

## SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas

The Brazilian Unified Health System (SUS), State Public Policy:  
Its institutionalized and future development  
and the search for solutions

Nelson Rodrigues dos Santos<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper redeems the significance of the health reform movement and the municipal healthcare movement in the context of the 1970s and 1980s, and its social, politic and innovative power in the democratic reconstruction of the day. It then notes that the implementation of the constitutional guidelines, regulated in 1990 by Laws 8080/90 and 8142/90, has been characterized in the last 22 years by four major and mounting obstacles imposed by State policy on all governments: federal underfunding federal subsidies to the private health plan market; resistance to reform of the State management structure of service provision; and the handing over of administration of public facilities to private entities. The Brazilian Unified Health System (SUS) included half the population that was once excluded in the public health system, though these obstacles keep the coverage of primary care focused below the poverty line and with poor resolution. The conclusion drawn is that the real policy of the state for healthcare in the past 22 years has prioritized the creation and expansion of the private health plan market for consumer rights, and relegated the effectiveness of constitutional guidelines for civic human rights to second place.*

**Key words** *Trajectories of SUS, SUS: State policy, Health policy*

**Resumo** *O texto resgata significados do movimento da reforma sanitária e do movimento municipal de saúde no contexto dos anos 70 e 80, sua força social, política e inovadora na reconstrução democrática na época. A seguir constata que a implementação das diretrizes constitucionais, regulamentadas em 1.990 pelas Leis 8080/90 e 8142/90, vem sendo marcada nos últimos 22 anos por quatro pesados e crescentes obstáculos impostos pela política de Estado a todos os governos: subfinanciamento federal, subsídios federais ao mercado de planos privados de saúde, resistência à reforma da estrutura gerencial estatal da prestação de serviços e, entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados. O SUS incluiu no sistema público de saúde metade da população antes excluída, mas estes obstáculos mantêm a cobertura da atenção básica focalizada abaixo da linha de pobreza e com baixa resolutividade. Conclui que a real política de Estado para a saúde nesses 22 anos vem priorizando a criação e a expansão do mercado dos planos privados de saúde para os direitos do consumidor; e secundarizando a efetivação das diretrizes constitucionais para os direitos humanos de cidadania.*

**Palavras-chave** *Rumos do SUS, SUS: política de Estado, Política de saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas Preventiva e Social. Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária. 13083-970 Campinas SP. nelsonrs@fcm.unicamp.br

### A força inicial

O SUS é obrigação legal há 22 anos, com as Leis 8080<sup>1</sup> e 8142<sup>2</sup> de 1.990. No seu processo histórico o SUS começou na prática nos anos 70, há 40 anos, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais. Na saúde, este movimento libertário fortaleceu-se com a bandeira da Reforma Sanitária, antecipando o que viria, anos depois, a ser as **diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade**.

Também nos anos 70, a ausência de estatuto da terra e reforma agrária, no modelo de desenvolvimento, levou ao grande empobrecimento da população e provocou intensa migração da zona rural e pequenas cidades, para as periferias das cidades médias e grandes, o que gerou grande tensão social nessas periferias, de difícil controle pela repressão da ditadura, e as Prefeituras Municipais iniciaram várias providências, entre as quais, atendimentos precários à saúde com viaturas de saúde itinerantes em bairros e vilas, e também postinhos de saúde. Essas providências precárias foram se beneficiando com propostas e iniciativas de um número crescente de jovens sanitaristas, que foram qualificando os serviços municipais de saúde e aplicando nas realidades brasileiras, as diretrizes da Atenção Primária à Saúde, inclusive com equipes compostas pelas várias profissões de saúde, integrando as ações preventivas e curativas e ganhando grande apoio da população antes excluída. Aconteceram inúmeros encontros estaduais e nacionais de troca de experiências municipais de saúde, configurando o movimento municipal de saúde que se fortaleceu, pressionou os governos nacional e estadual por mais recursos, e antecipou o que viria, anos depois, a ser as **diretrizes constitucionais da Universalidade, da Descentralização, da Integralidade e da Regionalização**.

Os movimentos: Municipal de Saúde e o da Reforma Sanitária conseguiram nos anos 80, convênios para repasses financeiros do governo federal que muito fortaleceu a prestação de serviços básicos e integrais de saúde à população. Conseguiram também importante apoio do Legislativo com simpósios de políticas de saúde na Câmara Federal. Como parte das lutas pelas liberdades democráticas, muito contribuíram para o fim da ditadura em 1.984. No bojo do cresci-

mento dos serviços básicos, vale lembrar que nos anos 80, antes mesmo da criação do SUS, já se consolidava o papel decisivo dos municípios em vários Estados, na erradicação da Poliomielite (paralisia infantil) e depois, do Sarampo. Deve ser lembrado que paralelamente aos bons resultados da descentralização e dos primeiros repasses de recursos federais, o governo federal, nos anos 80, inicia a retração da sua participação no financiamento da saúde, perante o crescimento da participação estadual e principalmente municipal. Foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1.986, que aprofundou e legitimou os princípios e diretrizes do SUS.

A força social e política desse movimento dobrou na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta pelos governos federal, estadual e municipal, pelas instituições públicas e privadas de saúde e pelas entidades da sociedade e dos trabalhadores sindicalizados, com a atribuição de elaborar proposta de sistema público de saúde a ser debatida na Assembleia Nacional Constituinte. Foi também criada a Plenária Nacional de Saúde que congregava todos os movimentos e entidades da sociedade civil, com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde na Constituição.

É importante lembrar que em todos os debates e posicionamentos políticos, as entidades, tanto das categorias de trabalhadores, incluindo as centrais sindicais, e as entidades dos profissionais de saúde e das classes médias, assumiram em todos os momentos e situações, **a opção pelo SUS e não planos privados**, que na época possuíam pequeno peso e expressão em comparação com o sistema público de saúde que incluía o previdenciário. Todas as expectativas eram de adesão e primeira opção pelo SUS, na crença de que o Estado seria democratizado e cumpriria as diretrizes constitucionais sociais. Foram os princípios e diretrizes do Direito de Todos e Dever do Estado, da Relevância Pública, da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação da Comunidade. Essa grande força social e política pelo SUS são da nossa história recente, e deve ser levada em conta para o entendimento das dificuldades e problemas que foram se avolumando desde então, de modo crescente até que se iniciaram as primeiras avaliações e análises reveladoras de outra política de Estado, real, com rumo desviado dos princípios e diretrizes constitucionais. Ao contrário de continuar avançando a partir de 1.990, exatamente quando eram esperadas e desejadas mais facilidades com a promulgação das

Leis 8080/90<sup>1</sup> e 8142/90<sup>2</sup>, um outro contexto global e nacional não esperado nem desejado, que será referido no penúltimo tópico deste texto, iniciou a efetivação de crescentes dificuldades. Essas dificuldades tornaram-se verdadeiros obstáculos, que obrigam uma quase exaustão das forças que persistem em fazer do SUS o que está na Constituição: um sistema público de saúde de qualidade e universal, comprometido com as necessidades e direitos à saúde da população. Aos poucos, o que era avaliado por volta de 15 anos, como dificuldades e problemas a serem superados, foi clareando como sólida e consistente estruturação dessa outra política de Estado. Identificando 20 situações reais emergidas nos 22 anos do SUS, busca-se a seguir, qual a lógica e estratégia subjacentes. Em tentativa sujeita a reajustes, resultaram 4 obstáculos, 7 consequências, e 5 conclusões que parecem revelar de modo inequívoco, a real política hegemônica de Estado para a Saúde.

## Os obstáculos

### 1º Obstáculo:

#### O subfinanciamento federal

Em 1.980, o governo federal participava com 75% do financiamento público na saúde, e os Estados e Municípios com 25%. Desde então, e especialmente após novo pacto federativo constitucional de 1.988, os municípios e Estados vêm assumindo suas novas e maiores responsabilidades, e somados, elevaram sua participação de 25% para 54% do total do financiamento público da saúde, o mesmo não ocorrendo com a União, cuja participação porcentual caiu de 75% para 46%. A supressão da contribuição previdenciária em 1993, a substituição de fontes com a criação da CPMF em 1.996 e o cálculo da parcela federal com base na variação o PIB em 2.000, estruturaram o subfinanciamento federal. Em 1.999 o governo federal com taxas de juros estratosféricas, obriga os estados e municípios a limitarem gastos na área social, reservando pelo menos 13% dos orçamentos dos estados e municípios de maior porte para a renegociação de dívidas, e a seguir, com a Lei de Responsabilidade Fiscal, compelir os municípios a limitar gastos com pessoal, substituindo-os por “terceiros”: cooperativas, ONG, OS, etc. Isto mantém o Brasil entre os países que menos recursos públicos coloca por habitante em cada ano, e menor porcentagem de recursos públicos para saúde, no PIB. Dados da

Organização Mundial da Saúde, usando valor de dólar calculado para comparar os países, revelam para 15 países que implementam sistemas públicos de saúde de qualidade e universais, a média é de 2.530 dólares públicos por habitante ao ano, enquanto no Brasil estamos com 385, perdendo até para a Argentina, Chile, Uruguai e Costa Rica. Em 1.981, 70% dos atendimentos de saúde em nosso país tinham financiamento público, que foi caindo até 60% em 2.008, apesar da vigência do SUS a partir de 1.990. Nossas históricas desigualdades regionais, agravadas durante a ditadura, foram, na saúde, agravadas com este severo subfinanciamento<sup>3-6</sup>.

## Consequências do 1º Obstáculo

**1º Desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos, da Atenção Básica e Assistenciais de Média Complexidade** que resulta em oferta desses serviços para a população, 4 a 7 vezes menor do que a oferta desses equipamentos e tecnologias para os consumidores de planos privados. Este desinvestimento por outro lado, levou a um crescimento desproporcional e anômalo dos serviços privados complementares no SUS (contratados e conveniados), hoje, por volta de 65% das internações e 92% dos serviços de diagnóstico e terapia, que são remunerados por produção (fatura) mediante complexa e perversa tabela de procedimentos e valores. Por isso, esses serviços perderam seu caráter complementar, tornando-se o centro nervoso do sistema. Tudo isso conflita com as diretrizes legais do SUS e confunde (ou desvia) a *evolução de parceria histórica de excelente potencial* com a rede das Santas Casas e outras entidades de saúde sem fins lucrativos, em função das necessidades da população e da atenção integral à saúde<sup>3,7,8</sup>.

**2º Drástica limitação do pessoal de saúde e desumana precarização das relações e da gestão do trabalho em saúde.** Do pessoal terceirizado, hoje estimado em mais de 60% dos trabalhadores de saúde do SUS, e também dos estatutários e dos celetistas públicos, todos nivelados por baixo na remuneração, nos planos de carreiras inexistentes ou precários, nas condições de trabalho, na educação permanente e na participação na gestão. A limitação do quadro próprio de pessoal, imposta pela lei da Responsabilidade Fiscal às Prefeituras, é parte estrutural deste quadro. Esta segunda consequência é a causa estrutural do predomínio dos interesses do pessoal de saúde sobre as necessidades e direitos da popu-

lação usuária, no que se refere aos critérios de filas de espera, dos agendamentos de exames, consultas, encaminhamentos, internações, retornos, etc., assim como das requisições de exames, das prescrições terapêuticas, e do cumprimento dos horários de trabalho, e da assiduidade<sup>9</sup>.

**3º O sub-financiamento federal atinge os três níveis de atenção de forma desigual:** muito mais a Atenção Básica (AB), menos a assistência de média complexidade (MC) e quase nada na alta complexidade (AC). Os valores (corrigidos pelo IGPM) dos repasses federais para a AB (PAB fixo e variável) e para o SAMU entre 1.998 e 2.010, tiveram queda que variou de 30% a 50%. Os valores (corrigidos pelo INPC) dos repasses federais para a assistência de MAC entre 1.995 e 2.012, tiveram seus per-capitas elevados em 43%, enquanto para a AB (PAB fixo), em apenas 1,1%. Em outras palavras, em 1.995 o MS gastou com a MAC, 5,4 vezes mais do que gastou com a AB, e em 2.012 está gastando 7,7 vezes mais. É imperioso o aporte de recursos novos e crescentes para a AB e a MC simultaneamente, ao contrário de penalizar os dois, e mais AB que a MAC. Além da desigualdade nos níveis de atenção, os repasses federais aos Estados e Municípios são ainda fragmentados por programa e projeto federal, e não globais segundo as metas do planejamento municipal, regional e estadual, o que mantém o modelo convenial e não das relações constitucionais<sup>4,5,10</sup>.

Somente este grande subfinanciamento já impede prosseguir no cumprimento das diretrizes constitucionais. O conjunto dessas três consequências leva à chamada privatização por dentro do SUS, isto é, o peso de interesses privados e pessoais dentro do sistema público, no processo da oferta de serviços.

### 2º Obstáculo

**Subvenção Crescente com Recursos Federais ao Mercado dos Planos Privados de Saúde.** Esta subvenção vem sendo realizada por meio de: a) renúncia fiscal ou gastos tributários (isenções e deduções no recolhimento de tributos de empresas, indústria farmacêutica e consumidores na saúde), b) cofinanciamento público de planos privados de saúde aos servidores federais do Executivo, Legislativo e Judiciário, incluindo as Estatais, e c) não ressarcimento obrigado pela Lei 9656/1.998. O valor dessa subvenção ao mercado da saúde corresponde hoje por volta de 30% do faturamento anual do conjunto das empresas de planos privados de saúde, o que está perto da metade dos gastos anuais do Ministério da

Saúde. Somente os gastos tributários vêm crescendo nominalmente por ano, em velocidade 10 a 20% maior que o crescimento nominal dos gastos do Ministério da Saúde. É o que se pode chamar de privatização por fora do SUS, isto é, o sistema privado externo ao SUS, que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas, e que falsamente proclama que alivia o SUS<sup>7,8,10-13</sup>.

### 3º Obstáculo

**Grande Rigidez da Estrutura Administrativa e Burocrática do Estado.** Incapaz de gerenciar com *eficiência* os estabelecimentos públicos prestadores de serviços, com lentidões extremamente centralizadas e burocratizadas de concursos públicos, licitações e reposições de material e pessoal entre 1 e 2 anos ou mais, com grande dano ao atendimento da população. Grande resistência à reforma democrática dessa estrutura, e à descentralização com autonomia gerencial, orçamentária e financeira e efetiva participação da comunidade. Este obstáculo impede ou distorce a execução dos gastos públicos com saúde, sem as desastrosas esperas e com qualidade e eficiência voltada para as necessidades da população. É imposto pela política de Estado, de impedir a demonstração de que o Estado deve e pode organizar sua estrutura administrativa, orçamentária e financeira para atender com qualidade e presteza as demandas sociais básicas, lembrando que essa demonstração se choca com a 2º consequência do subfinanciamento federal<sup>9,14,15</sup>.

### 4º Obstáculo

**Privatização da Gestão Pública:** Omitindo os obstáculos anteriores, essa política de Estado assume como princípio conceitual, a entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde para grupos privados, insistindo na falsa tese de que o setor público é por definição incompetente no gerenciamento de serviços públicos para as necessidades sociais da população, e que o setor privado é naturalmente competente. Assim nasceram no período da ditadura as Fundações Privadas de Apoio a hospitais universitários públicos, e sociedades privadas para o desenvolvimento da Medicina, em 1.998, as OS e OSCIP e após, as PPP (parcerias público-privadas). Já está configurada nova corporação de consultores de gerência hospitalar e empresas de consultoria vendedoras de serviços e projetos de OS, OSCIP e PPP para gestores públicos. Isto, a

valores de centenas de milhares de reais, e execução com altas taxas de administração, além de cláusula contratual de sigilo dos proventos dos dirigentes. Esta seria a privatização por fora e por dentro do SUS, que vai reduzindo o Estado, segundo Sônia Fleury, a financiadora de investimentos privados na capacidade instalada de saúde, por meio do BNDES e outras agências, e comprador de serviços privados. Este obstáculo, ao omitir os anteriores, esconde que, sem eles o setor público ganha força, competência e condições para identificar com transparência, situações especiais e excepcionais. Isto, possibilitaria a realização de parceria público-privada com entidades sem fins lucrativos, de comprovada finalidade e controle públicos, sem qualquer promiscuidade negocial de mercado, como ocorre em sociedades mais civilizadas<sup>3,6,9,15</sup>.

Estes obstáculos foram se avolumando e acarretando inúmeras consequências.

#### As consequências dos obstáculos

1. Impossibilidade das unidades básicas de saúde e equipes de saúde de família de desenvolver a Atenção Básica de qualidade, de cobertura universal, e por isso ordenadora das linhas de cuidado em todos os níveis do sistema. A cobertura efetiva oscila entre 30 a 40% da população e sua qualidade e resolutividade permanecem muito baixas, mantendo na média nacional um caráter focalizado na Atenção Básica, de baixo custo para as camadas mais pobres<sup>9,16</sup>.

2. A gestão descentralizada do SUS, especialmente as secretarias municipais de saúde, permanecem tensionadas e angustiadas quando, por um lado, por princípio humano e para evitar omissão de socorro, concentram os baixos recursos nas situações de urgência e as mais graves, com serviços supercongestionados, frequentemente acrescentando recursos municipais aos valores da tabela federal. Por outro lado, sobram menos recursos para a proteção dos riscos à saúde da população e no atendimento às situações não graves, sabendo que a consequência é gerar novas situações graves e de urgência. São cada vez mais frequentes, esperas de consultas, exames e internações acima de 6 meses e, frequentemente, de 1 a 2 anos. Esta tensão e angústia atingem também as equipes do MS, inclusive da gestão atual, quase toda originária da gestão descentralizada, mas que por si só não consegue contornar a política de Estado, mais sensível às pressões dos vendedores de medicamentos, equipa-

mentos e outros materiais assistenciais, assim como da medicina especializada e do pesado mercado de planos privados de saúde<sup>17</sup>.

3. A precarização da implementação do SUS, pressionada pelos 4 obstáculos apontados, produziu ao longo dos 22 anos da Lei 8080/90<sup>1</sup>, uma oferta de serviços que, por um lado incluiu quase metade da população antes excluída, que foi o seu maior feito. Por outro lado, a qualidade, tanto de grande parte de cada atendimento, como do próprio modelo de atenção, atende mais os interesses do lado da oferta, e atendendo menos ainda, as necessidades e direitos da população. Isto foi gerando uma demanda contrária a que era esperada e desejada: foram aderindo aos planos privados, todas as classes médias e os trabalhadores sindicalizados e suas centrais sindicais, tanto do emprego privado como do público. Na verdade, esses segmentos da sociedade, na busca de atendimento às suas necessidades de saúde, foram compelidos para o lado dos planos privados, inclusive os mais baratos que submetem seus consumidores a grandes esperas nas consultas e exames e atendimentos de baixa qualidade. Hoje, em torno de 75% da população brasileira dependem só do SUS e 25% são consumidores de planos privados, continuando a depender do SUS, principalmente nos procedimentos de alto custo, do fornecimento de medicamentos especiais, da vigilância sanitária, imunizações, etc<sup>4,11-14</sup>.

4. Além da espetacular inclusão dos excluídos no SUS, outro grande feito vem acontecendo, que é a persistência no território nacional, de centenas de experiências locais que buscam com grande esforço aplicar as diretrizes constitucionais do direito humano à saúde. São experiências mantidas por usuários, trabalhadores de saúde, gestores locais e núcleos acadêmicos, que são divulgadas em mostras dessas experiências. Ainda que submetida a cobertura e resolutividade muito baixas, a nossa Atenção Básica à Saúde revela seu grande potencial quando consegue intensificar a queda de importantes indicadores de saúde como a mortalidade infantil, a mortalidade precoce pelas principais doenças crônicas e a incidência da tuberculose. Esta 4ª consequência tem alto significado social e político ao apontar para a existência de verdadeira rede de resistência ao desmanche, na prática, das diretrizes dos SUS, assim como avanços possíveis, o que é fundamental para a retomada da política de Estado voltada para os direitos sociais de cidadania.

Assim sendo, foram tornando-se inequívocas várias conclusões.



### As conclusões dos obstáculos e consequências

A. Os 4 obstáculos ao SUS e suas consequências, foram acontecendo concretamente, de maneira contínua nos 22 anos do SUS, o que revela a força da política de Estado, descomprometida com as diretrizes constitucionais dos direitos sociais. Aponta para outra política de Estado, acima das políticas de governo, de todos os governos nesses 22 anos. Cabem aqui as perguntas: que Estado é esse? O que vem realmente acontecendo nos rumos dados pela Constituição e Leis 8080/90<sup>1</sup> e 8142/90<sup>2</sup>?

B. Na formação da consciência social do direito à saúde, as consequências e influências dos 4 obstáculos anti-SUS, acabaram levando ao predomínio de que saúde seja mais direito de consumidor do que direito humano de cidadania. E por isso, da falsa noção de que o SUS é gratuito, quando na realidade é muito bem pago pelos impostos e contribuições sociais arrecadados, e mais ainda: por sistema tributário que incide muito mais nos estratos sociais mais pobres.

C. O Estado brasileiro acabou revelando na saúde, mais o seu lado de aparelho criador de mercado para os direitos do consumidor, do que implementador das diretrizes constitucionais para os direitos sociais de cidadania. Desconsidera que o SUS para ser efetivo e incluir a todos vai também ampliar o mercado de empregos, medicamentos, equipamentos, tecnologias, etc., e opta pelo mercado privado de planos de saúde para assistir os trabalhadores do mercado de trabalho formal, inclusive socializando os custos com o erário público. (Nicho de mercado por excelência). Criou a Agência Nacional de Saúde com 5 diretorias para regular esse mercado, hoje com os 5 diretores extraídos do setor privado, e cuja regulação segue o imperativo mercadológico da concentração e acumulação intensiva do capital, inclusive com a entrada de seguradoras estrangeiras<sup>4,9,11-14,17</sup>.

D. Na formulação e realização dos 4 obstáculos ao SUS, os agentes dominantes no Estado valeram-se de *instâncias de poder acima* dos gestores do SUS (municipais, estaduais e federais). Inclusive quanto à desigualdade dos valores reais dos repasses federais à MAC e à AB. Tampouco os conselhos de saúde tiveram acesso à formulação e realização desses obstáculos.

E. Sob o ângulo *jurídico-legal*, desde a Constituição Federal até a recente Lei n.º 141/2012, a implementação do SUS pode ser considerada concluída, e a Reforma Sanitária Brasileira en-

cerca sua contribuição para um sistema público plenamente instituído. Contudo, sob o ângulo da *real política pública de Estado*, o SUS encontra-se contra-hegemônico, ainda engatinhando, com exaustão em quase todas as frentes de luta pela implementação das suas diretrizes constitucionais. Seu maior feito, a inclusão social, processa-se sob a hegemonia do “modelo da oferta”, medicalizado, privatizado e “modernizado” pelo “gerencialismo”. Os avanços reais do SUS poderiam estar sendo realizados pela continuação do desenvolvimento dos convênios pré-SUS, das Ações Integradas de Saúde e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. Constituem-se, contudo, em consistente patamar de criativa acumulação de experiências práticas na atenção à saúde, na gestão descentralizada e no controle social, historicamente decisivo para a retomada do rumo da implementação das diretrizes constitucionais. Por isso a Reforma Sanitária Brasileira, ao contrário de encerrada, enquanto movimento social, está desafiada a persistir na sua ação inovadora e criativa, na luta pelos direitos sociais<sup>3,9</sup>.

#### Buscas de saídas: encaminhamentos para a área da saúde

1. Torna-se fundamental a retomada da comunicação direta com as entidades da sociedade e movimentos sociais, democratizando todas as informações do que está acontecendo com o SUS: seus benefícios à população, mas também seus obstáculos e consequências. Esta comunicação social deve se dirigir igualmente a todos os usuários do SUS: os que só têm o SUS e os que, além do SUS, são consumidores de planos privados, a começar dos trabalhadores sindicalizados. Seria a retomada da predominância da consciência e mobilização dos direitos humanos de cidadania. A força social capaz de mudar a política de Estado só acontece com a consciência social, politização e ampla mobilização, incluindo os trabalhadores e as classes médias.

2. Os recentes avanços legais do SUS como o decreto 7508/11, Lei 12.466/11 e Lei 141/12 (apesar desta última manter o subfinanciamento federal)<sup>18-20</sup>, por si não garantem, mas estimulam avanços reais como:

- Universalização e qualificação da Atenção Básica à Saúde para resolver 85 a 90% das necessidades de saúde da população,

- Sob a orientação da universalidade da AB, também a universalização dos demais níveis de atenção preventiva e curativa, efetivando o fun-

cionamento das redes e linhas de cuidados, dando concretude ao processo da regionalização.

- Para que estas coisas aconteçam: ampla e criativa comunicação social e avanço na consciência do direito à atenção integral à saúde, incluindo os trabalhadores de saúde, as classes médias, os gestores municipais e regionais, os conselhos de saúde e os Legislativos.

- Estimar o custo de uma Atenção Integral na Região, capaz de atrair a adesão da maioria da população, comparar com os recursos atuais colocados na região (municipais, estaduais e federais), traçar um rumo por etapas, e com esta bandeira, mobilizar e pressionar.

Lembre-se, que estes avanços permanecem muito mais condicionados à relação de forças sociais, econômicas e políticas, no que toca ao grau de consciência dos direitos sociais e mobilização social. Caso contrário, os avanços legais citados, na maior parte serão cooptados pela normatividade federal compensatória que racionalizará mais ainda o SUS para os pobres e complementar para o mercado de planos privados.

3. Cabe por final, aos conselhos de saúde, superar dilemas que cresceram nos 22 anos do SUS:

Como colegiado de representantes dos segmentos e movimentos sociais, integram oficialmente o campo da gestão, contribuindo na participação da comunidade e da sociedade. Não substituem os segmentos e movimentos sociais e políticos por que **somente a sociedade mobilizada pode acumular forças para mudar as políticas de Estado**. São por isso, colegiados fundamentais para transmitir permanentemente às entidades e movimentos sociais o que se passa no interior do Estado, isto é, as informações e análises apresentadas e debatidas nas reuniões dos conselhos, o que contribui para a democratização das informações e análises, para a sociedade, do que se passa no Estado, e por isso, para a mobilização da sociedade<sup>9</sup>.

Nas reuniões mensais dos conselhos circulam informações e análises interessantes e várias vezes importantíssimas sobre a política de saúde e o SUS, quando os conselheiros em regra são coerentes na sua defesa e também dos direitos e interesses do segmento que representam. Porém, na sua relação cotidiana com as entidades que representam e seus dirigentes, colegiados, assembleias e comunicados, em regra não vêm conseguindo ou agindo adequadamente para mobilizar a favor do SUS e **repolitizar** os pleitos pelos planos privados subsidiados com recursos públicos, a favor daqueles pela expansão e qualificação do SUS.

Os conselhos de saúde vêm desenvolvendo muito bem sua inabdicável atribuição legal de atuar no controle da execução da política pelos gestores, mas tanto os gestores como os conselhos não vêm conseguindo atuar na formulação das estratégias que desviam o SUS do seu rumo constitucional, que são os 4 obstáculos aqui descritos. Assim sendo, sem prejuízo de continuar controlando a execução da política, deveriam ser desenvolvidos esforços comuns e combinados entre gestores e conselhos, para atuarem na **formulação de estratégias**, opondo-se aos 4 obstáculos e mobilizando forças sociais e políticas<sup>9</sup>. É como atuar cotidianamente em “varejo” complexo, tenso e extremamente desgastante, que é desviado e distorcido por um “atacado” inteligente e perverso que caminha em sentido contrário. É como correr atrás do prejuízo.

4. Hoje, entre os vários desafios políticos para a “militância” do SUS, destaca-se o de superar os desgastantes e ineficazes embates entre as causalidades governamentais e partidárias de um lado, e de outro, a conscientização e mobilização supra e apartidária por reforma do Estado, democrática e política, voltada para as diretrizes constitucionais de políticas públicas para os direitos sociais. As mudanças “estadistas” do governo “de plantão” somente se darão com essa conscientização e mobilização.

5. No bojo dos esforços e avanços de concretizar as proposições anteriores, reunir as forças sociais e políticas mais conscientes e mobilizadas para as conquistas de:

5.1 Equacionar o subfinanciamento (Movimento de pelo menos 10% da Receita Corrente Bruta da União para o SUS)

5.2 Ampliar os investimentos na oferta de serviços e equipamentos do SUS, sobretudo nas regiões mais pobres do Brasil (desigualdade Regional)

5.3 Deter o processo de privatização impulsionado nos três entes da federação (incluindo o Governo Federal)

5.4 Rever o processo de isenções fiscais e subsídios aos planos privados de saúde

5.5 Rever (flexibilizar) a Lei da Responsabilidade Fiscal para setores como saúde, educação e assistência social onde os gastos estão concentrados em pessoal (e que assumiram crescentes responsabilidades na implementação do sistema nas últimas duas décadas).

5.6 Efetivar reforma administrativa e democrática da estrutura estatal gerenciadora da prestação de serviços para as demandas dos direitos sociais básicos, incluindo a saúde, com descentralização e autonomia gerencial, orçamentária e

financeira às unidades públicas, e consequente elevação da eficiência, do controle público e controle social.

Estes encaminhamentos baseiam-se e atualizam as marcantes e recentes mobilizações em defesa do SUS: o Simpósio sobre Política Nacio-

nal de Saúde na Câmara dos Deputados Federais com a sua Carta de Brasília em Jun/2005, com mais de 800 participantes, e o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão debatido e aprovado pelos gestores do SUS e conselhos de saúde em fev/2006.

## Referências

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.
2. Brasil. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; dez 31.
3. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado na saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1421-1430.
4. Carvalho GCM. Consolidado dos artigos "Domingueiras" entre 2001-2011. [acessado 2012 nov 13]. Disponível em: [http://www.idisa.org.br/site/pasta\\_85\\_0\\_\\_domingueiras.html](http://www.idisa.org.br/site/pasta_85_0__domingueiras.html)
5. Carvalho GCM. "Repasse federais para AB, MAC e Blocos, 2001-2012: Evolução". "Gasto Público Municipal em saúde -2011". Domingueiras Jun-Jul-Ago/2012. [site na Internet]. [acessado 2012 nov 13]. Disponível em: [http://www.idisa.org.br/site/pasta\\_85\\_0\\_\\_domingueiras.html](http://www.idisa.org.br/site/pasta_85_0__domingueiras.html)
6. Marques MB. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. *Rev. Saúde em Debate* 2009; 33(81):56-65.
7. Santos IS. *O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro*. Elementos para a Regulação da cobertura Duplicada [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009.
8. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1431-1440.
9. Santos NR. O Estado que Temos e os Rumos que Queremos. Contribuição para Posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais. *Rev. Saúde em Debate* 2010; 34(87):616-630.
10. Brasil. Lei 9656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; jun 4.
11. Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Rev. Saúde em Debate* 2009; 33(81):72-79.
12. Ocké-Reis CO. SUS: O Desafio de ser Único. *Valor Econômico* 2009; 2 set. A 12.
13. Ocké-Reis CO, Santos FP. Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde. Rio de Janeiro: IPEA; 2011.
14. Fleury S. Um remédio para Salvar ou Matar o SUS? *Le Monde Diplomatique* 2012; 2 out.
15. Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2011.
16. Campos GWS. Modo de co-produção Singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Rev. Saúde em Debate* 2009; 33(81):47-55.
17. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Rev. Saúde em Debate* 2009; 33(81):27-37.
18. Brasil. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; jan 16.
19. Brasil. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; jun 29.
20. Brasil. Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; ago 25.

Artigo apresentado em 20/09/2012  
Aprovado em 09/10/2012