

**REGULAMENTAR A E.C. nº. 29, AVANÇAR O MODELO
DE GESTÃO E REALIZAR A UNIVERSALIDADE COM
INTEGRALIDADE, EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO.**

Resumo

Apresentação

Parte I - DOCUMENTOS DE APOIO ----- 3

Parte II - O CONFLITO ----- 4

Parte III - CONSEQÜÊNCIAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS ----- 7

Parte IV - O SIGNIFICADO DO SUBSTITUTIVO “GUILHERME MENEZES”
NA REGULAMENTAÇÃO DE E.C.nº29 ----- 9

Parte V - A ATUAL SITUAÇÃO MACROECONÔMICA DA NAÇÃO E O
MEMORIAL DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE FAZENDA (CONFAZ) - 11

Parte VI - UMA PROPOSTA ESTRATÉGICA NA APLICAÇÃO DOS
RECURSOS FEDERAIS CORRESPONDENTES À DIFERENÇA ENTRE OS
CÁLCULOS PRÉ E PÓS-REGULAMENTAÇÃO ----- 14

ANEXO – ENCAMINHAMENTOS DE APOIO ÀS ARTICULAÇÕES E
NEGOCIAÇÕES SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29/2.000 ----- 18

Nelson Rodrigues dos Santos

Campinas, Junho/2007

Publicado na Revista Saúde em Debate v-29, n. 71, editada em Julho/2.007

RESUMO

O autor aborda o conflito de um lado, a implementação da política econômica iniciada nos anos 80 e hegemônica/ consolidada nos anos 90, e de outro lado, as políticas sociais formuladas e pactuadas democraticamente no processo Constituinte dos anos 80. Contra a correnteza aparentemente incontornável da política econômica aborda a resistência e avanços possíveis em segmentos das políticas sociais, no caso, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o SUS, assim como os obstáculos e desvios que no cotidiano se entrelaçam com a resistência e avanços, corroendo-os. Aborda o significado do PLP 01/2.003, substitutivo “Guilherme Menezes” de regulamentação da EC-29 de propor o atrelamento indivisível entre a imprescindível elevação do financiamento federal e cumprimento do estadual e municipal, ao imprescindível salto de qualidade nos modelos de gestão gerencia e estrutura dos gastos. Por final, formula proposta viabilizadora com atenuação na prática, do impacto financeiro nos gastos federais.

APRESENTAÇÃO

Este texto é exposição de motivos com a pretensão de subsidiar com consistência e didática, as discussões para fundamentação da votação da regulamentação da **EC. nº29**, que trata do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Pouco inova e mais consolida as abordagens amplamente debatidas desde a aprovação da EC - 29 em 2.000, em parte referida nos documentos de apoio apresentados a seguir, em ordem cronológica, que por si inferem o exaustivo e perseverante esforço da sociedade em busca do direito social à saúde. A inovação, exposta na última parte, consta de proposta de atenuação do impacto financeiro na atual situação macroeconômica da União, sem redução dos montantes previstos na proposta de regulamentação, dos quais depende a própria construção do SUS.

I - DOCUMENTOS DE APOIO

- 1 – EC - 29 – Agosto de 2.000
- 2 – Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da EC - 29 – CNS, SIOPS, CAS/SENADO, CSSF/CD, MP, ATRICON, CONASS, CONASEMS – Jun/2.001.
- 3 – Resoluções do CNS nº. 322 – Maio/2.003
- 4 – Substitutivo “Guilherme Menezes” do PLP nº. 01/2.003, do Dep. Roberto Gouveia, redação final, incorporando os PLP: 159/04 do Dep. Geraldo Rezende e 181/04 do Dep. Rafael Guerra – Jun./2.004.
- 5 – “Reflexões Atualizadas sobre a Urgência da Tramitação do Projeto de Lei Complementar da EC nº. 29” – CEBES, ABRASCO, ABRES, Rede UNIDA. Agosto/2.004.
- 6 – Parecer da Aprovação pela CSSF/CD – 11.08.04.
- 7 – Parecer da Aprovação pela CFT/CD – 10.11.04.
- 8 – “Carta de Brasília” – Manifesto aprovado pelos 800 participantes da 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde – Junho/2.005
- 9 – Parecer da Aprovação pela CCJC/CD – 29.09.05
- 10 – “Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros” – Lançamento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira – CEBES, ABRASCO, ABRES, Rede UNIDA, AMPASA – Nov./2.005.

- 11 – “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” – MS, CONASS, CONASEMS, CNS, (Porta. MS nº 399) - Fev./2.006.
- 12 – Fórum “Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para o Brasil” – CONASS, Março/2.006.
- 13 – “O que Financiar com os Recursos da Saúde?” Lenir Santos – 2.006.
- 14 – “Financiamento da Saúde: Quando as Tensões Permanecem...” Aquilas Mendes – 2.006.
- 15 – “Reforma Política e Sanitária: a Sustentabilidade do SUS em Questão?” – Gastão W. de S. Campos – 2.006.
- 16 – “Saúde: O Tudo para Todos que Sonhamos e O Tudo que nos Impingem os que Lucram com Ela” – Gilson Carvalho, 2.006
- 17 – “De Olho nos Recursos Federais do SUS” Aquilas Mendes – 2.006.
- 18 – “O Gasto com Saúde no Brasil em 2.006” - Gilson Carvalho – 2.007.
- 19 – “O PAC e a Saúde” Sonia Fleury, Boletim CEBES nº 03 – Fev./2.007.
- 20 – “Memorial das Secretarias Estaduais da Fazenda, CONFAZ”, Fev./2.007.
- 21 – “Aumento de Recursos Possível para a Saúde se for Aprovada a Regulamentação da E.C. nº 29, PLP nº 01/2.003” – Gilson Carvalho, Mar/2.007.

II – O CONFLITO – Foi estabelecido no momento em que a área econômica do Governo Federal definiu a partir de 1.990, não destinar ao Sistema Único de Saúde, o mínimo de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social conforme indicado no ADCT da Constituição Federal, e a seguir, sequenciar medidas desvinculatórias e restritivas no âmbito do SUS, do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e da própria Seguridade Social.

O PRIMEIRO LADO DO CONFLITO – é a *conquista da sociedade brasileira* que se mobilizou na Assembléia Nacional Constituinte (1987/1988), garantindo no Capítulo da Seguridade Social os direitos sociais à saúde, previdência e assistência social, e aprovou orçamento suficiente para assegurar a realização dos mesmos, aos moldes das sociedades mais desenvolvidas e civilizadas, reconhecendo a necessidade de sua implementação gradativa, com prioridades e etapas a serem pactuadas. Assim, ficaram consagrados para o SUS, os princípios da Universalidade, Eqüidade e

Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação, e também, a indicação do financiamento mínimo de 30% do OSS, suficiente para avançar na sua efetivação, tendo como base de cálculo o crescimento populacional, a incorporação tecnológica, a correção inflacionária da saúde, e as mudanças dos modelos de gestão.

O SEGUNDO LADO DO CONFLITO – é o ***grave sub-financiamento*** que vem levando os Gestores dos SUS à exaustão, principalmente os estaduais e municipais. A retração do investimento em saúde por parte do governo federal implica em maior aporte de recursos por parte dos estados e municípios para o setor saúde. O dilema do financiamento se agrava com a atenção universal: mais de 75% da população brasileira usuária exclusiva do SUS, e menos de 25%, usuários não exclusivos, consumidores de planos privados de saúde, que utilizam os serviços do SUS em imunizações, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, exames e tratamentos mais sofisticados e de alto custo, como transplantes, terapia renal substitutiva, controle e tratamento de HIV/AIDS, medicamentos de alto custo, entre outros.

A fragilidade do Brasil se revela ao compararmos os gastos públicos com saúde com outros países. Nossos US\$ 150 a 200 por habitante-ano correspondem por volta da metade do que gasta a Argentina, Uruguai, Costa Rica e Panamá, e pouco mais de 10% em relação ao Canadá, países europeus, Japão, Austrália e outros, cuja média é de US\$ 1.400,00 públicos por habitante-ano. Nestes países, os ***recursos públicos significam no mínimo 70% dos gastos totais com saúde,*** enquanto ***aqui não ultrapassam 45%***, correspondendo a somente **3,2% do PIB.** Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que os ***serviços públicos de saúde representam um gasto entre 6 e 8% do PIB nos países com melhores sistemas de saúde,*** revelando o tênue compromisso do Estado no Brasil com o Direito Social à Saúde.

O **baixo compromisso** do Governo Federal com o setor saúde de 1990 até o momento se revela nos **seguintes pontos:**

a) a *não implementação da Seguridade Social* preconizada na Constituição, com a efetivação de 30% do OSS para a saúde;

b) a *retirada arbitrária da maior fonte do OSS* (recolhimento em folha) em 1.993, *quebrando o SUS* e obrigando o MS contrair empréstimo ao FAT/MT;

c) *retirada* de outras fontes do MS, em 1.996, quando a *CPMF* foi aprovada para o SUS, mas utilizada para outros fins;

d) a prática da área econômica em impor o ***tríplice contingenciamento*** na execução orçamentária do MS: no *empenho*, na *liberação* e na *liquidação/restos a pagar*;

e) a *desobrigação da esfera federal do cálculo da contrapartida baseada em % sobre base orçamentária*, critério imposto aos Estados (mínimo de 12%) e Municípios (mínimo de 15%) por ocasião da negociação para a aprovação da EC -nº 29 em 2.000;

f) a tenaz *resistência da área econômica*, desde 2.003, à discussão e aprovação pelo Congresso Nacional da *regulamentação da EC - nº. 29*;

A decorrente retração federal:

a) enquanto a *relação das receitas correntes* da União com o PIB, entre 1.995 e 2.004, cresceu de 19,7% para 26,7%, nesse mesmo prazo, a relação do gasto do MS com as receitas correntes caiu de 8,12 para 7,2%, tendência que prossegue;

b) enquanto a *contrapartida federal* no financiamento do SUS, entre 1.995 e 2.005, caiu de US\$ 85,7 para US\$ 77,4 per-capita, a soma das contrapartidas estaduais e municipais, entre 2.000 e 2.005, cresceu de US\$ 44,1 para US\$ 75,5 per – capita;

c) enquanto a *contrapartida federal* no financiamento do SUS caiu de 63,8% para 49,6% entre 1.995 e 2.004, a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de 39,3% para 50,4%, neste mesmo período; somente entre 2.000 e 2.004, os gastos relativos federais com saúde reduziram-se em aproximadamente 10%;

d) aconteceu a ***desastrosa precarização da gestão do pessoal de saúde*** no ingresso e carreira pública, na remuneração, na capacitação e distribuição com base nas necessidades e direitos de saúde da população, sendo quase tudo substituído por terceirizações aleatórias e ao sabor das

possibilidades e interesses de cada momento, e do mercado, redundando altíssima e incontrolável rotatividade de pessoal técnico e especialmente de nível superior, concentrada na medicina especializada assistencial, no suporte técnico da gestão e até nos poucos médicos generalistas adequadamente preparados. No Ministério da Saúde restam pouco mais de 25% de servidores no quadro do pessoal, concentrados nas atividades burocráticas e administrativas, sendo o restante, o festival da massa de cargos de comissão e confiança, e técnicos terceirizados, fragilizando o desenvolvimento da missão institucional e influenciando negativamente a composição do quadro do pessoal das Secretarias estaduais e municipais.

III - CONSEQÜÊNCIAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

a) Os gestores do SUS e trabalhadores de saúde tentam efetivar a qualquer custo o princípio da Universalidade, elevando como nunca a produtividade, a produção e a cobertura das ações e serviços, com base no pleno cumprimento do princípio da Descentralização com ênfase na Municipalização, e mesmo ***premidos pela incontornável pressão de demanda***, apresentam surpreendente eficiência, como atesta a produção de 2006:

- 1,3 bilhões de atendimentos básicos,
- 1,2 bilhões de procedimentos especializados,
- 600 milhões de consultas,
- 212 milhões de ações odontológicas,
- 360 milhões de exames,
- 11 milhões de ultra - sonografias,
- 11,8 milhões de internações,
- 3,1 milhões de cirurgias, sendo 141 mil cirurgias cardíacas,
- 150 milhões de vacinas,
- 12 mil transplantes,
- 1,3 milhões de tomografias,
- 23 milhões de ações de vigilância sanitária, etc...

Gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde “tiram água das pedras” e fazem acontecer a política pública de maior inclusão social existente no Brasil. Muitas experiências e projetos exitosos são mostradas nacionalmente, sendo a maioria de caráter local ou municipal, não conseguindo aplicação/sustentabilidade regional, estadual e na maioria dos municípios. Em situações especiais, quando são alocados recursos minimamente suficientes e contínuos, o SUS revela de pronto sua competência e qualidade e mostra resultados surpreendentes como na atenção integral a saúde dos portadores de AIDS, no Programa Nacional de Imunização (PNI), nos transplantes de tecidos e órgãos, na redução da mortalidade infantil, no fornecimento de medicamentos de alto custo, na desospitalização de várias patologias, etc...

b) os valores remuneratórios pelos serviços de saúde estão bem aquém do necessário para efetivação de serviços de qualidade, isto é, bem abaixo do custo do serviço, o mesmo acontecendo com mais de 90% dos procedimentos da tabela de pagamento por produção (forma predominante de pagamento); os repasses federais aos Estados e Municípios permanecem limitados por tetos financeiros muito baixos, e historicamente dispersos em quase 130 fragmentos negociados um a um, cuja revisão aconteceu só agora com a implantação dos Blocos de Financiamento após a criação do Pacto pela Vida 2006;

c) os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços, freqüentemente valem-se de “táticas de sobrevivência”, que vão desde baixa assiduidade, descumprimento de jornadas, alta rotatividade empregatícia, até a multiplicação de distorções da oferta de serviços, gerada por interesses de mercado, como pagamentos “por fora” e “segunda porta” em hospitais públicos terciários para particulares e planos privados; a situação real explica essas táticas mas não as justifica enquanto mais uma subversão do direito do usuário à saúde;

d) os próprios gestores são muitas vezes compelidos a “táticas de sobrevivência”, nada financiando além do mínimo (União e Estados), ou mesmo descumprindo o mínimo (a maior parte dos Estados), desonerando-se ao desviar demandas (municípios vizinhos, município-estado e estado-município). Outro importante fator de oneração do SUS é a inclusão nos Fundos de Saúde, despesas como Bolsa-Família na União, saneamento básico, alimentação, planos privados de servidores, pagamento de inativos e

outros. A última e crescente oneração sobre o SUS é a demanda de consumidores dos planos privados de saúde por serviços do SUS, principalmente de alta complexidade, não restituídos pelas operadoras e sem qualquer regramento a luz dos princípios da Integralidade e Equidade; também aqui explica-se mas não se justifica essas subversões do direito do usuário à saúde;

e) o desafio de construir o modelo assistencial centrado na regionalização, indutora da Integralidade Regulada com Equidade, economia de escala, melhoria do acesso e da eficiência, tem sua implantação ainda incipiente frente as graves barreiras do papel indutor do Estado e as crises não superadas do sub-financiamento, da precarização do trabalho e da exaustão dos gestores;

f) a produção de serviços apresentada carrega inaceitáveis percentuais de ações evitáveis e desnecessárias, conseqüência de modelo inadequado, centrado nas urgências do atendimento em detrimento da proteção contra riscos e danos à saúde e diagnóstico precoce das doenças, porcentuais estes agravados pela baixa resolutividade, estrutura de trabalho deficiente, baixa capacitação profissional e conduta ética duvidosa.

g) Em regra, a estruturação dos modelos de atenção e de gestão na saúde, com base nas necessidades e direitos da população, está sendo substituída pelo incrementalismo da produtividade em assistência a demanda espontânea;

IV - O SIGNIFICADO DO SUBSTITUTIVO “GUILHERME MENEZES” NA REGULAMENTAÇÃO DE E.C.nº29

a) Incorpora os PLP nº 01/2.003 do Dep. Roberto Gouveia, nº 159/2.004 do Dep. Geraldo Rezende e nº 181/2.004, do Dep. Rafael Guerra, **os dois últimos apensados ao primeiro**;

b) Aprimorado e aprovado nas Comissões da Câmara dos Deputados: Seguridade Social e Família em 11.08.04, Finanças e Tributação em 10.11.04, e Constituição, Justiça e Cidadania em 29.09.05;

c) Contempla o igualamento dos critérios de cálculo das contrapartidas das três esferas de Governo no financiamento do SUS, conforme estampado no art.6, § 2º e 3º da E.C. nº29, incorporados no Art. 198 da Constituição, que

explicita inequívocadamente a prescrição para as três esferas, de porcentuais para cálculo, no caso da esfera federal, a ser definido em Lei Complementar. (ver Art. 5º ao 10º do PLP);

d) Dispõe criteriosamente sobre o rateio dos recursos repassados, com base nas necessidades da população e nos princípios da Integralidade, Eqüidade e Regionalização, e sobre o planejamento ascendente, metas e custos (ver Art. 17º a 27º);

e) Amplia e aprofunda os mecanismos de avaliação, controle e fiscalização, aclarando os papéis dos conselhos de saúde, do Legislativo, dos Tribunais de Contas e do Ministério Público. (ver Art. 28º a 37º);

f) Regulamenta e aclara a aplicação dos Art. 2º ao 7º da Lei 8080/90, tornando inequívoco **o que são serviços públicos de saúde financiados pelos orçamentos públicos, e o que são serviços referentes a fatores determinantes e condicionantes da saúde** (saneamento, alimentação, serviço social, planos privados de servidores, pagamento de inativos, etc.) **de responsabilidade orçamentária de outros setores**, mas que vem onerando crescentemente o SUS e tergiversando a interpretação da Lei nº 8080/1.990 (ver Art. 2º ao 4º);

g) Reconhece e define as comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, e o Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos de Saúde (ver Art. 25º a 37º e 40º);

h) Estimativas da aplicação em 2.007, dos **10% da receita federal bruta, sem aplicar a DRU**, e sem contingenciamentos, estão por volta de R\$ 65,24 bilhões, que **representa R\$ 19,5 bilhões a mais** que os R\$ 45,80 bilhões aprovados no orçamento de 2.007. Este acréscimo, vertido para US\$ per-capita, significará a evolução da atual faixa de US\$ 150/200 per-capita, para a de US\$ 250/300, ainda insuficiente para a viabilização do SUS, mas apontando, junto aos demais avanços constantes na regulamentação, para novo patamar de esperanças, confiabilidades e pactuações de otimização dos gastos entre as três esferas de Governo e delas com a sociedade, incluindo resgate dos recursos crescentes, ao contrário da atual imposição de “Teto” aos recursos mínimos legais. É a proposta que mais garante a reversão da retração dos gastos federais, referida da Parte II – O Conflito.

i) Apesar de ainda insuficiente, este acréscimo pode causar uma primeira impressão de “além do esperado ou cabível,” devido à insidiosa e paulatina redução das expectativas, desde 1.990, imposta e introjetada nos formadores de opinião, pela área econômica e o “marketing” mercadológico, ao descolar crescimento dos orçamentos públicos de saúde, do crescimento das receitas públicas correntes brutas. O que, desastrosamente aconteceu com outras políticas públicas: Educação, Habitação, Segurança Pública, Saneamento, Trabalho, Meio Ambiente, Infra-estrutura do Desenvolvimento e outras.

V - A ATUAL SITUAÇÃO MACROECONÔMICA DA NAÇÃO E O MEMORIAL DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE FAZENDA (CONFAZ)

Os Secretários Estaduais de Fazenda, organizados no **CONFAZ**, divulgaram em **Fev./2.007** memorial **propondo alterações no Substitutivo “Guilherme Menezes”**, basicamente na:

- **redução da contrapartida estadual no financiamento do SUS** de 12 para 10% de produto da arrecadação dos impostos, conforme disposto na E.C. nº29,
- **e a inclusão de nove serviços vinculados a outros setores, para serem remunerados pelo SUS**, ex.: saneamento, inativos, planos privados de servidores, entidades privadas de pesquisa, serviço social, hospitais universitários, edificações de unidades de saúde privadas, saúde penitenciária, etc., todos eles orçamentados nos respectivos setores por determinação Constitucional, da Lei 8080/90 e legislação específica.

Antes de posicionar sobre esta proposta e encaminhar uma saída, **é importante contextualizá-la:**

a) a partir de 1.990 foi organizada a “financeirização dos orçamentos públicos”, constando de:

- pronunciada elevação da arrecadação e receita federal, incluindo a recentralização federal da arrecadação nas três esferas, hoje próxima ao nível pré – Constitucional;
- desvinculação de 20% das receitas da União (DRU);

- tríplice contingenciamento na execução orçamentária dos setores sociais e de infra-estrutura;
- retração da contrapartida federal no financiamento de políticas públicas;
- redução dos gastos com a folha de servidores;
- terceirizações aleatórias;
- estagnação ou retração dos orçamentos na área social e de infra-estrutura;
- retração do campo das responsabilidades de Estado;
- “Clausula pétrea”, vínculo sem discussão, no pagamento dos juros, taxas de risco e do refinanciamento da dívida pública;
- aplicação inflexível da Lei de Responsabilidade Fiscal no tocante a folha de servidores dos setores sociais em expansão com a descentralização, e transferência de responsabilidades federais e estaduais, sem regulamentação nem revisão.

b) A “financeirização dos orçamentos públicos” ocorreu no bojo da adoção pela União, a partir de 1.990, do modelo de ajuste da pressão inflacionária, concentrado na intensa e contínua elevação da taxa de juros, sem qualquer proteção contra o crescimento geométrico da dívida pública, e justificado pela corrente monetarista da área econômica do Governo, como de curtíssimo prazo, para golpear a inflação. O crescimento e fortalecimento de uma “nova classe” de credores/rentistas da crescente dívida pública, cujos juros anuais estão por volta de R\$ 170 bilhões, vêm perpetuando esse modelo e já concentram o seu usufruto: 75% desses juros vão para 20 mil famílias de credores/rentistas.

c) A corrente monetarista da área econômica assume a hegemonia, tornando os Governos reféns do crescimento, também hegemônico, do capital financeiro. A nação, envolvida nesse modelo, vive o deslocamento ininterrupto de recursos bilionários do processo produtivo e dos direitos sociais, para a acumulação financeira e bancária: no setor empresarial, as aplicações financeiras vêm ganhando longe do investimento produtivo, o rendimento médio real dos trabalhadores cai continuamente, assim como cai a porcentagem da massa salarial na formação da renda nacional; tudo presidido

pela permanência pouco justificada e debatida, aberta e democraticamente, de taxa de juros por volta do dobro da praticada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e taxa de crescimento anual do PIB por volta da metade da verificada nesses países.

d) Se for observado somente o comportamento dos Governos, desde 1990, sem olhar para a Sociedade, o Estado e a Nação, eles vêm operando com poder discricionário auto – investido, ao largo da participação social consciente, da sociedade e do próprio Legislativo.

e) A “financeirização dos orçamentos públicos” no bojo deste modelo, vem levando os governadores e prefeitos, ano a ano, a crescente instabilidade e tensão imposta pela limitação orçamentária ao exercício das responsabilidades de governo para com o processo produtivo e direitos sociais das respectivas populações. **É a crise na governança e na governabilidade no conceito das Ciências Políticas.** É o sufoco sem saídas legais ou com pseudo-saídas informais, irregulares ou mesmo ilegais, como as “táticas de sobrevivência” e as desonerações exemplificadas na Parte III (*itens c e d*). A proposta do memorial dos Secretários de Fazenda insere-se nesse contexto, exacerbando além do que até agora vem sendo feito, a título de sobrevivência e desoneração. **É a autofagia entre as unidades institucionais e orçamentárias** de um “varejo” duramente sucateado por um “atacado” até agora frio, inclemente e todo poderoso. **O memorial é estruturalmente equivocado: não soluciona, por si, as travas na governança e governabilidade, e avança no aniquilamento do SUS.**

A proposta de encaminhamento para uma saída ao memorial do CONFAZ, deve estar na lógica de um encaminhamento maior de saídas para a governança e governabilidade dos Estados, DF e Municípios, e para a própria União, calcadas em profunda, ampla e democrática revisão, pela Sociedade e Nação, da sua relação com o Estado, reapropriando-o para si, como começava a acontecer nos anos 80. Apenas começava!

Elementos estruturais constariam na base dessa revisão, como o sistema Tributário e Fiscal, a proteção da dívida pública contra juros altos, a queda dos juros, as Leis da Responsabilidade Fiscal e Social, a desprecarização da gestão dos servidores públicos, a precedência das políticas públicas e dos valores e direitos sociais sobre os individuais e outros.

Voltando ao memorial do CONFAZ, propomos que seja instada perante os Exmos. Governadores, a iniciativa de **convocação de uma oficina analítica e propositiva** entre o CONFAZ, o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde), com participação dos presidentes das comissões de saúde das Assembléias Legislativas, dos presidentes dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), dos presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde, de representantes da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON) e da Associação Brasileira de Economia de Saúde – ABRES.

Esta oficina ou seminário deveria ser adequadamente preparada, com documentos prévios encomendados. Na seqüência, eventos similares deveriam ser organizados com os setores Educação, Assistência Social, Cultura e Lazer, Meio Ambiente e outros, e dos setores sociais entre si.

VI - UMA PROPOSTA ESTRATÉGICA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS CORRESPONDENTES À DIFERENÇA ENTRE OS CÁLCULOS PRÉ E PÓS-REGULAMENTAÇÃO

Seguem os passos dados na formulação, e a proposta, apenas esquematizada, deixa o necessário esclarecimento e detalhamento para a riqueza da participação dos debates por ex., o conceito e prática de “Integralidade Regulada” e de “Regionalização Cooperativa e Solidária”:

a) se o sub-financiamento e precarização da gestão do pessoal de saúde vêm levando às conseqüências negativas exemplificadas na Parte III, a reversão dessas duas causas, ainda que gradativa, deverá incidir estrategicamente no resgate da Equidade, Integralidade e Regionalização para o centro da construção dos novos modelos, isto é, para a estrutura básica da construção do SUS. Sendo que a Descentralização/Municipalização avançaram bastante, está mais que na hora de serem orientadas pela Regionalização. Sendo que a Universalização avançou bastante, está mais que na hora de ser qualificada pela Equidade, Integralidade Regulada e Resolutividade. Com pena de ser seguido e consolidado um outro rumo para um outro modelo, que não o do SUS.

b) assunção pelos gestores, trabalhadores de saúde, usuários e prestadores de serviços, da construção da Regionalização (sistemas de redes regionalizadas), enquanto eixo aglutinador da construção da Equidade e Integralidade. A equidade intermunicipal na Região, articulada nas pactuações intermunicipais e dos municípios com o Estado; a equidade inter-regional, sob responsabilidade maior da Bipartite e do Estado e a equidade interestadual, sob a responsabilidade maior da Tripartite e da União. Sob a mesma lógica deverão ser equacionadas as situações limítrofes interestaduais.

c) Este processo deve viabilizar-se de acordo com o tamanho e perfil populacional, distribuição de capacidade instalada e dos profissionais de saúde, as vias de acesso e os atuais fluxos de demandas, e em articulação com os processos de territorialização das cadeias produtivas de bens e serviços, e não de forma setorial isolada. Não deve por isso, depender dos limites administrativos das Diretorias Regionais das Secretarias Estaduais de Saúde.

d) O modelo de gestão almejado em cada região sanitária deve contemplar basicamente:

- *planejamento ascendente do local ao regional, com metas qualitativas e de resultados da atenção integral à saúde e respectivos custos, conforme dispõe o substitutivo Guilherme Menezes;*
- *valor de remuneração de todos os serviços preventivos e curativos não inferior aos respectivos custos;*
- *autonomia gerencial para as unidades hospitalares mais complexas e para distritos sanitários;*
- *contratos de gestão para cumprimento de metas, desempenho e resultados, definidos, realizados e avaliados sob lógica publicista, ficando a remuneração por produção, forma excepcional e residual;*
- *Gestão Colegiada da Região Sanitária: deve ser pública governamental (estadual/municipal) compartilhada, composta pelos diretores das Diretorias Regionais e os Secretários Municipais de Saúde da Região Sanitária.*

- desprecarização da gestão do pessoal de Saúde, incluindo o ingresso, capacitação, carreira, fixação dos profissionais e remuneração mista (fixa e por desempenho/resultados das equipes).
- investimento estratégico obedecendo o Plano Diretor de Regionalização, universalizando o acesso à capacidade instalada e de profissionais subordinando-se à diferenciações entre as Regiões em função da diretriz da Equidade;
- adoção dos preceitos da produção em escala, otimizando a relação custo/qualidade/efetividade, balizada pela construção da Equidade;
- propiciamento de condições para a qualificação da Atenção Primária, objetivando resolutividade de no mínimo 80% das necessidades, com base nas necessidades da população, agregando o pronto-atendimento contínuo, tornando-a referência para acesso garantido aos serviços de média e alta complexidade e centro de organização da rede de serviços;
- participação efetiva da sociedade através dos Conselhos de Saúde na definição e aprovação das prioridades e etapas perante os limites do financiamento;
- resgate dos valores e práticas da solidariedade e humanização das relações com os usuários;
- definição e assunção da responsabilidade sanitária em todos os níveis da prestação de serviços, além dos entes federados.

e) No processo de novo patamar de financiamento, da desprecarização da gestão do pessoal e da construção dos novos modelos, será inabdicável a construção de nova relação do SUS, em todos os níveis, com a saúde suplementar (mercado de planos privados de saúde), com ênfase no regramento da demanda dos respectivos consumidores aos serviços do SUS, de média e principalmente alta complexidade e custos, com vistas ao efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes da Equidade, Integralidade e

Regionalização, em substituição à hoje predominante desoneração das operadoras dos planos privados;

f) o processo da regionalização dos serviços de saúde variará inexoravelmente na forma e velocidade, de acordo com as realidades históricas populacionais, socioeconômicas, culturais, epidemiológicas e de capacidade instalada, em cada região, Estado e macrorregião do território nacional;

g) já se encontram estabelecidas as responsabilidades da Tripartite, nas pactuações genéricas no âmbito nacional sobre a Regionalização, e das Bipartites em cada Estado, com autonomia de pactuações de diretrizes nos respectivos territórios, tudo discutido e legitimado nos respectivos conselhos de saúde. O eixo básico desse processo foi construído em 2.006 pela Tripartite e CNS, resultando o “Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão”.

h) A proposta de aplicação dos recursos referentes à diferença entre os cálculos pré e pós-regulamentação é a de:

- **maior parte** destinada a aplicação parcelada em gastos orientados por metas estratégicas com direcionalidade e aceleração do processo da Regionalização Cooperativa e Solidária.
- **outra parte** destinada à aplicação imediata conforme disposto nos planos e orçamentos de cada ente federado, com prioridades e etapas pactuadas na Tripartite e Bipartites, incluindo as situações mais graves de desassistência, epidemias, retorno de endemias e desarticulação do sistema, e a
- **outra parte** destinada aos investimentos públicos estratégicos na ciência/tecnologia e cadeia produtiva do complexo econômico-industrial da Saúde, com potencia de induzir os investimentos privados e reverter o grande déficit acumulado desde os anos 90.

i) Os cronogramas de implantação e/ou implementação das Regiões Sanitárias, com as respectivas etapas, prioridades, requisitos comprováveis, tanto das atividades - meio como finalísticas, articuladas entre si, assim como as alternativas da intervenção no processo ocorrerá simultaneamente em todas as regiões, ou seqüencial por região, serão objetos, entre outros, das formulações e pactuações na Tripartite, nas Bipartites e Bipartites regionais, e discutidas nos respectivos conselhos e plenárias regionais de saúde.

j) Aos cronogramas de implantação e/ou implementação das Regiões Sanitárias, deverão corresponder cronogramas de liberação dos respectivos recursos para o Fundo Nacional de Saúde, justificados pela Tripartite e executados pelo MS-MPOG. O montante dos recursos ainda não liberados (saldo), não deverá ser objeto de contingenciamentos e estornos, inclusive ao final do ano fiscal. Possível acumulação (saldo) findo o processo da Regionalização, deverá ser destinado à continuidade da elevação dos recursos públicos per-capita anuais para o SUS, objetivando alcançar patamar correspondente à pelo menos a metade da média dos per-capitas públicos vigentes nos países mais desenvolvidos, como Canadá e países europeus. (por volta de U\$700 por habitante-ano).

k) Esta proposta, assim como o debate sobre os gastos do SUS, incluindo os adicionais com a aprovação da regulamentação da E.C. nº 29, deve se dar com a participação dos Conselhos de Saúde e da sociedade organizada, em especial, com as representações dos usuários, sendo que na questão da Regionalização não deverão deixar de ser valorizados, fóruns ou plenárias regionais de saúde. A consciência coletiva das necessidades e direitos à saúde ampliará em um valor a mais: “a minha região, que está social e legalmente obrigada a proteger minha saúde e a da coletividade regional, com atenção integral, eqüitativa e universal”.

ANEXO

ENCAMINHAMENTOS DE APOIO ÀS ARTICULAÇÕES E NEGOCIAÇÕES SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DA EC-29

I – O projeto da Reforma Sanitária Brasileira insere-se no projeto social maior civilizatório que define e configura o Estado democrático subordinado por igual ao conjunto dos segmentos da sociedade, a eles garantindo equitativamente as condições mínimas imprescindíveis ao usufruto da dignidade do ser humano e dos direitos sociais espelhados em nossa Constituição: Educação Saúde, Trabalho, Moradia, Lazer, Segurança,

Previdência Social, Proteção à Maternidade e Infância e Assistência aos Desamparados. Como nas sociedades mais desenvolvidas, são garantias Constitucionais do exercício da cidadania: o Sistema de Proteção Social que oferece patamar básico digno de atenção aos direitos sociais, e a Renda que o complementa de acordo com o estrato social.

II – O Sistema Único de Saúde está legalmente compelido a buscar integração e sinergismo permanentes com os setores governamentais responsáveis pelos fatores determinantes e condicionantes da saúde no âmbito das políticas públicas, espelhados em nossa Lei Orgânica da Saúde: Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer e Acesso aos Bens e Serviços Essenciais. Da mesma maneira, a Seguridade Social consagrada na Constituição,

III - A oferta e utilização de serviços públicos integrais de saúde, preventivos e curativos, deve-se realizar em patamar mínimo imprescindível correspondente à dignidade e direito de cada cidadão e da coletividade, mas com regulação pactuada com a sociedade das tendências e pressões de utilização ilimitada de ações e serviços evitáveis, supérfluos e desnecessários.

IV – A elevada competência alcançada na gestão de sistemas nos dezessete anos do SUS, com estabelecimento da direção única em cada esfera de governo, da gestão pactuada entre as três esferas (Tripartite e Bipartites), da descentralização radical de competências, da criação dos Fundos de Saúde e repasses Fundo a Fundo, dos Conselhos de Saúde e de respeitável vanguarda na gestão estadual e municipal, pouco se estendeu à gestão e gerência cotidianas das unidades prestadoras de serviços, das simples às complexas. Apesar da grande elevação da produtividade e produção, permanecem inaceitáveis proporções de desperdícios com ações e serviços evitáveis, supérfluos e desnecessários, conseqüentes à impossibilidade de reverter a atual lógica da oferta de serviços onde pesam os interesses de “sobrevivência” de profissionais de saúde, prestadores de serviços e indústria de medicamentos e outros insumos, secundarizando as necessidades e direitos da população. Por sua vez, este peso depende diretamente do grave sub-financiamento público (per-capita público menor do que em vários países da América Latina e pouco mais de 10% da média dos países desenvolvidos), e do baixíssimo nível da remuneração e gestão do

trabalho do pessoal de saúde, o que tem colocado, em regra, os gestores estaduais e principalmente os municipais de saúde, em verdadeiro estrangulamento.

V – É de constatação inequívoca, o esgotamento da viabilidade de solução única: só com a imprescindível elevação do financiamento público, ou só com a imprescindível reversão dos desperdícios gerados pela lógica predominante da oferta de serviços. Tornam-se imprescindíveis e inadiáveis posicionamentos enfáticos e terminantes por uma regulamentação da EC-29 estruturalmente voltada para o atrelamento da retomada do rumo para o financiamento suficiente, à retomada do rumo para as inadiáveis transformações e impactos nos modelos de gestão e gerência das unidades prestadoras de serviços, voltando definitivamente sua lógica para a centralidade dos direitos do usuário cidadão, para os resultados na saúde da população, para o desempenho das equipes de saúde e para a efetiva participação da sociedade na definição das prioridades e etapas da oferta de serviços, perante a finitude dos recursos alocados.

VI – O principal elo de extensão da competência alcançada na gestão de sistemas, para a construção de novos modelos de gestão e gerência das unidades prestadoras de serviços, será o último espaço da gestão sistêmica ainda não priorizado e assumido na prática, que é o da diretriz Constitucional da Regionalização, mas já reconhecido no recente Pacto de Gestão como seu maior eixo estruturante. Por meio deste e outros elos, os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo estão frente a frente com desafios inadiáveis, tais como: implantação e implementação das Regiões Sanitárias, planejamento ascendente de metas quali-quantitativas da oferta de ações e serviços de saúde integrais e eqüitativos, em cada realidade regional e microrregional, os custos de cada meta com base nos recursos materiais e humanos minimamente necessários, remuneração do cumprimento das metas com valores não inferiores aos custos, autonomia gerencial das unidades governamentais, indicadores objetivos para acompanhamento da eficiência, desempenho das equipes e resultados para a população, contratos de gestão e participação efetiva da sociedade organizada na definição de prioridades e etapas, perante a finitude dos recursos alocados, em cada unidade prestadora de serviços, em cada Município, em cada Região, em cada Estado e ao nível

nacional, por meio dos Conselhos de Saúde e da relação direta Governo – Sociedade.

Um outro desafio inadiável para a gestão do SUS, a ser tratado no primeiro plano das negociações da regulamentação da EC-29, é a decisiva questão da cadeia produtiva do complexo econômico-industrial da Saúde, portadora de grande déficit acumulado desde os anos 90, de investimentos estratégicos geradores de riqueza, emprego e sustentação da política pública de saúde.

VII – As questões e proposições constantes nos encaminhamentos anteriores vêm sendo profunda e coerentemente debatidas e formuladas pelo Congresso Nacional, na elaboração do P.L. substitutivo do Dep. Guilherme Menezes, nos ante-projetos do Sen. Tião Viana e Marconi Perilo, e pelo Governo, na elaboração do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, aprovado na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, assim como o ante-projeto de Lei da criação de Fundações Estatais, com elaboração conduzida pelo Ministério do Planejamento e enriquecida por respeitáveis especialistas em gestão, gerência e Direito Sanitário. A proposição mais completa debatida e legitimada no momento é o substitutivo “Guilherme Menezes” do PLP nº01/03, aprimorado e aprovado nas três comissões obrigatórias da Câmara dos Deputados: além de garantir a reversão da retração dos gastos federais, iguala os critérios de cálculo entre as três esferas de Governo e respalda a construção do SUS, mantendo na sua formulação, todas as pontes com as outras propostas com vistas a negociações e consolidação no Congresso Nacional.

VIII – Caso as atuais características macro-econômicas e relações de forças políticas e sociais forem desfavoráveis na negociação da regulamentação e imponham a continuidade do cálculo segundo a variação nominal do PIB, deverão ser construídas outras alternativas de negociação, entre as quais, a de pactuar um acréscimo anual além da variação nominal do PIB, correspondente a um percentual do PIB, tendo já havido a proposta de 0,25% no mínimo. Este acréscimo poderá ser prorrogado ou revisto após períodos não inferiores a quatro anos, ou ainda substituído pela alternativa original conforme dispõe o substitutivo “Guilherme Menezes”. De qualquer

modo, deve ser observado o atrelamento disposto nos encaminhamentos V, VI e VII deste Anexo.

IX – Há que se considerar também a disponibilização de aproximadamente 5 bilhões anuais, vinculados ao cumprimento, pelas três esferas de Governo, do que são e não são os serviços de saúde financiados pelo SUS, a constar na regulamentação, além da disponibilização pela União, dos restos a pagar acumulados em anos anteriores e dos recursos contingenciados em 2.007. A aplicação dos recursos referidos neste item permanece também atrelada ao disposto nos encaminhamentos V, VI e VII deste Anexo.

X – Deve constar também na regulamentação, a avaliação sistemática a cada cinco anos, com as revisões que se fizerem necessárias, e com interação (mútua adequação) com o PPA.

XI – Devem ser identificadas, desde já, junto aos conselhos de saúde, as repercussões concretas na atenção às necessidades e direitos da população, em curto e médio prazo, assim como imediata ampliação da informação e participação para a opinião pública em geral.