

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, resolutive, 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 desconstroi 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

| | |
|--|-------------|
| Unidades Hospitalares | 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 |
| Unidades Ambulatoriais | 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 |
| <u>Agentes Comunitários de Saúde</u> | 195.152 |
| <u>Vacinações (doses aplicadas)</u> | 139.836.973 |

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