

SUS: DA METÁFORA AOS PINGOS NOS ÍS

A Metáfora

1º Comentário - Os Obstáculos Estruturais

2º Comentário – A Armadilha

3º Comentário - A Grande Inclusão Social e seu Preço

4º Comentário – O Rumo Real

5º Comentário – Que Estado é Esse?

6º Comentário – Tendências e Questões Atuais

7º Comentário – Impasses e Desafios em nosso País

Resgate do SUS: Uma Proposta Pontual Inicial.

Texto para debate: apresentado à mesa “Desafios da Seguridade Social: Saúde” do Seminário Desafios do Desenvolvimento Brasileiro – Econômico e Social no IE/UNICAMP.

Nelson Rodrigues dos Santos

19.03.2013

A Metáfora

Singra no mar um grande barco: repleto de passageiros e impulsionado por muitos remadores, metade em cada lado e um grupo de comando. Há o acerto e compromisso inicial entre passageiros e a tripulação sobre o objetivo e o conseqüente rumo a ser mantido. Com o passar do tempo, parte dos passageiros e tripulação vão sentindo que o objetivo inicial vai perdendo visibilidade no horizonte, tornando-se menos realizável, em detrimento das necessidades e anseios de todos. Porém o rumo é aparentemente mantido e com esforço crescente, muitas vezes extenuante da tripulação.

Com baixo acesso a referenciais externos, não percebem que o grande barco vai desviando, em média, imperceptíveis 5% ao ano, sempre para o mesmo lado, e que nos primeiros dez anos já desvia 50% do rumo inicial. Parte crescente dos passageiros e tripulação, de acordo com suas posses e poder de pressão vai contemplando suas necessidades e anseios com oferta de outros barcos, sem contudo abandonar o grande barco com o que ele oferece.

Apesar da incapacidade cada vez mais evidente de realizar e avançar no compromisso inicial, persiste entranhado esforço da maioria dos passageiros e tripulação de manter o rumo inicial. Em parte pelos valores dos direitos humanos e do processo civilizatório que inspiraram o compromisso inicial, e também em parte, porque foram percebendo que não lhes cabiam as causas maiores do desvio: elas acabaram por se revelar na estrutura do leme e de parte dos remos, cuja responsabilidade e objetivos foram sendo descobertos em estaleiros e controles sob um comando maior, acima da população do grande barco, inclusive do seu grupo de comando. Mais ainda, foram também descobrindo que:

- a) Somente as forças somadas das tripulações e passageiros de muitos outros grandes barcos de objetivos e rumos iniciais similares, são capazes de reestruturar o dito comando maior, e b) Continuar persistindo nas tentativas de implementação do objetivo e rumo inicial, com o mesmo esforço extenuante em respeito às necessidades e direitos da população do grande barco, resulta em imprescindível acumulação de experiências, saberes e forças, decisivas para manter acesa a chama da retomada e efetivá-la.

Ousamos essa metáfora para destacar a importância estratégica de ser assumida com toda transparência e extensão o que está realmente acontecendo com os rumos dos SUS. O leme e remos criados e voltados para outro rumo, correspondem a grandes obstáculos estruturais à implementação dos princípios constitucionais, ao mesmo tempo em que compelem para outro rumo.

1º Comentário: Os Obstáculos Estruturais

Lembramos quais são os nossos grandes obstáculos estruturais: o drástico sub-financiamento federal que rebaixa drasticamente o financiamento público dos serviços públicos de saúde, com consequentes e graves desinvestimentos, as polpudas e crescentes subvenções públicas aos serviços privados no mercado desde os anos 90, o arcaísmo do gerenciamento público na prestação de serviços, a drástica precarização das relações e gestão do trabalho público, a estrutura do custeio da prestação de serviços assistenciais privados complementares com remuneração por produção mediante tabela de procedimentos anacrônica, desarticuladora do modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população e altamente desperdiçadora de recursos, e por final os repasses federais aos municípios e estados, pulverizados em mais de 230 procedimentos e seus “mini-valores” negociados um a um, verticalmente com cada município e estado, cuja lógica guarda similitude com a da tabela de procedimentos e valores para compra no setor privado complementar e por isso, também anacrônicos e inibidores/desarticuladores dos esforços de planejamento/orçamentação ascendentes, orientados para as necessidades e direitos em cada realidade local, municipal e regional. A estrutura do “nosso leme e parte dos remos” são esses obstáculos com todos seus desdobramentos político-administrativos, verdadeiro cipoal, suficientemente descrito, comprovado e objeto de inúmeros livros, artigos, textos e teses nacionais, respaldados por riquíssima literatura internacional em torno dos sistemas de saúde universalistas com base nos direitos sociais. Em recente texto: “SUS, Política de Estado: seu Desenvolvimento Instituído e Instituinte, o Direito Sanitário, a Governabilidade e a Busca de Saídas” (versão de 22.11.2012), tencionamos contribuir para esse debate com mais dados e informações e agora, ousar a metáfora.

2º Comentário: A Armadilha

Destacamos que essa estrutura impede desde 1990 o desenvolvimento de forte rede de AB com suas UBSs e ESF atuando com alta resolutividade (85 a 90%) nas ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde, no diagnóstico e tratamento precoces e no cuidado continuado aos crônicos e aos egressos da assistência especializada e hospitalar, com fácil acesso para todos em cada realidade comunitária, municipal e regional.

A interligação adequada com as atuais UPAs, AMEs, AMAs, Policlínicas, PSs, serviços assistenciais mais especializados e tecnificados em todo o sistema, seria decorrência natural, totalizando o sistema público integrado e único, e o modelo seria o das necessidades e direitos da população à saúde. Mas esta implementação vem sendo não só impedida pelas estruturas referidas, como substituída pela implementação de outro modelo, o da oferta e do atendimento da demanda por procedimentos, que viabiliza a predominância dos interesses do mercado na saúde. Neste modelo da oferta os interesses privados hospitalares, ambulatoriais

especializados e de diagnose e terapia predominam largamente sobre os públicos, através dos serviços privados complementares contratados e conveniados pelos governos e que por sua vez tem seu interesse crescentemente voltado para o credenciamento pelas empresas de planos privados de saúde, em toda a história do SUS. A predominância do interesse público que a duras penas ocorre na Atenção Básica à Saúde, é drasticamente limitada pelas baixíssimas cobertura e resolutividade impostas pelos obstáculos estruturais já referidos, em escala muito aquém da possibilidade de impactar e reordenar o conjunto do sistema. Inexperiência, ingenuidade e algum basismo, levaram à armadilha de centrar a construção da Integralidade e Equidade, na estratégia incremental de baixo para cima; da Atenção Básica à Alta Complexidade Assistencial. Ledo engano. Na realidade, os obstáculos estruturais, bem além de obstáculos, acumulam desde os anos 90 o significado e a inteligência de elementos estratégicos de construção de outro modelo e sistema de saúde que abordaremos mais no 4º Comentário.

3º Comentário: A Grande Inclusão Social e seu Preço

Essas estruturas impeditivas da estruturação do SUS, no entanto, não impediram a inclusão de quase metade da população antes excluída, sem direito a qualquer serviço de saúde, pelo simples motivo do seu objetivo cingir-se à realização e expansão do modelo da oferta e do mercado, inclusive da reserva de expansão desse mercado. A grande inclusão, apesar da predominância desse modelo, repercutiu positivamente na média nacional de vários indicadores de saúde como: intensificação da queda da mortalidade infantil, na queda da incidência da tuberculose, alguma queda da mortalidade precoce por doenças crônicas em algumas regiões, na elevação da cobertura vacinal, no controle da AIDS e na multiplicação de centenas de experiências positivas do SUS no território nacional, de baixa consolidação e expansão, mas de alta adesão e ressurgimento, que no conjunto muito contribui para manter viva a chama das idéias-força dos princípios do SUS entre os usuários, trabalhadores de saúde, gestores descentralizados setores acadêmicos das ciências da saúde e outros. Essa repercussão representa alguns passos adiante na consciência e respeito ao direito humano a saúde. Não por outro motivo, já em 1.996, durante complexo e angustiante debate em plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde sobre as tendências predominantes das práticas no SUS, o equacionamento iniciou-se a partir do bordão lançado por Elias Antonio Jorge: “Onde dá SUS, dá Certo”. Por outro lado, essas mesmas estruturas, na média nacional, conferem à Atenção Básica baixíssima resolutividade e delimitando-a efetivamente aos pobres (30 a 40% da população) o que a desvia do rumo de vir a ser porta de entrada do sistema, passando para o rumo da assistência focal e compensatória com finalidade própria e não sistêmica. Por consequência, a população volta-se diretamente para os serviços de urgência, de consultas especializadas e exames diagnósticos, o que os torna extremamente congestionados, por isso, de qualidade piorada e elevadíssimos índices de repressão

de demanda. Porém, cumpridores de uma lógica de oferta que se afasta dos princípios do SUS da Integralidade, da Igualdade e dos direitos universais. Este modelo é agora “aprimorado” pela lógica do produtivismo e do “moderno” gerencialismo remunerados por produção, também com finalidade própria e não sistêmica. No país: a) por volta de 13 milhões de hipertensos sem acesso sistemático a serviços oportunos: temos 28,7% de óbitos em AVC antes dos 65 anos (no Canadá são 8,63%); b) por volta de 90 mil cânceres diagnosticados sem acesso oportuno à radioterapia, com espera média de 4 meses (2,5 meses para quimioterapia); c) mortalidade por câncer cérvico-uterino de 12,5/100 mil: (no Canadá é 2,5); d) a nossa sobrevivência do câncer oscila entre 2 e 4 anos (nos países com bons sistemas de saúde está entre 12 e 16 anos). Em situação similar encontra-se a assistência às demais doenças crônico-degenerativas e tantas outras. No município de São Paulo, em outubro/2012, as 660 mil consultas especializadas agendadas estavam com esperas entre 1 mês e 18 meses, e os exames diagnósticos entre 2 meses e 24 meses.

Este quadro não tem como ser revertido, por mais que seja investido no modelo da oferta e atendimento de demanda, porque são intervenções sempre tardias, de custo maior, de elevado desperdício, elevadíssimo sofrimento da população e grande tensão e angústia dos gestores descentralizados, profissionais e demais trabalhadores de saúde: a inabdicável assistência dos casos mais graves e urgências requer inclusive financiamento adicional de complementação de valores da tabela tentando, em vão, satisfazer essa demanda, o que leva à subtração maior no financiamento da proteção nas situações de risco, do diagnóstico precoce e do agendamento eletivo; que por sua vez gera novos casos mais graves e urgentes. A espetacular inclusão social expressa no ano de 2011, em 3,4 bilhões de procedimentos ambulatoriais gerais e especialização incluindo 480 milhões de consultas médicas, em 10,5 milhões de sessões de radio quimioterapia, 98 mil cirurgias oncológicas, 282 mil cirurgias cardíacas, 21 mil transplantes, 500 milhões de exames laboratoriais, 90 milhões de diagnósticos de imagem, 11 milhões de internações, ações permanentes de vigilância epidemiológica, ambiental, do trabalho, de produtos e outros serviços, por 2 milhões de trabalhadores de saúde, em 64 mil estabelecimentos de saúde, quantidades de conquista irreversível, mas que deve à população e a si mesma, a ruptura com o modelo da oferta e assistência à demanda espontânea, para finalmente construir o modelo com base nas necessidades e direitos da população.

4º Comentário: O Rumo Real

Revertendo as expectativas sociais geradas nos anos 80, a implementação do SUS balizada pelos obstáculos estruturais referentes ao modelo da oferta, levou classes médias, inclusive as categorias dos trabalhadores do setor privado e público e sua organização sindical, a aderirem aos planos privados, representando a quase totalidade dos 25% da população nacional que são os consumidores nesse mercado.

Até entre os mais pobres da população já se inicia a opção: dos 10% mais pobres, 3,9% usavam serviços privados em 2003, que passou a 6,9% em 2008 (desses serviços, 80% eram planos privados). Na outra ponta da sociedade, dos 10% mais ricos, cresce opção pelo SUS: 12,8% deles optaram em 1.998, 14,9% em 2003 e 16,8% em 2008, certamente para os serviços públicos assistenciais de maior custo e especialização técnico-científica, a maior parte geridos por entes privados com duas portas de admissão: para o “SUS” ou para o “particular” (planos privados e prática liberal). Essa lógica ou racionalidade assistencial vem sendo organizada há mais de duas décadas por uma política real de Estado que o caracteriza como aparelho criador de mercado na saúde, valendo-se dos obstáculos estruturais por ele criados ao SUS, promovendo o avanço do modelo da oferta e atendimento por procedimentos, da demanda espontânea. Nessa trajetória, a política de Estado vem compelindo os governos a desconsiderar vários dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, e na própria Constituição, o art. 199 pautando os art. 196/197 e 198, ao contrário do disposto no conjunto da Seção Saúde. Não foi também por acaso, que nos três primeiros anos da década dos 90, com a sociedade ainda mobilizada pelos direitos de cidadania, foram debatidas e apuradas com grande participação, três Leis básicas e coerentes com o SUS: a 8080/90, a 8142/90 e 8689/93, o contrário acontecendo nos três últimos anos da mesma década, com aprovação sem participação da sociedade, das Leis 9656/98, 9637/98, 9790/99 e 9961/00 que dispõem sobre os planos privados, sua regulação, e a criação das OS's e OSCIP's, fechando a década com a 101/00 e a EC-29. Estas últimas, ao lado de aspectos positivos, limitam drasticamente a expansão do quadro de servidores municipais para o SUS e obrigam o financiamento do SUS com base em porcentagem da arrecadação só aos municípios e estados, mantendo a esfera federal somente com a variação nominal do PIB, que significou continuar retraindo a sua contrapartida. Não se trata pois, de pressões casuísticas de uma ou mais empresas de planos privados em busca de desonerações tributárias e investimento público em seus hospitais credenciados, por parte de determinado governo, mas sim de política de Estado de implementação crescente que atravessa todos os governos desde os anos 90. Não é exagero a comparação do rumo real com uma corruptela de americanização do nosso sistema de saúde, que pode ser decodificada em Atenção Básica pobre para os pobres e assistência de média e alta complexidade de elevadíssima repressão de demanda aos pobres, e complementar aos consumidores de planos privados mais caros. Entre os inúmeros estudos nos últimos anos, a comparação de corruptela de americanização do nosso sistema de saúde está exposta de forma muito inequívoca nos recentes doutorado de Ivan Batista Coelho e mestrado de Felipe Monte Cardoso, a partir de consistentes análises respectivamente da evolução do parque hospitalar brasileiro e do capitalismo dependente brasileiro.

5º Comentário: Que Estado é esse?

Se temos um Estado que há 25 anos vem formulando e desenvolvendo com inequívoca competência, complexas estratégias de desvio de rumo de política pública amplamente debatida e constitucionalizada de forma completa, e que vem atravessando todos os governos democraticamente eleitos, cabem as indagações:- onde e como se realiza essa política de Estado, acima dos governos? - que Estado é esse? Uma forte pista para alçarmos aos ângulos de onde enxergaremos respostas está no relatório do Banco Mundial de 1.995, sobre Política de Saúde no Brasil, de onde destacamos as recomendações: a) Não descentralizar com acesso universal e equitativo porque não haverá financiamento governamental, e b) Rever a Constituição para: recentralizar, fugindo da corrupção nos municípios, estimular o co-pagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos, estimular a ampliação de planos e seguros privados, focalizar os serviços públicos nos pobres, e limitar a tecnologia ou o acesso à tecnologia.

1º ângulo: Ladislau Dowbor (PUC-SP), lembra-nos a lógica por traz das grandes empresas comprando-se umas às outras e assumindo o controle de cadeias produtivas, com poder econômico, político e cultural maior que o PIB e Estados de muitos países. Divulga em recente artigo, pesquisa do conceituado Instituto Federal Suíço de Pesquisas Tecnológicas de Zuríchi, com 31 prêmios Nobel, ao nível de excelência do M.I.T. de Boston. Trata-se de extensa e sofisticada pesquisa a partir do Banco de Dados Orbis/2007, que analisou 30 milhões de empresas e selecionou 43 mil corporações que controlam cadeias produtivas a serem pesquisadas. Foi identificada a Rede de Controle Corporativo Global, gigantesca estrutura onde grande parte flui para núcleo central com forte articulação de instituições financeiras e corporações, e que controla o conjunto de corporações e empresas transnacionais em escalas variadas. Nesse núcleo central, 737 dos principais atores acumulam 80% do controle do valor de todas as empresas transnacionais. Esse poder de controle é dez vezes maior que o controle esperado só pelas suas riquezas, o que sugere inusitado peso de sólida e especial inteligência analista, formuladora e articuladora de estratégias ao nível macropolítico e macroeconômico. Sob outro enfoque, 147 empresas transnacionais controlam quase 40% do valor econômico da totalidade das transnacionais no mundo: verdadeira “super-entidade” na rede global de corporações, onde ¼ desse núcleo consta de intermediários financeiros. Em outras palavras, menos de 1% dessas empresas controlam 40% de toda a rede. A maioria esmagadora é de grupos europeus e norteamericanos. Várias políticas de Estado são diretamente decorrentes desse poder e dessa lógica, como a redução de impostos aos mais ricos, a liberação do financiamento das campanhas eleitorais às corporações (USA), o dismantelamento da legislação que obriga as instituições financeiras a fornecer informações, a elevação dos

preços de commodities, a barreira ao controle dos paraísos fiscais, etc. Ficou constatada ao final, a permanência da tendência e conflito gerados pela dominação dos sistemas especulativos, uma deformação estrutural do sistema global.

2º Ângulo: Saul Leblon (Carta Maior). J. Carlos de Assis (UEPB), Maria O. Pinassi (UNESP), Eduardo Fagnani (UNICAMP), Amir Khair (Consultor) e outros, considerando o já reconhecido “salto” nos anos 80, da hegemonia do sistema financeiro especulativo na acumulação capitalista e conseqüente captura do crédito, financiamento e juros, expõem análises que ousamos, sem consultá-los, resumir a seguir: a) Os Tesouros Nacionais dos Estados passam a alimentar dívidas públicas crescentes por meio da “financeirização dos orçamentos públicos” e do desmonte das políticas públicas de bem estar social, além de novos limites à autonomia para o desenvolvimento, b) Como garantia aos credores da dívida pública, aos bancos e ao próprio sistema financeiro, os Estados assumem a “autonomia” dos bancos centrais e metas sagradas: fiscais, de inflação, de superávit primário, de câmbio flutuante e de austeridade nos gastos sociais e de investimentos, cuja rigidez aumenta dos países capitalistas centrais para os em desenvolvimento e os do capitalismo periférico, c) No Brasil, lances impactantes da grande crise global de 2007/2008 deram início não por acaso, uma década antes: em 1.995 os encargos da dívida pública que já ocupavam 18,7% do Orçamento Geral da União – OGU, restando 47,7% para o conjunto Saúde, Educação, Saneamento, Segurança Pública, Habitação, Cultura, Justiça, Transporte, Energia e Defesa Nacional, saltou para mais de 36% em 1.997, empatando com o citado conjunto, e em 2005 já ocupavam 42,4% do OGU, restando somente 26,4% para o conjunto. Em 2010, no OGU de R\$ 1,41 trilhão os encargos da dívida já ocupavam 44,9%, restando 3,9% para Saúde, 2,8% para Educação, 0,5% para Segurança Pública, 0,7% para Transporte e 0,04% para Energia. Em 2012 os encargos foram para 47,1% do OGU, onde só de juros aos credores foram R\$ 208 bilhões, d) Com a crise de 2007/2008 os Estados europeus injetaram 4,5 trilhões de euros nos bancos e continuam se endividando para manter o sistema financeiro: os 100 bilhões de socorro à Espanha somam-se agora na dívida do Estado espanhol, após o mercado financeiro ter levado 250 bilhões de euros da economia espanhola no primeiro semestre de 2012, e) Além desses monumentais fluxos drenados ao sistema financeiro especulativo, crescem geometricamente os fluxos “sujos”, incluindo a sonegação fiscal, dos países em desenvolvimento aos paraísos fiscais, “off shore” e bancos suíços, que “lavados” vão para os bancos ocidentais, estimados em 2010, em 859 bilhões de dólares, 10 vezes mais que as ajudas internas diretas, f) Não há como não ser lembrada a legitimidade e força do poder de Estado nas democracias com eleições constitucionalmente livres, enquanto representação delegada e em tese, controlada pela sociedade. Até que ponto e

em circunstâncias o poder econômico, político e cultural inerente à rede corporativa global e à lógica do sistema financeiro especulativo, vem substituindo a legitimidade, a força e o concerto dos Estados e Nações, no desenvolvimento da globalização e de cada nação? e g) Nas estruturas de poder de Governo, onde residem as estruturas permanentes de poder de Estado direta e estrategicamente articuladas à organicidade dos segmentos sociais dominantes e/ou hegemônicos, perpassando governos e coligações partidárias? Que circunstâncias sociais e históricas propiciam Governo Estadista?

6º Comentário: Tendências e Questões Atuais

Estão se avolumando projeções e especulações de várias origens, em torno da visão de anunciado colapso da radicalidade mercadista neoliberal: até no recente Fórum Econômico de Davos (Jan/2013), foi divulgada a pesquisa “Riscos Globais”, figurando nos primeiros: insustentabilidade da dívida pública e disparidade de renda (só nos EUA, nos últimos 10 anos, os 1% mais ricos cresceram em 11,6% enquanto os restantes 99% cresceram em 0,2%). A comissão Européia (representantes dos países membros), esboça proposta de reforma do sistema financeiro europeu, colocando para os investidores e credores o ônus dos riscos por eles assumidos e o resgate das instituições financeiras de prazo longo e início em 2015, se for viabilizada (até o momento, com oposição da Alemanha). Por outro lado, apesar da complexidade e seriedade dos impasses econômicos, políticos e culturais, os desafios de formulação de imagem de futuro não podem desconsiderar que a sinalização mais palpável é ainda a construção em países europeus e outros, no decorrer do século 20, de sociedades e Estados de bem estar social com alto grau de igualdade de oportunidades, com aparente regressão após 2007/2008 em alguns países como Irlanda, Grécia, Portugal, Espanha e mais recente, a Itália. Questões ainda pendentes: a) Há alternativa histórica para regulação firme por meio de Estado democratizado e construção do bem estar social? e b) As correntes progressistas incluindo a esquerda, devem pautar-se no ideário da justiça social e igualdade de oportunidades, pela via da democracia política e democratização do Estado? - Há necessariamente espaço efetivo de lutas na via institucional, em especial quando constituída unidade entre sindicatos, movimentos sociais e de massas, e as áreas político-parlamentar e político-partidária, mas sempre levando em conta o controle histórico da autonomia do nosso desenvolvimento capitalista pela hegemonia do capital dependente? Deve também ser considerado que o Estado, quando em efetivo processo de fortalecimento social e democrático, pode ocupar espaços crescentes na atual economia, valendo-se de fundos públicos em grande escala: infraestrutura, universalização de serviços essenciais, reordenação ambiental, etc. De qualquer forma parece não haver ainda ao nível global e em nosso país, prospecções de médio e longo prazos acerca do “fôlego” do capitalismo, particularmente dos desdobramentos das contradições entre a especulação e a

produção, e entre o Estado protetor da hegemonia especulativa ou do bem estar social.

7º Comentário: Impasses e desafios em nosso país.

No Brasil, por conta da forte pressão do mercado financeiro valendo-se inclusive do “fantasma inflacionário”, medidas impostas como: elevação do crédito para compras, maiores exigências para os bancos emprestarem, elevação da taxa SELIC em 2011, maior carregamento das reservas cambiais, elevação dos gastos públicos com juros, etc., elevam a atração de mais capital especulativo. No atual contexto das sociedades contemporâneas ancoradas na propriedade privada dos meios de produção, liberdade de investir e gerar empregos e privilegiando inovações em capitalismo não esgotado (como a nossa), o conservadorismo, incluindo o ideologizado à direita, força o Estado máximo para maximizar o sistema financeiro especulativo com ganhos de capital a juros: só em 2012 os interesses e poderes envolvidos corresponderam a R\$ 2,4 trilhões girados pelos fundos de aplicações financeiras no país. Por outro lado o progressismo, incluindo o ideologizado à esquerda, não vem conseguindo produzir debate coletivo, unitário e amplo, visando a necessária força social e política para formular e viabilizar outros rumos no atual contexto. A grande inovação é a inclusão social (programas de transferência de renda) no mercado de consumo interno, incluindo o mercado de serviços no campo dos direitos humanos para amplos segmentos antes excluídos, ainda que simultânea ao crescimento da dívida pública e ao enriquecimento proporcionalmente várias vezes maior das velhas e novas elites, mantendo o espectro entre as sociedades mais desiguais. Em termos de renda per-capita, o Brasil precisa crescer 5% anuais até 2030, para chegar ao nível de Portugal de hoje. Exemplos de medidas voltadas para a sociedade e para a nação: a) Derrubar os juros bancários de 96% anuais para perto de 10% (medida nos países emergentes), o que dobra o poder de compra e derruba o endividamento público e privado, b) Trazer a taxa SELIC ao nível da inflação, o que gera fôlego fiscal para as políticas públicas universalistas voltadas aos direitos humanos e de cidadania, e para as desonerações tributárias complementares e/ou estratégicas para o desenvolvimento econômico e social, e programas sociais, e c) Cambio por volta de 2,5, o que devolve poder competitivo às empresas. De qualquer forma, aparentemente não há ainda em nosso país, sinais de formulação de alternativas de cadeias produtivas autônomas em relação à hegemonia especulativa, e tanto o processo produtivo como o especulativo parecem somar-se contra as medidas tímidas e iniciais em relação ao câmbio e juros, que muito discretamente apontam para sairmos do capitalismo dependente.

Resgate do SUS: Uma Proposta Pontual Inicial

A Intenção neste último capítulo é destacar, neste momento sócio-político, a oportunidade de criação e oferta de elementos para mais espaços de formação de consciência social e mobilização por política pública de cidadania na saúde, de qualidade para todos, além dos já exercitados nos pleitos por atenção à saúde: movimentos sociais de moradores, de aposentados, das mulheres, das religiões, das várias minorias, das categorias classistas e sua estrutura sindical, das autoridades e direções governamentais do Executivo, Legislativo, Judiciário, MP e vários outros. Proposta: valendo-se de uma das diretrizes constitucionais até agora pouco ou nada implementada, a Regionalização, apesar do disposto nos recentes Decreto 7508/2011 e Lei 141/2012.

Porque não ser iniciada desde já uma especial abordagem com a população de algumas regiões representativas da grande diversidade nacional, mais adequadamente concebidas e delimitadas, contendo em seu território capacidade instalada nas várias complexidades e densidades tecnológicas em saúde? Abordagem essa, acerca dos marcos operacionais e conceituais que tocam diretamente os anseios e a consciência das necessidades e direitos em saúde... Como essa abordagem pode ajudar ou apoiar o desenvolvimento dessa consciência para uma atenção integral – outra diretriz constitucional – que só pode ser realizada na região de saúde e não em cada município? Em outro ângulo decisivo, como atrair as expectativas e adesão da maioria da população regional, ampliando o debate para a qualidade, acolhimento, resolutividade e responsabilidade? E, desdobrando esse ângulo, o reconhecimento das necessidades e direitos do pessoal de saúde envolvido, quanto aos direitos trabalhistas, às condições de trabalho inabdicável quanto a oportunidade de se sentirem reconhecidos e participantes da realização de serviços dignos para a população, sem o que, seu vínculo e fixação permanecem inexigíveis. Para que essa abordagem seja o mais adequada e permanente quais seriam os papéis dos gestores (CIR), dos CMS, das entidades e movimentos sociais, dos formadores de opinião, do legislativo municipal? Como essa abordagem não ficar refém de um “nivelamento por baixo”, com base no prosseguimento do acentuado sub-financiamento e exigências burocrático-racionalizadoras, que mais desacreditam do que implementam a Regionalização, a Integralidade, o Decr. 7508/11 e a Lei 141/12?

Como vislumbrar um “nivelamento por cima”, com mobilização da sociedade na região com metas e prazos concretos de elevação do financiamento (investimento e custeio), com avanços estruturais no gerenciamento público da prestação de serviços, e com participação social mais efetiva na formulação de estratégias e controle social?

Um “start” concreto: a partir de uma consistente e atualizada pesquisa da evolução do parque hospitalar brasileiro, Ivan B. Coelho conclui ao final do seu doutorado, que para implementarmos nossos rumos constitucionais na saúde, precisamos investir pesado, em prazo curto, em rede pública regional, hospitalar e de ambulatorios de especialidades, de qualidade e de eficiência gerencial. Seriam por volta de 200 hospitais públicos, 500 ambulatorios de especialidades e 600 unidades de pronto atendimento, além da rede atual existente, os primeiros geridos preferentemente pelos Estados. Simultaneamente ao crescimento dessa retaguarda, será decisiva a ampliação e qualificação da Atenção Básica, fixação das equipes, universalização da cobertura e efetivação das linhas de cuidado. Mais inédita que essa mensuração, é a possibilidade concreta de ser realizada em 8 (oito) anos, e mais inédita ainda: com empréstimos do BNDES nos moldes dos realizados com a Petrobrás, e/ou com porcentagem pequena dos montantes advindos das privatizações das estatais. Acrescentamos em relação ao BNDES, nos moldes também dos realizados com os Hospitais mais complexos, de grande porte, privados sem fins lucrativos. Este financiamento pode efetivar-se desde já, convivendo na esfera federal, com a política de Estado de subfinanciar o SUS e subvencionar o mercado, isto é, implementar uma “corruptela de americanização”, afastando-se do “modelo europeu” (países europeus, Canadá e outros com toda a diversidade entre eles).

Na sequência do “start”: deverá encontrar-se em estágio mais avançado a mobilização pela elevação do financiamento do SUS, que não deverá manter-se nos mínimos constitucionais incluindo para a União o mínimo de 10% da RCB. A guiza do que vem ocorrendo com os municípios, os Estados, DF e União deverão ultrapassar os mínimos em função do custeio, da elevação da capacidade instalada pública e dos reinvestimentos.

Gilson Carvalho fez oportuníssima estimativa para o financiamento do SUS, caso as esferas federal e estadual assumissem em 2011 o mesmo esforço municipal de ultrapassar seu mínimo de 15% dos seus impostos, hoje por volta de 22% em média: o federal teria alocado ao SUS naquele ano, R\$ 157,5 bilhões e não os 72 alocados, e os estados teriam alocado R\$ 63 bilhões e não os 40 alocados. Assim, as três esferas juntas teriam alocado em 2011, R\$ 262 bilhões, 70% a mais que os 154 alocados. Por que somente os municípios? Somente os 10% da RCB federal, significa passarmos de 385 para 550 dólares públicos per-cápita/ano (padronizados pelo poder de compra), enquanto os 15 países com melhores sistemas públicos de saúde disponibilizam 2.530, e o Uruguai, Argentina e Costa Rica, entre 480 e 750. Por isso, como um dos suportes as necessárias mobilizações pelo SUS, não há como não se comprometer com metas de médio prazo para passarmos por etapas, de U\$ 385 per-cápita para U\$ 800, de 3,7% do PIB em recursos públicos de saúde para 5,5%, e dos atuais 44% públicos nos gastos totais com saúde, para 60%. Essas metas propostas, ainda muito aquém dos respectivos US\$ 2.530,00, 71% e 75% praticados em média pelos 15 países com os

melhores sistemas públicos de saúde, mas apontando seguramente no rumo desses sistemas.

Para finalizar a proposta de abordagem e suporte para mobilização da população na região de saúde, pensamos no potencial de oportuna contribuição, que seria cotejar os gastos atuais somados das três esferas de governo na região, com estimativas de custos da atenção integral à saúde para essa população, universal, equitativa, resolutiva e acolhedora (seguramente factíveis com os dados disponíveis). As forças sociais e políticas definiriam as estratégias e etapas.