

30 ANOS PÓS-CONSTITUIÇÃO CIDADÃ/1988: QUAL POLÍTICA DE SAÚDE PREVALECE?

Nelson Rodrigues dos Santos (Prof. aposentado DSC/FCM/UNICAMP e Coord. Conselho Superior/IDISA) Jun/2019. Este texto é capítulo de livro em edição na UFFS.

Introdução

Entre os modelos de atenção à saúde que podem coexistir em cada país e sociedade, constatamos os dois que sobressaem na realidade brasileira, sob os objetivos deste texto: 1. ‘modelo tradicional’, polarizado pelo atendimento diagnóstico-terapêutico de doenças já instaladas ou agravadas, com maior custo unitário, destinado a demandas crescentes e, dependendo do país, com agravamentos decorrentes de esperas de semanas, meses e até mais de ano, muito sensível aos interesses do mercado da assistência aos doentes, modelo esse com maior paradigma nos Estados Unidos da América (EUA), e 2. ‘modelo direito de cidadania’, polarizado pelas ações de atenção básica ou primária à saúde, que integra simultaneamente a promoção da saúde, a proteção às situações de riscos à saúde, os diagnósticos e tratamentos precoces e o cuidado continuado aos portadores de doenças crônicas e egressos de intervenções clínicas e cirúrgicas mais densas. Sua realização, na prática, é condicionada ao rápido e fácil acesso: das comunidades aos serviços, e das equipes de saúde à comunidade.

Assim, a atenção básica é resolutiva para 80-90% do atendimento, com a responsabilidade de assegurar encaminhamento oportuno para assistência curativa específica de média ou alta densidade tecnológica, ambulatorial ou hospitalar, aos 10-20% que dela necessitar. Esse modelo é largamente hegemônico a partir da II Guerra Mundial, na maioria dos países europeus, Canadá, Japão e outros, sob reconhecidas variações com as realidades históricas socioeconômicas-culturais de cada um, ou mais Beveridgianos ou Bismarckianos ou Estado mais provedor ou executor ou regulador. Nesses países a implementação do ‘modelo direito de cidadania’ teve adesão consistente na grande maioria da população e em poucas décadas obteve alto grau de irreversibilidade como política pública de Estado, que vem convivendo em equilíbrio dinâmico com o ‘modelo tradicional’ preferido e utilizado por minoria da população. Os indicadores acumulados de eficácia social, custo-efetividade e satisfação/participação da população são fartos a favor dos sistemas públicos universalistas de saúde quando comparados aos

modelos hegemônicos pelo mercado. Vale destacar que os valores subjacentes aos jargões populares: ‘mais vale prevenir do que curar’ e ‘curar as doenças no início do que já avançadas’, estão no âmbito dos valores gregários da qualidade de vida, alteridade e solidariedade, que se desenvolvem milenarmente no processo civilizatório humano. Trata-se simplesmente de opção por valores e modelos atrelados aos direitos de cidadania, que antecedem e orientam a construção da eficácia social, da gestão pública, da relação custo-efetividade, relações com o mercado etc. Voltaremos aos valores civilizatórios na segunda e terceira partes deste texto.

O sistema público de saúde inglês, com 20 a 30 anos de implementação, já era referência internacional, inclusive para o nascente Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) nos anos 1970. Abordaremos a seguir os conflitos e disputas em torno de modelos de atenção na área da saúde. Simultaneamente, desde o final dos anos 1980, vem se desenvolvendo, no cenário internacional, os 30 anos da ‘austeridade fiscal’, imposta às políticas sociais pelo sistema financeiro globalizado, o que vem abalando, sob diferentes formatos, os sistemas públicos de saúde dos países referidos anteriormente. O ‘modelo tradicional’ agora ‘modernizado’ pela dinâmica da acumulação exponencial da especulação financeira, envolve as empresas de seguros privados de saúde, indústria monopolista de medicamentos e equipamentos em saúde, redes de hospitais privados e outros ramos. Contudo, não vem conseguindo, até o momento, desestruturar as vigas mestras dos citados sistemas públicos universalistas de saúde. Em nosso país o ‘modelo direito de cidadania’ consta na Constituição Federal/1988 com redação mais detalhada do que nos próprios países de origem.

Política pública de saúde no Brasil: questões e desafios

É uma política de Estado explicitada na Constituição Federal/1988 e Leis n. 8.080 e n. 8.142/1990, com base em ‘inusitada legitimidade’ que resultou do crescente debate democrático na sociedade iniciado nos anos 1970 e avançado nos 1980; pelo MRSB e pelo Movimento Municipal de Saúde, os impactantes Simpósios Nacionais sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados Federais (1979 e 1982), a assunção de decisivas direções na saúde previdenciária, por lideranças do MRSB, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), a Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988) e o Congresso Nacional (1989/1990). Proporcionou com

legitimidade inusitada profunda mudança estrutural na política pública de Estado, ao lado de outras mudanças estruturais vinculadas aos direitos sociais de cidadania consagrados no art. 6 e no Título da Ordem Social da Constituição Federal/1988, que assegurou para a sua realização, o fundamental Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Antes, o ‘modelo tradicional’ ambulatorial e hospitalar cobria quase metade da população com assistência médica privada liberal em consultórios privados e Santas Casas ou por meio dos antigos institutos da previdência e assistência social por categoria, além das campanhas federais de controle de doenças transmissíveis específicas, permanecendo a outra metade da população desassistida ou sub-assistida por iniciativas filantrópicas. A partir de 1988, ficaram constitucionalizados os direitos de cidadania e a construção do modelo de saúde universalista, a integralidade e a equidade, orientadas pela diversidade regional, descentralização e participação comunitária.

A partir de 1990, com a aprovação das Leis n. 8.080 e n. 8.142, sua aplicação viu-se na prática, perante o desafio da formulação de estratégias implementadoras na construção do novo modelo, só possível de forma gradativa e construtiva; ante os interesses herdados da hegemonia do modelo anterior. Qual vem sendo, na prática, a) o desenvolvimento do desafio dessas estratégias implementadoras da Constituição Federal/1988 nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)? b) o desenvolvimento, também nesses 30 anos, da adequação dos interesses particulares do ‘modelo tradicional’ historicamente acumulados? e c) hoje, quais as perspectivas, desafios maiores e rumos críveis e esperançosos?

São questões de complexo processo de crescentes análises e buscas ao longo desses 30 anos, que desafiam a militância do direito universal à saúde. Dois exemplos: os 75% da população (150 milhões) que dependem somente do SUS permanecem com pouca adesão, valores e mobilização à altura da relevância da conquista legal e a comprovada expansão da atenção básica, do atendimento às urgências, da atenção especializada, imunizações etc., não mudam o modelo tradicional, permanecendo a saúde a maior queixa da população¹¹. Entre as incontáveis análises e recomendações que muito se acumulam nos eventos e publicações nesse período, retomamos discricionariamente cinco, visando aclarar um pouco mais essas buscas. Elas referem-se às políticas e às estratégias imbricadas entre si, de atividades meio (estruturas) e finalísticas (com a população), quais sejam: 1 – financiamento; 2 – gestão dos recursos humanos necessários; 3 – atenção básica: seu desafio da universalidade com qualidade, efetividade e resolutividade; 4 – regionalização do sistema; e 5 – potencial estratégico dos avanços possíveis acumulados.

Financiamento

Quinze países com melhores sistemas públicos de saúde universalistas, colocam nestes, em média, 7 a 8% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto nos 30 anos do SUS, permanecemos com 3,8%, devido à obstinação federal de não ultrapassar sua parcela de 1,7%, com crescimento só pelos estados e municípios, o que mantém nosso per-capita do SUS, em dólares padronizados pelo poder de compra, entre um quinto e um sexto do praticado naqueles países.

Esse subfinanciamento federal, que reduziu entre um terço e a metade o valor inicialmente indicado e determinado pela Constituição Federal/1988, vem se dando uniformemente nos 30 anos do SUS como política e estratégia em todas as conjunturas e coligações políticas. Iniciou com o descumprimento da indicação constitucional de 30% do OSS para o SUS, vindo até a Emenda Constitucional (EC) -95/2016, que trocou a vinculação à receita pela inflação; passou pela subtração do Fundo da Previdência Social da base de cálculo, pelo desvio da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) criada para o SUS, pela criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), pela imposição da EC-29 no lugar do PEC-169, pela pressão da esfera federal para retirada de pauta dos quatro projetos de lei apresentados e debatidos em 2004, 2007, 2012 e 2013, que destinavam 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) ao SUS, que acrescentariam somente 0,7% do PIB (vinculados ao planejamento e orçamentação ascendentes, fortalecimento e expansão da atenção básica às necessidades e direitos da população, e priorização à equidade e à regionalização, com vistas ao resgate da construção do ‘modelo direito de cidadania’), e pela EC-86/2015 que reduziu o patamar mínimo federal ao SUS. Entre 2002 e 2017 a participação federal no financiamento do SUS permaneceu caindo, passando de 52 para 43%, enquanto a municipal subiu de 25 a 30% e a estadual de 22 a 25%¹¹.

Essa política de Estado por 30 anos, com base no baixíssimo investimento federal na expansão da rede física própria, levou o governo federal a estender os contratos e convênios com a rede privada muito além do caráter complementar pactuado na Constituição Federal/1988, a ponto de hoje, por volta de 65% das hospitalizações e mais de 90% dos exames diagnósticos e tratamentos especiais pelo SUS serem realizados na rede privada e pagos pela gestão do SUS segundo tabela que privilegia os serviços e

tecnologias mais sofisticados de médio e alto custo. É oportuno lembrar que a maioria dos países com sistemas públicos universalistas de saúde bem sucedidos, valem-se excepcionalmente, de alguma forma de contratos de serviços privados complementares, de comprovado interesse público, que efetivam funções como se públicos fossem e como tal são regulados, o que nos remete ao cotejo de como se desenvolveu a hegemonia na sociedade e Estado em nosso país nas últimas três décadas.

Essa mesma política de Estado, ao guiar o Ministério da Saúde (MS) no subfinanciamento do SUS, guia também os Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e o de Planejamento/Orçamento/Gestão na produção de três polpudas formas de subsídio público à oferta e ao consumo no mercado de serviços de saúde, com valor total correspondente a mais de 40% do orçamento do MS. Primeira: somente a renúncia fiscal anual no imposto de renda (pessoa física e jurídica) ao mercado das empresas privadas de planos e seguros de saúde, tem valor maior que 150% da soma do lucro líquido legalmente por elas declarado, ou seja, o Estado banca a rentabilidade desse ramo empresarial, segunda: a esfera federal co-financia planos e seguros privados para os servidores e empregados públicos da administração direta e indireta dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e terceira: o ressarcimento previsto em lei, das empresas de planos e seguros privados de saúde à gestão do SUS, dos valores correspondentes ao atendimento pelo SUS dos seus segurados, é praticado apenas simbolicamente. Em consequência, os 25% da população que consomem planos privados de saúde têm seu per-capita total para a saúde, 4 a 6 vezes maior que o dos 75% que dependem só do SUS¹¹.

Quanto ao já referido desinvestimento na rede física própria do SUS, torna-se chocante a comparação com os elevadíssimos empréstimos altamente subsidiados com recursos públicos, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) entre 2007 e 2011, a empresas de planos e seguros privados para construção de seus hospitais próprios e também para os hospitais privados de grande porte mais sofisticados em três capitais, que dobraram sua estrutura física. Essa real ‘política de Estado’ de financiamento do sistema público e do mercado na saúde não constou no debate constitucional e da Lei Orgânica da Saúde nos anos 1980, nem no pacto social subjacente. É inversa à política de Estado dos 15 países referidos inicialmente, com sistemas públicos universalistas onde, dos gastos totais em saúde, são em média 75% de origem pública e 25% de origem privada, quando em nosso país são o inverso: 42% e 58% (similar aos 48% e 52% dos EUA)⁹.

Essa política de Estado desconsidera também os resultados de importantes e respeitadíssimas pesquisas e análises econômicas internacionais e nacionais, referentes aos multiplicadores fiscais em que, para cada unidade monetária investida na saúde, o PIB no Brasil cresce 1,7 unidade (nos países europeus, EUA e Japão, cresce 3 unidades)⁴⁸. Não é demais lembrar que essa política e estratégia, se aplicada nos 15 países já apontados com os melhores sistemas de saúde universalistas, não sustentaria a continuidade do desempenho e impacto positivo lá contemplados.

Gestão dos recursos humanos necessários

Eixo estruturante decisivo para a realização desse direito de cidadania, os fundamentos e as estratégias para a formação e gestão dos recursos humanos foram amplamente debatidos em todo o processo sociopolítico que gerou o SUS, em especial na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), na Assembleia Nacional Constituinte (1988) e nos Conselhos de Saúde. Inclusive pela perspectiva de que os trabalhadores de saúde do SUS de todos os estratos sociais (servidores e empregados públicos e empregados dos serviços privados complementares), também estavam com o seu direito de cidadania à saúde garantido pela Constituição Federal através do SUS. Deve ser lembrado que nos debates de 1986/1987/1988, todas as federações dos trabalhadores sindicalizados posicionaram-se claramente a favor da aprovação do SUS, também como conquista das classes trabalhadoras. Na época, nas microrregiões de concentração de grandes empresas industriais na grande São Paulo e grande Rio, paralelamente à assistência médica previdenciária, iniciava-se a cobertura de assistência médica pelos ‘convênios-empresa’ de ‘medicina de grupo’, os primeiros planos privados de saúde, e as federações sindicais expressavam a disposição de adesão ao SUS destacando a imperiosidade das suas diretrizes constitucionais serem efetivamente cumpridas.

Esse amplo e hegemônico debate constitucional levou naturalmente às grandes e inéditas conquistas legais de constar no art. 200 da Constituição Federal/1988, a competência do SUS para a atribuição de ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde. No art.15 da Lei n. 8.080/90, a competência das três esferas de governo para a atribuição de participar na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, e mais os arts. 27, 28 e 30. Também

no art. 4. da Lei n. 8.142/90, a implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) pelos gestores descentralizados como condição para recebimento dos repasses financeiros.

Desde os anos 1990, contudo, paralelamente ao subfinanciamento, revelou-se também na área dos recursos humanos essenciais ao SUS a desresponsabilização federal. Restou a insuficiência dos recursos próprios municipais e estaduais para o custeio das obrigações legais no desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS, permanecendo inviável a realização suficiente dos concursos públicos, dos PCCS, educação permanente e demais pressupostos da imprescindível política pública de recursos humanos. Esse impedimento ao SUS teve golpe final com artigo da Lei da Responsabilidade Fiscal/2000 que limitou drasticamente a expansão do pessoal municipal de saúde. Ademais, permanece até hoje a ausência de critérios adequados ao SUS para vagas de residência médica, assim como especializações e estágios para todas as profissões na área da saúde¹¹.

Para cumprir, de algum modo, sua responsabilidade legal da descentralização da gestão do atendimento às crescentes demandas da população, agora mais consciente dos seus direitos, os municípios viram-se obrigados a comprar, de empresas privadas fornecedoras de recursos humanos, a alocação de pessoal de saúde nas unidades públicas municipais, sob valores compatíveis com os baixos repasses federais. Sob o mesmo manto de baixo custo para viabilização do SUS, também no ano de 2000 a esfera federal aprovou a lei criadora das Organizações Sociais (OS), novos entes privados prestadores de serviços em unidades públicas de saúde (básicas, ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares) sob o pretexto de parcerias para atender com menores custos. Na prática, as OS são, em regra, uma função que, há quase vinte 20 anos, vem camuflando a postergação da realização das diretrizes constitucionais da Equidade e Integralidade no processo da construção da universalidade. Além do mais, em muitas situações, participam de desvios para enriquecimentos ilícitos e financiamentos de campanhas eleitorais.

Como no caso dos serviços privados complementares, há operações similares às OS em países com sistemas públicos de saúde universalistas bem-sucedidos, mas sempre em situações excepcionais, funcionando como se públicas fossem. Aqui também somos remetidos ao cotejo de como se desenvolveu a hegemonia em nossa sociedade e Estado nos anos 1980, e como se desenvolve nos últimos 30 anos. Da mesma maneira que na questão da política e estratégia do financiamento, também a dos recursos humanos, se aplicada naqueles 15 países, seguramente não sustentaria a continuidade dos direitos de cidadania lá contemplados. Quanto ao Mais Médicos, para fins deste texto, destacamos o

enorme impacto e adesão da sociedade com o atendimento de qualidade e justo à população ‘SUS-dependente’, assim como o início da articulação MS-MEC (Ministério da Educação), porém desnecessários caso, aos 23 anos do SUS, as diretrizes constitucionais das Leis n. 8.080 e n. 8.142/90 e das Conferências Nacionais de Saúde estivessem em real implementação.

Atenção básica: seu desafio da universalidade com qualidade, efetividade e resolutividade

Ficou exposta na Introdução a conceituação de atenção básica para fins deste texto. Esse ‘coração’ do ‘modelo direito de cidadania’ tem raízes em nossa sociedade, que devem ser lembradas perante os atuais desafios da construção e realização de todo o sistema. Vem se acumulando em nosso país desde os anos 1970, quando crescentes iniciativas da esfera municipal em cidades médias e grandes, dirigiam-se à atenuação da inusitada tensão social gerada nas periferias urbanas, em decorrência da pauperização e massiva migração rural-urbana iniciada ao final da década anterior.

A essas iniciativas agregavam-se crescentemente jovens profissionais das várias áreas da saúde e sanitaristas desejosos de novas políticas de direitos sociais. A Conferência Mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS) de Alma Ata em 1978, que formulou e promoveu os pilares conceituais e operacionais da Atenção Primária à Saúde (APS), veio legitimar, enriquecer e fortalecer o que em nosso país já era uma prática em plena construção, com intenso intercâmbio de experiências municipais nas várias regiões do Brasil, contra-hegemônica mas consistente.

No decorrer dos anos 1980 ficaram consignadas e testadas as grandes questões da implementação da atenção básica na realidade brasileira, até hoje presentes: das necessidades e direitos da população, da equipe multiprofissional, dos agentes comunitários de saúde, da atenção integral, da porta de entrada, da aderência e fixação dos profissionais à população, do acesso, dos locais das atividades (Unidades Básicas de Saúde – UBS e comunidade), da adscrição da clientela e outras. A crescente organização das Secretarias Municipais de Saúde em todos os estados com intenso intercâmbio resultou nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) em cada um deles que, ao final daquela década, fundaram o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Após a aprovação das Leis n. 8.080/90 e n.8.142/90, ao contrário do esperado, a esfera federal iniciou a retração da sua contrapartida no financiamento do SUS e operou compra de serviços prestados pelos municípios e estados. Apesar dos pleitos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conasems em debater a construção do novo modelo constitucional para a saúde, somente em 1994 o MS aceitou formalmente debater e aprovar com os gestores descentralizados a atenção básica enquanto estratégia fundamental na construção do SUS. Contudo, a efetivação dessa estratégia permanece no baixíssimo patamar imposto pela política de recursos humanos extremamente retrógrada anti-SUS e principalmente pelo subfinanciamento muito aquém do mínimo necessário para a construção da integralidade e equidade no rumo da universalidade¹¹.

Nos países que realizam o ‘modelo direito de cidadania’, em média, 65% do financiamento público na saúde é destinado à atenção básica e 30%, à assistência hospitalar, enquanto em nosso país se dá o inverso: 30% e 65%. Ademais, permanece o desafio já com 30 anos: ou expandir a cobertura com algum tipo de ação de saúde por cidadão ao ano, com equipe de saúde desfalcada e poucos recursos, com baixa resolutividade, ou expandir a atenção básica integral de qualidade e resolutiva aos 75% da população (mais de 150 milhões) que não tem meios de pagar plano privado de saúde: nas periferias urbanas, municípios menores e zona rural. Aí está a maioria da classe média-baixa com renda mensal entre 2 e 5 Salários Mínimos (SM), os pobres entre 1 e 2 SM e os miseráveis abaixo de 1 SM. Desafio não menor: expandir também à classe média-média com renda mensal entre 5 e 10 SM, 15% da população (mais de 30 milhões), que inclui toda a estrutura sindical e suas centrais, também consumidores de planos privados assistenciais, cujo campo maior de pleitos em saúde nos 30 anos do SUS vem sendo os dissídios coletivos na justiça do trabalho.

O apoio dos trabalhadores organizados e sua mobilização por um SUS resolutivo de qualidade e acolhedor foi decisivo, com base na história da criação e desenvolvimento dos sistemas de saúde universalistas nos 15 países já referidos e na maioria dos 36 membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). No Brasil, foi assim até o final dos anos 1980. Quanto à implementação da atenção básica sob as condições referidas em nosso país, predominam largamente resultados possíveis nos limites dos programas de menor custo: focalizados nos grupos populacionais mais excluídos ou de maior tensão social, e compensatórios por se concentrar nos sintomas e consequências, com poucas condições de assumir o processo da atenção integral e

equitativa à saúde da população. Essa é a real e efetiva política e estratégia federal para a atenção básica¹¹.

Esses limites impostos pelas estratégias dominantes vêm predominando há três décadas, mas não há como evitar a emergência de inúmeras situações no território nacional, permeáveis a alguma forma de realização mais avançada dos pressupostos da atenção básica segundo os direitos de cidadania, ao que retornaremos mais à frente neste texto, nos avanços possíveis acumulados. A seguir destacaremos a inusitada capacidade produtiva de ações e serviços de saúde pelo SUS nos seus 30 anos.

Com os parquíssimos recursos e política federal extremamente retrógrada de recursos humanos, os gestores descentralizados e os trabalhadores de saúde, desde o início intensificam exaustivamente o atendimento em função dos direitos de cidadania e da universalidade, evitando repressão da demanda, o que gerou a inclusão, nos anos 1990, de quase metade da população excluída antes do SUS, de qualquer atendimento em todas as regiões do país, mas mantendo a esperança e esforços possíveis na construção da integralidade e equidade. A assunção da atenção básica e integral pelos municípios – pré-SUS e a diretriz constitucional da descentralização, além da inusitada inclusão em uma década, ainda que sob o predomínio do modelo tradicional resultou grande impacto nos níveis de saúde da população¹¹.

Pesquisadores de outros países e de agências internacionais já revelaram admiração pela alta capacidade produtiva e eficiência da nossa gestão descentralizada e trabalhadores do SUS com tão parco financiamento e atrasada gestão de recursos humanos: ao ano, por volta de 3 bilhões de ações de atenção básica e 2 bilhões de atendimentos especializados, incluindo mais de 600 milhões de exames radiológicos e laboratoriais, por volta de 15 milhões de seções de radioquimioterapia, 11 milhões de hemodiálises, 10 milhões de internações, 25 mil transplantes e outros. No entanto, impõe-se a grande dúvida se essa grande produtividade e eficiência estão acompanhadas, no referido período, pelo crescimento da eficácia social definida e prevista com a implementação do ‘modelo direito de cidadania’ com as diretrizes do SUS.

Permanece o desafio da atenção básica na construção do novo modelo, com seu crucial objetivo estratégico há 30 anos, de realizar a meta de cobrir 90% da população por ações integrais e resolutivas de promoção da saúde, proteção de riscos e diagnóstico/tratamento precoces, e por consequência, uma drástica redução das situações de diagnóstico/tratamento tardios, comprovadamente evitáveis, de maior custo financeiro unitário e sofrimento para os doentes. Há indicadores muito significativos e preocupantes

em relação à implementação dessa meta, só a título de exemplos: esperas de 1 mês a mais de 1 ano para consultas e exames diagnósticos mais sofisticados do câncer de útero, haja vista sua mortalidade ser 5 vezes maior e a sobrevida pós-tratamento, 5 vezes menor do que nos países como Canadá e outros. Também nossas esperas para início de tratamento após o diagnóstico de câncer: média de 2-3 meses para quimioterapia e acima de 4 meses para radioterapia. Mais agravamentos evitáveis são gerados pelas esperas de meses a anos em relação às cardiopatias, às insuficiências renais e aos acidentes vasculares cerebrais ligados à hipertensão, diabetes, infecções, falhas alimentares, etc, e também às artroses coxofemorais, lombalgias e outras: todas cronificando, prolongando grandes sofrimentos, incapacitando para o trabalho e rebaixando a qualidade de vida, inclusive dos familiares. Recente estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade de Stanford, EUA e Imperial College, Londres, relaciona a nossa EC-95/2016 (congela os gastos federais com o SUS de 2017 a 2030 incluindo a atenção básica e a paralização do ‘Mais Médicos’), à expansão e agravamento de doenças, incluindo 100 mil óbitos evitáveis. Um milhão é o número estimado de cirurgias em fila de espera entre semanas e anos. Cremos oportuna a lembrança de refrão frequente, repetido com angústia por representantes dos gestores descentralizados perante os gestores federais:

“Na gestão municipal do SUS, a assistência às urgências e casos de maior gravidade, consomem recursos com prioridade inapelável perante a Lei e a pressão da comunidade, e com os parcos repasses de recursos federais, a Atenção Básica oportuna e efetiva permanece com recursos extremamente insuficientes, o que gera sempre mais casos urgentes e graves sabidamente evitáveis, fechando perverso e sofrido ciclo vicioso”.

Os exemplos acima citados integram um conjunto maior de constatações objetivas e avaliações nas três décadas do SUS, com evidente e crescente predomínio dos diagnósticos e terapias tardios evitáveis de médio e alto custo, aí encontrando-se o real e enorme desperdício no sistema público, o que tornou inadiável o reconhecimento de qual modelo de atenção vem sendo efetivamente implementado em nome dos preceitos constitucionais.

Em que volume, formato e qualidade as ações e serviços públicos de saúde vêm chegando a cada segmento da população nesses 30 anos? Qual a prática do significado da atenção básica para cada um? Com integralidade e equidade? Nesses 30 anos, o processo

de implementação da atenção básica como maior eixo estratégico da construção do novo modelo de atenção vem se impondo, e estamos somente perante questão de tempo?

Regionalização do Sistema

Esta quinta política e estratégia, a Regionalização do Sistema, foi tomada para fins deste texto por enunciar, já no caput do art. 198 da Constituição Federal/1988, a unicidade do nosso sistema público de saúde, vinculada à rede regionalizada e hierarquizada, e daí decorrendo as diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Vejo esse enunciado como síntese extremamente lúcida dos debates e buscas do MRSB, que passaram pelos encontros de Secretarias Municipais de Saúde (anos 1970 e 1980), Simpósios Nacionais de Políticas de Saúde (1979 e 1982), 8a Conferência Nacional (1986), Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), Assembleia Nacional Constituinte (1988) e Leis n. 8.080 e n. 8.142 (1990). Constaram nesses debates as práticas municipais de atenção primária, da universalidade, integralidade e equidade; a interação Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social a partir de 1980, com os ricos avanços das Ações Integradas de Saúde (1983) e Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (1986), e também a observação da experiência acumulada nos países que consolidavam sistemas nacionais de saúde públicos universalistas, onde a menor célula territorial e populacional é a Região de Saúde, que reproduz o sistema nas realidades regionais: populacionais, socioeconômicas, epidemiológicas, capacidade dos serviços e acessibilidade. Inclusive porque a complexa implementação da diretriz da Integralidade está condicionada à estratégia única definida conjuntamente pelas três esferas de governo em cada Região de Saúde.

Desde o início dos anos 1990 contudo, o MS, sob o peso da política econômica, além de não cumprir a esperada parcela federal no financiamento do SUS, adotou a forma de compra de serviços prestados pelos estados e municípios sob o modelo do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o que compeliu os gestores descentralizados a organizar seus procedimentos administrativos e financeiros como prestadores de serviços em cumprimento das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do MS e a iniciar algum compartilhamento na gestão somente em 1993. Sob o imenso sufoco dessa distorção federal e, principalmente, sob o desafio e sufoco de dar conta da vultosa demanda historicamente reprimida, as circunstâncias para a construção da regionalização estavam postergadas.

Em 1995, preocupados com essa postergação, o Conass e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) organizaram e realizaram concorrida oficina de trabalho sobre a regionalização, com a participação do Conasems e do MS, que resultou em análises e recomendações debatidas e aprovadas por todos, incisivas para início de formulações conjuntas e estratégias de implementação dessa diretriz constitucional. O MS, que sediava e coordenava a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), desconsiderou na sua pauta aquelas recomendações, na época, sob a justificativa de que não haveria recursos federais adicionais.

O esforço pela regionalização voltou ao debate entre 2003 e 2013 com os quatro projetos de Lei para elevação da parcela federal a 10% da receita corrente bruta (acréscimo de 0,7% do PIB), já aqui abordados, todos vetados pela área econômica federal com controle fisiológico do Legislativo. Restou, porém, saldo marcadamente positivo na acumulação de experiência na gestão descentralizada e pactuação no SUS: municipal, estadual e intermunicipal, enriquecendo as pautas na maioria dos Cosems, no Conasems e Conass. Esse saldo positivo estende-se à nova e grande rede institucional articulada entre a CIT, as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), as Comissões Intergestores Regionais (CIRs), os Conselhos de Saúde nas três esferas além, nos últimos anos, dos Conselhos Nacionais da Justiça e do Ministério Público (com áreas da saúde) entre outros. Contudo, esse saldo positivo permanece desenvolvendo no espaço contra-hegemônico estatal tripartite conflituoso e tenso, perante as derrotas impostas pelas políticas de Estado ‘Federais’; ele aponta para a implementação da regionalização com gestão regional pactuada permanentemente entre os municípios integrantes e o estado, para realizar uma gestão regional sob modalidade consorcial ou outra, não recebendo autonomia de ‘4ª esfera federada’. Mais à frente retornaremos ao que entendemos por políticas de Estado ‘Federais’ nos últimos 30 anos.

Temos a grande diversidade regional de país continental com 27 estados, 5.570 municípios (3.890 abaixo de 20 mil habitantes e 1.390 abaixo de 5.000) e proposta atual de 436 Regiões de Saúde, com desejável redução para menos de 300, considerando o grande crescimento da densidade populacional em extensas periferias urbanas. Legalmente, restam de positivo para a regionalização o Decreto n. 7.508/2011 e a Lei n. 141/2012, quase nada implementados, mas na condição de legítimos e potentes patamares técnicos e conceituais para especial mobilização dos gestores descentralizados, dos conselhos de saúde e da militância da reforma sanitária brasileira⁵. Pressupostamente, essa mobilização somente gerará mudanças efetivas quando atingir entidades da

sociedade, as comissões de saúde, ‘frentes’ do Legislativo e projetos de governo do Executivo.

Para essa mobilização e debates creio que devem ser encaradas questões cruciais, pendentes até hoje, como: 1. porque aos 30 anos do SUS, os critérios de rateio dos repasses federais aos estados e municípios não são pautados pelas necessidades e direitos da população municipal e regional, definidos pelo planejamento e orçamentação ascendentes (Leis n. 8.080/90, art. 36, e n. 141/2012, art. 30)?, 2. porque após as NOBs, o MS criou as ‘caixinhas’ de repasses que chegaram a mais de 200, negociadas uma a uma com os 27 estados e 5.570 municípios? E por que só a partir de 2006 o MS assumiu pactuar os repasses por blocos? 3. porque só a partir da EC-95/2016, que constitucionaliza regressão do financiamento federal do SUS perante o crescimento da população e dos custos das compras públicas em saúde, foi permitida a simplificação dos repasses federais em dois blocos: investimento e custeio? e 4. há viabilidade e perspectiva de vontades políticas para contrapor, ainda que por etapas, a efetiva implementação do Decreto n. 7.508/2011 e da Lei n. 141/2012?

Subjacente à real possibilidade histórica de construção da hegemonia do modelo ‘direito de cidadania à saúde’, torna-se imperiosa a constatação, aqui resumida, de que o real desenvolvimento de cada uma e do conjunto das quatro vigas-mestras:- Financiamento, Gestão dos Recursos Humanos, Atenção Básica e Regionalização, está há 30 anos voltado para a construção da hegemonia do modelo tradicional ‘modernizado’. Esta real hegemonia vem sendo construída uniformemente durante todos os mandatos presidenciais e respectivas coligações políticas e partidárias, até nossos dias, ao largo das oscilações do acesso da militância SUS a funções de alta direção na esfera federal.

Potencial estratégico dos avanços possíveis acumulados

É oportuno considerar que, apesar dos significativos avanços possíveis, nas pesquisas de opinião a desatenção ao direito à saúde nos serviços públicos e privados vem constando como primeira crítica da população às responsabilidades dos governos. Recente pesquisa encomendada pelo Conselho Nacional de Justiça aponta crescimento de 131% do número de ações judiciais nos serviços públicos e privados de saúde entre 2008 e 2017, sobressaindo medicamentos, órteses/próteses e exames/procedimentos. O respectivo gasto público das três esferas com ações judiciais nesse período, concentrado nos estados

e municípios, ficou estimado em R\$ 7 bilhões. Uma questão preocupante é a transferência da gestão do SUS para a gestão jurídica, o que deve ser visto também sob o ângulo do esgotamento das políticas e estratégias federais de manter e modernizar o ‘modelo tradicional’, ainda que esse esgotamento e alternativas a ele demandem tempo imprevisível de análises, formulação de estratégias e mobilizações.

Descontando a crescente e perversa articulação lobista entre a indústria (medicamentos, equipamentos, órteses, próteses, materiais especiais etc), com a medicina e advocacia especializadas, que abocanham boa parte dos estimados R\$7 bilhões públicos, há o lado da última chance de crescente número de cidadãos ter seu direito atendido. Em contraposição, o primeiro avanço estruturante constatado na prática, é a realização da atenção básica com resolutividade de 80 a 90% em inúmeros locais e microrregiões no território nacional, com circunstâncias e características favoráveis e/ou excepcionais para a atuação de gestores, equipes de saúde de família, demais trabalhadores de saúde, equipes de apoio matricial, infraestrutura física e suporte de referências especializadas, não raro em integração com atividades acadêmicas. Esse avanço só se dá nessas condições favoráveis que são exceções no território nacional, e acontecem em todas as macrorregiões. São verdadeiras ilhas ou nichos que resistem e avançam nos limites do possível, muitos retrocedendo mas simultaneamente sendo substituídos por outros similares que surgem em outros locais, sempre com grande apoio e participação da população.

No território nacional o mesmo vem ocorrendo na área da saúde mental com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nos serviços pré-hospitalares de urgências-emergências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), nos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerest), nos Hemocentros, no controle da Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), na vigilância em saúde, nos transplantes de órgãos e tecidos, nas campanhas de imunização e outros. Impedidas pela hegemonia na política de Estado nos últimos 30 anos, não há circunstâncias favoráveis à realização desses vários exemplos de nichos ou ilhas acontecerem simultaneamente em uma mesma região, o que seria a totalização do SUS na pressuposta região¹¹.

O conjunto desses nichos ou ilhas, e sua resistência e insistência em se realizar nessas três décadas, está lastreado em postura de adesão, há mais de duas gerações, de milhares de gestores descentralizados e de muitas centenas de milhares de trabalhadores de saúde, que contagiam até mesmo terceirizados precarizados. Adesão esta, plasmada na prática diária de atenção aos usuários, e sabedores das diretrizes do SUS centradas na

solidariedade e nos direitos de cidadania, inclusive nos conselhos locais e municipais de saúde. É o que entendemos por ‘militância SUS’. Expressão visual comprobatória dessa lembrança são as mostras de experiências bem sucedidas, inúmeros painéis com fotos, tabelas e informações de projetos de promoção, proteção e diagnóstico/tratamento precoce e acompanhamento de crônicos, nos segmentos mais vulneráveis da população, orgulhosamente expostos e explicados por representantes dos trabalhadores de saúde e dos usuários, durante os congressos dos Cosems e Conasems. A resistência e insistência por 30 anos desse imenso conjunto de ilhas ou nichos provam e testemunham a real possibilidade de realizar o modelo direitos de cidadania: são lentes ou ângulos por onde é visto o conjunto nacional das atividades diárias, realizadas sem condições de cumprir o modelo dos direitos de cidadania, mas com a maioria dos trabalhadores de saúde e gestores descentralizados mantendo o horizonte das mudanças necessárias. Ainda que, a duras penas, convivendo tensamente com a hegemonia do modelo tradicional ‘modernizado’, mesmo nas gestões em que militantes do MRSB assumiram cargos e funções ao nível central.

Política de estado, pacto social, pacto federativo e projeto de nação

Nesta parte arriscaremos para fins deste texto, considerações na área das ciências sociais e economia política, que não é nosso campo de formação disciplinar, mas que julgamos imprescindíveis à retomada da política de saúde na parte final. Vemos como política de Estado as formulações e realizações políticas em nome da sociedade e da nação, por um contingente de cidadãos com representatividade e legitimidade maior ou menor, formalmente definidas, incluindo prerrogativa de acionar contingentes legislativos, judiciários e militares, e com caráter mais estrutural, de ações e efeitos por longos prazos, tendo em vista sua função amortecedora ou substitutiva da autodestruição na sociedade. Nas democracias liberais contemporâneas os governos eleitos exercem a política de governo com diferentes graus de autonomia nos limites da política de Estado, esta definida em Constituição Federal que legisla para longo prazo. A legislação complementar e ordinária durante cada governo está atrelada à implementação dos postulados constitucionais.

As classes e segmentos da sociedade convivem em dinâmicas mais ou menos tensas, de acordo com as liberdades e espaços de formação da consciência das diferenças, justas ou injustas, e decorrentes mobilizações no interior da sociedade civil ou perante o arbítrio do Estado. O grau de representatividade e consistência dessas mobilizações podem gerar pactos de convivência e ações em torno de objetivos e metas negociados, desde metas mais específicas ou de prazo menor até metas amplas para a maioria da sociedade, os ‘pactos sociais’. No processo histórico de cada sociedade, a dinâmica das pactuações, principalmente aquelas com elevada participação democrática da sociedade, pode orientar-se para um projeto de nação mais sólido e duradouro. Pode definir também o processo constitucional, foi o que em grande parte caracterizou os anos 1980 no Brasil: grandes mobilizações por liberdades democráticas, Assembleia Nacional Constituinte e Constituição Cidadã. Por outro lado, nos países de grande extensão territorial com clara diferenciação regional na sua formação histórica, socioeconômica e cultural, são reconhecidas diversas unidades federadas ou províncias com graus e formas de autonomia dependentes do avanço do processo democrático, do pacto social e do projeto de nação.

Em nossa história a pujança dos desenvolvimentos regionais no início do século XIX foi profundamente matizada pela instalação do reino português no Brasil colônia durante quase todo o século, sendo que esse reino era o protótipo Estado rigidamente ‘unitário’. Sucederam-se nesse século por volta de 15 revoltas regionais e locais, muitas com grande mortandade, e parte delas exigindo todas as tropas federais para seu controle, desde a Cabanagem no Pará até a Farrapos no Rio Grande do Sul. Esse estigma vem percorrendo o Brasil republicano, aparentemente com melhor reconhecimento das unidades federadas pelo governo federal, nos períodos mais democráticos e desenvolvimentistas. Nos anos 1980 por exemplo, o pacto federativo mais avançado na Constituição Federal/1988 descentralizou parte da tributação antes só federal (o que passou a ser revisto já nos anos 1990), além de descentralizações constitucionais que vêm sendo minimizadas ou distorcidas nos últimos 30 anos, inclusive na realização das políticas públicas para a cidadania, ao que retomaremos na parte final. Arriscarei a seguir breve lembrança sobre o ‘bem-estar social’.

Os sistemas públicos universalistas para os direitos de cidadania (saúde, educação, segurança, meio ambiente, transporte coletivo, entre outros) surgiram no século XX nos países europeus. Com a desenfreada acumulação e concentração de riqueza e de capital e graves crises econômico-sociais, esses países foram abalados por duas arrasadoras guerras mundiais, o que a seguir levou a pactos sociais e projetos de nação mais

participativos e civilizados, base da organização dos Estados de Bem-Estar Social (Ebes), estendidos da Europa ao Canadá, Japão e vários outros, adequando-se às peculiaridades históricas de cada um: mais liberais ou universalistas ou corporativistas etc. Um decisivo mecanismo pactuado foi a forte tributação progressiva da riqueza e do capital. Nesses países o sistema público bem sucedido constitui-se no grande marco regulatório do mercado nos setores dos direitos universais.

Nos anos 1970 porém, com a economia mundial já ‘dolarizada’, com a grande crise mundial do petróleo e na sequência, com os governos Thatcher-Inglaterra e Reagan-EUA, reiniciaram-se a acumulação e a concentração exponenciais do capital financeiro. Uma ‘macro-estratégia’ para o grande capital agora globalizado, planejada e pactuada durante os anos 1980 pela ‘nata’ internacional de intelectuais orgânicos da elite e estrategistas financeiros especialmente articulados. Foi o ‘Consenso de Washington’ que definiu: a) estabelecer os Ebes como o maior obstáculo à dinâmica do sistema financeiro global, devendo por isso serem controlados ou desmantelados, b) não mais financiar os Ebes com recursos públicos, c) manter os orçamentos públicos menos ou nada aderentes a projetos nacionais amplamente debatidos com as sociedades mas sim, à acumulação financeira (Financeirização dos Orçamentos Públicos – FOP), d) manter a hegemonia do capital financeiro especulativo sobre o capital produtivo, e e) manter autonomia dos Bancos Centrais perante os governos nacionais em defesa da acumulação financeira^{1,2,8}. A realização desse consenso vem obedecendo à estratégia que diferencia os graus e formas da sua execução nos países chamados mais e menos centrais, ou os mais e menos periféricos^{1,2}.

A ‘austeridade fiscal’ ou ‘ajuste econômico’ é o eixo estratégico da FOP, restringindo rigidamente os gastos públicos com infraestrutura do desenvolvimento e políticas públicas de direitos sociais nos últimos 30 anos^{2,8}.

Em nosso país, por exemplo, os juros, refinanciamento, rolagem e demais serviços da dívida pública vêm consumindo mais de 40% do Orçamento Geral da União, jamais assumidos como perdulários pela ortodoxia econômica neoliberal, sem qualquer chance de serem submetidos à auditoria internacional independente. Restam os gastos classificados como perdulários de 22% (Previdência Social), 3,9% (Saúde), 2,8% (Educação), 0,5% (Segurança Pública), 0,04% (Saneamento), 0,04% (Energia) etc. Decorrência desestruturante de projeto de nação nas últimas três décadas atingiu nosso potencial de industrialização: a participação da indústria no PIB entre 1986 e 2018 caiu de 27,3% para 11,3%, incluindo os ramos de alta incorporação tecnológica (eletrônica,

informática, química, automobilística e farmacêutica) que caíram de 9,7% em 1980 para 5,8% em 2006⁶. Já nos anos 1990, com a Lei de Propriedade Industrial, perdemos a distinção entre empresas de caráter nacional e multinacional, além da extinção de 350 empresas e de 1.050 estações de projetos nacionais em química fina, a entrega do Sistema de Vigilância da Amazônia (Sivam) aos equipamentos e controle dos EUA, a aniquilação da nascente indústria digital nacional, a privatização da Telebrás, entre outras⁷. Por outro lado nosso sistema tributário permanece entre os mais regressivos e espoliadores do mundo, penaliza tanto mais quanto menor é a renda pessoal e familiar e bem mais os agentes da produção e consumo do que os agentes da acumulação de renda e de aplicações especulativas, dividendos, patrimônio e riqueza. Permanece como verdadeiro motor da engrenagem concentradora de renda e desigualdade social. Os nossos 10% mais pobres dispõem 32% da sua renda ao pagamento de tributos, enquanto nossos 10% mais ricos dispõem apenas 21%. Na renda familiar até 2 salários mínimos, 54% são recolhidos para tributos; e acima de 30 salários mínimos, 29%. No vazamento do escândalo Swiss Leaks constam 230 mil brasileiros com contas em paraísos fiscais aplicando no mínimo US\$ 1 milhão, e segundo o Tax Justice Network constam US\$ 520 bilhões (R\$ 1,7 trilhão) de depósitos brasileiros nos paraísos fiscais (corresponde a aproximadamente metade do Orçamento Geral da União). Segundo a Oxfam-Brasil nossos 5% mais ricos concentram 95% da renda nacional, nossos 10% mais ricos concentram 74% da riqueza nacional, os 0,1% mais ricos concentram 48% da riqueza nacional e nossos 6 maiores bilionários concentram a mesma riqueza que os 100 milhões mais pobres. Calculando sob a paridade no poder de compra, a concentração de renda dos nossos 1% mais ricos é 1,3% maior do que a dos 1% mais ricos da França¹².

O montante somado dos nossos juros e demais serviços da dívida pública, desindustrialização com evasão para paraísos fiscais, aplicações no mercado de capitais, renúncia fiscal, sonegação, aquisições imobiliárias nos EUA (estas, estimadas em R\$1,6 trilhão) e Europa, etc. nos redimensionam o ângulo real de avaliação dos recursos públicos desviados comprovados na operação Lava Jato, como também do propalado ‘estouro’ dos recursos previdenciários. Sob essa perspectiva, merece reflexão a comparação das despesas públicas com os direitos constitucionais enquanto % do PIB: 12,7% em 1988 e 13,8% em 2016 (diferença de só 1,1% em 28 anos), comprovando que a escalada de ‘gastança pública’ é devida a outros fatores não previstos nem pactuados nos debates constitucionais, em lúcida análise de Oscar Vilhena Vieira¹⁵.

Ao que nos consta, essa intensa concentração vem se acentuando ao longo dos 30 anos pós-constitucionais, por meio da ‘captura/cooptação’ de setores decisivos no Estado, com base maior no Ministério da Fazenda e Banco Central, estendida aos Ministérios de Planejamento, Orçamento e Gestão e o da Casa Civil. Esses Ministérios ‘de Estado’, ‘incumbidos’ de controlar dirigentes e lideranças no Legislativo, incluindo suas reeleições, em triangulação com o grande capital financeiro e empresarial, teriam: a) pervertido o nosso presidencialismo de coalizão ao longo das últimas três décadas, desviando ou distorcendo a ampliação e avanços nos pactos sociais e no amplo debate de projeto de nação, b) impedido ou desviado a implementação das diretrizes constitucionais para as políticas públicas de saúde, educação, meio ambiente e as demais, c) cooptado ou marginalizado lideranças e dirigentes de segmentos sociais históricos para forte corporativismo e coonestação da citada triangulação e perversão do nosso presidencialismo de coalizão, d) mantido desde 2003, as impactantes inclusões sociais da expansão do emprego e capacidade de consumo, ligadas à acertada recomposição do salário mínimo acima da inflação, ao Bolsa-Família e ao ‘boom das *commodities*’, mas que, sem a simultânea implementação das políticas públicas de cidadania e necessário avanço da consciência e mobilização social pelos direitos coletivos, fatalmente fragilizaram a relação sociedade-Estado na construção do Ebes brasileiro contemplado na Constituição Federal/1988, e e) submetido os avanços na inclusão só pelo consumo à condição de reféns da impiedosa concentração de renda e riqueza, com seu peso hegemônico no Estado, que impediu e/ou distorceu a ampliação e prosseguimento dos avanços constitucionais de construção do pacto social e projeto de nação.

Neste item a nosso ver, merece ser lembrado o amplo debate eleitoral de 2002 que incluiu esperançosa ‘ponte’ com os debates constitucionais dos anos 1980. Contudo, nos 30 anos pós-constitucionais, a elevação da participação na renda nacional dos nossos 10% mais pobres foi de 11 para 12% e a dos nossos 10% mais ricos, de 54 para 55%, ao custo da queda de 2% para nossos 40% situados entre os 10% mais ricos e os 50% mais pobres (por volta de 84 milhões de cidadãos das classes média-média e média-baixa), com provável repercussão nos debates eleitorais de 2018¹². Vale lembrar que essa tensa disputa de participação na renda nacional e capacidade de consumo encontra-se sob exponencial acumulação financeira especulativa, que induz nova lógica ao processo produtivo com inusitado avanço na pesquisa científica e tecnológica especiais, processos produtivos/automação, processos de trabalho, impensáveis avanços na informática em tempo real 24 horas por dia, novas relações de trabalho e cadeias produtivas globais que

se estendem aos profissionais autônomos de nível superior, pequenos e médios empresários etc. Todos sob o desafio empreendedor que Alvaro Garcia Linera refere como proletarianização difusa e potencialização da extração da mais valia. No topo dessa pirâmide habitam os donos pouco visíveis do grande capital – conglomerados e superconglomerados e seus executivos financeiros. Em contundentes entrevistas sob garantia de anonimato, a séria pesquisa do jornalista Joris Luyendijk retratou a ganância insaciável e respostas como: “jogamos roleta russa com a cabeça dos outros” e “enriquecemos estraçalhando clientes e concorrentes”. Por oportuno lembramos também o filósofo Byung Chul Han³:

“A sociedade do desempenho é feita de sujeitos do desempenho e produção, empresários de si mesmos sob o paradigma do desempenho e desejo de maximizar a produção. Homens e mulheres presos a uma autoexploração com sentimentos de liberdade. Sociedade geradora de depressivos e fracassados. O ‘nada é possível’ do deprimido vem do ‘nada é impossível’ da crença inculcada à sociedade. Ao transformar-se em máquinas de desempenho, as pessoas geram um esgotamento, um ‘enfarte da alma’ e uma ‘sociedade do cansaço’.”

Vale também lembrar a grande contribuição do economista e pensador John Maynard Keynes e sua escola, no âmbito da economia política, ao conceberem bases doutrinárias e operacionais de superação das crises catastróficas geradas pela acumulação ilimitada do capital: prescreveram investimentos públicos maciços em áreas estratégicas da produção de bens e serviços, redistribuição da renda, controle dos bancos, pleno emprego, previdência social etc. (as bases dos Ebes). Iniciaram na prática com o controle da grande crise de 1929 nos EUA (New Deal) e continuaram com a implantação dos Ebes na Europa principalmente após a II Guerra Mundial. Em 1930 Keynes, prevendo o grande avanço das tecnologias substituindo o trabalho humano, vaticinou que em 2030 todos poderiam consumir o suficiente e viver bem de maneira sábia e agradável. Acreditava que poderia ser evitada a produção explosiva de bens e serviços supérfluos, o consumo insaciável de ostentação e status e o trabalho desnecessário. Perante as realidades históricas do século passado, readequou sua utopia na direção de trocar o crescimento a qualquer custo e o amor pela riqueza, por um projeto que liberte as pessoas do trabalho estafante e produza justiça social, o que está bem refletido no livro “O quanto é Suficiente.”¹⁴

Entendemos que a hegemonia federal na implementação das políticas públicas constitucionais nesses 30 anos vem, por meio dos citados Ministérios ‘de Estado’,

induzindo ou impondo estratégias e táticas aos demais Ministérios, com execução orçamentária priorizando o mercado nos programas sociais:- essa é a política real, a ‘implícita’. Essa política hegemônica não é explicitada pelos demais Ministérios, que interagem cotidianamente com a população usuária, com o Legislativo, com os estados e municípios: esses Ministérios em suas áreas assumem, em regra, explicitamente, as diretrizes constitucionais e a legislação complementar e ordinária, apesar de, contraditoriamente, cumprirem as estratégias e prioridades postas pelos Ministérios ‘de Estado’¹¹. Não por outro motivo, nas áreas em que as três esferas de governo estão legalmente obrigadas a deliberar conjuntamente sobre a política ‘de Estado’ em órgãos colegiados, vez por outra, é usada a expressão política de Estado ‘federal’, um pacto federativo retrógrado.

Política pública de saúde no Brasil: questões e desafios

Retomando a política de saúde, destacamos a concomitância histórica nos anos 1980, de dois acontecimentos: a) do amplo e qualificado debate nacional que muito avançou no pacto social e até em alguns pilares de projeto de nação, que levou ao Título da Ordem Social na Constituição Federal/1988, incluindo o conceito e OSS, cabalmente inseridos no Ebes abordado na parte anterior, e b) a emergência internacional da globalização neoliberal. Observamos que o grande e vitorioso debate público de saúde nos anos 1980 aprofundou-se a partir dos anos 1990, porém foi se restringindo às instituições de saúde, aos Cosems, Conasems, Conass, às entidades do MRSB e ao interior dos Conselhos de Saúde, enfraquecendo-se perante as expectativas de ampliar-se para a estrutura sindical e demais entidades da sociedade civil, para o Legislativo municipal, estadual e nacional, para o Judiciário, para o Ministério Público etc. A sociedade viu-se perante o crescimento da capacidade estratégica e econômica da política implícita e real do Estado.

Simultaneamente os movimentos progressistas e populares, partidarizados ou não, revelaram dispersão, vista também sob os ângulos da crise de representatividade e da quase ausência de construção de espaços de participação democrática na construção de pactos sociais mais avançados e de projeto de nação. Incluo aqui a realização das diretrizes constitucionais e da legislação complementar e ordinária. Tudo aparentemente decorrendo, na prática, do Relatório do Banco Mundial para a saúde no Brasil de 1995, que propôs formalmente desacelerar a descentralização com acesso universal e equitativo

à saúde, e recomendou a ampliação dos planos privados, o copagamento em mercado interno no SUS, a focalização do SUS nos pobres e a limitação do acesso à tecnologia.

Ao longo dos 30 anos do SUS, a política explícita aderente às diretrizes constitucionais permanece contra-hegemônica e assumida pela “militância SUS”, entidades do MRSB, Conselhos de Saúde, Cosems, Conasems, Conass, Colegiados Intergestores, e parcialmente pelo MS (cada um no seu viés histórico e político), conforme já descrito na quinta política e estratégia na segunda parte deste texto^{4,10,11,12}. Também nessas três décadas, a política implícita, hegemônica, que implementa as quatro primeiras políticas e estratégias descritas naquela parte (financiamento, gestão dos recursos humanos, atenção básica, regionalização e outras), como políticas de Estado ‘federais’, permanece assumida pelos Ministérios ‘de Estado’ e pelas ‘maiorias’ legislativas do nosso ‘presidencialismo de coalizão’^{4,8,10,11,13}.

Cabe reconhecer que o incansável e permanente esforço da ‘militância SUS’, dos gestores descentralizados, e de pesquisadores, perante a grande inclusão social alcançada levou alguns analistas e gestores, desde o final dos anos 1990, a conclusões com razão efusivas, mas superdimensionadas sob o ângulo da real desconstrução/substituição do modelo tradicional pela simultânea construção do SUS^{4,10,11,13}. Por isso, algumas vezes as expressões o SUS está ‘apenas inconcluso, incompleto’ ou em ‘fase de consolidação’ podem equivocadamente ser interpretadas como estando em pleno curso a desconstrução do modelo tradicional, quando, ao contrário, essa ‘desconstrução’ vem sendo na prática, a construção da estratégia inculcada pelo Banco Mundial, que é a Cobertura Universal de Saúde, assumida pela nossa política de Estado ‘federal’^{4,10,11,13}. Essa estratégia nada mais é que a ‘costura’ sistêmica do disposto nas quatro primeiras políticas e estratégias imbricadas constantes na segunda parte deste texto, além de outras, abrangendo o *mix* público-privado. Este *mix* inclui os setores privados complementar e suplementar ao SUS, objetivando a produtividade por alguma ação de saúde por cidadão ao ano, mantendo nosso per-capita público um quinto a um sexto da média dos países com bons sistemas públicos e o per-capita total dos nossos 25% consumidores de planos privados, 4 a 6 vezes maior que o dos 75% que dependem só do SUS, com óbvia marginalização dos princípios da Equidade e Integralidade. Importante objetivo deste texto é o de contribuir para a análise e compreensão das bases estruturais anti-SUS, hegemônica e uniformemente desenvolvidas nos 30 anos do SUS, que precedem e condicionam os formatos dos avanços e recuos em todas as conjunturas e governos nesse período. Por isso creio que devemos cuidar para que as expressões ‘incompleto e inconcluso’ e ‘em consolidação’ não

contribuam para arrefecer a consciência do tamanho e complexidade dos desafios, e decorrentes estratégias para sua reversão no curto, médio e longo prazos.

Cabe por último, grande dúvida sobre como as análises críticas e buscas de rumos formuladas pelos técnicos e estudiosos do SUS e do MRSB têm sido debatidas e consideradas pela população, suas entidades, sindicatos, bem como sua representação nos conselhos de saúde. Carlos Roberto S. Corrêa, professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp) reforça o caráter decisivo da percepção, sensibilidade e potencial de participação efetiva da população, enquanto sujeito na construção do SUS. Por isso, segundo ele, *“deve estar claro o lugar de onde os técnicos e estudiosos falam quando se reportam à população em geral”*. Entendi esse ‘lugar’ enquanto escala de valores, projetos de vida e de cidadania, assim como transparência e acesso na comunicação social. Vejo esse ‘lugar’ alojado no intangível âmago do processo civilizatório, de onde brilha perene luz, mesmo nas trevas dos piores momentos históricos de cada sociedade e da própria humanidade (parodiando o diplomata Edgard Telles Ribeiro). Vejo também esse ‘lugar’ no âmbito dos valores civilizatórios perenes, que segundo Alvaro Garcia Linera *“impelem a humanidade na construção e assunção de um sentido comum para a vida, um horizonte que contemple o sentido do bem comum: natureza, ar, água, conhecimento, trabalho, educação, saúde etc., e também a fé na sociedade e nas pessoas; uma crença em nome da qual vale a pena dedicar nosso tempo e esforço. Assim, a política deve ser fundamentalmente a construção e encontro de um sentido comum, de uma ideia compartilhada de convencimento e articulação. Torna-se imprescindível na ação política, que os recursos públicos, por isso comuns, sejam integralmente alocados na realização dos bens comuns e não para a salvação ou expansão dos bens privados e bancários”*. Cito por último Frei Betto:

“Não somos trilobitas. Somos humanos dotados de capacidade de imprimir ao tempo, caráter histórico e, à história, um sentido”.

Mesmo sob suspeição de saudosismo, finalizo este texto propondo o delicado e desafiante esforço de realizar a formulação de pontes entre as militâncias pela democratização do Estado: nos anos 1980 e nos dias de hoje, duas conjunturas tão diversas como igualmente mergulhadas no processo civilizatório, mais visível nos prazos médio e longo. Temos pela frente os desafios da ampliação e da qualificação dos debates na sociedade e no Estado pelo desenvolvimento socioeconômico, pelos direitos universais de cidadania, por projeto de nação que atrele de vez estratégias de desenvolvimento

econômico ao distributivismo justo, e por pactos e conquistas sociais por aproximação. Nesse sentido, pela democratização do Estado com efetiva descentralização no pacto federativo, idem no processo eleitoral e na representatividade. Estão diante de nós, além das entidades da sociedade, mais e menos corporativas, a estrutura sindical, as comissões da área social e saúde do Legislativo (municipal, estadual e nacional), e o mesmo no Judiciário e Ministério Público. Em síntese, a recriação para hoje dos corações e mentes dos anos 1980 plenos de futuro.

Referências

1. Bastos PPZ. O que é Austeridade? E Por que os Neoliberais a Defendem? Carta Capital. 2017 Ago 8. www.cartacapital.com.br
2. Bastos PPZ, Belluzzo LG. Uma Crítica aos Pressupostos do Ajuste Econômico. 2016. [acesso em:], Disponível em: <https://www1.folha.uol.br/ilustrissima/2016/10/1820798>
3. Byung Chul Han. “Sociedade do Cansaço”. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2015.
4. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - Debate. Relatório Final Encontro: “Futuro dos Sistemas Universais de Saúde: Portugal, Costa Rica, Inglaterra, Canadá e Brasil” – 2018.
5. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Regionalização da Saúde – Posicionamento e Orientações – 2019.
6. Joaquim Guilhoto (Econ.USP e OCDE) e Paulo C. Moreiro (Econ.USP) – Folha de S.Paulo, Mercado, Erica Fraga e Flavio Lima – 14/04/2019.
7. Leite RCC. – Brasil “Cantando Galinha” – Folha de S.Paulo, Tendências/Debates – 14/04/2019.
8. Oliveira FS, Santos IS, Reis CO, et al, Organizadores Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: como as políticas Sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no Mundo. Rio de Janeiro: Cebes; 2018.
9. Organização Mundial da Saúde. Comparação de Financiamento e Custos Públicos e Privados – Estatísticas Sanitárias Mundiais.

10. Organização Pan-americana de Saúde Brasil. 30 Anos do SUS: Que SUS para 2030? Relatório Final Seminário; 2018.
11. Paim JS, Temporão JG, Penna GO. Trinta Anos do SUS: 30 anos de Luta. Ciênc Saúde Colet. 2018; 23(6):1704.
12. Piketty T, Morgan M em Laura Carvalho – Folha de S. Paulo, 25/04/19.
13. Santos NR. Conjuntura Atual: Instigando a Busca de Rumos e o que Fazer. Saúde em Debate. 2017; 41(113): 353-364.
14. Skidelsky, Robert e Edward – “Quanto é Suficiente?” – Editora Civilização Brasileira
15. Vieira, Oscar Vilhena - Folha de S. Paulo – 14/10/2018