

FÓRUM: BRASIL, 1995

AS NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS

**Financiamento e Gestão:
Os Desafios do Sistema Único de Saúde**

**Sistema Único de Saúde:
Propósitos e Processo Social de Construção**

***Armando Raggio**

****Carlos Homero Giacomini**

Rio de Janeiro
Novembro de 1994

*** Secretário Municipal da Saúde de Curitiba e Presidente do CONASEMS**

**** Assessor da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba**

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil projeta uma imagem-objetivo de inclusão e equidade num país de história excludente iníqua. Esta é, ao mesmo tempo, sua força e sua fraqueza.

A força decorre não só da ousadia de sonhar com grandeza num país que precisa sonhar, mas também da existência de um projeto, em franco processo de desenvolvimento, que guarda o potencial de concretizar o sonho. E que já desponta como germe de uma das mais importantes formulações no terreno das reformas necessárias ao estado brasileiro.

A fraqueza advém da escassa governabilidade necessária ao controle de variáveis (políticas, administrativas e técnicas) imprescindíveis à sustentação do processo de concretização de um projeto nacional de saúde ambicioso e transformador; que confronta interesses privilegiadamente abrigados no estado e na sociedade, em seus propósitos de legitimar e fazer crescer o modelo ainda hegemônico, embora questionado em várias partes do mundo.

É neste terreno de contradição que o SUS deve reafirmar cotidianamente sua competência, como braço fundamental de estruturação de **NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL**.

Para isso, é necessário manter uma contínua reflexão, que se amplie sempre mais pelos diversos segmentos sociais e que leve em conta quatro eixos fundamentais: a proposta e o sentido de sua existência; a governabilidade imprescindível para a manutenção do processo social de construção da proposta; os métodos de trabalho coerentes com os propósitos e desenvolvimento de capacidades operacionais, e a conformação organizacional do estado para novas políticas sociais.

I - O Sentido da Existência do SUS.

O desafio que o final do século coloca para os sistemas de saúde no mundo em geral e no Brasil em particular é o de ser, ao mesmo tempo, útil e dispensável. Ou seja, adequar todo o aparato médico-hospitalar - farmacêutico ao quadro nosológico predominante entre nós e encetar políticas que produzam saúde. É a nossa esfinge atender a situação de fato e mudar de prática. Ela nos devorará?

Dentre os modelos que historicamente orientaram as práticas de saúde entre nós, o biológico representou a mais acabada produção do positivismo aplicada ao setor saúde. Comte era biólogo. Neste caudal, construiu-se a ilusão de que o aprofundamento e o domínio do biológico criaria as condições necessárias para trazer à sociedade a plenitude da saúde e seu conseqüente quinhão de felicidade. O que redundou na transformação da questão saúde num mercado de consumo crescente, no qual a oferta é sempre insatisfatória frente a uma demanda que cresce exponencialmente.

A vertente ecológica, que ressurgiu da crítica ao paroxismo do modelo positivista, não transcendeu a ponto de vencer o desafio de superar, em novas base, a questão das relações em sociedade. De certo modo, reificou o biológico, apenas inserindo o homem e seu meio como variáveis da equação do processo saúde-doença. Recuperou assim, o paradigma hipocrático de "Águas, Ares e Lugares", embora permaneça como avanço, enquanto crítica ao modelo biológico.

O desafio que agora se coloca é a articulação dos conhecimentos biológico e ecológico, com o conhecimento das relações humanas. Desde as relações pessoa a pessoa, que constituem a ação cotidiana e intensa do setor saúde, até as relações de grupos, classes sociais e grandes setores da sociedade. Neste sentido, vem-se forjando um discurso batizado com o nome de Vigilância à Saúde. E, em algumas prefeituras, foram criados departamentos encarregados de levá-la a efeito, num nítido reducionismo. O desafio que está de fato colocado é o de transformar-se, como administração pública, em catalizadores de um processo de saudecidade. Talvez a palavra já existente para designar tal idéia seja sanidade, mas que na prática apenas traduz o higienismo como conhecimento biológico aplicado aos grupos e populações de um determinado território. Saudecidade, para além disso, coloca-se na perspectiva da união do paradigma da saúde com o paradigma do estado provedor de políticas que atendam, includentemente, a todos os cidadãos. Isto aponta na direção da renovação e da reconstrução de um estado em prol da saúde. A mesma sociedade que produz tanta doença, como se presencia no Brasil, e a objetiva nas condições ambientais desfavoráveis e em relações sociais perversas, é capaz de produzir saúde. É este o eixo da radicalidade apontada por um modelo que busque transcender a ótica da separação bio-ecológica no sentido da produção do bem-estar.

Ao refletir-se sobre o novo - o Sistema Único de Saúde - faz-se referência ao seu modo de proceder como a um modelo assistencial. Não se trata de modelo e, muito menos, de um que seja assistencial. A questão não se restringe o treinar pessoal em novos modelos, que mantenham a essência do historicamente hegemônico e rapidamente se exauram nos tributos que lhe prestam. Mais do que isso, trata-se de habilitar prestadores, gestores e usuários para que se tornem sujeitos de um processo de construção. Porque o determinante do futuro imediato é o modo como os atores se relacionam no presente, que persiste em reproduzir a visão do modelo hegemônico. À questão dos modelos deve-se contrapor a visão de processo, que negue o setor saúde como máscara sanitária de uma sociedade mórbida, produtora de doença. Necessário é estabelecer um processo de relações inéditas numa sociedade como a nossa, de sujeito a sujeito, na perspectiva da produção da saúde. Não é possível internar todas as crianças desnutridas num país que, paradoxalmente, é capaz de produzir mais alimentos do que todas as suas bocas juntas podem consumir. Muito embora situações de fato no campo da doença devam ser atendidas.

O estado brasileiro vem protelando a cidadania há pelo menos cem anos. Este estado que nos subordina, tem que ser transformado num estado que nos sirva. Um aparelho burocrático estatal que seja capaz de gerir os interesses da sociedade. Nesse sentido, união, unidades federadas e municípios devem crescer. Não aumentando a burocracia, mas enquanto agentes de transformação, assumindo as responsabilidades do estado, ainda no limiar deste século, como função improrrogável da administração pública no país. Só com o crescimento dirigido para a gestão de tais interesses é que o estado se legitimará. Isto inclui o crescimento de fato, por exemplo no caso de desenvolvimento de competência em políticas estratégicas como a de medicamentos, do controle de incorporação e do desenvolvimento de tecnologias, da formação de quadros para o desenvolvimento das políticas sociais e, em especial, para a política de saúde. É a transformação, em todos os níveis, no sentido de assumir e desenvolver as competências próprias de cada um. Tais competências, administrativas e técnicas, precisam romper com a hegemonia de um saber que historicamente nos coloniza, predominantemente sediado nos Estados Unidos, onde treinam luminárias da nossa medicina, amiúde cogitados para autoridades do setor. Mas a transformação inclui também muito mais do que o crescimento da máquina estatal, o desenvolvimento e a consolidação de um mix estatal privado a serviço do público e por ele regulado.

II - SUS e Governabilidade Necessária

A concretização do paradigma delineado, requer um processo de desenvolvimento de competência nas relações políticas, administrativas e técnicas, para que o projeto social da saúde acumule governabilidade.

Na organização de serviços de saúde tem-se cometido o grave erro de ignorar a variabilidade dos fatores acima referidos. No máximo, intuitivamente, e por inércia das práticas institucionais herdadas, procede-se a um determinado controle das variáveis políticas. Na maioria das vezes o que se tem como resultado deste esforço é a contenção política da insatisfação e não o domínio das suas razões com a conseqüente construção da ação política capaz de contribuir para a renovação. Para controlar as variáveis políticas busca-se reofertar o velho, reproduzindo-o continuamente. Assim, muito do que se tem no setor, conjunturalmente, são novidades velhas a serviço de uma modernização retrógrada. A superação disso passa pela compreensão do controle das variáveis políticas como o reconhecimento da sociedade em seu estágio atual, na diversidade com que ela se conforma e com a necessária acolhida e preservação de tal diversidade. Os distintos atores não são meros antagonistas isolados num campo de batalha e sim atores comprometidos em transitar até o fim da cena, quem sabe como partícipes da promessa de produzir o novo.

Quando partidária, setorial ou corporativamente, trabalhadores, usuários, prestadores de serviços e administração se articulam para a defesa de seus interesses, as razões que os mobilizam são diferentes. Mas para todos está dado o desafio de encontrar a equação que equilibre estas razões em uma razão só, capaz de contemplar uma resultante que seja a satisfação da sociedade e a mudança de um estado de doença para um estado de saúde.

As variáveis administrativas e técnicas são desdobramentos das variáveis políticas. As administrativas estão longe de serem dominadas numa perspectiva de mudanças. E as técnicas guardam a prerrogativa de estabelecer uma verdadeira ditadura. Faz-se um grande esforço político e administrativo para aplicar à realidade técnicas criadas historicamente por um modelo conformado no complexo médico-hospitalar-farmacêutico, ancorado exatamente no ponto nevrálgico da relação da instituição saúde com a sociedade, que é o seu trabalhador; formado sob a hegemonia dos paradigmas biologicistas, raramente ecológicos e, jamais, na perspectiva da Vigilância à Saúde ou da saudecidade.

O sistema externa sua fragilidade ao encetar uma reflexão que ao buscar a compreensividade do real é pouco atenta a questão destes atores. Fica-se mais atento aos grupos sociais organizados e a sociedade que consome na mídia a informação disponível, via de regra detratadora dos esforços do setor, e deixa-se solto na ponta, ao prazer do processo invasivo de colonização, os principais agentes do sistema de saúde. É preciso avançar e rapidamente no equacionamento desta questão. Quem afirma que evitar câncer ginecológico é uma produção restrita a aplicação de exames cérvico-uterinos preventivos e à palpação das mamas? O que fazemos para saber o que é melhor além de acatar a educação sanitária que herdamos? Outros exemplos podem ser encontrados nos inúmeros problemas que estão abandonados por não estarem envolvidos com o biológico. Um deles é a epidemiologia do afogamento nas cavas do Rio Iguaçu em Curitiba. Situação que perdurava intocada ao longo dos anos e que foi zerada numa articulação dos órgãos ambientais, de segurança e saúde, possível a partir do momento em que se superou a cegueira técnica que impedia a percepção do problema. O que levou muito tempo, provavelmente por tratar-se de um problema que não tem nenhum envolvimento com bactérias, vacinas, gases e esparadrapos.

Estas questões tem menos a ver com leis e com transformações da Constituição. Mesmo assim é necessário considerar a reforma eleitoral na perspectiva do resgate da territorialidade com o fundamental a todos os setores da atividade humana e social. No campo específico da saúde, os diplomas legais desde a Constituição vigente até o recente decreto 1232/94, são bastante satisfatórios. Sua aplicação é que só esparsamente se verifica. Resta assim mesmo a questão do financiamento do setor e o debate necessário a respeito das políticas de provisão de recursos para o mesmo. O sistema previdenciário tem sustentado a reparação da doença no Brasil. Recentemente, por problemas de caixa, decidiu-se por não cumprir a lei no âmbito da previdência. Isto acabou gerando um sobressalto no governo federal, na medida em que o SUS apareceu como setor a ser diversamente financiado. Também questões relacionadas ao COFINS desembocaram na mesma resultante. Ocorre que a permanecer a união federal como a principal arrecadadora para o custeio do sistema, deve permanecer, igualmente, sua condição de principal repassadora de recursos para este fim. Todos os níveis de governo tem um papel a desempenhar. As unidades federais tem se apresentado como o nível mais omissa a partir da descentralização dos recursos da previdência para o custeio da saúde, à qual correspondeu a retratação de seus gastos próprios e a adoção da mesma índole e espírito centralista da união.

Embora o fundamental seja a determinação política, no bojo de uma reforma tributária é necessário pensar em repasses regulares ou, mais do que isso, na destinação imediata para os Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, das frações correspondentes ao setor e nestas instâncias arrecadadas. Arrecadação nas unidades federadas e municípios com repasses para a união, a fim de que cumpra seu papel redistributivo.

É preciso, por outro lado, confrontar o desejo de ampliação da base de financiamento do setor (10% do orçamento fiscal em cada nível de governo) com a adoção de novos paradigmas para a reconstrução do modelo. A resposta ao para que gastar deve anteceder a fixação do quanto gastar. Há notícias de municípios que vem gastando a quarta parte de seus orçamentos fiscais com o setor saúde. Para educação, criança, alimentação e habitação, as verbas são outras. Tal procedimento traz implícito o enfoque da doença, a reprodução, no território do município, do aparato médico-hospitalar-farmacêutico. Neste caso, a descentralização é conservadora e reifica o sistema hegemônico. Isto é extremamente comprometedor. Os orçamentos dos municípios somados não vão além de vinte bilhões de reais, os dos estados quarenta bilhões de reais e o da união, no máximo cem bilhões de reais. Os americanos já gastam 900 bilhões de dólares por ano, cinco vezes mais que a arrecadação brasileira. Nossos gastos não podem ser aleatórios. Tampouco o processo descentralizatório pode ser democratista, sob pena de não garantir o verdadeiramente essencial, ou seja, a democratização do estado e a eficácia de suas políticas.

III - O SUS e as Capacidades Imprescindíveis à Construção do Novo Paradigma

Estados e Municípios não podem continuar na posição de árbitros da inclusão ou não da saúde entre suas políticas. Eles tem a obrigação constitucional, mas acima de tudo ética e política, com a saúde da população. Os eleitos a cada gestão, devem ser responsabilizados pela continuidade do processo de provimento e desenvolvimento de um sistema capaz de acudir as necessidades da sociedade. A saúde surge como desafio das sociedades na medida em que se organiza nas cidades, na polis. Por isso, ela é uma política e não uma opção do árbitro recém eleito para o período administrativo. Esta é uma capacidade que está a exigir desenvolvimento em muitos estados e municípios brasileiros.

No campo específico do setor saúde cabe superar o grande desvio que consiste em supor que o financiamento possa se dar pela fatura de serviços prestados contra a união. A tradição centralista transferiu a estados e municípios a credencial de prestadores de serviços mediante produtividade. Que, nestes casos, contabilizam, predominantemente, aquelas ações com pior remuneração no sistema, como reflexo da lógica hospitalocêntrica que orientou sua fundação e que persiste até hoje. Sem uma profunda crítica a este estado de coisas, sem a territorialização dos serviços e sem descentralização efetiva, eficiente e eficaz, a rede de serviços ambulatoriais (bastante expandida), predominantemente municipal, não passará de um dissipador de recursos escassos, sem resolutividade. A mudança disso implica na necessidade da instância municipal assumir a sua condição de governo, de gestor local autônomo.

Ao administrador municipal, a primeira questão que se coloca é a de como dar conta de todo o aparato médico-hospitalar-farmacêutico herdado. A exclusiva atenção a este aspecto tem sido um grave equívoco e tem sustado o processo de autonomização municipal. Confunde-se aí a transferência do cartório gestor com índole centralista, comprador de procedimentos e ações baseadas no conceito de saúde alcançável por reparação biológica de sintomas, afecções e quadros mórbidos estabelecidos na vida em sociedade, com saúde. Municipalizar a saúde não é isso, mas resgatar, ou construir pela primeira vez, o estado local, apto a promover a saúde como a resultante do sinergismo que se estabelece pela integração das ações locais.

É necessário aproveitar o melhor da cultura médica, "senso-lato", sem no entanto considerá-la um fim. Não se municipalizar a saúde para multiplicar a medicina, mas para ser mais produtores de saúde do que separadores da doença. Neste sentido, mesmo os municípios que não detém quaisquer equipamentos de reparo à doença poderiam municipalizar a saúde. Adotando o princípio da democracia substantiva que é o principal instrumento de construção de uma política local e territorializada de saúde. Nesta relação não se terá ainda a garantia da construção do novo, mas de um elemento que é fundamental para o mesmo.

O novo exige muito mais esforço para nascer do que a reprodução do velho. É por isso que às portas de um processo do repasse automático de recursos serão outra vez distinguidos aqueles que acumularam maior aparato separador. Passarão de cem reais "per capita", no repasse, somente aqueles que foram caudatários da acumulação de todos os profissionais e aparelhos que o modelo produziu. Isso porém, não os privilegia, mas apenas atende a uma situação de fato. É necessário desenvolver a capacidade de gerar alguma poupança e redirecioná-la para a produção da saúde. Se há alguma possibilidade nesse sentido, os atores regionais e locais, na prática da democracia substantiva, serão os mais aptos a corrigir os desvios.

Os estados devem assumir seu necessário papel de instância regional. Seguindo os princípios da territorialização devem interagir no sentido de garantir a capilaridade não só das agências de prestação de serviços mas, sobretudo, das ações necessárias à produção da saúde.

O aparato médico-hospitalar-farmacêutico deve ser otimizado. Adotando-se a noção de pertinência da população a um território, embora suplantando-se a visão cartorial que está na origem da criação de muitos municípios, deve-se buscar o ótimo na organização dos serviços. A territorialização com agregação regional dos municípios é indispensável para uma municipalização bem sucedida. Isto adquire importância particular na execução da política ambiental, por exemplo.

IV - SUS e Diferenciação Organizacional Coerente

Para conquistar autonomia, cada instância de governo deve reconhecer a autonomia das demais. Não existem autônomo isoladas. O princípio contido na Carta Magna de 88, que pela primeira vez reconhece a autonomia das distintas esferas, inclusive o município, só se legitimará na prática da democracia substantiva. Ou seja, na adoção de práticas político-administrativas capazes de prover condições para que o cidadão seja autônomo e não dependente. O que os municípios herdaram da administração e da técnica esteve sempre a serviço de uma construção no sentido contrário, ou seja, da subordinação. Este é o maior desafio à administração municipal: o respeito a alteridade. Na medida em que se reconhecer o sujeito diferente, o outro, é que se fará a agregação e não o temido isolamento. Agregação para construção de uma solidariedade entre sujeitos civis e sujeitos institucionais. Os municípios vem construindo uma prática nesta direção através de consórcios, congregação regional de secretários, CONASEMS, e outros. Igualmente os estados, com o cuidado de que o que é construído na perspectiva do novo também pode servir para preservar o velho. É o que as vezes tem acontecido com o aparelhamento destas articulações. De qualquer forma, as organizações, em todos os níveis, devem buscar a diferenciação mais por objetivos e base territorial, e menos por departamentalização tecnicamente orientada. Na construção de uma tal diferenciação adquirem importância vital a constituição de colegiados que articulem os atores para dentro e para fora das instituições e que as articulem entre si nos três níveis de governo. Sempre na perspectiva de sujeito a sujeito, numa relação de igual para igual e não de subordinação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfoque que se deu a reflexão das questões neste texto tem, sem dúvida, uma intencionalidade. Tomados de um espírito obreiro e tangidos à formulação de respostas sempre em tempos politicamente determinados, os municípios tem exaurido seus esforços na reflexão das questões operacionais mais imediatas. Nunca será demais, portanto, reforçar, mesmo que tibiamente, o registro de questões que constituem parte do núcleo essencial para o SUS.

Há municípios, entre os quais Curitiba, que tem buscado exercer ao máximo sua capacidade de autonomia, embora reconhecendo que ninguém logrará soluções absolutamente originais. Nessa perspectiva, cada qual deve criar soluções próprias para seus territórios, mas que podem ser compartilhadas.

O principal que se verifica em Curitiba, pela acumulação histórica de uma tradição de planejamento orientado ao que a cidade quer ser, é o sinergismo de suas políticas sociais. Quanto as soluções dadas ao das AIHs e da área ambulatorial, não são mais que obrigações indispensáveis da prática cotidiana, para que não se dissipem recursos que são públicos.

Curitiba, como qualquer outro município, encontra-se sob o mesmo grau de ameaça de ser mais reprodutora da dominação do complexo médico-hospitalar-farmacêutico, do que geradora de uma nova prática. Nesse sentido, não cabe detalhar prescritivamente suas práticas administrativas, mas apenas abrir-se a um processo de troca que é o que, aliás, tem garantido conquistas importantes.

Para uma aproximação ao detalhamento das práticas, neste breve texto intencionalmente evitado, Curitiba convida a todos a participarem do seu **IV Encontro de Saúde Coletiva**, a realizar-se nos dias 8, 9 e 10 de dezembro próximo. Nestes eventos as equipes das unidades de produção de serviços produzem textos onde relatam experiências de trabalho ao longo do ano e as sustentam perante seus pares, na perspectiva de confirmar, renovar, multiplicar ou corrigir as condutas e atitudes operacionais. Esta é uma prática prolongada postergada da qual não se pode mais descuidar: a prática de desenvolvimento do corpo da saúde, para além do corporativismo sectário das profissões, na perspectiva da construção da autonomia dos sujeitos.