

O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda

Eugênio Vilaça Mendes¹

¹ Consultor em Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Consultor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Resumo

Os avanços do SUS nos seus quinze anos de vida são inegáveis. Construiu-se um sólido sistema de serviços de saúde que presta bons serviços à população pobre de nosso país, mas há problemas a solucionar. O principal é saber qual SUS se está construindo. Há uma enorme distância entre o SUS constitucional, um sistema público universal para todos os brasileiros, e o SUS real, um espaço público para os pobres que convive com dois sistemas privados, o de atenção médica suplementar e o de desembolso direto. O problema é que o SUS, enquanto segmento para os pobres, será um sistema subfinanciado e de baixa qualidade, pois os pobres não conseguem articular seus interesses e vocalizá-los politicamente. Esse dilema seminal do SUS deverá ser respondido pela sociedade brasileira ao fazer sua opção entre valores solidaristas, como as sociais democracias européias, e valores auto-interessados, como a sociedade norte-americana. O SUS apresenta uma série de problemas de organização: o foco na gestão da oferta, a concepção hierárquica do sistema, uma normativa abundante e inadequada, a responsabilização difusa, a heteronomia municipal, a fragilidade regulatória, a crise hospitalar e a baixa qualidade da atenção primária à saúde. Essa problemática deve ser enfrentada por meio de um conjunto de medidas que envolvem o foco na gestão da demanda, a concepção horizontal da atenção à saúde, uma nova normativa enxuta e eficaz, a responsabilização inequívoca, a isonomia municipal, o fortalecimento da regulação, a melhoria da qualidade da atenção hospitalar e da atenção primária à saúde. Essas ações reformistas constituem uma nova agenda para o SUS e permitirão fazê-lo avançar no sentido do sonho do movimento sanitário e dos constituintes brasileiros.

Palavras-chave

Políticas de Saúde no Brasil, SUS, demanda e oferta de serviços, regulação de serviços de saúde.

Summary

The advances of SUS in its fifteen years of age are undeniable. A solid health service system was built, which gives good service to the poor population of our country, though there are problems to be solved. The main thing is to know what SUS is being built. There is a huge gap between the constitutional SUS, a universal public system for all Brazilians, and the real SUS, a public space for the poor people, who lives with two private systems, the one of supplementary medical care and the one of direct payment. The problem is that the SUS, as a segment for the poor people, will be a sub-financed and low quality system, for the poor people cannot organize their interests and announce them politically. This SUS seminal dilemma must be answered by the Brazilian society when they are to make an option between the supportive values, as the European social democracies, or the self-interested values, as the North American society. The SUS has a number of organizational problems: the focus on the offer management, the hierarchical conception of the system, the inappropriate and abundant standard, the diffuse responsibility, the municipal heteronomy, the fragile regulation, the hospital crises and the low quality of the primary health care. These problems must be faced taking steps which involve the focus on the demand management, the horizontal conception of the health care, a new efficient standard, the unmistakable responsibility, the municipal isonomy, the strengthening of the regulation, the improvement of the hospital care quality and primary health care. These reformist actions form a new agenda for the SUS, and will make it advance towards the dream of the sanitary movement and the Brazilian members of the constitutional assembly.

Key-words

Health Policies in Brazil, SUS, service demand and offer, health service regulation.

Introdução

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o que configurou, num momento de “janela histórica” representado pela redemocratização do País, uma reforma sanitária do tipo *big bang* (HAM, 1997).

A partir daí, vem sendo socialmente construído num movimento de tipo incrementalismo lento, especialmente através de normas operacionais, condensadas pelos três níveis de governo e materializadas em Portarias Ministeriais.

A primeira norma operacional, NOB nº 01/1991, editada pela Presidência do INAMPS, por meio da Resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991, foi escrita segundo a cultura flexneriana hegemônica daquela instituição de assistência médica. Assim, apesar de seu viés centralista, essa norma instituiu a transferência de recursos diretamente da União para os municípios, abrindo caminho para a municipalização dos serviços de saúde.

Seguiu-se à NOB 01/1992, editada pela Portaria nº 234 de 7 de fevereiro de 1992, que manteve a estrutura da anterior e criou o Pró-Saúde, o Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, cujo lema foi “a municipalização é o caminho”, marcou fortemente as normas operacionais subseqüentes, especialmente a NOB 01/93, editada em 24 de maio de 1993. Essa norma operacional institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impulsionar a municipalização através das habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena.

A NOB 01/96 consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal

da função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados.

Por fim, instituiu-se a Norma Operacional da Assistência, a NOAS SUS 01/2002 de 27 de fevereiro de 2002.

A NOAS SUS 01/2002 procurou estruturar estratégias que transferiram o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização. Contudo, até agora, é uma norma que não pegou, como as anteriores. Tome-se, como exemplo, a dificuldade de habilitar as microrregiões de saúde. Talvez, por isso, os Secretários de Saúde, na Carta de Aracaju, tenham proposto “uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde” (CONASS, 2003).

É preciso ter claro, entretanto, que a construção de uma normatividade nova é condição necessária, mas não suficiente para a superação dos problemas do SUS, mantida a perspectiva de reformas incrementais no sistema público brasileiro de saúde.

O fato é que o problema central do SUS não reside nas suas normativas, mas na falta resolução de seu dilema macroeconômico que é o descompasso entre o SUS que queremos – o SUS constitucional –, um sistema universal para todos, e o SUS que temos – o SUS real –, um subsistema segmentado para os setores pobres da sociedade.

O SUS que temos

As leis que instituíram o SUS são de 1990; assim, o sistema público de serviços de saúde brasileiro está completando 14 anos. Entrando, pois, em sua adolescência.

Os avanços obtidos são inegáveis. Nesses poucos anos, construiu-se um sólido sistema de serviços de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres.

Os avanços obtidos são inegáveis. Nesses poucos anos, construiu-se um sólido sistema de serviços de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres.

O SUS tem uma rede de 63.650 unidades ambulatoriais e de 5.800 unidades hospitalares, com 440.000 leitos. Sua produção anual é de 11,7 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 251 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade; e 23,4 mil transplantes.

O SUS tem uma avaliação positiva dos que o utilizam regularmente e tem capilaridade em todo o território nacional. Por tudo isso, é a política pública nacional que vem se afirmando como política de Estado e, não só, de Governo.

Mas apresenta, como qualquer adolescente, uma série de problemas que devem ser identificados e superados.

Qual SUS?

Há uma nítida diferença entre o SUS real e o SUS constitucional. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS real vai se consolidando como um subsistema – dentro de um sistema segmentado –, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados. Dessa forma, conformou-se um modelo segmentado onde convivem três grandes sistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público destinado a 140 milhões de brasileiros que não têm acesso aos planos privados; o Sistema de Atenção Médica Suplementar, destinado a 38 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras articuladas em modalidades assistenciais diversas; e o Sistema de Desembolso Direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra direta de serviços. Em consequência, na prática social, o SUS, ao invés de um sistema universal, vai se implantando como segmento destinado aos pobres.

O subfinanciamento do SUS

Os modelos segmentados de serviços de saúde são justificados por um

suposto de que ao instituírem-se sistemas específicos para quem pode pagar, sobriariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. As evidências empíricas mostram que esse suposto é falso e que ocorre exatamente o inverso quando se segmentam os sistemas de saúde. Assim, ao criar-se um sistema específico para os pobres, dada a desorganização social desses grupos sociais e sua baixa capacidade de vocalização política, esse sistema tende, sempre, a ser subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade (MENDES, 2001).

Esse subfinanciamento está presente no SUS. O Brasil gasta pouco com o sistema de serviços de saúde e tem uma qualidade de gasto ruim.

O gasto sanitário total *per capita* do Brasil, em 2001, foi de US\$ 222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e US\$ 679,00 da Argentina (Organización Mundial de la Salud, 2003). Isso mostra que o nosso País gasta pouco relativamente a outros países da América do Sul. Ademais, seu gasto tem uma qualidade ruim, o que pode ser atestado pela relação entre o gasto sanitário público e o gasto sanitário total. O gasto sanitário público do Brasil em relação ao gasto sanitário total foi, em 2001, de 41,6%; as evidências internacionais mostram que essa relação, nos sistemas públicos universais, deve ser superior a 70% (Organización Mundial de la Salud, 2003). A conclusão é de que o gasto público brasileiro com serviços de saúde é muito baixo.

Ainda que os recursos adicionais determinados pela Emenda Constitucional nº 29 devam ser saudados enfaticamente, é preciso ter clareza de que eles não são suficientes para dar conta da implantação do SUS constitucional; apenas permitirão melhorar a qualidade dos serviços prestados ao segmento dos pobres.

A questão do financiamento decorre da visão de qual sistema se quer implantar (qual SUS?) e se materializa, na prática cotidiana, na luta entre as

Há uma nítida diferença entre o SUS real e o SUS constitucional. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS real vai se consolidando como um subsistema – dentro de um sistema segmentado –, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados.

correntes universalistas e focalistas das políticas públicas de serviços de saúde. Aqueles pretendem dar acesso a toda a população aos serviços sanitariamente necessários, contribuindo, dessa forma, para a inclusão social; uma sociedade mais solidária na política de saúde é capaz de incrementar o capital social e, assim, ter um efeito dinamizador sobre outros setores da sociedade. Estes entendem que o papel do Estado nas políticas sociais é dar proteção exclusiva aos mais pobres.

O foco na gestão da oferta

O SUS vem sendo constituído por meio de um enfoque na gestão da oferta dos serviços de saúde.

A experiência internacional de reformas sanitárias evidencia a inferioridade dos sistemas planejados com base na oferta de serviços, em relação àqueles orientados pela demanda (SALTMAN, FIGUERAS e SAKELLARIDES, 1998)

No Brasil, todas as normas operacionais do SUS acolheram e consolidaram o foco na oferta quando vincularam a habilitação dos municípios à existência física dos equipamentos de saúde em seu território. Isso é que define, na última norma, a gestão plena municipal e a gestão plena da atenção básica ampliada, tal como explicita: “com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços” (Ministério da Saúde, 2002). E, também, quando tipifica, como comando único, a gestão sobre o conjunto de serviços de saúde de um território político-administrativo.

De outra forma, o foco na oferta está determinado pela sistemática de financiamento que se materializa na estratégia de “o dinheiro segue o gestor”. Isso significa que os recursos para a atenção à saúde dos cidadãos dos municípios satélites são transferidos para o gestor do município onde os serviços estão localizados.

É esse foco na oferta dos serviços de saúde que gera uma normalização complexa, estabelece fluxos complicados das pessoas e dos recursos

financeiros e dificulta o pronto acesso a serviços eficientes e de qualidade.

Contudo, há que se reconhecer que, timidamente, o SUS implantou o subsídio à demanda quando instituiu o Piso Assistencial Básico (PAB) e quando pretendeu financiar por capitação a atenção básica ampliada e a atenção mínima de média complexidade (M1).

A concepção hierárquica do sistema de serviços de saúde

O SUS foi concebido na metade dos anos 80 quando vigia uma concepção hierárquica de sistemas de serviços de saúde. Essa concepção, hegemônica naquela época, foi incorporada na legislação constitucional e infra-constitucional do SUS. Tal como se lê no Art. 198 da Constituição Federal: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (Brasil, 1988).

Essa concepção hierárquica foi assumida pelas normas operacionais do SUS. Assim, a NOAS SUS 01/2002 propõe a organização de uma rede funcional regionalizada – módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões –, com base em territórios autosuficientes em atenção primária à saúde, em atenção mínima de média complexidade (M1), em atenção de média complexidade (MC) e em atenção de alta complexidade.

Essa proposta decorre de uma visão do sistema de serviços de saúde como estrutura piramidal, organizado por níveis hierarquizados por suas complexidades relativas, indo da atenção primária à saúde, que seria a menos complexa, até a atenção de alta complexidade, que seria a mais complexa.

A concepção hierárquica é teoricamente equivocada e sua adoção tem, na prática social, implicações muito graves. Porque o nível de atenção mais complexo é o da atenção primária à saúde; ele é, apenas, menos denso tecnologicamente. Resolver 90% dos problemas mais comuns, coordenar os fluxos e contra-fluxos no contínuo de

A experiência internacional de reformas sanitárias evidencia a inferioridade dos sistemas planejados com base na oferta de serviços, em relação àqueles orientados pela demanda.

O resultado é uma banalização da atenção primária à saúde e sua baixa qualidade no SUS, o que, infelizmente, vem acontecendo, não obstante os esforços para sua melhoria por todos os níveis gerenciais do sistema público de serviços de saúde.

pontos de atenção à saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários é de extrema complexidade. Além disso, os profissionais de saúde, para exercer bem suas funções, devem ter domínio em campos cognitivos distintos como a biologia, a medicina, a antropologia, a psicologia etc.

A expressão primária, instituída para marcar o complexo princípio do primeiro contacto (STARFIELD, 2002), é interpretada, na concepção hierárquica dos sistemas de serviços de saúde, como algo muito simples que pode ser ofertado de qualquer forma. Essa visão prevaletente da atenção primária à saúde facilita a adoção de estratégias reducionistas do tipo da atenção primária seletiva (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986) ou da atenção primitiva à saúde (TESTA, 1989) e reforça a visão político-ideológica da atenção primária à saúde como programa destinado a populações pobres, a quem se oferecem tecnologias simples e de baixo custo (MENDES, 1999). Mais, incentiva uma representação por políticos, por profissionais de saúde e pela própria população, de uma atenção primária à saúde como algo muito simples, seja no plano material, seja no plano simbólico.

O resultado é uma banalização da atenção primária à saúde e sua baixa qualidade no SUS, o que, infelizmente, vem acontecendo, não obstante os esforços para sua melhoria por todos os níveis gerenciais do sistema público de serviços de saúde.

Uma normativa inadequada

O pecado original do SUS, sua fixação na gestão da oferta, gerou uma normatividade inadequada.

Além disso, a última norma, a NOAS SUS 01/2002, apresenta uma série de problemas que impedem que seus objetivos sejam atingidos.

O PROCESSO DE ELABORAÇÃO

O SUS, em função de sua precocidade, não conseguiu, ainda, articular e consolidar uma cultura regulatória

própria, coerente com os princípios e diretrizes desse sistema. As doutrinas e práticas de regulação são fortemente influenciadas pela cultura inampliada que insiste em perdurar, tal como profeticamente previ em texto preparado para justificar o fim do INAMPS (MENDES, 1993). Esse hibridismo cultural expressa-se numa normatividade extensiva, numa ponta de desconfiança nos processos de descentralização e numa fé inabalável nos mecanismos de planejamento e controle centralizados e algoritmizados

Como resultado processual dessa cultura regulatória surgem normas amplas e minudentes, nem sempre redigidas na melhor técnica legislativa, de altíssima complexidade e de difícil interpretação operacional. Enfim, verdadeiras catedrais burocráticas.

Essas normas têm períodos de gestação e de experimentação extensos; em parte, isso se deve à natureza dos mecanismos decisórios do SUS, as Comissões Intergestores Bipartites. Essas Comissões constituem instrumentos importantes de compartilhamento e democratização de decisões no sistema público federativo do SUS. Mas, por outro lado, a necessidade de formar, permanentemente, consensos num sistema decisório do tipo ganha-ganha, leva a composições de interesses complexos que acabam por cristalizarem-se nos textos das normas.

A sistemática processual de construção das normas operacionais está entranhada na NOAS SUS 01/2002 quando recolhe elementos do hibridismo cultural regulatório e apresenta texto extenso e complexo. O resultado final são páginas e páginas de normatização detalhada, a profusão de neologismos e uma enorme burocratização.

O PARADIGMA DA MUNICIPALIZAÇÃO AUTÁRQUICA

A evidência empírica internacional mostra que a proposta mais consistente de regionalização está em instituir, entre os níveis centrais e locais dos sistemas

de serviços de saúde, uma instância mesorregional, tal como proposto por Mills, Bennet e Russel (2001) com o nome de distritos sanitários e por Mendes (2001) como microrregiões de saúde.

Com base nessa evidência, a regionalização dos sistemas de serviços de saúde, na experiência internacional, faz-se através do paradigma da regionalização autárquica. Nesse paradigma, a instância de gestão de um sistema local de serviços de saúde é exercitada por uma mesoregião sanitária mais ou menos autônoma – uma entidade desconcentrada do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde – que funciona como financiadora e reguladora do sistema. É o caso da Autoridade Sanitária, no Reino Unido; da *Azienda*, na Itália; do *County Council*, na Suécia; e do Distrito Sanitário, no Canadá. Nesse paradigma, hegemônico internacionalmente, o papel dos municípios, ou inexistente, ou é secundário, limitando-se a algumas ações de saúde pública.

Mas não foi esse o paradigma que o SUS adotou; aqui, se privilegiou um modelo de descentralização através da municipalização. Nele, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com União e Estados. Este modelo organizacional da municipalização autárquica (MENDES, 2001) constitui a vertente polar da regionalização autárquica. Além do Brasil, só foi adotado na Finlândia, país que o abandonou ao instituir os *Joint Comissions Boards* (BENGOA, 1998).

A municipalização autárquica tem suas origens no federalismo municipal brasileiro, mas acentuou-se no SUS em função das normas operacionais básicas. E, num País onde 75% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes, isto vem levando a uma forte fragmentação do SUS.

A NOAS SUS 01/2002 teve como sua razão principal superar os problemas de ineficiência e qualidade dos serviços determinados pela municipalização

autárquica; infelizmente, não conseguiu seu intento, em função dos equívocos de seu desenho.

A REGIONALIZAÇÃO E O MAU USO DE SEUS FUNDAMENTOS

A literatura internacional é abundante em mostrar que a regionalização dos sistemas de serviços de saúde faz-se em função do uso correto de alguns conceitos: a economia de escala, a economia de escopo, as relações entre qualidade e economia de escala e o acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2003).

Os serviços de saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizados em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000).

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escopo manifestam-se quando um determinado serviço de saúde aumenta a variedade dos equipamentos ou serviços que podem ser utilizados numa mesma função (McKEE e HEALY, 2000).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER, LUFT e ENTHOVEN, 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade.

A necessidade de operar sistemas de serviços de saúde com eficiência e qualidade tem levado alguns estudiosos a propor uma escala mínima populacional para se organizar racionalmente esses sistemas; só a partir de uma determinada base populacional, os sistemas de serviços de saúde poderiam operar com eficiência e qualidade e reter adequadamente os riscos. Nesse sentido, Bengoa (2001) fala de uma escala mínima de 100.000 a 150.000 pessoas. Assim também, alguns estudos sugerem que a escala ótima de unidades hospitalares estaria entre 100 a 450 leitos (ALETRAS, JONES e SHELDON, 1997).

O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menor será o acesso aos serviços de saúde (CARR-HILL, PLACE e POSNETT, 1997).

O desenho das redes de atenção à saúde vai fazer-se numa relação dialética dos princípios de economia de escala, de economia de escopo e de qualidade com o acesso aos serviços

de saúde. Quando houver um conflito entre esses princípios prevalece o acesso. Por isso, no desenho de redes, há que se ter uma certa flexibilidade, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde. Este é o caso, no SUS, da Macrorregião Norte.

A elaboração das normas operacionais do SUS parece ignorar esses fundamentos da regionalização e da estruturação das redes de atenção à saúde. Os resultados são a fragmentação e a perda de qualidade dos serviços de saúde. Aqui, também, a NOAS SUS 01/2002 não é responsável pelos problemas de eficiência e qualidade, mas suas normas não permitem superar esses problemas.

O paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta, implicitamente, passa a mensagem de que para alcançar uma forma superior de gestão municipal deverá se instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde.

A municipalização autárquica rompeu com os princípios de construção de redes de atenção à saúde e levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e baixa qualidade dos serviços ofertados.

Os resultados do paradigma da municipalização autárquica no SUS são inquestionáveis.

A AMS/99 mostrou que no período de 1992/99 o número de estabelecimentos públicos cresceu 24,9%, enquanto que os estabelecimentos privados tiveram uma redução de 2,8%. Dentre os serviços públicos em geral – com e sem internação –, destaca-se a participação dos estabelecimentos municipais que passaram de 69% em 1992 para 92% em 1999. Considerando apenas os estabelecimentos públicos com internação, a participação da esfera mu-

nicipal, em 1999, foi de 70%. No mesmo período de 1992/99, os leitos hospitalares, apesar de terem sofrido uma redução no seu número total, cresceram 3% no setor público e tiveram uma redução de 18,4% no setor privado (IBGE,2000). O problema é que essa expansão fez-se pelo incremento dos pequenos hospitais que operam sem escala sendo, portanto, ineficientes.

A perda de escala, decorrente da municipalização autárquica, além de ineficiência, vem junto com baixa qualidade. Porque certos serviços, como os de atenção hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, para terem qualidade, necessitam de uma base quantitativa (MENDES, 2001).

A fragmentação do SUS não se restringe aos hospitais. A Microrregião de Baturité, no Ceará, composta por oito municípios, era um exemplo emblemático da fragmentação causada pela municipalização autárquica: havia oito hospitais que operavam com uma taxa de ocupação média de 22%; havia sete aparelhos de ultra-sonografia quando seriam suficientes apenas dois; e havia oito laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e sem controle de qualidade (Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2000). Esta situação encontrada na Microrregião de Baturité está longe de constituir uma exceção no SUS, tendendo, muito mais, a aproximar-se de uma regra geral.

A RESPONSABILIZAÇÃO DIFUSA

O SUS foi concebido com uma intencionalidade clara de concretizar-se como uma política pública democratizadora. É, assim, que persegue os objetivos da equidade, da universalização e da participação da comunidade. Infelizmente, a NOAS SUS 01/02 apresenta fragilidades que lesam gravemente o princípio da democratização das políticas de saúde.

Uma condição necessária para a democratização dos sistemas públicos de serviços de saúde é o princípio da responsabilização única, pelo qual os cidadãos sabem que existe um único,

identificável e inequívoco responsável por sua saúde. No Reino Unido é o Governo Federal e no Canadá são as províncias.

A NOAS SUS 01/02 rompe com o princípio da responsabilização única, reforçando o princípio inverso, o da responsabilização difusa no SUS. Essa norma aprofunda o princípio da responsabilização difusa ao transferir mais recursos e responsabilidades de gestão para os estados e ao manter mecanismos de transferência de recursos e de responsabilidades de gestão de um município a outro.

O comando único sobre a totalidade da oferta existente num município significa, na prática, que o município que fica sob a gestão plena da atenção básica ampliada perde a governabilidade sobre os recursos de média e alta complexidade. Esta é remetida ao governo estadual ou ao município em gestão plena do sistema municipal. Dessa forma, o Secretário Municipal de Saúde, ao programar as ações para outro município, perde sua governabilidade sobre aqueles recursos, ficando à mercê de um termo de compromisso de garantia de acesso, de eficácia duvidosa. É emblemático que esse termo de compromisso não deveria ser firmado entre o município gestor e o município satélite, mas entre aquele e a Secretaria Estadual de Saúde.

Assim, quando o Secretário Municipal de Saúde do município-satélite transfere os recursos da média e alta complexidade para o Secretário de Saúde do município-pólo ou para o Secretário Estadual de Saúde, está, em parte, se desresponsabilizando pela saúde dos seus munícipes. Ocorre que esta responsabilização foi definida nas eleições municipais e não pode ser delegada a outrem, em nenhuma circunstância. Além disso, os cidadãos, pela responsabilização difusa, têm dificuldades de dirigir suas demandas e pleitos e de exercitar o controle social.

Não raro, os municípios-pólo impõem, aos cidadãos dos municípios

satélites, cláusulas de barreira que os impedem de ter acesso a determinados serviços.

Por tudo isso, a NOAS SUS 01/02 não contribui para a democratização do SUS e, na prática, transforma os cidadãos dos municípios satélites em sub-cidadãos sanitários.

A HETERONOMIA MUNICIPAL

A NOAS SUS 01/02 ao definir, como critério de habilitação, a presença física de equipamentos nos municípios, teve de perpetrar uma acrobacia normativa, criando municípios em gestão plena do sistema municipal e em gestão plena da atenção básica ampliada.

Na prática, a norma divide os municípios em duas categorias, os que têm uma oferta extensiva de serviços de saúde e os que só oferecem serviços de atenção básica ampliada. Isso gera uma divisão perversa que institui municípios de primeira e segunda classes, consolidando uma indesejável heteronomia federativa.

Esse injusto tratamento dado aos municípios é resultado da visão míope da gestão da oferta pela qual o que importa é a existência da oferta, e não a possibilidade de gerir a demanda dos cidadãos pelos serviços, o que não depende da presença física dos equipamentos nos municípios.

A REDUÇÃO DO OBJETO

A tradição normativa do SUS tem sido a de construir normas operacionais abrangentes. A NOAS SUS 01/2002 interrompeu essa tradição e fixou-se, exclusivamente, na assistência à saúde.

Ainda que se possa hipotetizar sobre as razões institucionais que levaram a essa redução de objeto, o fato é que esse processo de normatização significou, na prática, um reforço da visão flexneriana e o fortalecimento dos procedimentos assistenciais em detrimento de uma concepção integral das práticas de saúde, inerente à concepção de saúde do SUS.

A fragilidade regulatória do SUS

O SUS apresenta significativa fragilidade regulatória. Isso decorre, de um lado, da falta de um alinhamento conceitual sobre o que é regulação e, de outro, da ausência de um marco regulatório próprio, já que muito do que se faz é herdado da cultura inampsiânica de regulação.

A conceituação de regulação é paupérrima, tal como se depreende da análise da NOAS SUS 01/2002. E a concepção de regulação está contaminada pela cultura inampsiânica dos anos 70 – uma mistura de flexnerianismo e centralismo –, do que resulta um hibridismo conceitual e operacional.

O SUS é frágil nas suas funções de regulação, especialmente, na superintendência regulatória. A superintendência regulatória envolve uma série de instrumentos de gestão como a certificação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e o controle e avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Como parte do sistema de controle e avaliação está a auditoria em saúde (MENDES, 2002b).

Uma análise situacional do SUS em relação à superintendência regulatória mostra que há uma certificação mais cartorial dos serviços de saúde; que não há avaliação tecnológica em saúde; que os instrumentos de controle são muito frágeis: ausência de sistemas de informação gerencial potentes, contratos inexistentes ou inadequados e auditoria em saúde muito deficiente, especialmente no que concerne à auditoria clínica; e pouca prática de avaliações rigorosas.

A crise hospitalar

O SUS apresenta uma gravíssima crise hospitalar que vem sendo, há tempo, empurrada para baixo do tapete.

Essa crise manifesta-se em três dimensões principais: a dimensão da escala, a dimensão gerencial e a dimensão do subfinanciamento.

A dimensão da escala mostra uma rede inadequada, fortemente marcada pela presença de pequenos hospitais. A situação da rede hospitalar do SUS, no Brasil, em 2001 era a seguinte: 36,5% com menos de 30 leitos; 21,7% de 31 a 50 leitos; 21,7% de 51 a 100 leitos; e apenas 20,1 com mais de 100 leitos (MENDES, 2002). Para efeitos de comparação, no Reino Unido, 80% dos leitos vinculados ao Serviço Nacional de Saúde estão localizados em hospitais de mais de 300 leitos (FERGUSON, TREVOR e SHELDON, 1997).

Esse quadro revela uma situação em que contraditoriamente há muitos hospitais e poucos hospitais de fato porque, como se viu anteriormente, a escala ótima está em hospitais de mais de 100 leitos. Há muitos hospitais pequenos e poucos hospitais com escala e densidade tecnológica que os habilitem a enfrentar os eventos agudos de saúde. O resultado é uma atenção ineficiente e de má qualidade, já que há uma associação entre escala hospitalar e qualidade dos serviços prestados.

A segunda dimensão da crise hospitalar é a gerencial. Um estudo do BNDES (2002), feito em relação à rede filantrópica do SUS mostrou os seguintes resultados da capacidade institucional: 0% avançada; 17% em desenvolvimento; e 83% incipiente. No mesmo estudo verificou-se uma situação desfavorável para alguns indicadores de capacidade gerencial: presença de auditoria interna, 21,1%; existência de sistema de custos, 34,8%; existência de controle de estoques, 23,2%; utilização de banco de preços, 22,0%; e uso de gestão informatizada da assistência à saúde, 8,7%.

O resultado da ineficiência gerencial pode ser atestado pelas taxas de ocupação média dos hospitais do SUS; essa taxa, em 1995, foi de apenas 54%, tendo diminuído para 48% em 1999 (Ministério da Saúde, 2000). Portanto, a taxa de ocupação dos leitos do SUS é muito baixa e declinante.

A terceira dimensão da crise hospitalar é a do subfinanciamento do cus-

teio. Ela representa o fator central da crise, vez que influencia, direta ou indiretamente, as duas outras dimensões.

O problema, nessa dimensão, está em um suposto não explícito, o de que se pode remunerar os prestadores de serviços hospitalares abaixo de seus custos. Esse padrão remuneratório vem sendo adotado, ao longo do tempo, e se expressa na relação entre os custos dos serviços e os valores de remuneração estabelecidos na Tabela SUS. Esse padrão remuneratório é perverso em sua lógica, em sua dinâmica e em sua realidade atual.

A Tabela SUS apresenta uma estrutura de preços relativos muito inadequada. Sua lógica é de sub-remunerar fortemente os procedimentos cognitivos em relação aos procedimentos de tecnologia dura, especialmente aqueles ditos de alta complexidade.

Jannett (2002) fez uma comparação da tabela SUS com um padrão internacional, os valores pagos pelo Programa **Medicare** na região metropolitana de Boston. Os valores adotados pelo **Medicare** americano, em termos relativos, não estão livres de distorções, mas vêm sendo constantemente equilibrados ao longo dos anos. Também, os valores absolutos pagos nos Estados Unidos são sempre maiores que os praticados pelo SUS. Mas, aqui, o que importa analisar é a estrutura de valores relativos em ambos sistemas. Os resultados desse trabalho mostram uma relação perversa no SUS, onde os procedimentos cognitivos são extremamente desvalorizados frente aos procedimentos intensivos em tecnologias de produtos. Isso pode ser constatado pelos seguintes dados concernentes às relações entre os valores SUS e **Medicare**: consulta médica: 1/65; ressonância para fígado: 1/3; e transplante renal 1/2. A conclusão do autor é que as distorções da tabela SUS não encontram paralelo na experiência internacional e mostram uma desvalorização absoluta dos procedimentos intensivos em cognição.

Se a lógica de elaboração da tabela SUS levou a uma situação insustentável,

Não se pode negar que tem havido um esforço significativo de melhoria da atenção primária à saúde. O incremento do Programa de Saúde da Família (PSF), principalmente na extensão da cobertura, representa um esforço memorável.

a dinâmica tende a piorá-la ao longo do tempo. Um estudo do Ministério da Saúde (2001) mostrou os seguintes reajustes percentuais, de 1995 a 2001, na tabela SUS, para internações hospitalares: retirada de órgão para transplante: 300%; tratamento clínico da contusão cerebral: 113%; prostatectomia: 75%; insuficiência renal aguda: 51%; bronquite aguda: 48%; e crise hipertensiva: 47%.

Essa dinâmica explica-se pela atuação concomitante de vários fatores: o modelo flexneriano vigente na prática médica brasileira que tende a priorizar as tecnologias mais densas; a pressão mercadológica das empresas multinacionais produtoras de bens de saúde; e os **lobbies** médicos, mais organizados nas especialidades que utilizam as tecnologias de maior densidade.

Como decorrência da estrutura de preços relativos da tabela SUS e de sua dinâmica vai perpetuando uma situação muito grave de subfinanciamento da rede hospitalar.

Um estudo do Ministério da Saúde (2002b) comparou, em hospitais do SUS de diferentes estados brasileiros, os custos de 107 procedimentos e seus valores na Tabela SUS, mostrando uma grande defasagem, principalmente nos procedimentos de média complexidade, os mais intensivos em cognição.

O Comitê de Assuntos Estratégicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais aplicou esses valores nos procedimentos referentes aos selecionados em 2001 (Comitê de Assuntos Estratégicos, 2004). Naquele ano foram realizadas 12.227.492 internações no SUS, das quais 7.648.531 foram pelos 107 procedimentos selecionados no estudo do Ministério da Saúde; isso significou 62,6% das internações totais. O gasto anual com as internações do SUS foram de R\$ 5,097 bilhões, sendo de R\$ 3,099 bilhões com os procedimentos selecionados, 60,8% do total. Contudo, se fossem aplicados aos procedimentos os valores de custo do estudo do Ministério da Saúde, o valor a ser pago deveria ser de R\$ 9,180 bilhões. Isso significa

que, somente para os 107 procedimentos selecionados, teria havido um déficit financeiro de R\$ 6,081 bilhões, mais que o total de gastos com internações no ano.

Vale ressaltar que, desse déficit total, R\$ 5,881 bilhões são relativos aos procedimentos ditos de média complexidade que, dessa forma, respondem por 96,7% do déficit. Isso parece justificar a ausência, no País, de uma rede hospitalar intermediária, com escala e qualidade para dar suporte às redes de atenção à saúde do SUS e parece reforçar a opção dos municípios em operar pequenos hospitais.

Hospitais privados contratados pelo SUS para superar o subfinanciamento, não raro, buscam empréstimos na rede bancária e, dessa forma, agregam-se à crise financeira uma crise de endividamento.

Esses resultados indicam uma gravíssima situação de subfinanciamento da rede hospitalar do SUS.

A baixa qualidade da atenção primária à saúde

Não se pode negar que tem havido um esforço significativo de melhoria da atenção primária à saúde. O incremento do Programa de Saúde da Família (PSF), principalmente na extensão da cobertura, representa um esforço memorável.

Apesar de avanços indiscutíveis, o fato é que a atenção primária à saúde no SUS tem muito que melhorar, especialmente na sua qualidade. Isso pode ser verificado pela análise da morbidade hospitalar, da mortalidade infantil e do Pacto dos Indicadores de Atenção Básica.

Um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da atenção primária à saúde é o percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Esse indicador capta as internações desnecessárias ou que poderiam ser evitadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade (BILLINGS, ANDERSON e NEWMAN, 1996).

Estudo feito por Alfradique e Mendes (2002), examinando todas as internações do SUS em 2001, mostrou que de um total de 12.426.111 internações, 3.405.452 foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que significou 27,4% das internações totais. Essas internações desnecessárias ou evitáveis custaram, no ano, R\$ 1,036 bilhões de um gasto total de R\$ 6,675 bilhões, o que significa um gasto per capita/ano de R\$ 6,00. Dessas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, 23,9% foram pneumonias bacterianas; 15,7% gastroenterites infecciosas; 11,8% insuficiência cardíaca e 11,7% asma.

A análise da mortalidade infantil aponta, também, para uma má qualidade da atenção primária à saúde. A mortalidade infantil, em 1997, foi de 37,5 por mil nascidos vivos, sendo as principais causas: causas perinatais: 56,8%; causas mal definidas 12,6%; infecções respiratórias, 10,2%; diarreias, 8,1%; e outras infecções, 5,6%. O exame dessas causas mostra que a grande maioria é sensível à atenção primária à saúde (MENDES, 2002).

Por fim, a baixa qualidade da atenção primária à saúde pode ser inferida do cumprimento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. Em geral, tem havido um baixo grau de cumprimento das metas pactuadas nos estados brasileiros. Por exemplo, na Bahia, o cumprimento foi abaixo de 50% em nove indicadores; apenas três tiveram um cumprimento superior a 90% (TRAD et alii, 2002).

Entre as causas da má qualidade da atenção primária à saúde, incluem-se: a concepção da atenção primária à saúde como um nível de atenção para os pobres; a falta de sistemas eficazes de certificação; as deficiências quantitativas e qualitativas dos recursos humanos; o sistema de educação continuada fragmentado; a infra-estrutura física inadequada; a insuficiência de medicamentos; e a precarização da força de trabalho.

Também na atenção primária à saúde manifesta-se o fenômeno do subfinanciamento, como sugere estudo do Ministério da Saúde (Consórcio FGV-EPOs, 2001). Os recursos disponíveis, hoje, são suficientes para dar conta de uma atenção primária à saúde para os mais pobres; são, contudo, insuficientes para suportar uma atenção primária à saúde de qualidade.

O SUS que queremos

O SUS que temos apresenta um conjunto de problemas que precisam ser superados para que o SUS constitucional possa se concretizar. Ou seja, para que se implante o SUS que queremos.

Esses problemas, assim como suas soluções, situam-se em âmbitos distintos e carecem de ser enfrentados com uma clara estratégia que combine movimentos concomitantes nos planos macro e microeconômicos.

Um SUS para todos os brasileiros

A questão crucial que se coloca para o sistema de serviços de saúde no Brasil é esta: como evoluir de um sistema real, segmentado, onde o SUS estrutura-se para atender às demandas dos pobres, para um sistema universal público – consagrado na Constituição Federal –, onde o SUS deveria oferecer a todos os brasileiros, independentemente de gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público, um conjunto de serviços sanitariamente necessários.

A evolução do sistema de serviços de saúde brasileiro vem mostrando que a universalização sonhada pelo movimento sanitário e assumida pela maioria de nossos constituintes transformou-se, na prática social, no pesadelo da segmentação.

É uma tarefa difícil, mas não impossível. Como adverte Hsiao (1995): “Transformar um sistema tão desigual será difícil. Além da oposição dos grupos privilegiados já segurados, as

A questão crucial que se coloca para o sistema de serviços de saúde no Brasil é esta: como evoluir de um sistema real, segmentado, onde o SUS estrutura-se para atender às demandas dos pobres, para um sistema universal público – consagrado na Constituição Federal –, onde o SUS deveria oferecer a todos os brasileiros, independentemente de gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público, um conjunto de serviços sanitariamente necessários.

empresas de planos de saúde, uma vez estabelecidas, transformam-se em grupos de interesse bem financiados e ferozmente ativos que vão opor-se, de forma enérgica, a um seguro universal”.

A reversão do sistema segmentado vigente, entretanto, ainda que difícil, pode ser viável pelas seguintes razões: o percentual de usuários desse sistema, no País, está em torno de 20%; a segmentação só está consolidada nas regiões Sul e Sudeste e em algumas capitais de outros estados; há uma insatisfação difusa, real e potencial, com o sistema privado de planos de saúde, que envolve usuários, corporações médicas, profissionais de saúde, órgãos de defesa dos consumidores etc; e o SUS conta com expressivo apoio nos seus usuários habituais, no Congresso Nacional, no Ministério Público, na Magistratura e na burocracia do Estado. Além disso, a segmentação do sistema de serviços de saúde no Brasil, ao contrário de outros países como Estados Unidos e Chile, não foi deliberadamente planejada e transformada em lei; ela resultou de efeitos indesejados na construção do SUS. Mais importante, em nosso País, a Constituição e a legislação infra-constitucional garantem a todos os brasileiros um sistema público universal, admitindo, apenas, uma complementaridade do sistema privado.

A estratégia de implantação do SUS universal terá como objetivo central a melhoria da qualidade de seus serviços, de modo a torná-lo atrativo para segmentos da população que, nesse momento, são forçados a utilizarem os planos privados. Os movimentos táticos deverão prever uma melhoria da qualidade dos serviços-ponte, isto é, aqueles que dificilmente podem ser oferecidos pelas operadoras privadas e que podem amalgamar os interesses de segmentos de classe média com o SUS: serviços ditos de alta complexidade, medicamentos de dispensação em caráter excepcional, programas para idosos, programa de AIDS/DST etc.

A complementaridade dos sistemas privados será praticada em serviços que o SUS não oferecesse universalmente.

A solução desse dilema medular – segmentação ou universalização – não pode ser dada nos limites da tecnicidade das soluções; ao contrário, envolve uma opção política a ser feita pelo conjunto da sociedade brasileira que, ao fim e ao cabo, estará decidindo que sistema quer e como vai financiá-lo. Porque é nos sistemas de valores prevaletentes em nossa sociedade que esse dilema se resolverá. A questão de fundo está sobre que valores se estruturará a sociedade brasileira: se em valores individualistas e auto-interessados ou se em valores solidários (MARMOR e BAR, 1992). Uns e outros, formatarão o SUS do futuro. E a sociedade brasileira ainda não fez uma opção definitiva nesse campo.

O financiamento do SUS universal

O dilema seminal entre o SUS universal e o SUS como segmento para os pobres (qual SUS?) depende, para sua solução, do volume de recursos que se colocar para o financiamento do sistema público de serviços de saúde.

Essa decisão, no fundo, envolve, como se mencionou, duas posições polares: a dos focalizadores, que pretende concentrar as ações do setor público nos setores mais pobres da sociedade, e a dos universalizadores, que pretende erigir um sistema público para todos os brasileiros.

Uma estimativa dos recursos do SUS com o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 mostra um valor próximo a R\$ 57 bilhões, em 2004. Essa projeção é otimista, uma vez que muitos estados brasileiros estão com dificuldades de cumprir as determinações da emenda. Mesmo assim, os recursos dessa emenda não são suficientes para dar conta da implantação do SUS constitucional.

Uma análise dos sistemas públicos universais internacionais mostra que

todos apresentam uma relação gasto sanitário público em relação ao gasto sanitário total superior a 70%. Essa relação é de 70,8% no Canadá, de 86,2% em Cuba, de 82,2% no Reino Unido e de 85,2% na Suécia. Enquanto isso é de, apenas, 41,6% no Brasil (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Conseqüentemente, para que se implante um SUS universal, para todos os brasileiros, há que se incrementar significativamente o gasto sanitário público, muito além dos valores propiciados pelo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. Pode-se estimar um valor adicional de R\$ 10 bilhões, em valores de 2004.

A questão do financiamento do SUS não deve ser discutida, somente, no campo de sua tecnicidade. Ela deve ser politizada, ou seja, levada ao conjunto da sociedade como parte de um processo de escolha entre as duas propostas do SUS. É a sociedade brasileira que deve decidir qual SUS teremos e, também, definir quanto está disposta a pagar por isso.

O foco na gestão da demanda

O pecado original da NOAS SUS 01/02, o enfoque na gestão da oferta, deverá ser superado pela adoção da gestão da demanda. Isso implicará alinhar o SUS à melhor doutrina internacional, onde o foco da gestão dos sistemas de serviços de saúde está dirigido para o lado da demanda.

Do ponto de vista operacional, isso significará que o importante para a gestão dos sistemas de serviços de saúde não é ter serviços próprios num território político-administrativo, mas dar acesso a serviços eficientes e de boa qualidade aos cidadãos, independentemente de sua localização e de sua razão social, sob a efetiva gestão de quem é o responsável pela saúde dos cidadãos.

Um sistema voltado para a gestão da demanda exigirá a instituição e operacionalização de um cartão nacional de saúde. Poderá ser o Cartão SUS

que está em fase piloto, mas poderá ser um cartão menos sofisticado, tal como existe em outros países e em municípios como Curitiba que são menos custosos e não dependem de tanta infra-estrutura de telecomunicação.

A concepção de rede horizontal de atenção à saúde

A concepção piramidal vigente na NOAS SUS 01/02 será substituída pela concepção de uma rede horizontal integrada de serviços de saúde onde todos os pontos são importantes e formam um contínuo de atenção, ainda que se reconheça que há diferentes densidades tecnológicas em cada um dos pontos de atenção à saúde.

Daí que não se operará com as categorias de atenção básica ampliada, média e alta complexidade, mas por pontos de atenção à saúde organizados em redes horizontais, os sistemas integrados de serviços de saúde.

O objetivo será desenvolver e implementar, em cada microrregião de saúde, um sistema integrado de serviços de saúde que articule os serviços de atenção primária e secundária à saúde. E que, estes, por sua vez, estarão articulados, numa macrorregião, com os serviços de atenção terciária à saúde.

Mas essa forma singular de construção de redes de atenção à saúde – os sistemas integrados de serviços de saúde – tem a particularidade de que nessas redes há um centro de comunicação que orienta os fluxos e contrafluxos das pessoas ao longo do contínuo de cuidados, papel representado pela atenção primária à saúde.

Uma nova normativa

O SUS carece de uma normativa nova que supere os problemas mantidos e/ou criados pela NOAS SUS 01/2002.

A principais mudanças são:

UMA NORMA SIMPLES

É preciso que a nova norma seja construída de forma simples, com ele-

A questão do financiamento do SUS não deve ser discutida, somente, no campo de sua tecnicidade. Ela deve ser politizada, ou seja, levada ao conjunto da sociedade como parte de um processo de escolha entre as duas propostas do SUS.

mentos precisos e dentro da melhor técnica legislativa.

Só serão normalizados fatos essenciais para o funcionamento do SUS, do que decorrerá uma norma enxuta e intelegível.

O PARADIGMA DA MICRORREGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA

Se a municipalização da saúde deve necessariamente ser radicalizada, o paradigma da municipalização autárquica esgotou-se, dando lugar ao paradigma da microrregionalização cooperativa. Isso se impõe porque a forma como o SUS vem sendo operacionalizado está levando a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, com deseconomias de escala e de escopo e perda da qualidade dos serviços.

Assim, há que se maximizar as vantagens da municipalização e minimizar suas desvantagens, o objetivo da microrregionalização cooperativa. Isso significará desenvolver e implementar sistemas microrregionais de serviços de saúde em que a lógica racional implicará uma descentralização dos serviços de atenção primária à saúde e a centralização relativa dos serviços de atenção secundária, para que se tenha economia de escala e de escopo e serviços de qualidade.

A cooperação terá duas dimensões: uma, de articular esforços comuns e de gerar um excedente cooperativo pela ação solidária da União, estado e municípios numa microrregião; outra, de constituir um marco conceitual em que a cooperação é definida pela ação planejada dos entes federativos no espaço de uma microrregião e, não, pelo estímulo a mecanismos competitivos entre os diferentes prestadores de serviços.

A cooperação se expressará, materialmente, na constituição, nas microrregiões, de Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais que firmarão pactos constantes e os expressarão nas Programações Pactuadas e Integradas (PPI's).

A regionalização do sistema e seus instrumentos

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) será feito através de regras mais precisas, mas mantendo-se os territórios municipal, microrregional, macrorregional e estadual.

O sistema de contratação municipal dos serviços de saúde estará constrangido dentro do território microrregional, para os serviços de atenção secundária, e, dentro do território macrorregional, sempre que possível, para as ações de atenção terciária à saúde.

Para que o SUS possa operar com eficiência e qualidade, as microrregiões deverão ter um mínimo de 100 a 150 mil habitantes, o que corresponde, na experiência internacional, à escala mínima para operar sistemas de serviços de saúde econômicos e de qualidade. Essa escala mínima só será desobedecida em regiões de baixa densidade demográfica e de distâncias relativas muito altas que dificultem o pronto acesso aos serviços de saúde, a exemplo da região Norte do País.

Os módulos assistenciais serão eliminados.

Cada município deverá, obrigatoriamente, ofertar, em seu território, os serviços de atenção primária à saúde. Os serviços de atenção secundária à saúde deverão ser organizados na microrregião, ofertados por prestadores, públicos ou privados, que cumpram padrões de densidade tecnológica e de qualidade pré-definidos e estabelecidos por sistemas de certificação rigorosos.

Uma certificação mais rigorosa se imporá, apesar de que o foco na gestão da demanda eliminará o incentivo implícito para a instituição de serviços nos territórios municipais, como condição de habilitação na gestão plena do sistema municipal. Será importante porque a transferência direta dos recursos federais e estaduais aos municípios poderá, por outro lado, significar um incentivo para os investimentos em serviços ali localizados.

Esse processo de certificação será fundamental para garantir economia de escala e de escopo e, por consequência, serviços de qualidade. Um hospital deverá ser, de fato, um hospital, com estrutura para dar atenção de qualidade a eventos agudos. Da mesma forma, um laboratório de patologia clínica deverá ser, de fato, um laboratório capaz de produzir serviços de qualidade e com custos adequados; para isso, deverá ter a coleta descentralizada nos municípios e o processamento centralizado na microrregião ou num conjunto de microrregiões.

Os serviços de atenção terciária serão contratados no município-pólo da macrorregião, mas serão geridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A razão é dada pela necessidade de ratear os riscos referentes aos serviços de alto custo. Se se mantiver a sistemática atual em que os recursos para esses serviços são alocados a cada município, o acontecimento de eventos catastróficos ao azar poderão levar à insolvência financeira das Secretarias Municipais de Saúde. Pode-se delegar aos municípios de mais de 500 mil habitantes a gestão desses serviços de alto custo, mas só para os seus municípios.

Os recursos para a atenção terciária serão transferidos da União aos estados, onde ficarão numa sub-conta do Fundo Estadual de Saúde.

O Plano Diretor de Investimentos (PDI) será modificado em função do novo desenho da microrregionalização. A adequação da oferta será feita através de dois mecanismos: um, novos investimentos realizados em equipamentos estatais ou privados filantrópicos, com recursos públicos; outro, pela indução de investimentos privados, lucrativos e não lucrativos, para absorver a demanda agregada dos municípios. Nesse sentido, um pagamento mais adequado dos serviços aos prestadores privados poderá agir como estímulo aos investimentos próprios, sem que impliquem inversões públicas.

Dada a situação do SUS, um bom PDI deverá, além de aumentar os inves-

timentos em novos equipamentos estrategicamente situados, gerar um movimento inadiável de conversão, descredenciamento e/ou fechamento de equipamentos sem escala e qualidade, especialmente hospitais e laboratórios de patologia clínica.

A responsabilização inequívoca

O SUS deverá ter um responsável inequívoco pela saúde da população.

Essa falta de um único e identificável responsável pelas ações e serviços de saúde é inerente à gestão da oferta e, no limite, em nosso País, é manifestada pela dúvida se o mosquito é municipal, estadual ou federal. Essa dúvida hamletiana vem, sempre, desqualificada pela afirmativa corriqueira de que não importa de quem é o mosquito, o que vale é resolver o problema. O que é totalmente errado porque para a população é fundamental saber, de forma inequívoca, de quem é a responsabilidade sobre o mosquito. Esta é uma condição necessária numa democracia para a solução dos problemas de saúde. Só assim se poderá cobrar dos governantes suas responsabilidades e se criar uma ambiência propícia ao controle social.

O rosto único do SUS deverá ser o município. Ou seja, em quaisquer circunstâncias, o responsável pela saúde dos cidadãos será o Secretário Municipal de Saúde da cidade onde residem, não importa onde eles estejam sendo atendidos.

As razões da escolha dos municípios como os responsáveis pela saúde dos cidadãos são várias. A municipalização da saúde está no espírito da legislação do SUS; a municipalização da saúde se legitimou e seria politicamente impossível revertê-la; os gestores locais são melhor identificados e alcançados pelas demandas da sociedade; os gestores locais são mais proximamente controlados pela cidadania organizada em Conselhos de Saúde.

Pode-se argumentar, não sem razão, que uma parte significativa dos

O rosto único do SUS deverá ser o município. Ou seja, em quaisquer circunstâncias, o responsável pela saúde dos cidadãos será o Secretário Municipal de Saúde da cidade onde residem, não importa onde eles estejam sendo atendidos.

A mudança do foco na gestão da oferta para a gestão da demanda permitirá que se ponha fim à injusta divisão entre municípios de gestão plena do sistema municipal e de gestão plena da atenção básica ampliada.

municípios brasileiros não disporá de capacidade institucional para exercer a responsabilidade única. Mas resolver isso envolve duas alternativas: reverter o movimento de municipalização voltando ao paradigma da regionalização autárquica, o que significaria reestadualizar ou refederalizar o SUS ou radicalizar a municipalização colocando, inequivocamente, sob responsabilidade dos municípios, as ações e serviços do SUS, para o que terão que preparar-se gerencialmente. A segunda alternativa parece ser mais factível e viável.

Dessa forma, os municípios constituirão o rosto exclusivo do SUS e serão os responsáveis únicos pela saúde de seus cidadãos. Isso será mais democrático porque o Prefeito Municipal, por intermédio de seu Secretário Municipal de Saúde, é que deverá prestar contas do que realizou na saúde e ser julgado nas eleições municipais.

Uma exceção são as ações de atenção terciária cuja responsabilidade inequívoca será dos estados federados.

A isonomia municipal

A mudança do foco na gestão da oferta para a gestão da demanda permitirá que se ponha fim à injusta divisão entre municípios de gestão plena do sistema municipal e de gestão plena da atenção básica ampliada.

Cada município brasileiro, independentemente de seu tamanho e número de habitantes, será responsável pela saúde de seus munícipes. Para isso, todos serão habilitados em gestão plena do SUS, exercitando-a através da gestão de contratos com os prestadores próprios (contratos internos) e com os prestadores terceiros, públicos ou privados (contratos externos).

A gestão da demanda implica que os prestadores poderão estar ou não no território municipal, serem ou não propriedade do município. O fundamental é que estejam conformando um sistema de prestadores articulados por contratos. A capacidade de gestão será dada

pelas habilidades de financiar e regular, isso é, pela capacidade de exercer a função de compra de serviços de saúde através de contratos internos e externos com os prestadores de serviços.

Pode-se argumentar que faltará, principalmente aos municípios menores, uma capacidade institucional para exercer essa função de compra dos serviços de saúde. Isso poderá ser superado por sistemas de regulação microrregionais, compartilhados por vários municípios.

A ampliação do objeto da norma

A nova norma deverá ampliar seu objeto, além da mera assistência à saúde.

Assim, na mesma lógica da responsabilização única, das economias de escala e de escopo e da preocupação pela qualidade, deverão ser estruturados, nos espaços micro e macrorregionais, os sistemas de saúde coletiva: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância ambiental e a saúde dos trabalhadores; os sistemas de apoio: os sistemas de informação e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; e os sistemas logísticos: o sistema de transportes sanitários e a central de regulação, se for conveniente mantê-la.

Um novo fluxo financeiro

O fluxo financeiro atual será modificado radicalmente.

Deverão ser eliminadas as diversas frações que constituem o financiamento federal vigente, substituindo-as por repasse direto, fundo a fundo, de um valor global per capita. A capacidade de articular políticas nacionais será expressa não em frações de recursos carimbados, tal como se faz atualmente, mas em contratos de gestão celebrados pela União com cada município. Os estados, também, deverão definir um valor global per capita para ser repassado, fundo a fundo, aos municípios. Os repasses federal e estaduais serão feitos a partir de um valor

per capita ajustado por estrutura etária e por gênero e obedecendo a um índice de necessidades, de forma a garantir critérios de equidade.

O comando único do sistema municipal não será dado pela presença territorial do conjunto de equipamentos de saúde, mas pela posse e manejo de todos os recursos financeiros do SUS pelo município, relativos às atenções primária e secundária à saúde. Os recursos relativos aos procedimentos de atenção terciária serão repassados da União aos estados, também por capitação ajustada e com critérios de equidade.

O município, de posse dos recursos para as atenções primária e secundária – federal, estadual e dele próprio –, exercitará o financiamento sob o princípio “o dinheiro segue o cidadão”. Para isso, contratará, de si mesmo, os serviços que opera, e de terceiros, públicos ou privados, os serviços que não opera diretamente.

O pagamento dos serviços aos prestadores será feito pelos gestores municipais conforme os contratos previamente assinados, segundo normas que procurem estabelecer remunerações de acordo com as densidades tecnológicas e os custos dos diferentes prestadores ou por sistemas de pagamento capitados de pacotes de serviços. Essas normas de pagamento aos prestadores seriam definidas pelo Ministério da Saúde e aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite.

Pelo princípio de “o dinheiro segue o cidadão”, as pessoas, ao deslocarem-se de um município a outro, levam consigo o recurso para o prestador que as atendem. Não conduzem, por certo, o recurso físico, mas uma autorização estabelecida em contrato previamente assinado entre o prestador e o Secretário Municipal de Saúde do seu município.

Dessa forma, os municípios não transferirão, *a priori*, recursos entre si. O que significa que o município satélite (até porque não haverá município satélite e satelitizador num sistema

orientado pela demanda) não tem que transferir os recursos de seus municípios para outro gestor municipal. Se o prestador não atende bem ao seu município, o Secretário Municipal de Saúde, o responsável pela sua saúde, pode estancar imediatamente o fluxo de recursos para o prestador e, até mesmo, reorientar o município para um outro prestador.

O fortalecimento da regulação

Para fortalecer o SUS na regulação deverá ser dada a esse conceito uma formulação teórica mais sólida. Com base nessa formulação teórico-conceitual deverá ser estruturado um marco regulatório próprio do SUS, superando, definitivamente, a cultura inampsiânica de regulação.

A regulação é uma das funções essenciais da saúde pública, ao lado do financiamento e da prestação de serviços. Portanto, a regulação é tudo que não é financiamento e prestação de serviços. Infelizmente, no SUS opera-se com uma visão restrita de regulação – algo ligado a mecanismos de controle de fluxos assistenciais –, que o diminui.

A regulação faz-se, nos sistemas de serviços de saúde, de quatro formas: a regulação social, o modelo democrático; a auto-regulação, o modelo corporativo; a regulação mercadológica, o modelo econômico; e a regulação estatal, o modelo tecnocrático (LOMAS e CONTRANDRIOPOULOS, 1994). Assim, a regulação que cabe ao SUS é a regulação estatal.

A regulação estatal manifesta-se nos sistemas públicos de serviços de saúde quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de funções para direcionar o sistema, no sentido do cumprimento de seus objetivos, e para definir, implantar, controlar e avaliar suas políticas, de forma a ordenar o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e expectativas da população. Portanto, a função de regulação

O comando único do sistema municipal não será dado pela presença territorial do conjunto de equipamentos de saúde, mas pela posse e manejo de todos os recursos financeiros do SUS pelo município, relativos às atenções primária e secundária à saúde.

estatal exercita-se em três âmbitos: o âmbito da reitoria do sistema, o âmbito da normalização do sistema e o âmbito da superintendência do sistema.

Deverá se reforçar, especialmente, a função de superintendência regulatória do SUS, o que envolve a certificação, a avaliação tecnológica em saúde, o controle dos serviços de saúde e a avaliação dos serviços de saúde. E, como parte do controle desses serviços, reforçar, especialmente, a auditoria em saúde.

A certificação consiste na validação e revalidação periódicas das estruturas e processos dos serviços de saúde, a partir de sua contrastação com padrões de boas práticas, previamente estabelecidos. A avaliação tecnológica é a investigação das conseqüências clínicas, econômicas e sociais da incorporação e uso da tecnologia em saúde. O controle dos serviços de saúde consiste no trabalho de monitoramento contínuo dos objetivos quantitativos e qualitativos pré-definidos em planos e contratos, em termos de estrutura, processos e resultados, com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade. A avaliação dos serviços de saúde consiste numa intervenção não contínua sobre os serviços de saúde de modo a analisar explicações alternativas ou utilizar múltiplas linhas de evidências, em geral, com a utilização de métodos de pesquisa avaliativa.

Será preciso superar a cultura cartorial de certificação das estruturas e processos do SUS. Esse trabalho, normalmente realizado pelas Vigilâncias Sanitárias, deverá fazer-se como parte de um programa de melhoria da qualidade do SUS.

Será necessário implantar, em cada Secretaria Estadual de Saúde, uma unidade de avaliação tecnológica em saúde que controle a incorporação e o uso das tecnologias utilizadas no SUS. Essa unidade deverá ter o suporte necessário da avaliação econômica dos serviços de saúde.

Os sistemas de controle deverão ser fortalecidos. Para isso, é necessário que as organizações reguladoras desenhem e operem sistemas gerenciais potentes. Esses sistemas gerenciais terão que avaliar os resultados esperados – a função fundamental do controle –, para o que é imprescindível construir e operar os sistemas de informação gerenciais. Ademais, será preciso desenvolver e implantar contratos eficazes com todos os prestadores de serviços.

Como parte inerente ao controle, terá que se reforçar a auditoria em saúde. Para isso, terá que ser superado o foco vigente na auditoria de sistemas. Essa auditoria deverá continuar a ser realizada, mas o foco essencial estará na auditoria clínica. Para tanto, deverão ser incorporadas, na rotina diária das organizações reguladoras do SUS, as tecnologias de auditoria clínica: tecnologias de gestão do uso dos serviços de saúde (revisões prospectivas, concomitantes e retrospectivas), a perfilização clínica, a apresentação de casos, a revisão dos eventos sentinela e os *surveys* (ROBINSON e STEINER, 1998).

Por fim, estudos avaliativos mais rigorosos deverão ser realizados periodicamente.

Para que se possa reforçar a regulação, deverá se instituir um corpo estável de reguladores de serviços de saúde no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para isso, será necessário considerar a função de regulação dos sistemas de serviços de saúde como uma função típica de Estado, do que decorrerá a construção de carreiras sólidas e a oferta de salários dignos.

A melhoria da atenção hospitalar

A melhoria da atenção hospitalar será obtida por um conjunto orgânico de medidas racionalizadoras e por uma luta política em relação ao financiamento.

Deverá ser promovida uma reestruturação da rede hospitalar brasileira para que ela opere com economias de escala

A melhoria da atenção hospitalar será obtida por um conjunto orgânico de medidas racionalizadoras e por uma luta política em relação ao financiamento.

e de escopo e com qualidade. Para isso, dois movimentos são fundamentais. De um lado, terá que se reestruturar os pequenos hospitais de forma a transformá-los em unidades de atenção primária à saúde; essas unidades ambulatoriais expandidas deverão continuar, por motivos políticos, a ser denominadas de hospitais. De outro, terá que se induzir, com políticas de financiamento, a institucionalização de hospitais secundários nas microrregiões de saúde para dar suporte às redes de atenção à saúde.

Deverá, também, ser desenvolvido um programa de melhoria gerencial dos hospitais, voltando-o, principalmente, para a rede de hospitais secundários microrregionais. Esse programa envolverá recursos para a aquisição de *hardwares e softwares* para o desenvolvimento gerencial, prestação de cooperação técnica e uma política agressiva de formação de gestores hospitalares, a ser desenvolvida com as universidades regionais.

Para contrapor-se às intenações indevidas, dois movimentos são necessários: a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, que reduzirá as intenações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, e o fortalecimento da auditoria clínica, com a incorporação das tecnologias de gestão de uso dos serviços hospitalares.

Por fim, terá que se superar o grave subfinanciamento da atenção hospitalar do SUS, denunciando e superando a mentira de que se pode prestar serviços abaixo de seus custos. Aqui, é urgente lutar pela revisão dos valores da tabela SUS relativa à atenção hospitalar, no curto prazo, e pela instituição, nos médios e longos prazos, de um sistema de pagamento capitado ou por orçamento global que cubra os custos dos prestadores.

A melhoria da atenção primária à saúde

A melhoria da atenção primária à saúde passará por uma mudança ideo-

lógica com a superação da concepção hierárquica do sistema de serviços de saúde. Será preciso reverter essa visão hegemônica da atenção primária à saúde como coisa simples que pode ser feita de qualquer forma, de modo a satisfazer as expectativas exclusivas dos mais pobres.

Como conseqüência, a atenção primária à saúde deverá ser entendida como parte de uma rede horizontal de serviços de saúde – o sistema integrado de serviços de saúde –, constituindo o seu centro de comunicação e cumprindo as funções de resolução, coordenação da atenção e responsabilização pela saúde das pessoas e das famílias.

Os esforços para consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF) deverão ser incrementados. Para tal, haverá uma meta de cobrir 70% dos brasileiros nos próximos anos e buscar o cumprimento de seus princípios: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, o foco na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Paralelamente, terá que buscar mecanismos de incremento da qualidade da atenção primária à saúde.

A certificação e recertificação periódicas das equipes do PSF devem ser rotinizadas.

Deverá ser feito um esforço grande na capacitação dos recursos humanos. Além das estratégias educacionais já existentes, curso introdutório e cursos de especialização, outras capacitações deverão ser oferecidas. É preciso fortalecer estratégias educacionais que sejam efetivas no processo de institucionalização do PSF e que superem o modelo fragmentado vigente de educação continuada. Um programa agressivo de residência em saúde da família deverá ser implantado e, paralelamente, deverão ser ofertados sistemas de educação tutorial permanente nas microrregiões de saúde do País.

Deverá haver mudanças na política de medicamentos para a atenção

A melhoria da atenção primária à saúde passará por uma mudança ideológica com a superação da concepção hierárquica do sistema de serviços de saúde. Será preciso reverter essa visão hegemônica da atenção primária à saúde como coisa simples que pode ser feita de qualquer forma, de modo a satisfazer as expectativas exclusivas dos mais pobres.

primária à saúde. A concepção de medicamentos essenciais – coerente com políticas de focalização nos pobres – deverá ser substituída por uma lista de medicamentos necessários a uma atenção primária à saúde de qualidade. Essa lista ampliada deverá ser construída com base nos protocolos de atenção primária à saúde, propostos pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Eventual programa de aquisição subsidiada de medicamentos deverá ser rechaçado fortemente, por ser contrário ao espírito do SUS. Ele expressa uma política pública de *cost-sharing* que é extremamente regressiva e que visa à contenção da demanda; ademais, pode representar um ensaio de co-financiamento que poderá ser estendido a outros campos dos serviços de saúde.

Deverá ser instituído um programa de despreciação do trabalho no PSF, criando formas mais modernas de contratação dos recursos humanos. Para isso, deverão ser desenvolvidas ações como: elaboração do cadastro do trabalho em saúde; monitoramento da substituição do trabalho precarizado; criação de incentivos para a despreciação do trabalho na atenção primária à saúde; e estímulo a incentivos por produtividade, cobertos por contratos de gestão.

Para responder à má qualidade da rede física da atenção primária à saúde, deverá ser instituído um programa de investimentos, com financiamento para os municípios melhorarem a infraestrutura física da atenção primária à saúde. Esses incentivos deveriam estar articulados a um programa de melhoria da qualidade da atenção primária à saúde. Para isso, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão elaborar e difundir um programa arquitetônico para as unidades básicas de saúde. Esse programa de investimentos deverá ser financiado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Por fim, o subfinanciamento da atenção primária à saúde deverá ser superado para que se possa prestar uma

atenção de qualidade. Nesse sentido, é imperativa a criação, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, de incentivos estaduais para o PSF, articulados a critérios de distribuição eqüitativa e a contratos de gestão.

Conclusão

O SUS, surgido num movimento de reforma tipo *big bang*, vem sendo implementado por meio de movimentos de incrementalismo lento expressos, operacionalmente, nas normas operacionais básicas e, mais recentemente, na NOAS SUS 01/2002.

Esses movimentos implantaram no País um sistema público de serviços de saúde de dimensões enormes que presta bons serviços à população mais pobre. E o SUS vem se consolidando como um segmento para os pobres, junto com mais dois outros segmentos privados: o sistema de atenção médica suplementar e o sistema de desembolso direto, ambos privados.

Conseqüentemente, instalou-se um dilema entre o SUS real, o SUS que temos, um segmento para os brasileiros pobres, e o SUS constitucional, o SUS que queremos, um sistema de serviços de saúde universal.

Esse dilema macroeconômico está na base dos problemas que o SUS, depois de seus quase 14 anos de existência, vem apresentando. Concretamente, esse dilema se explicita no volume de recursos que a sociedade brasileira coloca para o SUS e materializa-se na luta entre os focalizadores e os universalistas nas políticas públicas de serviços de saúde.

Por isso, os problemas do SUS não serão resolvidos, exclusivamente, por meio de uma nova normativa, porque isso estaria limitado aos marcos de uma tecnicidade necessária, mas insuficiente. Ao contrário, depende de uma solução política, porque deverá ser discutido qual SUS a sociedade brasileira quer e quanto está disposta a pagar por ele.

Compreendido esse dilema seminal, os SUS apresenta problemas: o subfinanciamento, o foco na gestão da oferta, a concepção hierárquica do sistema público de serviços de saúde, a normativa inadequada, a fragilidade regulatória, a crise da atenção hospitalar e a baixa qualidade da atenção primária à saúde.

Será, preciso, portanto, desenhar e implantar estratégias que permitam superar esses problemas, nessas distintas dimensões, inclusive, instituindo uma nova normativa. Só assim, teremos um SUS mais democrático, mais justo, mais eficiente e com maior qualidade.

Esta é a proposta que se apresenta como uma agenda dos que pretendem transformar o SUS que temos, o SUS dos pobres, num SUS que queremos, um verdadeiro sistema único de saúde para todos.

Assim deverá ser realizado o sonho do movimento sanitário e dos constituintes brasileiros. Se isso não for feito, a segmentação continuará avançando e, como conseqüência, a generosa proposta da reforma sanitária brasileira, de inspiração solidarista, vai, cada vez mais, reproduzir o sistema americano de “inseguro saúde”² e transformar o sistema público, o SUS, num grande *Medicaid* à brasileira.

Referências

ALETRAS, V., JONES, A & SHELDON, T. A – Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – *Concentration and choice in health care*. London, Financial Times Healthcare, 1997.

ALFRADIQUE, M.E. & MENDES, E.V. – *Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial*. Belo Horizonte, Nota Prévia, 2002.

BENGOA, R. – *Finlandia: experiencia de la municipalización de los servicios de salud*. Vizcaya, Banco Mundial, 1998.

BENGOA, R. – Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL – *Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BILLINGS, J., ANDERSON, G. & NEWMAN, L. – *Recent findings on preventable hospitalization*. Health Affairs, 15: 239-249, 1996.

BNDES – *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro, BNDES, 2002.

BRASIL – *Constituição Federal*, 1988.

BUNKER, J.P., LUFT, H.S. & ENTHOVEN, A – Should surgery be regionalised? Surgical Clinics of North America, 62: 657-668, 1982.

CARR-HILL, R., PLACE, M. & POSNETT, J. – Access and utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT, J. (Editors) – *Concentration and choice in healthcare*. London, FT Healthcare, 1997.

COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS – *A crise hospitalar e o subfinanciamento da atenção hospitalar do SUS em Minas Gerais*. Belo Horizonte, Nota Técnica nº 18/P, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

CONSÓRCIO FGV-EPOS – *Determinação e avaliação do custo do Programa de Saúde da Família*. Brasília, Ministério da Saúde, /REFORSUS, 2001.

FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT, J. – Introduction. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT, J. (Editors) – *Concentration and choice in healthcare*. London, FT Healthcare, 1997.

HAM, C. – Lessons and conclusions. In: HAM, C. (Editor) – *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1997.

² Esta é uma expressão-síntese muito usada para caracterizar o sistema de serviços de saúde dos Estados Unidos. Entre outros, é utilizada no clássico livro sobre a reforma americana, por Starr (1994)

- IBGE – *Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária*. Rio de Janeiro, IBGE, 2000.
- JANETT, R.S. – *Medium and high complexity medical care in Bahia, Brazil*. Salvador, World Bank, 2002.
- LOMAS, J. & CONTRANDRIOPOULOS, A.P. – Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. In: EVANS, R.G., MORRIS, L.B. & MARMOR, T.R. (Editors) – *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of population*. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
- MARMOR, T.T. & BAR, M.S. – *Making sense of the national health care debate*. Yale Law and Policy Reviews, 10: 228-282, 1992.
- McKEE, M. & HEALY, J. – *The role of hospital in a changing environment*. Bul. World Health Organization, 78: 803-810, 2000.
- MENDES, E. V. – *A crônica de uma morte anunciada ou nascimento, paixão, morte e ressurreição do INAMPS*. Brasília, OPAS, 1993.
- MENDES, E. V. – *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Ed. HUCITEC, 2ª. Ed., 1999.
- MENDES, E. V. – *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.
- MENDES, E. V. – *A atenção primária no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, E. V. – *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.
- MENDES, E. V. – Reflexões sobre as NOAS SUS 01/02. *1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS*. Brasília, CONASS, 2003.
- MILLS, A., BENETT, S. & RUSSEL, S. – *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Houndmills, Palgrave Publ.Ltd., 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Assistência hospitalar no SUS*. Brasília, SAS/MS, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Relatório sobre as revisões da tabela SUS*. Brasília, MS/SAS, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Norma operacional da assistência à saúde*. Brasília, MS/SAS, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Apuração dos custos de procedimentos hospitalares: alta e média complexidade*. Brasília, MS/REFORSUS RFP nº 003/99, 2002.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – *Informe sobre la salud en el mundo, 2003: forjemos el futuro*. Ginebra, OMS, 2003.
- ROBINSON, R. & STEINER, A. – *Managed health care*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- SALTMAN, R.B., FIGUERAS, J. & SAKELLARIDES, C. (Editors) – *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ – *Sistema microrregional de serviços de saúde de Baturité*. Fortaleza, SESA, 2000.
- STARFIELD, B. – *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- STARR, P. – *The logic of health care reform*. New York, Penguin Books, 1994.
- TESTA, M. – *Pensar en salud*. Buenos Aires, OPS/OMS, 1989.
- TRAD, L. A. B. et alii – *A reestruturação da atenção básica a partir do programa de saúde da família: uma avaliação qualitativa*. Salvador, Banco Mundial, 2002.
- UNGER, J. P. & KILLINGSWORTH, J. – *Selective primary health care: a critical view of methods and results*. Science and Medicine, 22: 1001-1013, 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, WHO, 2000.