de Trabalho, Meio Ambiente, Previdência e Assistência Social e outros setores sociais, que não contam com movimentos sociais como o da Reforma Sanitária.

## **POLITICA DA ESTRUTURA DOS GASTOS**

Desde 1.990, perante as duas alternativas de modelos de atenção e de gestão na saúde:

— construção com base nas necessidades e direitos da população (responsabilidade sanitária), ou reprodução com base na predominância dos interesses da oferta para demanda assistencial espontânea (fabricantes de insumos e parte dos prestadores e profissionais)

— quais as tendências a serem identificadas nestes 15 anos, quanto à transparência dos critérios e decisões sobre:

**1.** Política Alocativa de recursos financeiros para as ações e serviços de: promoção, proteção e recuperação da saúde/ atenção básica, media e alta complexidade/ investimento, custeio e recursos humanos: hermética e/ou inexistente ou pouco expressiva.

**2.** Avaliação Tecnológica- utilização da relação custo- efetividade para o estabelecimento de estratégias, prioridades, parâmetros e atos regulatórios, com vistas a: incorporação de tecnologias, aquisição/alocação/manutenção de equipamentos, produção e distribuição de medicamentos e imunobiológicos, protocolos de conduta da utilização das tecnologias, equipamentos e demais insumos, e a fixação e capacitação permanente dos profissionais correspondentes: hermética ou inexistente ou pouco expressiva.

**3.** Repasses Financeiros Inter-Governos- globais, perante os custos de metas de ações e serviços integrais e prioritários, definidas com participação social, ou fragmentados entre vigilâncias (de saúde e sanitária), atenção básica, media e alta complexidade, cada item destes sub-fragmentados em dezenas, resultando nas atuais 101 “caixinhas” negociadas uma a uma com a gestão descentralizada, além dos procedimentos do FAEC (mais de 300).

**4.** Formas de Remuneração das Ações e Serviços: global, perante o custo das ações e serviços com qualidade e resultados (com ou sem adicional por desempenho), ou por produção, mediante tabela de procedimentos e valores, ou o “mix” permanente ou transitório destas e outras formas.

A maior “marca” historicamente acumulada, é a grande predominância da remuneração por produção, bem como a sub-remuneração (abaixo do custo), tanto na forma global como na tabela, onde 90% dos valores encontram-se abaixo do custo; tanto mais quanto mais o procedimento depende da competência e dedicação do profissional e tanto menos quanto mais depende dos equipamentos, reagentes e tecnologias incorporadas.

## **DECORRÊNCIAS NA GESTÃO**

O complexo emaranhado tecno-burocrático do sub-financiamento e da estrutura dos gastos, desenvolvido ao longo dos anos, articula-se ao complexo tecno-burocrático da gestão central e descentralizada (do sistema e da oferta de serviços). Um complexo induz o outro, e aparentemente o financiamento e a estrutura de gastos têm sido mais indutores do que induzidos, inclusive quanto aos esforços inovadores de gestão no SUS, a partir de 1.990.

### **DECORRÊNCIAS POSITIVAS**

- Inusitada dedicação e persistência da gestão descentralizada, em perseguir metas de eficácia e inovação de gestão, com vistas à universalização da atenção, e sempre que possível, sem abandonar a implementação da Integralidade e Equidade. É visível em todo o território nacional um conjunto de muitas dezenas de “ilhas” de Municípios, ou consórcios intermunicipais, ou articulações Municípios- Estado. A estas “ilhas” de dedicação e persistência, a gestão federal responde positivamente com a estratégia do Apoio Integrado à Gestão Descentralizada nos últimos dois anos (DAD-SE-MS). Estas “ilhas” inspiraram a afirmação de Elias Antonio Jorge nos debates da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1.996): “ Não é o SUS que erra ou desvia, e sim o velho modelo que resta dentro do SUS – onde dá SUS, dá certo.”
- Adesão do movimento da Reforma Sanitária Brasileira aos reforços e resultados da dedicação e persistência da gestão descentralizada, através de estudos, pesquisas e projetos comuns com a ABRASCO, ABRES, CEBES e Rede UNIDA.
- Ampliação e esclarecimento no âmbito da gestão descentralizada, das discussões e entendimentos sobre os conflitos e rumos dos dois modelos: o com base nas necessidades e direitos da população e o com base nos interesses da oferta.
- Aproximação positiva entre atores da área da educação em saúde e atores da gestão descentralizada do SUS, em projetos permanentes de desenvolvimento de recursos humanos.
- Reação na gestão descentralizada à antecipação de discussões e pactuações entre as representações nas comissões intergestores, para momentos pontuais ou casuísticos nas vésperas do dia oficial da reunião, com crescimento na agenda da comissão, do caráter homologatório e/ ou auditório de lançamento de projetos das esferas repassadoras.
- Configuração da somatória de todas as equipes do PACS/PSF no território nacional, de verdadeiro “exército” de compromisso direto com a população onde prevalecem os valores da solidariedade e respeito aos direitos. Ainda que haja o desalento ou acomodação pelos obstáculos e

protelações ao seu caráter estruturante e necessitante de apoio do resto do sistema, acumula inabdicável experiência na perspectiva das necessidades e direitos da população.

## **DECORRÊNCIAS NEGATIVAS**

— Crescimento ao longo dos anos, da “cultura da sobrevivência”, no seio dos prestadores de serviços e dos profissionais, em resposta inadequada à sub-remuneração. Exs: escolha de procedimentos melhor remunerados, rebaixamento da qualidade/ custo das ações e serviços, e cobranças “por fora” aos usuários, descumprimento das jornadas de trabalho/ multi-militância dos profissionais de saúde, super-medicalização de sintomáticos, % abusiva de requisições de exames/encaminhamentos/retornos e duplo faturamento de contratos ou convênios superpostos, entre outros. Todos, descolados da oferta de ações e serviços com base nas necessidades e direitos da população, e sem limites operacionais e éticos da passagem da “sobrevivência” para o lucrativismo que reproduz o modelo da oferta,

— Intensa e contínua precarização das condições e relações de trabalho dos profissionais de saúde,

— Poderoso freio na efetivação de ampla rede de unidades básicas de saúde, acolhedora, resolutiva, com adscrição de clientela, incorporando os agentes comunitários e a saúde de família, nos locais de moradia e de trabalho, e estruturante da Integralidade, da Equidade e do resto do sistema,

— Postergação dos serviços de urgência, dos ambulatórios de especialidades e dos hospitais, no papel de porta de entrada efetiva no sistema, e de altas porcentagens de atendimentos evitáveis (pela ausência ou insuficiência da atenção básica) ou desnecessários (pelo lucrativismo e descompromisso com os usuários). Ver anexo.

— Crescimento da produtividade na atenção básica e na media complexidade sob a cultura do “produtivismo” em relação à demanda assistencial, com relatórios de produção que valem por si mesmos e com elevação do stress profissional. Tornou-se usual que as prestações de contas dos gestores, a começar pelo federal, estendem-se a amplas listagens e gráficos de números absolutos: milhares e milhões de atendimentos e procedimentos de saúde, milhões e bilhões de reais de complexo ou impossível entendimento e interpretação, e pouco relatando sobre o que é necessário ou desnecessário, prioritário ou não prioritário, da Integralidade das ações de saúde, dos resultados para as necessidades e direitos da população, assim como a Equidade e a Univesalidade.

— Acumulação das dúvidas se o SUS já chegou ou não no limite crítico da sub-remuneração e dos tetos financeiros, acima do qual se impõe o aumento da eficiência e eficácia, e abaixo do qual a possibilidade de controle da “cultura da sobrevivência” reduz-se perigosamente, chegando em alguns setores, ao “salve-se quem puder”.

- Desregulação do fluxo de demanda das operadoras privadas de planos e seguros de saúde para “consumir” procedimentos de média e alta complexidade no SUS, com deslocamento regressivo do usuário do SUS (Desoneração financeira das operadoras),
- Judicialização do consumo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no SUS (ordens judiciais impetradas por cidadão dos estratos médios e altos), com deslocamento regressivo do usuário do SUS,
- Fragmentação da demanda acompanhando a fragmentação do financiamento, dos gastos e da oferta: desempregados, sub-empregados e empregados (rurais e urbanos), servidores e empregados públicos, pequenos e médios empresários, profissionais de nível superior, executivos, altos funcionários, elite, etc., reproduzindo o classismo e a iniquidade.
- Aprofundamento do abismo entre a realidade sanitária e a normatividade institucional (8 portarias normativas federais por dia útil, identificadas em 2.002, 101 fragmentos de financiamento e oferta, além dos 337 procedimentos do FAEC, complexo emaranhado de planejamento/avaliação: PPA, PNS, 27PES, 5.560PMS, PPI, PDR, PDI e outras, pouco orientados e articulados a uma estratégia clara e assumida de mudança de modelos de atenção e de gestão na saúde.
- Grande complexidade e dificuldade de caracterizar, avaliar, julgar, evitar e punir a irresponsabilidade sanitária, devido ao fato de que o rumo geral (“atacado”) dado pelo financiamento, estrutura dos gastos e normatividade centralizada permanece distante ou distanciando-se do conjunto dos princípios e diretrizes Constitucionais, e compelindo na mesma direção, os rumos da gestão descentralizada e do gerenciamento das unidades/estabelecimentos e profissionais de saúde (“varejo”), apesar das inúmeras “ilhas” de resistência e avanços, resultando no chamado “efeito cascata” — Quem avalia, julga e pune quem, e em que referencial de irresponsabilidade/delito? — Onde localizam-se as causas e os responsáveis pelos atentados aos direitos de cidadania dos usuários, que acontecem milhares de vezes a cada dia?

## **SUS: AVANÇOS E CONQUISTAS**

1. Descentralização/ Municipalização
  2. Elevação da capacidade da gestão descentralizada
  3. Crescimento relativo do financiamento da atenção básica
  4. Crescimento da contrapartida dos Estados e Municípios no financiamento do SUS
- 1.980 – 2.004: 25% - 50%

2.000 – 2.004: 44,15 – 59,60 U\$\$ públicos per-capita

5. Crescimento da produção/produktividade

6. Comissões Intergestores – Decisões mais realistas e oportunas. Ex: NOBs

7. Extinção do INAMPS/ Absorção das suas Funções

8. Criação e funcionamento dos Conselhos e Fundos de Saúde

9. Repasse Fundo a Fundo

10. Aumento da cobertura: em todos os níveis de complexidade, com grande destaque na AB.

PACS/PSF- Expansão dos programas com queda na mortalidade infantil e outras.

Regulamentação dos Transplantes

Controle da DST/AIDS

11. Criação do Sist. Nacional de Vigilância Epidemiológica

12. Criação do Sist. Nacional de Vigilância Sanitária a da ANVISA

13. Grande avanço do conhecimento e tecnologia na área da informação e informatização da saúde e na criação de sub-sistemas de informação.

14. Resistência ao Sub-Financiamento

15. Conhecimento/ Reconhecimento pela Sociedade e Governo:: Conceitos e Princípios (Cidadania, Direitos Sociais, Universalidade, Igualdade, Responsabilidade do Estado, outros) .

16. Criação da ANS/Início da Regulação

17. Política. Nac. de Genéricos

18. Criação dos Distritos Sanitários Indígenas

19. Início da Remuneração Global: Hospitais Universitários e de Ensino.

A esta eloquente relação de avanços e conquistas, além de outros, deve-se acrescentar os dados de produção bruta anual (ver anexo), que revela alta eficácia e eficiência do sistema, quando cotejadas ao per-capita mensal por volta de somente R\$30,00, o que gerou o dito “ O SUS é o plano de saúde mais barato e o que mais oferece”.

Porém, o significado do “que mais oferece” nos obriga a refletir sobre todas as questões pendentes quanto aos modelos de atenção e gestão, estrutura dos gastos e ao financiamento.

— Como analisar e avaliar cada avanço e conquista, assim como a produção anual de ações e serviços, à luz das referidas questões?

— Quais as tendências nos últimos 15 anos, quanto aos elevadíssimos percentuais de ações e serviços evitáveis e desnecessários? E quanto ao congestionamento dos ambulatórios de especialidades, dos serviços de urgência, hospitais, e conseqüente desqualificação dos serviços, repressão da demanda e stress profissional ?

— Quais as tendências nos últimos 15 anos, quanto à efetivação de ampla rede de UBSs, com qualidade, acolhimento ações de saúde de família, adscrição de clientela, e resolutiva para mais de 80% da demanda? E quanto

à fragmentação da oferta e demanda, que desconstroí os princípios da Integralidade e Equidade?

— Quais as tendências nos últimos 15 anos, quanto ao grande fluxo de consumidores dos planos privados e dos beneficiados de ações judiciais, que “consomem” serviços pontuais no SUS (medicamentos e exames mais caros, consultas mais especializadas e outros), que também desconstroem os princípios da Integralidade e Equidade?

— Quais as tendências nos últimos 15 anos, quanto às milhares de condutas e procedimentos diários no SUS, marcados pela “cultura da sobrevivência”? E quanto à precarização das condições e das relações de trabalho?

— Quais as tendências nos últimos 15 anos, quanto a estrutura dos gastos (política alocativa, avaliação tecnológica, formas de repasses e formas de remuneração dos serviços)? E quanto aos tetos financeiros?

— Houve nos últimos 15 anos, financiamento, estrutura de gastos e modelo de gestão adequados voltados para o rumo da desconstrução do modelo de atenção da oferta e construção simultânea de modelo de atenção das necessidades e direitos da população? Em outras palavras: para contemplar estratégia de implementação simultânea- ainda que por etapas – dos princípios e diretrizes da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Participação?

— Verificou-se nos últimos 15 anos, um avanço intenso da Universalidade, Descentralização/ Municipalização e da Participação dos Conselhos de Saúde no controle da execução, de modo autônomo e temerário, em relação aos avanços muito menores, pontuais e muitas vezes imperceptíveis da Integralidade, Equidade, Regionalização e Participação dos Conselhos de Saúde na formulação das estratégias?

— O desenvolvimento do SUS nos últimos anos, pode estar revelando que uma vontade política maior teria definido haver recursos financeiros e estrutura de gastos, para priorizar somente a Universalidade e Municipalização, preferentemente de ações e serviços de menor custo e/ ou valores de remuneração?

— Que projeções realistas podem e/ou devem ser feitas para os próximos 15 anos, com base nas tendências dos últimos 15 anos?

### **OS RUMOS: ONDE ESTAMOS?**

Retomando as negociações e pactos desenvolvidos nos anos 80, pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, Simpósios da Câmara de Deputados Federais, movimento dos secretários municipais de saúde, pelo CONASS, Ministérios da Saúde e da Previdência Social, consubstanciaram-se os convênios das Ações Integradas de Saúde e a

seguir dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (AIS e SUDS), que vigiram até Setembro/1.990.

Na relação das conquistas e avanços no SUS, a partir de Setembro/1.990, quase todas estão cobertas pelas cláusulas dos citados convênios. Excetuam-se a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, o conhecimento/reconhecimento pelos dirigentes e lideranças governamentais, da sociedade civil e da mídia, dos postulados Constitucionais da Saúde: direito de cidadania, relevância pública, dever do Estado, e os princípios da Universalidade, Igualdade e Integralidade, e por final, a grande persistência de entidades da sociedade civil, em especial as da reforma sanitária, e de setores da gestão do SUS, em especial na gestão descentralizada, em manter pressão visando os objetivos da Igualdade/Equidade, Integralidade e Regionalização.

- Quais as diferenças substantivas das AIS e SUDS para o SUS?
- Como entender e mapear a política de Estado a partir de 1.990, para o financiamento, estruturar os gastos e modelar a gestão na área social - e na saúde - que atravessa todos os governos e partidos, com “ondulações” apenas conjunturais?
- O rumo “real” estará apontando para a estabilização “por baixo” de um entrelaçamento indivisível do SUS e a Saúde Suplementar, sob a lógica da reprodução “modernizante” do modelo da oferta? Aparentemente, sim.
- Neste entrelaçamento, a fragmentação da oferta tem relação com uma nova racionalização da fragmentação e classismo no acesso? — Neste caso, poderá esta estabilização albergar e justificar o “SUS pobre para os pobres” (75% da população), e um “mix indivisível” SUS – Saúde Suplementar, para consumidores de serviços no mercado (25% da população), marcadamente regressivo entre os consumidores e mais ainda em relação aos usuários não consumidores de planos e seguros privados? Aparentemente, sim.
- Estará em curso a periferização da “prioridade” da efetivação da Integralidade, da Equidade, e da própria construção do modelo com base nas necessidades e direitos da população? — E até mesmo o seu abandono? (Ver texto “Saúde: o Tudo para Todos que Sonhamos e o Tudo que nos Impigem os que Lucram com Ela”, Gilson Carvalho)
- Qual o pensamento estratégico e a atuação política efetiva das representações dos usuários nos conselhos de saúde, frente a estas questões? — Em especial, das centrais sindicais?
- Quais os compromissos públicos de Estado (Executivos e Legislativos) para metas de financiamento e adequação da estrutura de gastos e do modelo para os próximos 5, 10 e 15 anos?

## **OS RUMOS: PARA ONDE VAMOS?**

— A alternativa estratégica da implementação simultânea da Universalidade, Integralidade e Equidade, incluindo “concentração” inicial na Integralidade e Equidade para “tirar a diferença”, é irrealista e fantasiosa? — Nesta alternativa estratégica, a ruptura das estadualizações e municipalizações pontuais como caminho linear único da Descentralização, a favor da Regionalização Pactuada e Cooperativa, é decisiva ou secundária, podendo continuar adiada?— Reside aqui o novo pacto de gestão?

— Sendo a implementação simultânea da Regionalização, Integralidade e Equidade, a prazo curto, inviável por requerer recursos novos, crescentes e volumosos, torna-se imprescindível e viável, sua implementação por etapas? — Que prioridades e necessidades da população deverão ser ou não contempladas em cada etapa?

— Qual o grau de participação da Sociedade Civil e dos Conselhos de Saúde na formulação e decisão sobre esta alternativa estratégica (rumo), que possa viabilizá-la(o)?— O novo pacto de gestão aponta para um novo pacto social e da sociedade – Estado na saúde?

— Há possibilidades, caminhos e providências a serem visualizados?

— Na formulação e pactuação das etapas nestas alternativas estratégicas, a sociedade estará disposta a cumpri-las, mesmo que ao longo de anos e décadas, mas sob a condição de ter acesso à clareza do processo das etapas, e a segurança nos pactos assumidos, com vistas aos objetivos finais do novo modelo de atenção, com Equidade, Integralidade e Universalidade?

— Uma meta a ser atingida pelo financiamento crescente, imprescindível para a implementação desta alternativa estratégica, poderia ser por volta da metade dos recursos públicos destinados per-capita, nos países europeus em geral, Canadá e outros (em média US\$ 1.400,00), o que daria US\$ 700,00?

— Qual o número mínimo de anos para que este crescimento possibilite a implementação do rumo em direção ao novo modelo? Ex.: 10 anos? 15 anos?

— Quais os avanços e conquistas no âmbito da estrutura dos gastos, serão imprescindíveis, acompanhando as etapas do crescimento do financiamento? No interior desse crescimento a proporção destinada a atenção básica, deverá ser a maior? — Em que medida?

— As experiências e saberes extremamente ricos e complexos, acumulados nos últimos 15 anos pelos Municípios que mais avançaram, pelos consórcios intermunicipais, pelos COSEMs, pela maior parte dos

Estados, pelo CONASS, pelas CIBs, pelos projetos Ensino/Serviços, pelas entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços, são inabdicáveis nas discussões e pactos sobre os rumos. O que passaria necessariamente pelo significado da consciência das necessidades, e pelo resgate das expectativas destes diferentes atores e segmentos, para a mobilização pelos direitos de cidadania e pelo novo modelo de atenção.

— Até que ponto um novo esforço setorial do SUS, mesmo que mais coerente com seus princípios e diretrizes, poderá avançar sem avanços similares no conjunto dos setores sociais básicos e na política econômica?

— Quais os papéis e responsabilidades do Poder Legislativo, do Ministério Público, da Magistratura e da Academia neste processo?

— Ou ficamos onde estamos, nos limites da incrementação, da eficiência/eficácia, dos “choques de gestão” e da cooptação das táticas estruturantes pelas táticas compensatórias, focalizantes e estabilização do sistema em patamar fragmentado, iníquo mas “moderno”?

Todos os envolvidos com o SUS – usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores (dirigentes governamentais) permanecem desafiados à adesão, no seu cotidiano, no seu “micro”, ao engajamento e contribuição na mudança do modelo de atenção, insistindo nas posturas de humanização, solidariedade, atenção integral e equidade. Sem o que não ocorre a mudança, inclusive, porque o seu cotidiano e o seu “micro”, são pressionados, induzidos e seduzidos para reproduzirem o “macro” e o universo, com todas as distorções e conflitos.

O que pretendemos destacar nesta contribuição, é a necessidade imperiosa da atuação no “micro” estar permanentemente buscando e exigindo o esclarecimento dos “rumos”, que envolvem o “micro” e o “macro”, e somar forças de pressão sobre os atores envolvidos no “macro”, iniciando-se pela transparência dos compromissos, metas, prazos e caminhos. Está claro para nós, que todas as estratégias de etapas, tempos, esperas e acumulações, e até de caminhos tortuosos, por parte dos atores sociais e instituições, somente inspiração confiança e adesão (ativa e passiva), com a segurança dos grandes rumos, visíveis, assumidos e comprometidos. Caso contrário, conscientemente ou não, estaremos reverberando em torno da última interrogação.

# **ANEXOS**

## **DADOS ILUSTRATIVOS**

### Participação Percentual no Gasto com Saúde: União, Estados e Municípios

	Ano	União	Estados	Municípios	Est. + Mun	Fonte
*	1980	75,00	17,80	7,20	25,00	Barros, Piola e Vianna (1996) <i>TD 401 - Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas</i> : IPEA
*	1985	71,70	18,90	9,50	28,40	
*	1990	72,70	15,40	11,80	27,20	
**	1995	63,80	18,80	17,40	36,20	
***	2000	59,70	18,50	21,70	40,30	MS/SIOPS, <i>Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiada por recursos próprios - 2000 a 2002</i>
***	2001	56,20	20,70	23,20	43,80	
***	2002	53,10	21,60	25,20	46,90	
***	2003	50,60	22,40	27,00	49,40	MS/SIOPS, Obs: Os dados estaduais são preliminares
***	2004	49,60	24,80	25,70	50,40	Dados de estados e municípios estimados
***	2005	49,80	25,50	24,70	50,20	Dados da União do PLOA e de estados e municípios estimados
***	2006	49,30	26,10	24,60	50,70	Dados estimados
***	2007	49,10	26,50	24,40	50,90	Dados estimados

\* Despesa total com saúde

\*\* Gasto público com saúde, exclui inativos e dívida e acrescenta gastos com saúde, exceto os destinados a servidores públicos de outros órgãos federais

\*\*\* Ações e Serviços Públicos de Saúde

**GASTOS TOTAIS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL**  
 União/Estados/Municípios - 2000/2005

ANO	Orçamento Executado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (Milhões R\$)	Per capita ano União (R\$)	Per capita ano União (US\$)	Orçamento Executado pelos Estados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (Milhões R\$)	Per capita ano Estado (R\$)	Per Capita ano Estado (US\$)	Orçamento Executados pelos Municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (Milhões R\$)	Per capita ano Municípios (R\$)	Per capita ano Municípios (US\$)	Total Brasil U + E + M (Milhões R\$)	Per capita ano total Brasil U + E + M (R\$)	Per capita ano total Brasil U + E + M (US\$)
1995	12.256,89	78,66	85,71	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	12.407,03	78,99	78,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	15.464,07	96,87	89,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	15.245,10	94,23	80,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	18.352,96	111,94	61,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2000	20.351,49	119,86	65,51	6.313,44	37,18	20,32	7.403,63	43,60	23,83	34.068,56	200,64	109,67
2001	22.474,07	130,37	55,42	8.269,76	47,97	20,39	9.268,94	53,77	22,86	40.012,77	232,11	98,67
2002	24.736,84	141,65	48,37	10.078,50	57,71	19,71	11.758,99	67,34	22,99	46.574,34	266,70	91,07
2003	27.181,16	153,67	50,02	12.224,30	69,11	22,50	14.218,50	80,39	26,17	53.623,96	303,17	98,68
2004	32.703,50	182,59	62,39	15.104,00	84,33	28,81	16.141,00	90,12	30,79	63.948,50	357,04	121,99
2005	36.477,98	200,96	77,47	17.633,00	97,14	37,45	17.920,00	98,73	38,06	72.030,98	396,83	152,97

**FONTE: SIOPS/SCTS/MS**

1 - O valor aprovado para União em 2005 é o da LOA, excluídos: Previdência de Inativos e Pensionistas

(R\$ 3.123.294.326), Serviço da Dívida (R\$ 596.478.064) e Implantação das Farmácias Populares (R\$ 347.960.000).

2- A conversão ao dólar médio não prevê variações de acordo com a flutuação no ano.

3- Apesar de certo grau de impropriedade da comparação entre os per capita /ano em dólar, está insofismável o decréscimo federal e os acréscimos estaduais e municipais, compatíveis com a inversão da participação percentual dos gastos públicos com a saúde, da União, Estados e Municípios, verificada a partir de 1980.

4 - Per capita / ano de recursos públicos em US\$ - Brasil = 152,97 - Argentina = 362 - Uruguai = 304 - Países desenvolvidos, exceto EEUU = 1.400

## TRÍPLICE CONTINGENCIAMENTO

DO QUE SE TRATA?

O CONGRESSO NACIONAL AO APROVAR A **LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL** ESTABELECE UMA **DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA** PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE (POR EXEMPLO 200).

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA ESTABELECE ATRAVÉS DE DECRETO A “**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA**”. ESTE DECRETO PROMOVE O TRÍPLICE CONTINGENCIAMENTO (BLOQUEIO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO) AO DETERMINAR:

**1º** - QUE EMBORA A DOTAÇÃO SEJA DE 200 SÓ PODEM SER EMPENHADOS (COMPROMETIDOS ORÇAMENTARIAMENTE) 160 POR EXEMPLO.

**2º** - QUE DOS 160 A SEREM EMPENHADOS SÓ HAVERÁ DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE 130; E FINALMENTE,

**3º** - QUE OS 130 DE DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DEVEM COBRIR OS EMPENHOS DO ORÇAMENTO EM CURSO E OS RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES.

FICA ASSIM ESTABELECIDO O 3º NÍVEL DE CONTINGENCIAMENTO OU SEJA O CONTINGENCIAMENTO É TRÍPLICE.

NO CASO DA SAÚDE É ABSURDO POIS, O DECRETO INVADE NÃO SÓ A LEI ORÇAMENTÁRIA MAS TAMBÉM OS RECURSOS ASSEGURADOS PELA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº EC/29-2000

ALGUMAS EXPRESSÕES QUANTITATIVAS DA MAGNITUDE DO SUS  
Ano de Referência 2004

<b>Unidades Hospitalares</b>	5.864
Internações	12.046.255
Diárias de UTI	2.441.617
Partos	2.299.896
Cirurgias Oncológicas	105.353
Transplantes	23.400
Terapias Renais Substitutivas ( n.º de sessões)	8.275.418
<b>Unidades Ambulatoriais</b>	63.662
Consultas ( 2002)	624.989.424
Procedimentos ambulatoriais	881.885.572
Atendimentos p/ médicos e outros Prof. de Nível Superior	224.960.680
Exames Laboratoriais	287.826.616
Quimioterapias	1.337.100
Radioterapias	6.408.848
Ultra-sonografias	9.185.198
Ressonâncias Magnética	156.496
Tomografias Computadorizadas	1.056.938
Equipes de Saúde da Família	21.448
<b><u>Agentes Comunitários de Saúde</u></b>	195.152
<b><u>Vacinações (doses aplicadas)</u></b>	139.836.973

Fonte: Site da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e Pesquisa AMS / IBGE /MS