

A defesa da saúde como direito de todos: cinco questões para uma leitura crítica das resoluções e desdobramentos da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Propõe-se discutir uma avaliação da Conferência além da crítica de seus acertos e problemas formais, como parte da execução cotidiana de uma política participativa, para questionar os rumos que estarão direcionando essa política social.

1. Romper o subfinanciamento

O subfinanciamento do SUS não foi resolvido. O equacionamento de tal questão central ainda não conseguiu vencer a barreira que setores sociais e interesses econômicos organizaram para resistir à tarefa do Estado em financiar e estruturar adequadamente a saúde como direito social de todos. Assim, o Congresso emplacou o fim da CPMF contra o SUS, sem estabelecer uma alternativa concreta de financiamento. A regulamentação da EC29, aguardada há muitos anos, teve um desfecho pífio comemorado pelo pensamento conservador. A lei que obriga o ressarcimento por parte dos planos privados não foi efetivamente levada a cabo. Não se coibiu a destinação de recursos públicos para planos seletivos de saúde. Não se buscou alternativa para a questão do pagamento dos planos privados com recursos do imposto de renda, o que compromete o princípio de política pública universal e igual para todos. É preciso interromper a sangria do SUS e definir novas fontes de financiamento.

2. Interromper o desmonte da ação pública estatal

A situação da relação público-privada atravessou como um tornado a área, recompôs valores e visões e reagrupou grande parte da intelectualidade e militância da saúde a *reboque* da reforma *gerencialista* do aparelho de Estado, concebida no auge das políticas *globalizantes* e a serviço do seu desmantelamento em benefício de empresas privadas, especialmente de Organizações Sociais (OS) e de grandes hospitais privados. Não se enfrentou a ocupação do SUS pelas OS, ao contrário. Não se buscou efetivamente a consolidação de outras formas da administração pública como possibilidades de afirmar o papel do Estado, que são, muitas vezes, equivocadamente confundidas como formas de privatização e acabam desarmando o seu enfrentamento. Proposições fragmentadas de setores organizados tem tido dificuldade de entender a disputa do todo da política e a articulação contra-hegemônica para concretizar alternativas à desagregação da esfera pública representada pelas OS. Muitos se embaralham e se confundem com a concepção, há muito defendida por organismos financeiros internacionais, de que o problema da saúde no Brasil é gestão. Tal visão direciona o SUS como um sistema focado na iniquidade de um “novo SUS para pobres” ou um “SUS possível” complementar aos planos privados de saúde. A revisão do princípio da saúde como direito de cidadania vem sendo construída cuidadosamente e sempre munida de forte material de propaganda sobre a pretensa eficiência do modelo das OS e da reafirmação de que o problema não é financiamento. Por outro lado, paradoxalmente, essa visão defende a venda de serviços públicos estatais como uma forma pragmática para viabilizar o financiamento do SUS, para os pobres. Assim, o fortalecimento financeiro e político das Organizações Sociais na saúde, essas máquinas devoradoras de recursos e dos princípios da gestão pública, está preparando o recuo com a diferenciação no atendimento nos serviços estatais de saúde. Defendidas como um “moderno modelo de gestão”, as OS aparecem agora na sua forma

completa, como instrumento político gerencial que viabiliza o colapso do princípio da universalidade com igualdade de acesso no SUS, transformam o serviço público num negócio e o cidadão, portador de direito fixado na Constituição Federal, é expulso da cena. É, portanto, tarefa estratégica interromper esse processo, organizando a presença ativa e a ação efetiva estatal na questão da saúde, definida na Constituição como de relevância pública.

3. Exercer de fato a função de Estado sobre a saúde suplementar

Uma defesa, ainda tímida, começa a propor a existência de uma pretensa “complementariedade” do SUS com o sistema suplementar, muito além da complementariedade com os serviços contratados, como já definida e limitada na Constituição. O suplementar está gradativamente sendo transformado em complementar – um SUS “sintonizado com o tempo atual, um SUS possível”. Com conhecidos apelos à inovação e ao pragmatismo (frente ao crescimento dos beneficiários de planos) vem se tentando criar espaço para fortalecer uma concepção segundo a qual o SUS acaba por se desfazer em outra política na qual os recursos públicos passam a viabilizar maior extensão e lucratividade do setor de planos de saúde. Um Estado gerente que, como se diz, assim “se transforma na mais brutal imagem-espelho do banquete dos ricos e do despojo dos direitos sociais de todos os não proprietários”. A proposição da complementariedade contrarreformista articulada é cruenta e simples: o SUS fica para os pobres e os planos de saúde (com todos os incentivos estatais mantidos) para quem pode pagar, mas como a saúde é cara e a saúde é um direito, a alta complexidade fica também com o SUS, desde que se criem privilégios aos detentores de plano para o acesso aos procedimentos mais complexos nos hospitais públicos, o que a gestão privada via OS viabilizaria com a sua “expertise de negócios”, ancorada em leis como a paulista dos 25%. É preciso maior firmeza e clareza do papel que o Estado deve assumir como o condutor da política de saúde fixada na constituição como questão de relevância pública.

4. Reafirmar que o direito à saúde pressupõe descentralização e controle social

Há um entendimento, aparentemente lógico, segundo o qual a municipalização tem representado um problema exemplificado no fato de não termos conseguido uma adequada e concreta articulação entre descentralização e regionalização. Tal situação decorreu, entretanto, de muitos fatores, como: a excessiva normatização e verticalização programática federal, a intensidade crescente do relacionamento convenial e, sobretudo, às dificuldades financeiras para viabilizar uma efetiva integração regional superando a dificuldade financeira objetiva para planejar e executar uma Programação Pactuada Integrada (PPI) regional real. O risco desse quadro é que todas as dificuldades vividas sejam menosprezadas e as razões sejam depositadas numa crítica descontextualizada de excessiva municipalização, que precisaria ser revista no caminho de uma centralização político-administrativa das Regiões de Saúde como instâncias que se relacionariam diretamente com o Ministério da Saúde ou com os Estados. Em que pese a situação a que foi levado o SUS, a descentralização (a transferência de poder e recursos do centro para a periferia do sistema) permanece como o elemento indispensável para viabilizar uma dinâmica ágil, participativa e democratizante da política. Não foi em decorrência da descentralização com a municipalização do sistema que as dificuldades se colocaram,

mas pela gradativa transformação da descentralização em desconcentração, com exageradas imposições técnico-administrativas aos municípios ultrapassando em muito necessárias diretrizes nacionais, com o subfinanciamento e com o papel secundário resultante ao controle social. Os municípios estão cada vez mais sob comando externo, com débil apoio dos Estados e com recursos limitados e carimbados. Esse quadro poderá ser enfrentado com o Decreto 7508/2011 ao se encaminhar a sua aplicação como elemento indutor da superação da verticalização com fragmentação e em apoio à efetiva regionalização, garantindo participação democrática e controle social.

5. Fortalecer o SUS como política social de Estado

A quebra da abrangência do direito à saúde está em foco. É essa política, e não a discussão da questão gerencial ou modernização do Estado, que hoje impulsiona um movimento interessado na desvalorização do princípio da universalidade com gratuidade e prepara sua liquidação política, enquanto direito social e regra constitucional, com as iniciativas de venda de atendimentos estatais e instalação de “duplas portas”.

Na Reforma Sanitária Brasileira proposta e efetivada na Constituição de 1988, a sociedade, por meio de seus constituintes, refutou a conceituação da saúde como uma mercadoria a ser ou não consumida conforme as posses individuais ou como benefício contributivo resultante de um sistema de proteção. Ela não é uma questão de consumidores, ou de indignidade ou de benemerência. Ela passou a ser expressão da conquista de um direito de cidadania em respeito à dignidade da pessoa humana. A partir dessa definição legal-formal, a saúde impõe a presença ativa do Estado, depende dos fundos públicos, de um corpo profissional permanente que seja respeitado e valorizado no desempenho da função pública e comporta-se conceitualmente como uma antimercadoria no interior do sistema capitalista, o que certamente resulta na natureza extremamente polêmica e repleta de avanços e retrocessos, expressos nas contradições do que é o SUS real. Na disputa pelos fundos públicos há um polo balizado pelo princípio mercadológico, que se revela nos embates entre o público e o privado articulado inclusive no interior do aparelho de Estado por meio das Organizações Sociais ou com a ideia de complementariedade entre o SUS e o sistema suplementar ou, ainda, com as formas subservientes de incorporação tecnológica. Isto é, a defesa do direito à saúde universal, abrangente e radical é a questão central atual, é um rumo para o desenvolvimento nacional conflitante com a lógica das iniquidades existentes no funcionamento do sistema social vigente.

Pela defesa da saúde como um direito social de todos, dos princípios e das conquistas consagradas na Constituição de 1988.

Paulo de Tarso Puccini
Médico sanitário, doutor em saúde pública
10/12/2011