

SAÚDE NO BRASIL: O DESAFIO DA VIRADA DO MILÊNIO

GILSON CARVALHO

Estamos diante de uma conjunção de datas e fatos que nos impele a refletir sobre o momento Brasil e a Saúde. Véspera do milênio novo. Realização da XI a. Conferência Nacional de Saúde. Posse de novos prefeitos. Crescimento importante da ala progressista nos executivos e legislativos municipais, com destaque para o PT, PPS, PSB, PCdoB. Antevéspera de eleições presidenciais. Penúltimo ano do Governo FHC (Ufa!)... se não tentar fujimorizar. Último ano de Ministério da Saúde de um possível candidato a Governador ou Presidente (o tempo dará tempo para se clientelizar o suficiente?) Primeiro ano de aplicação da EC-29. Vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal e suas punições. Limite de tolerância dos prestadores trabalhando a preço vil. Limite de tolerância de municípios e estados com teto federal de repasses defasado em pelo menos 100%. Programas verticalizados rescentralizadores oriundos da União para Estados e Municípios. NOB 2000 a reengulldora da descentralização (recentralização anticonstitucional).

O que fazer? Críticas e denúncias, apenas? Conformidade, sempre pensando que poderia ser pior? Esperneios inconformados diante de risos sardônicos da equipe reinante? Reunião de convictos para lamentar a realidade?

Minha receita: criticar, denunciar, espernear, zombar dos zombadores e... ser propositivo, tentando a cada dia construir. Reconstruir. Fazer o possível, tentando sempre o impossível.

O TERCEIRO MILÊNIO

Apenas um novo ano como os demais. Nada de espetacular ou de esperanças estonteantes. Aproveitar do empuxo do marketing para atrair maiores esperanças do que imaginamos. Em mais um ano, sonhar com transformações e mudanças.

A XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Depois de idas e vindas parece que acontecerá agora em Dezembro. Será? Tudo estará preparado a tempo e a hora? Algumas considerações se impõem. Existem inúmeros temas importantes que temos que discutir e que eu, mais à frente irei tentar falar sobre eles dentro de itens separados: NOB 2000, PEC 169 X EC 29, o SIOPS, Tabelas e Leitos Hospitalares, Direitos dos Usuários, PACS, PSF, Cartão SUS e outros. Introduzo aqui apenas outras questões menores, mas importantes, que podem ser levantadas:

- As Conferências de Saúde devem ter melhor definição de seus tempos. Suas competências são tão essenciais e importantes que não podem ficar ao léu, sem definição de datas. Há muitos anos venho defendendo que as Conferências de Saúde têm que ter seus tempos adequados aos tempos dos planos de governo, já expressos na Constituição. Não dá para falar na importância e essencialidade dos planos de saúde sem adequá-los em tempo ao PPA, LDO e LOA. Atualmente fazemos processos desconectados, paralelos e, conseqüentemente, inconseqüentes. Até, inocentemente, alegamos democracia de cada instância de Governo definir suas datas. Minha sugestão é que estes tempos estejam juntos. As Conferências Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde têm obrigatoriamente de ser realizada no primeiro semestre do primeiro ano de governo federal, estadual e municipal para que suas decisões sejam acopladas ao Plano Plurianual de Governo e remetidas ao legislativo para discussão. A grande vantagem é agregar aos planos tudo que se constituiu em rica discussão do processo eleitoral com seus anseios e promessas. Servirá para os governantes nos seus três anos seguintes e no primeiro ano. No intervalo de cada quatro anos, União, Estados e Municípios poderão realizar outras Conferências ou Encontros de Conselheiros segundo suas Constituições Estaduais. A cada ano, sob a coordenação dos Conselhos será delimitada a parte operacional do PPA relativa ao ano seguinte, aplicável à LDO e LO. Qualquer dos eventos programados em Estados e Municípios deverá ser agendado dentro dos prazos de encaminhamento para a LDO e LO.
- A representação nas conferências. Será que nossas conferências realmente estão sendo representativas da sociedade? Será que conselheiros assíduos e comprometidos no dia a dia com o sistema de saúde estão sendo preteridos na representatividade no momento de escolha de delegados? Na quase totalidade dos segmentos a representação nas conferências exclusivamente por conselheiros não é mais legítima que aquela livre onde caem os pára-quedistas? Acho que chegou a hora de pensarmos em valorizar os conselheiros e ter um percentual obrigatório de sua representação nas Conferências Estaduais e Nacional.
- A ilegalidade dos 25% de profissionais de saúde nos Conselhos e Conferências. Por um erro crasso passou uma resolução do CNS (33) e proposições das últimas Conferências Nacionais que é totalmente ilegal. Ao se garantir 25% da representação dos profissionais de saúde partiu-se de interpretação errônea que do lado oposto aos usuários (50%) deveriam estar apenas dois segmentos: **profissionais e prestadores** (públicos e privados). Erro crasso, pois, omitiu-se o outro segmento que é o GOVERNO e que está com evidente clareza na 8142. Quero ser otimista e não ver dolo nesta decisão e que ela tenha sido fruto apenas de "distração". Pior seria se alguém estivesse entendendo que o segmento Governo, da lei seja interpretado apenas como prestador público. Isto seria demais, ferindo na essência a concepção do SUS. Para mim no mínimo tem que ser tripartite o número de vagas: 16,7 para cada componente com arredondamento pela indivisibilidade das pessoas. Situações peculiares como ausência de prestadores, ou seus diminutos números, poderão levar a acordos locais, consensuados pelo próprio Conselho. Neste caso, nunca sob votação, pois, as minorias tenderão a ser sempre prejudicadas.
- As plenárias de conselheiros. Esta foi uma iniciativa vitoriosa que tem que ser consolidada para todo o Brasil. Reuniões regionais, estaduais, das grandes regiões brasileiras e nacionais. Uma programação prévia. Pautas amarradas. A abrangência do caráter deliberativo das plenárias é intrínseco aquele colegiado. O que não pode é ser expandido pois passaríamos por cima do poder dos Conselhos legalmente constituídos.

- A representatividade dos empresários, empregados e aposentados. Outra polêmica boba que tem que ser resolvida é da deliberação da última Conferência Nacional de Saúde de que ficam proibidos de representar os usuários nos conselhos, representantes de entidades patronais, Lions e Rotary. Vamos ao primeiro grupo nominado: representantes de entidades patronais (os patrões, os empregadores, os empresários). A Constituição Federal em seu artigo 194 fala do "caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa da seguridade social (saúde, educação e assistências social) , com participação da comunidade em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados". A 8142 não nominou em particular nenhum segmento. Falou genericamente em governo, profissionais, prestadores e usuários. A única nomeação é da CF: trabalhadores, empresários e aposentados. Isto quer dizer que no Conselho de Saúde onde não estiverem empresários, trabalhadores e aposentados este conselho é inconstitucional. Por que e sob que interesses, induziram a plenária da X a deliberar algo inconstitucional e portanto, sem a mínima validade?! Quanto aos dois outros segmentos escorçados do Conselho (Lions e Rotary) é uma discriminação odiosa, fascista, sob dois aspectos: no gênero existem dezenas de outras entidades e apenas elas foram mencionadas e ninguém pode determinar, em nosso país democrático com possibilidade de criação de qualquer tipo de entidade, nos termos da lei, determinar que elas não possam ser representativas dos usuários.
- O depois das conferências. Precisa haver uma rotina mínima para os Conselhos que é a participação na feitura dos planos e em seu acompanhamento inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Isto tem que ser real, em cada canto. Não dá para nos perdemos em mil atividades não substantivas. Acho que o grande impasse dos conselhos é justamente quando eles não caíram na real de sua dupla missão: ajudar a fazer e aprovar o plano, acompanhar o plano e controlar econômica e financeiramente. Teorizamos demais e não estamos ajudando a melhorar a resposta lá na ponta. Quando não discutimos o plano da resposta na ponta, continuamos perdidos e sem saber o que controlar. Controle social sem objeto é frustrante. Sabemos qual é o Plano Nacional de Saúde? E...o Conselho Nacional de Saúde se reúne mensalmente há décadas e sem interrupções e com uma plêiade de cidadãos de excelente formação e qualidade. Como cobrar a eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde da União sem sabermos a que veio, a que se propõe e sem termos aprovado um plano de governo para a saúde? Como avaliar a execução do plano, sem plano? Cadê o cumprimento do que manda a Lei 8689: "O gestor do SUS em cada esfera de Governo, apresentará trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembléias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado, contendo, dentre outros , dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada". Pergunto: a União tem prestado contas nestes termos ao CNS? E Estados e Municípios? Como acompanhar e avaliar sem planos e sem relatórios de gestão? Desconheço deliberações do CNS exigindo isto. Desconheço relatórios de auditorias feitas sobre o Ministério da Saúde pela Auditoria, Controle e Avaliação, em que conste que o MS não cumpre a lei, pois não tem plano nem relatório. (Estes mesmos auditores vivem infernizando os municípios atrás de planos e relatórios!) Inúmeras vezes me perguntei quem da saúde faz auditoria sobre o Ministério da Saúde? Ele próprio? Dia virá em que Estados e Municípios legalmente fiscalizarão, auditarão, devassarão o Ministério da Saúde. Têm-se feito grandes discussões no CNS sobre temas candentes. Excelente. Mas, isto não pode levar a que prescindam do plano e de seu acompanhamento. Caso contrário, estaremos competentemente legitimando o erro do MS. Isto pode ser transferido para os Conselhos Estaduais e Municipais com igual conotação. Quem fará este verdadeiro controle social? Qual das esferas por primeiro dará exemplo para os demais? Quais serão os Conselhos Brasil afora que estarão em estado permanente de reunião até os gestores

apresentarem seus planos e os relatórios de gestão? O Ministério da Saúde continuará cobrando de municípios e estados, sem ele próprio fazer? Estados e regionais de saúde continuarão exigindo dos municípios o que nem mesmo estão fazendo? Tudo sob as barbas do Controle Social dos Conselhos e Conferências?

OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

São Paulo saiu à frente e fez sua Lei 10241 de 17 de março de 1999 de autoria do Deputado Estadual Roberto Gouveia. Precisaríamos estar fazendo uma lei semelhante para toda a população brasileira. Os princípios desta lei são a garantia de atendimento digno e respeitoso, ser identificado pelo nome (não pela doença, pelo leito etc); sigilo de seus dados pessoais; identificação correta das pessoas que os tratam através de crachás; informações corretas sobre diagnóstico, exames, terapias, riscos; acesso permanente ao prontuário; papelada de alta com diagnóstico e nome do profissional; receber receitas legíveis com nomes de medicamentos genéricos; conhecer material que irá receber como certificação do sangue e outros; ter assegurado durante consultas, exames e outros: sua privacidade, individualidade, respeito a princípios éticos e culturais, confidencialidade; ser acompanhado em consultas e internações; presença do pai no pré-natal e parto; receber anestesia quando necessária; recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para prolongar a vida; optar pelo local de morte. Estes e outros itens têm que ser conquista nacional. Nem a obrigatoriedade, desde outubro de 1993, de se dar um papel de alta aos internados com diagnóstico, valor gasto etc. ainda está implantado! Nem nos hospitais públicos nem nos contratados-conveniados. Não bastam as leis... é imprescindível que saiam do papel e sejam cumpridas. E, que se tenha ousadia para fazê-lo.

SIOPS (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE)

Desde 1994 tenta-se saber qual o investimento público em saúde de cada uma das esferas do Governo. Exceto os recursos do Ministério da Saúde, por ser órgão único, das demais esferas até hoje temos apenas estimativas. Diante disto inicialmente o Prof. Elias Jorge do Conselho Nacional de Saúde criou um modelito para se identificarem estes recursos. Denominou-se POPS (Pesquisa do Orçamento Público em Saúde). O Ministério Público Federal, Procuradoria Geral da República, diante de inúmeras denúncias do baixo investimento em saúde, resolveu fazer idêntica pesquisa. Prof. Elias Jorge, que pertencia também à comissão do Ministério Público, transportou para lá a POPS que depois virou SIOPS. Até então o Ministério da Saúde nada tinha a ver com a questão, pois inclusive o motivo de tudo era justamente pedir ao Ministério da Saúde e Governo da União para explicarem quanto gastavam em saúde, em quê e como. Assim foram feitos alguns experimentos em 95,96,97 com estados e capitais. Dados sofríveis, interpretações diversas de cada estado ou capital. Nem chegaram a ser consolidados. Serviu para o aprimoramento do modelo. Em 1998 o Ministério da Saúde passou a ser mais parceiro do Ministério Público e foi feito o acordo para efetivação da pesquisa nos dados de 1998. Estes dados foram estendidos a todo o país incluindo a União, Estados e Municípios. O ofício solicitando as informações era da Procuradoria Geral da República com o apoio do MS. Só em 99-2000 o MS assumiu por inteiro o SIOPS, ainda que em parceria com o Ministério Público Federal. Neste momento este assunto entra em considerandos de passagem de milênio, pois precisa do maior incentivo de todas as forças. O fato de, ao ser dado mais a público, parecer invenção do Ministério da Saúde ou dos Estados que apóiam a pesquisa, pode levar a uma reação ao contrário de municípios e mesmo estados parecendo mais uma medida intervencionista vertical. Isto é um anseio de todos e imprescindível na análise dos recursos destinados à saúde. Num primeiro momento a uns parece ser muito complexo e outros querem introduzir novos dados por acharem simples demais!!! Estou no processo há seis anos, inicialmente representando os municípios e hoje estou de fora, apenas observando e torcendo. Passamos por todas as fases. O partido tomado foi de conseguir o máximo de informações com qualidade que pudesse ter o maior número de formulários preenchidos e bem. No futuro sugestões poderão ser acopladas e, quem sabe, conseguiremos ter maior quantidade de informações.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A EC 29

Durante anos e mais anos proferimos um slogan em defesa da PEC-169: "queremos recursos definidos, definitivos e suficientes para a saúde". Hoje a PEC 169 e outras agrupadas posteriormente, num golpe de mestre das autoridades econômicas do governo federal (isento em grande parte o Ministério da Saúde) se transformou na EC-29 cuja definição, em minha opinião pessoal é de: "Recursos definidos, não definitivos e ... insuficientes para a área de saúde". Considero que o Governo Federal se desresponsabilizou o máximo que pôde e sobrecarregou os estados e municípios. Estados foram para 12% (não mais 10) municípios foram para 15% (não mais 10) e a União ofereceu 5% em cima do empenhado de 99 e depois crescimento nominal do PIB. Hipoteticamente o PIB pode diminuir nominalmente, pode crescer menos que a inflação, igual a inflação e acima da inflação (crescimento real). Os 5% iniciais são escárnio diante da inflação de 9%. Ao que parece – o que nada tem a ver com a EC 29 – as notícias recentes foram de que o Ministério da Saúde conseguiu mais R\$1,93 bi de suplementação ao seu orçamento de 2000. Parte para cumprir com os 5% a mais da EC, que não tinha sido garantido e parte por mérito da pressão do Ministério da Saúde. Assim sendo não pela EC mas por outro dado aleatório, conseguiu-se mais recursos para a saúde. Em se realizando isto, melhorará igualmente o recurso referente a 2001 que deverá, por estimativa de crescimento nominal do PIB entre 2001 e 2000, chegar a 10% (6% de inflação e 4% de crescimento real). Não nos esquecermos nunca que correção monetária apenas repõe a desvalorização. Na maioria das vezes, como na saúde, precisamos corrigir a inflação e de mais dinheiro para comprar e fazer o mesmo produto. Como o déficit anterior é imenso (mais de 100%) entre 1994 e 2000, precisamos de um esforço para, no mínimo, conseguir a inflação de anos atrás e, depois, o crescimento real.

No momento o importante é saber que esta EC-29, que já é ruim, que é considerada por inúmeros parlamentares como "programa de renda mínima" para a saúde, deve ser urgentemente regulamentada em vários artigos. Quero deixar claro que os quantitativos são perfeitamente auto aplicáveis já neste ano de 2000, não carecendo de regulamentação. Entretanto, elenco aqui alguns itens de regulamentação urgente: definição correta do que sejam ações e serviços de saúde para evitar que neste título se ampliem erroneamente as concepções de saúde daqueles que definiram percentuais para a saúde. A concepção era restrita e que não venham agora, definido o dinheiro, querer incluir aí o saneamento, o pagamento de inativos, o pagamento pelo MS dos servidores da saúde do GDF (hoje pagos pelo Ministério da Fazenda), o custeio dos hospitais universitários, dos hospitais de servidores e dos hospitais militares. Estes só poderão ser financiados pelo SUS por serviços prestados exceto se abrirem suas portas à clientela universalizada do SUS e deixarem suas vagas nas mãos do gestor único local. Não se incluem recursos a maior e a menor do FUNDEF. Não se incluem nos percentuais repasses de outras esferas de governo e sobre estas os legislativos não podem contabilizar seus percentuais. Definir exatamente o que são as ações básicas de saúde para as quais se vai garantir no mínimo 15% dos recursos (hoje cerca de 12%). Intervenção e suspensão de repasses têm que ficar claro que não poderão significar mais punição para os cidadãos de um estado ou município. Mas, como punição a maus administradores. Definir critérios de rateio entre estados e municípios nas transferências federais ou reafirmar os da 8080 que se mostraram inviáveis na aplicação. Critérios de prestação de contas aos respectivos tribunais de contas incluindo repasses federais e estaduais e não três prestações a três tribunais de contas diferentes. Controle e avaliação dentro da visão sistêmica onde União avalia a si e ao conjunto nacional; estados a si e ao conjunto estadual e municípios a si. Vamos acabar com o festival de auditorias, cruzadas, descruzadas, multicoloridas etc. e tal, umas do Ministério da Saúde outras da Fazenda, outras dos Tribunais de Contas, outras da Ciset e, desconfio, pelas últimas informações, que a ABIN também está bicando

auditorias sigilosas!!! (Claro que por livre arbítrio dos arapongas e sem o assentimento de ninguém da diretoria!) Dou-me o direito de ser informado quando irão começar as auditorias municipais e estaduais sobre o descontrolado e voluntarioso MS. O manuseio com o Fundo de Saúde, sua gestão etc. etc. Para mim são pontos importantes de regulamentação para proteção e melhora do espírito e prática da EC 29. Não para retardar sua implantação como querem alguns xiitas colocar na nossa proposta, mas como maneira evidente e clara de impedir que a implantação da emenda seja pior que a própria emenda!

TABELA E LEITOS HOSPITALARES

Fiquei deveras condoído com vários deputados que se entusiasmaram em 1999 com a possibilidade de, no mínimo, corrigir a defasagem da tabela do SUS (que, queira ou não, hoje rege o pagamento do público e do privado e os tetos estaduais e municipais). Falou-se euforicamente em correção imediata de cinquenta por cento na tabela e logo a seguir quarenta por cento diferenciadamente. Depois de tudo, de se levarem centenas de pessoas a Brasília, o desenlace foi pífio: 5% para o ano 2000! Menos que os nove por cento da inflação e menos que os 9,6% que o juiz mandou dar pela conversão errada da época do real! O desaponto e principalmente a injustiça, têm que ser corrigidos. Se em 1994, na virada do real já era injusta 90% da tabela, quão se dirá atualmente. Fala-se como novidadesco pagar por orçamentação, por contrato de gestão, mas sabemos que estes eufemismos só têm uma base: o custo de se fazer cada procedimento. Caso contrário comprador e vendedor se enganam mutuamente. A crise desta tabela defasada levou a que o Ministério da Saúde tomasse uma atitude ilegal que foi a de cancelar a tabela de procedimentos básicos (infringiu a Lei 8080 que determina que sejam estabelecidos pelo Ministério da Saúde os valores dos procedimentos) e descarregou em cima de municípios e estados a responsabilidade de, caso não façam todos os procedimentos básicos que eles negociem valores com os prestadores. Todos sabem muito bem que nome dar a isto. Não podemos negar que houve aumentos diferenciados na tabelas além do abono linear de 25% de 1994 até agora. Entretanto estes reajustes privilegiaram setores da média e alta complexidade e desfavoreceram os procedimentos básicos. Basta tomar aumentos de tabela entre 98 e 2000. Enquanto o básico teve aumento médio de 14,84%, a média e alta complexidade tiveram um aumento de 30,35%, ainda que a média dos dois (baixa e alta) tenha sido de 26,77%. Qual a conclusão que se deve tirar: se assim é, se o pagamento é injusto, se há uma defasagem de cerca de 100% como está se mantendo o sistema? Simples e elementar: com o constante e crescente endividamento dos municípios que estão assumindo as responsabilidades de maneira cada vez maior e com a "tolerância" reiterada dos prestadores que têm buscado neste tempo outras fontes como planos próprios de saúde, diminuição do percentual de serviços prestados ao SUS, auxílios e subvenções municipais e estaduais, e ajuda cada vez menor da comunidade. E os outros? Muitos hospitais foram fechados (alguns por excesso de leitos na região, outros por falta de condições gerais, outros por perspectivas melhores de atender convênios privados) mas a realidade é preocupante. Segundo o IBGE o Brasil perdeu 59.412 leitos entre 1992 e 1999, o que significa 27% de perda. São múltiplas as causas como acima acenei, mas tenho certeza que entre elas está o desfinanciamento público.

SAÚDE DA FAMÍLIA, CARTÃO SUS, CASA DE PARTO E OUTROS

Existem outras polêmicas novas e velhas que estão por aí. Uma delas é o PACS, PSF e hoje comparados ao Qualis. Cada um quer ter razão e na polemização maniqueísta acabam todos perdendo a razão. Emito minha opinião com tranquilidade e submeto-a também à fogueira para ouvir o contraditório. Acho que estes programas podem ser todos muito bons na dependência: da adequação ao tempo e lugar, da flexibilidade que esta adequação demanda e na sua integração com um sistema de saúde que vise a integralidade, a hierarquização de serviços e a oferta de serviços de saúde integrais a todos os cidadãos. São desvios de que devemos fugir: aceitar como a cesta básica possível

dos neoliberais para os pobres; radicalizar no poder de resolutividade angelificando a proposta e satanizando o sistema restante; utilização de pessoal não qualificado para a área de saúde em localidades onde existem em abundância e sem mercado profissionais qualificados como auxiliares e técnicos de enfermagem; usar o programa apenas como meio de conseguir mais recursos, sem nenhuma característica diferenciada de proposta, atendimento e resultados. Por último lembrar que agente comunitário de saúde foi introduzido e praticado pelos jesuítas no Brasil há quinhentos anos atrás e o médico de família, até com internação domiciliar, foram e são inúmeros médicos deste interior brasileiro que se dedicam a sua população há décadas onde, uma pequena minoria os remunera e os demais saem por conta de sua dedicação e caridade, praticamente mandatárias. Os dois princípios básicos na avaliação destes programas: adequação à realidade (A verticalidade da proposta e a rigidez das regras me assustam nestes anos de programas – não imagino o Ministério da Saúde ou Estado fazendo concurso para Agente de Saúde no meu município, para que o meu município contrate!) e a integração com o restante do sistema de atenção à saúde.

O Cartão SUS, aquele previsto como o passaporte da inclusão, precisa ser assim visto. Há mais de ano atrás, quando ainda assessorava o CONASEMS foi tirada uma posição de defesa de um cartão inicialmente simples mas, aplicável a todo Brasil. Depois, numa segunda fase, dever-se-ia ir sofisticando os dados de acordo com a realidade e disponibilidade de cada local. Precisamos pensar assim. Sofisticações vendidas pelos mercadores de facilidades podem estar inadequadas a uma realidade local e cartão, informatização, manutenção por terceiros pode ficar tão caros que inviabilizem o atendimento em determinados municípios.

Da mesma maneira: ter ou não ter uma casa de parto? Uma polêmica de todo tamanho num Brasil continental onde municípios existem que nem casa de parto têm. Em Belém existiam até bem pouco tempo as casas de parto. São Paulo reintroduziu-as recentemente. Não existe apenas a opinião contra ou a favor. De novo a adequação ao tempo e lugar e a integração com o restante sistema de saúde batalhando pela integralidade.

A NOB-2000 AQUELAS QUE TODOS SABEM QUE EXISTE, MAS, MUITOS AINDA NÃO VIRAM.

Todos sabemos sobejamente que as NOBs por serem operacionais podem e devem ir mudando conforme muda a realidade. Não podemos, entretanto, deixar que as NOBs modifiquem, entrem em contradição e transgridam os fundamentos legais que lhe dão legitimidade.

Temo que esta NOB que aí está sendo gestada há vários meses deixe de ser 2000 e passe a 2001 com características de retrógrada e contrária à lei maior. Vou fazer apenas alguns comentários para suscitar o debate. O vetor das modificações parece-me mais anti-sus. Anti os princípios constitucionais da descentralização (não desconcentração, nem recentralização), da gestão única em cada esfera de governo, das ações e serviços de saúde sob a responsabilidade dos municípios (Art.30/VII CF), do planejamento ascendente com estabelecimento do que fazer de baixo para cima e não ao inverso, de autonomia das três esferas de governo sem perda do caráter federativo das república. Esta proposta de NOB se põe anti os muitos e pequenos avanços havidos no SUS nestes dez anos de sua implantação verdadeira.

Varias versões desta NOB se sucederam sem, contudo abrir mão dos desvios constitucionais que têm na sua essência. Eu sintetizaria como desvios fundamentais desta NOB o seguinte:

- A construção de um processo de regionalização de cima para baixo determinando micro e macro regiões e as condições de se chegar a ela e, pasmem, cada caso terá a avaliação do

Departamento de Atenção Básica da secretaria de Políticas de Saúde/MS. Congestionamento centralista.

- Mantida nova divisão arbitrada e arbitrária. Até agora: Municípios em gestão plena do básico e em gestão plena do sistema municipal. Na nova proposta: 1) Gestão Plena do Básico; 2) Gestão plena do básico ampliada; 3) gestão plena do sistema municipal; 4) município em gestão plena do sistema com habilitação para município pólo de microrregião de saúde; 5) municípios capazes de atividades de média complexidade; 6) municípios com capacidade para serem pólo da média complexidade; (como nem todos os municípios podem ser pólos, e como atividades específicas estão ligadas aos municípios pólo, com certeza vários municípios que têm potencial para realizar estes procedimentos (do pólo) ficaram direta ou indiretamente cerceados de fazê-lo ou de receber o correspondente financeiro para tal).
- Coloca que os Gestores Municipais poderão desempenhar funções referentes à organização dos serviços de Alta Complexidade. É interessante a inversão do termo, pois, a base correta é que os Municípios devem desempenhar ações e serviços de saúde (CF30,VII) sem nenhuma limitação constitucional. A exceção que se pode abrir é dizer que os municípios poderão, excepcionalmente, por circunstâncias de porte ou de falta absoluta de condições técnicas, deixar de fazer os serviços de alta complexidade. A exceção é o não fazer e aí, se tem que ver, quem fará.
- A velha questão de qual seja o limite para um município estar em Gestão Plena do Sistema agravou-se. Foram colocadas mais barreiras de modo que municípios pequenos não poderão nunca entrar em gestão plena de seu sistema. Dúvida antiga, pois, a reivindicação de tantos quantos municípios pequenos que conheço são no sentido de que a eles seja atribuída sua cota financeira com o tamanho da responsabilidade. Isto possibilitaria a eles comprar serviços fora, em outro município, via gestor-gestor, e ele próprio negociar em condições de atendimento, valores etc. É claro e evidente que este teto não incluiria procedimentos de alta complexidade pois seria impraticável pela estatística assegurar a cada um o montante de recursos por risco. Para isto ainda o defensável é um "resseguro símile" que cobrisse os procedimentos menos comuns e mais dispendiosos. (Bem diferente do que é hoje ou pretende ser o FAEC.) Por exemplo um município pequeno que tivesse um cidadão dos seus numa UTI por trinta dias, ou submetido a um grande procedimento com prótese, ortopédica, cardíaca ou outra, jamais teria condições de arcar com isto, o que caberia ao que denomino preliminarmente de "resseguro".
- Um comentário final: entre as questões importantes a se mudar ou regulamentar realmente está o sistema de referência e contrarreferência não tão explícito nas NOBs anteriores. É necessária definição clara e recursos financeiros adequadamente alocados aos municípios pólo. Novamente estamos assistindo mais um modismo que são as microrregiões, macroregiões etc. Logo sairão livros teorizando tudo sobre estas micro e macro regiões, com citações gregas, latinas, inglesas, italianas e francesas. Já assisti a estes modismos como a Municipalização, a Distritalização e outros. Teóricos e radicais começam a atribuir virtudes e vantagens a um determinado termo (micro, macro, municipalização, distritalização) indo muito além do que significam nominal, política e tecnicamente. Todos eles dizem respeito apenas a um sistema regionalizado um dos aspectos do SUS, baseado na descentralização como caminho (não fim, não objeto principal, não como panacéia, não como denominação sacralizada de um novo modelo de per si.) O novo modelo é o SUS que defende inovações gerenciais, assistenciais, de rh e outros tantos. Dizer que a micro-macro tem algum atributo além de gerência hierarquizada e regionalizada é invencionismo. Não sou contra estes termos. Sou contra seu endeusamento, seu uso errado, a expansão de seus significados além do que significam.

- PARA QUE FIQUE ABSOLUTAMENTE CLARO, CONTINUO DEFENDENDO A REGIONALIZAÇÃO-HIERARQUIZAÇÃO COMO UM CAMINHO PARA MELHORAR A EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE (HOJE REPRESENTADO COMO SUS).

DEFENDO ÊNFASE NA MUNICIPALIZAÇÃO COM REGIONALIZAÇÃO ASCENDENTE.

MUNICÍPIO É UMA ESFERA DE GOVERNO REAL, PALPÁVEL, CONSTITUCIONAL, COM EXECUTIVO, LEGISLATIVO, CONSELHO. E, NO SUS, UNGIDA COM A COMPETÊNCIA DE FAZER AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (CF30,VII). FALO ISTO E ESCREVO HÁ ANOS. NÃO PODEMOS CORRER O RISCO DE TER UM SISTEMA DE SAÚDE, EM SUA PONTA EFETORA, CENTRADO EM MICRO-MACRO-DISTRITO QUE NÃO SÃO INSTÂNCIAS E ESFERAS DE GOVERNO. SÃO ÁREAS DE DIVISÃO ADMINISTRATIVA DOS ESTADOS, SOB SUA INFLUÊNCIA DIRETA, MUITAS VEZES DIVIDIDA ENTRE PARLAMENTARES ALIADOS ETC. NÃO PODEMOS DEIXAR POR CONTA DA INSTÂNCIA ESTADUAL O COMANDO INDIRETO DA SAÚDE. HOJE MESMO, SEM ISTO, GRANDE PARTE DOS ESTADOS DOMINAM, CONDUZEM E MANIPULAM AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES FAVORECENDO OS ALIADOS E AMIGOS E PREJUDICANDO OS OPOSITORES. IMAGINEM QUANDO TODO O SISTEMA DE SAÚDE ESTIVER ALICERÇADO EM INSTÂNCIAS REGIONAIS ANCORADOS NAS DIVISÕES ADMINISTRATIVAS ESTADUAIS! SOPA NO MEL! REENGOLE-SE O SUS E VOLTAMOS AO SUDS???!!! SERÁ A SUDEIZAÇÃO DO SUS.

REGIONALIZAÇÃO ENCABEÇADA, LIDERADA, CHEFIADA PELOS MUNICÍPIOS COM DIREÇÃO COLEGIADA É A ÚNICA MANEIRA CORRETA DE SE FAZER QUALQUER REGIONALIZAÇÃO MICRO-MACRO-DISTRITAL, COM A "COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA DA UNIÃO E DOS ESTADOS"(CF30,VII)

Continuo defendendo uma NOB-2001 que consolide o passado e melhore o futuro. Hoje temos inúmeras questões mal definidas como esta da regionalização ascendente, de recursos humanos, de referência e contrarreferência intermunicipal e estadual, de disciplinamento do controle e avaliação, da humanização, do protocolo de condutas e rotinas etc. etc. Qualquer nova NOB tem que passar primeiro pelo crivo dos princípios pétreos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, descentralização, gestão única em cada esfera de governo, participação, financiamento triparte e outros. Nenhuma Norma Operacional circular ou instrução normativa pode passar por cima da constituição e da legislação infraconstitucional.

GOVERNO FHC E A SAÚDE

Não sou dos poucos nem dos mais cáusticos críticos do atual governo. Mesmo aliados e tucanos convictos, às vezes, até de público, criticam mais do que elogiam FHC. Questões gerais de governo afetam diretamente à saúde, ou indiretamente piorando as questões referentes ao povo brasileiro. Não vamos falar dos princípios neoliberais, mais seguidos aqui que pelos próprios defensores e divulgadores que levaram ao desmonte do estado com privatização em ritmo acelerado e de maior porte que o resto do mundo. Privatizou-se mesmo o que não privatizaram no berço e exemplo de neoliberalismo. Desvalorização do estado minimizando seu papel. Desvalorização do servidor público. De outro lado, escândalos no ar que, vedados pelos governistas de investigação, no mínimo tornam-se mais suspeitos de que sejam verdadeiros: compra de voto para reeleição, caixa dois de campanha,

tráfico de influência na cozinha do palácio, grampos telefônicos, escândalos como da SUDAM, Marka, Proer e outros, ressurgimento do SNI etc. etc.

Na área da saúde FHC nos pregou algumas peças como os engodos da CPMF (não foi dinheiro a mais para a saúde, mas substituiu fontes), da EC 29 que traiu os ideais da PEC 169 desresponsabilizando a União e sobrecarregando estados e municípios, das Organizações Sociais (inconstitucionais) onde se autoriza a privatização do público com a audácia de dar a isto o nome de publicização; o engodo da Declaração do Ano de 1997 como o ano da Saúde, exatamente no ano onde se escarneceu da saúde, travou-se o processo de descentralização não se municipalizando nenhum município pelo período de cerca de 18 meses. FHC continua fazendo mal à saúde!

Hoje temos um Ministro da copa e cozinha do presidente a quem saudei à época da posse, como o melhor ministro da saúde que FHC poderia ter. Precisamos compreender que nas medidas de sucesso atribuídas a Serra existem alicerces fundeados por outros Ministros. Determinadas medidas, iniciadas por outros ministros, foram coroadas neste: os genéricos (de Jamil); a ANV (do Jamil); o ressarcimento dos planos (do Jamil); o reforsus (do Jatene (1 e 2A.gestão) e do Santillo); o PACS-PSF (pacs iniciado em Alceni e pacs-psf oficializado o financiamento por Santillo). Ótimo que deram fruto. Mas, igualmente foi na Gestão do Serra que o PAB criado em 96 (Jatene) em 12 reais por habitante ano, foi implantado em 1998 no valor de 10 reais; foi com Serra que houve aumento diferenciado por procedimentos sendo que os de maior complexidade tiveram aumento real 100% a mais que o PAB; foi com Serra que se iniciou o processo de desconcentração em substituição à descentralização constitucional; a prática cada vez mais corrente de reinventar o SUDS e reconcentrar nas mãos da União e Estados a capacidade, principalmente financeira, de alguém fazer a mesma coisa. Medidas recentralizadoras com concentração de recursos na esfera federal (faec) para passar a municípios e estados sob controle direto, é deveras recentralizador. O repasse de recursos por fatias e escaninhos,(22 sistemas de repasse de dinheiro!!! Beltrão revolta-se à distância.) contrário ao repasse global direto e automático fundo a fundo. O que me preocupa é seu grupo assessor que dá o tom na política de saúde (Serra ouve e segue, o que não julga de sua competência). São pessoas extremamente centralizadoras e que continuam querendo decidir segundo sua alta sabedoria. Conselho de Saúde, a meu ver, totalmente desprestigiado. Não adianta ir lá fazer discurso de quando em vez ou levar o Presidente. Queremos que o CNS seja prestigiado nas atitudes legais do dia a dia: submeter plano, mudança da sistemática de pagamento, dos valores de procedimentos (desobedecem a 8080 e nem dão bola para o CNS) A CIT enquanto contestava e discutia era desprestigiada e mesmo autoritariamente ameaçada de fechar, hoje com cooptação dos demais representantes de gestores fica como a Voz do Brasil.

CONCLUSÃO

Para concluir queria apenas dizer que aqui foi muito de minha opinião pessoal e de minhas observações Brasil afora. Continuo vendo muito, ouvindo muito e tentando entender os clamores que rondam o SUS. Tenho a clareza que meu pensamento não é só meu, mas também sei que ele dificilmente é ouvido.

Uma homenagem ao concluir. Fica ela para o David Capistrano. Muito se escreveu, muito se discursou e ainda merecia muito mais que isto. Sua grandeza era tão grande e expressiva que muitas vezes a proximidade dos contrários que governavam dava aos governantes a impressão de que ele os apoiava e se ufanavam e ufanam de dizer que "ele está de nosso lado". Cuidado com as leituras de óculos verdes que fazem tudo ficar verde esperança!

A você DAVID, o pequeno que se fez grande, meu carinho, homenagem e preito. Precisamos de vocês aí do outro lado, na outra margem e muitos outros por aqui, em defesa da vida e da saúde.