

Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos

The evolution of the Brazilian National Health System, strategic courses of action and strategies to understand these actions

Nelson Rodrigues dos Santos¹

Abstract *The author has the intention to propose to the Brazilian health care management and sanitary reform managers an examination and positioning on the course of action in the implementation of SUS (Brazilian National Health System). The findings underscore two non-convergent set of policies that have affected the course of action in the implementation of the SUS in the 1990s: the first and 'main' course of action derives from policies created in 1988 in the so-called Citizen Constitution, of which the SUS is the most important achievement. The second and "additional" course of action derives from the prevailing macro-economic model and its related policies, implemented since the 1990s, besides advocating a social inclusion measure while leaving out all the related improvements of SUS such as Universality, Integrity and Equity. In addition, the second course of action is in opposition to the model based on social protection, besides raising the importance of market-based individualistic values and actions in general, it carries them into the health care system. The author suggests that a clarification on the desirable and on the deviant courses of action of SUS may be a vital contribution to guaranteeing social rights in health care, while preserving its integrity, equity and universal nature.*

Key words *Health as a social right, Health policy, Public and private, Public policy implementation*

Resumo *Este trabalho propõe ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, incluindo os gestores do SUS, uma reflexão e posicionamento sobre os rumos da implementação desse sistema. Apon-ta sinalizações para a identificação dos rumos "maiores" gerados no pacto social de 1988, e os rumos "adicionais" gerados a partir de 1990. Re-fere o conflito entre as duas reformas do Estado iniciadas em 1990: a atrelada aos princípios e di-retrizes constitucionais, onde o SUS é a maior re-alização, e a comandada pela área econômica. Esta incorpora a marcante inclusão social promovida pelo SUS, mas impediria os avanços estruturan-tes da realização da Integralidade e Igualdade na construção da Universalidade, assim como indu-ziria a hegemonia das práticas e valores indivi-duais do mercado, para o centro do sistema de saú-de. Sugere que os esclarecimentos dos rumos desejá-veis e dos desviantes poderão contribuir sensível-mente na conquista da realização integral, igua-litária e universal dos direitos sociais na saúde. Palavras-chave* *Direito social à saúde, Políticas de saúde, Público e privado em saúde, Implemen-tação de política pública*

¹ Assessor Especial do Gabinete do Ministro, MS; Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária. 13083-970 Campinas SP. nelson@saude.gov.br

Contextualização: êxitos e problemas

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira^{1,2}, representado por CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), ABRES (Associação Brasileira de Economia de Saúde), Rede UNIDA (Rede de projetos Integrados Ensino – Serviço – Comunidade), AMPASA (Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde), pelas entidades dos usuários, profissionais, prestadores de serviços e gestores e pela Frente Parlamentar da Saúde dedica-se intensivamente, desde 1990, à implementação do SUS. Em poucos anos, foi incluída a população antes excluída de todos os subsistemas de que era um terço do total. Isso ocorreu em relação à Atenção Básica, às ações de vigilância, à assistência de média e alta complexidade, num processo de intensa descentralização, com ênfase na municipalização. Verdadeira reforma democrática do Estado foi realizada pelo setor saúde, por meio da criação e do funcionamento de conselhos, dos fundos de saúde, dos repasses fundo a fundo, das comissões intergestores tripartite/bipartites e pela extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A direção única em cada esfera de Governo, a descentralização e a orientação para a ação por meio de Normas Operacionais pactuadas nas três esferas de governo e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde³ foram o carro-chefe desse processo.

Apesar das adversidades a partir de 1990 (subfinanciamento e precarização da gestão dos recursos humanos), a inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência, alcançando, em 2005, o volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais, 360 milhões de exames laboratoriais, 10 milhões de ultra-sonografias, 1,2 milhão de tomografias, 213 mil ressonâncias, 9 milhões de seções de hemodiálise, 23.400 transplantes de órgãos e tecidos, importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras), 152 milhões de vacinas, controle da AIDS, ações de vigilância em saúde e outras. Um dos passos mais importantes na universalização dos cuidados foi dado por meio dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF),

no maior programa público e mundial de imunização, e no programa de controle da AIDS mais eficaz do Terceiro Mundo e referência internacional. Muito do que se está fazendo pode ser visto na 1ª Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS, organizada pelo Ministério da Saúde e Conselhos Nacionais de Secretários da Saúde, Estaduais e Municipais (MS, CONASS e CONASEMS) em Brasília, em julho de 2006, onde foram expostas e discutidas mais de 900 experiências positivas do SUS, a grande maioria de nível local, em todas as regiões do país.

Tornou-se, contudo, inadiável a necessidade de uma revisão crítica de todo esse processo, visando alcançar novo patamar de desenvolvimento. Evidências há de que somente parte do ideário da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS³ foram cumpridos e implementados. Apesar de expressiva, menos exemplar tem sido a resolutividade da rede de unidades básicas de saúde (marcadamente ampliada pelos Municípios) e a oportunidade das ações de média e alta complexidade. Além do inequívoco atendimento de necessidades e direitos, esses serviços são caracterizados por altíssimos índices de atos evitáveis, como doenças adquiridas pela desproteção da saúde (social e epidemiológica), doenças agravadas pela ausência ou precariedade de diagnóstico e tratamento precoce e mortes pela ausência de tratamento adequado. Observa-se que existem ainda altíssimos e inaceitáveis índices de ações de saúde desnecessárias, ocorridas por incompetência, negligência ou mercantilização. É a lógica dos interesses do complexo médico-industrial, configurando um modelo de atenção à saúde favorável aos interesses da oferta, em detrimento da lógica das necessidades da população e de seus direitos^{1,2,5}.

Houve um grande e desregrado crescimento da demanda espontânea, encaminhada ou judicializada aos bens e serviços de maior custo do SUS, em benefício dos consumidores de planos e seguros privados de saúde. Esse fenômeno vem aprofundando a iniquidade e a fragmentação do atendimento, tornando o SUS complementar ao mercado, refém do “modelo da oferta” e mais “pobre para os pobres”.

Nos serviços de Vigilância Sanitária e de Vigilância em Saúde, apesar dos comprovados avanços com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, é evidente a persistência da ausência ou da precariedade de políticas públicas capazes de produzir sinergismo intersetorial. Esse lado avesso dos avanços do setor saúde

se espelha nas dificuldades do Estado Brasileiro de responder à universalização dos direitos de todos os seus cidadãos no âmbito social.

A reforma do sistema de saúde representada pelo SUS teve como sustentação os princípios da reforma democrática do Estado articulados nos anos 80, resultando com sucesso na Constituição Federal de 1988. Sua implementação, porém, foi dificultada a partir de 1990, quando simultaneamente outra reforma do Estado, comandada pelo Ministério da Fazenda (MF), promoveu abertura da economia, ajuste fiscal, contenção dos gastos públicos, reformas administrativas desestruturantes, cortes de servidores públicos e rompimento precoce com a lógica do bem-estar social, da cidadania e da seguridade social. Esse processo, conduzido com mais habilidade a partir de 1995 pelos Ministérios da Administração e Reforma do Estado (MARE) e do Ministério do Planejamento (MP), ampliou as barreiras e deu curso aos desvios da reforma promovida pelo SUS^{1,2}.

A partir de 1990, passou a predominar a ideologia do “*Estado Mínimo*” (retração dos orçamentos sociais e da infra-estrutura de desenvolvimento), as soluções de mercado, os programas focais de baixo custo, e o “*Estado Máximo*” da remuneração crescente da dívida pública e seus juros. O contexto da orientação política dos últimos dezesseis anos afetou o processo de construção do SUS profundamente: ao drástico sub-financiamento, sucedeu-se a precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma verdadeira onda de terceirizações privatizantes e inseqüentes. O pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da *integralidade*, da *igualdade*, da *regionalização* e da *participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias*.

Em resumo, ao mesmo tempo em que se constata impressionante produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social mesmo sob baixíssimo financiamento, convive-se com o desafio do “assistenciocentrismo”, dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta. Há em curso duas realidades simultâneas: (a) o “*SUS que dá certo*”, que se configura em “ilhas” ou “nichos” e se evidencia no grande número de mostras de experiências municipais, regionais, esta-

duais de sucesso - apesar do seu grande número, elas são muitas vezes temporárias e reversíveis e (b) a persistência das distorções apontadas. Tudo isso sugere que os desafios são muito maiores que os arranjos administrativos e que falta muito para a consolidação sistêmica dos avanços já referidos.

O formato atual lembra a época das Ações Integradas de Saúde (1983/1986) e dos Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde (1987-1990), confirmando que o SUS real não é somente incompleto ou inconcluso, mas também portador de distorções e desvios. As questões aqui levantadas indicam que os gestores do sistema não devem, em nome dos princípios do SUS, contentar-se apenas com esforços incrementais.

Reafirmando “os rumos maiores” e repensando “os rumos adicionais”

Tomo como inquestionável a necessidade da nossa política pública de saúde, resultante de pactos sociais amplamente debatidos, proporcionar a maior visibilidade pública dos rumos e estratégias da sua implementação. Como esses rumos e estratégias condicionam etapas pactuadas por atores sociais e institucionais, a visualização aqui proposta não comporta ilusões irrealistas e voluntaristas de aceleração do processo e queima de etapas, mas sim a responsabilidade de avaliar em que rumos estão as etapas.

Os rumos maiores significam as “chamas da utopia” e constituem os valores da *Saúde* enquanto direito de cidadania e parte dos direitos universais do ser humano; os respectivos serviços enquanto bem público e o dever do Estado democrático de garanti-los com suficiência e qualidade, o que está consagrado nos textos legais. A existência legal do SUS, a partir desses rumos maiores, gerou ano a ano, densa e complexa teia de experimentos normativos, programáticos e operacionais que dizem respeito a modelos de atenção, de gestão, da prestação de serviços, do trabalho na saúde, do financiamento e da participação social. Por isso, sob a lógica dos “rumos maiores”, tornou-se inadiável a avaliação e acompanhamento dos rumos adicionais, nem sempre explicitamente debatidos.

Sob este ângulo, cada rumo adicional deveria apontar para a centralidade no usuário e identificar criativamente as forças sociais atuantes e potenciais que nascem das entidades e dos movimentos de usuários, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços, de fabricantes dos insu-

mos da saúde e dos gestores, com vistas a articulações, alianças e parcerias na construção do pacto democrático pela saúde.

Proponho uma tipologia a seguir, tratando os **rumos adicionais desejáveis**, sete eixos em torno dos quais penso que devam ser agregadas questões estratégicas.

- Implementação concomitante e articulada dos princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, regionalização e participação social.

- Modelos de atenção com base nas necessidades e direitos da população.

- Modelos de gestão com base nas necessidades e direitos da população.

- Desenvolvimento de recursos humanos, de relações de trabalho, de educação permanente, com base nas necessidades e direitos da população.

- Relações público-privado, com clareza dos papéis de cada um, da convivência e da parceria.

- Financiamento.

- Participação social.

Entendo que todos os fóruns do SUS são, ao mesmo tempo, sujeito e objeto deste acompanhamento e construção: comissões intergestores e conselhos de saúde e suas pautas de pactuações, deliberações e desdobramentos; gestores de cada esfera de governo, rede de unidades prestadoras de serviços, órgãos de acompanhamento, regulação, controle e avaliação.

Algumas constatações e hipóteses sobre as bases do financiamento

Enquanto a participação das receitas correntes da União no PIB cresceu de 19,7%, em 1995, para 26,7% em 2004, neste mesmo período, a participação de gastos do Ministério da Saúde nessas receitas decresceu de 9,6% para 7,5%. Enquanto a contrapartida da União no financiamento público da saúde caiu, entre os anos 80 e 2004, de 75%, para 50%, neste mesmo período a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de 25% para 50%. Enquanto a contrapartida da União, entre 1995 e 2004, caiu de US\$ 87,7 para US\$ 62,3 *per capita*, entre 2000 e 2004, a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de US\$ 44,1 para US\$ 64,9 *per capita*^{1,2,3,5,6,7,8,9,10}.

Para os atuais 187 milhões de brasileiros, ao câmbio médio do dólar de 2005, o investimento público de saúde nesse ano foi de 153,00 dólares *per capita*. Isso significa cerca de 10% da média de US\$ 1.400,00 *per capita* no Canadá, países eu-

ropeus, Japão e Austrália e menos que o investimento da Argentina, do Chile e do Uruguai. A mesma defasagem é confirmada pela metodologia da OMS, que calcula a média de 270,00 dólares/públicos *per capita* no Brasil, e cerca de US\$ 2.300,00 para os referidos países. No Canadá, países europeus e orientais, os gastos públicos com saúde estão sempre acima de 70% dos gastos totais com saúde, enquanto no Brasil esses não passam de 45%, próximos do que ocorre nos Estados Unidos^{1,2,3,5,6,7,8,9,10}.

A taxa real de juros no país, por volta do dobro da praticada nos países emergentes e nos desenvolvidos, e a taxa de crescimento do PIB - por volta da metade da realizada nesses países - depõem frontalmente contra a política econômica que também dispõe sobre gastos públicos. Em 2005, o gasto de R\$ 157 bilhões com juros (crescentes) da dívida pública de 1,2 trilhão (também crescente) achatou os gastos federais na área social para R\$ 17 bilhões na Educação, R\$ 37,1 bilhões na Saúde (da qual foram utilizados R\$ 2 bilhões para o Bolsa-Família) e mais ainda nos setores sociais sem orçamentos vinculados^{1,2,3,5,6,7,8,9,10}.

A permanência dos baixíssimos recursos públicos para saúde, comparados com os investimentos dos países desenvolvidos e com outros do dito Terceiro Mundo, assim como a retração da contrapartida federal frente ao crescimento das contrapartidas estaduais e municipais, são componentes da mesma política econômico-social instalada no país a partir de 1990, dificultando e distorcendo a implementação do novo modelo de atenção à saúde. Esta política conflita com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, e com as diretrizes assumidas pela tripartite, bipartites, Conselhos de Saúde, Ministério Público, Frente Parlamentar da Saúde e pelas entidades que integram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Essa política de diminuição do investimento em saúde, formulada pela "área econômica" (Ministérios da Fazenda e Planejamento e Banco Central) desde 1990 é inculcada a todos os governos e coligações partidárias como política de Estado. A imagem-objetivo desta política, levada às últimas conseqüências, constitui-se na consolidação do mercado de planos e seguros privados de saúde. Estes se tornariam então no epicentro do sistema nacional de saúde, elevando os atuais subsídios públicos ao consumo e o número de consumidores. Isso tem como resultante a consolidação do caráter complementar (e não central) do SUS ao mercado de planos e seguros. O SUS vai se tornando "SUS pobre para os pobres", den-

tro da lógica dos programas compensatórios, focalizados e de baixo custo.

As armadilhas da prática e as chamadas da utopia

Segue uma seqüência de acontecimentos cuja visualização pode facilitar a reflexão sobre os caminhos, descaminhos e desafios da implementação.

No ano de 1993: crise quase fatal no financiamento do SUS, com a retirada arbitrária da fonte previdenciária da base de cálculo da contrapartida federal⁷. Reação dos atores do SUS: reafirmação pública do pacto social, dos princípios e diretrizes constitucionais; discussão e aprovação na tripartite e no Conselho Nacional de Saúde do documento *“A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”*; da NOB-93 e do Decreto de Calamidade Pública na Saúde que viabilizou empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) ao MS. Evidente impulso no já gigantesco esforço de inclusão social pela saúde, com elevação da produção e da produtividade das ações e serviços. Em 1994, aprovação de Decreto 1.232/94 que trata do repasse fundo a fundo para o setor.

Anos 1995 e 1996: aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para o SUS, apesar da oposição da área econômica. Dura derrota com a retirada simultânea, pela área econômica, de outras fontes orçamentárias federais para o setor⁷. Reação dos atores do SUS: esforços redobrados de inclusão social; medidas racionalizadoras de gastos; elevação de produção/produtividade; mas, sinais de predomínio do “incrementalismo” na construção do sistema e arrefecimento ou menor clareza nos processos de mudança estrutural nos modelos de atenção e de gestão.

Ano 2000: aprovação da Emenda Constitucional nº 29, apesar da pressão contrária da área econômica. Esta área impôs critério privilegiado para cálculo da contrapartida federal (com base no PIB do ano anterior), viabilizando o blefe que congelou 1999 como “ano anterior” até 2004, desonerando a esfera federal de elevação real da sua contrapartida⁷. Reação dos atores do SUS: esforço incrementalista, dúvidas e insatisfações crescentes com os rumos em andamento e retomada dos princípios e diretrizes constitucionais. Elaboração do documento *O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes*, aprovado pelo CNS em 2002⁵.

Anos 2005/2006: Após ceder às pressões dos atores do SUS e aplicar a EC no. 29 na esfera fe-

deral, a área econômica permaneceu refratária a qualquer elevação do financiamento, dificultando a tramitação do PLP nº. 01/03 que regulamentou a EC. nº. 29; realizando *caronas* de outros setores no orçamento do SUS e pela desvinculação orçamentária da Saúde e da Educação. Reação dos atores do SUS: preocupação com os rumos por parte das entidades que atuam na Reforma Sanitária Brasileira em parceria com o CNS e a Frente Parlamentar de Saúde, resultando no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados Federais, no final de junho de 2005. Aí foram revisitados o pacto social, os princípios e diretrizes constitucionais e se construiu o pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão⁴. Este pacto, facilitado pela rica experiência acumulada no Departamento de Apoio à Descentralização/SE/MS, do CONASS e CONASEMS, foi aprofundado e realizado pela tripartite a partir do segundo semestre de 2005. Em 2006, o pacto visa a autonomia das bipartites para conduzir a regionalização cooperativa e solidária nos Estados; o avanço das atividades de regulação, as mobilizações sociais necessárias a aprovação do PLP nº. 01/03; a reversão da fragmentação e do burocratismo dos repasses federais; a construção de novas relações entre os âmbitos público-privado; a gestão do trabalho no SUS e a re-politização do SUS e da Reforma Sanitária.

Dificuldades e distorções internas na implantação do modelo de gestão

É importante ter em mente que, além da crítica da estratégia da focalização cujo epicentro está na área econômica dos vários governos, outras distorções ocorrem na prática da implementação do SUS. Citarei algumas:

- Desaceleração na efetivação da rede de unidades básicas e outros arranjos da oferta e utilização de serviços básicos. A aceleração na efetivação do PACS/PSF vem ocorrendo com descolamento da estruturação da atenção integral e equitativa em todos os níveis do sistema.

- Continuidade e predomínio de: a) remuneração por produção a valores abaixo do custo na maioria dos procedimentos; b) baixíssimos níveis salariais dos profissionais; c) desregulamentação da aquisição e alocação de equipamentos; d) ausência ou desconsideração de protocolos de condutas preventivas e curativas nos serviços básicos e de média complexidade, revelando a continuidade do predomínio do complexo-médico-industrial.

- Ampliação e descontrole das “táticas de sobrevivência” de profissionais e prestadores de serviços, como: baixo cumprimento de jornadas e assiduidade no trabalho; negligência nos atendimentos; dupla militância no mesmo horário; desqualificação de procedimentos de baixo valor na tabela e realização desnecessária de procedimentos de maior valor; exigência de pagamentos “por fora” de usuários a profissionais e prestadores; segunda porta para clientes particulares e planos privados em hospitais públicos, universitários. Tudo isso dificulta ou impede a **equidade**, a **integralidade** e os esforços pela **humanização** do SUS.

- Impotência dos serviços básicos acolherem, resolver com qualidade e ganhar a preferência da população, enquanto porta de entrada no sistema, o que leva os ambulatorios de especialidades e serviços de urgências a serem super-demanda-dos, congestionando-os e desumanizando-os.

- Postergação pelo MS, em mais de um ano, da implementação da NOB-96, em nome do controle dos gastos e da tensão social supostamente gerada na 10^a Conferência Nacional de Saúde.

- Caracterização dos tetos financeiros para os repasses federais, como instrumento de “SUS de baixo custo”, frente ao crescimento da demanda assistencial.

- Fragmentação dos repasses federais em mais de 120 procedimentos e valores, negociados um a um, com grande carga burocrática, objetivando racionalizar gastos de cima para baixo e “tirar água das pedras” com poucos recursos. Aspectos positivos da NOB-96 e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) foram em grande parte desfigurados pelo “furor normativo” do MS, que chegou a publicar oito portarias por dia útil.

- Desoneração das operadoras privadas de planos e seguros de saúde às custas do SUS, ao criar condições para manter fluxo de demanda dos seus consumidores (mais ou menos 25% da população) para serviços de maiores custos assistenciais do SUS, aprofundando a fragmentação e a iniquidade do sistema, para não falar no grande blefe do descumprimento do Art. 32 da Lei 9656/98, que obriga o ressarcimento ao SUS.

- Postergação pelo MS da implantação do Cartão SUS no âmbito nacional.

- Exacerbação de medidas de contenção de gastos nas portarias do MS para implementação da NOAS, acirrando tensões intermunicipais e dos Municípios e Estados, em detrimento da construção da **Regionalização**, conforme disposta em deliberação do CNS.

- Esvaziamento dos debates e pactuações da reunião da tripartite, por meio de táticas de acer-

tos prévios e unilaterais do MS com Secretarias de Saúde. Ocupação de espaço na tripartite com lançamentos midiáticos de programas e projetos federais.

Em resumo, os atores da implementação do SUS estão desafiados a conquistar, simultaneamente, a elevação do financiamento e dos avanços consistentes na implementação dos novos modelos de atenção e gestão. Esses atores incorreriam em equívoco crasso se acreditassem que o SUS se constrói com chavões como “o problema é de eficiência, de gestão, de gastar melhor” ou “o absurdo subfinanciamento”. Nos mais de quinze anos de experiência do SUS, está comprovado que essa polarização é imobilizadora. Em verdade, todos os atores desse processo, no leque das forças sociais, políticas e institucionais, estão desafiados a somar forças em todas as trincheiras, simultaneamente.

Conclusões

É indiscutível que os gigantescos esforços e notáveis avanços dos níveis intermediários da gestão municipal, distrital e regional elevaram inusitadamente a produção e a produtividade das ações e serviços de saúde do SUS - como se tirassem água das pedras - mesmo sob a rígida contenção de gastos imposta pela área econômica e pela normatividade federal.

No entanto, persistem os velhos modelos de atenção e de gestão e seus desperdícios estruturais, ameaçando a efetividade do SUS que segue balizado pelos rumos da macropolítica e macroeconomia dominante no país. Hoje é ao nível da microgestão, do microprocesso de trabalho e da micropolítica que está localizado o espaço para acumulação de êxitos visíveis e consecução de mudanças significativas do SUS. Mas sem jamais arrefecer as estratégias e esforços transformadores nos níveis intermediários e central da gestão.

Esta proposta que faço de acompanhamento do SUS sob o ângulo de rumos estratégicos visa basicamente a contribuir para o estabelecimento de etapas e metas passíveis de serem cumpridas mesmo levando-se em conta o denso e complexo cipoal ou labirinto formado nos últimos quinze anos, pela imposição dos modelos com base nos interesses da oferta em conflito com as necessidades e direitos da população ou da política implícita das entrelinhas, frente à política explícita, das linhas Constitucionais e da legislação complementar.

Referências

1. ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede UNIDA, AMPASA. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros. Manifesto [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2006. [acessado 2005 Nov 07]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>
2. ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede UNIDA, AMPASA. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: o SUS pra valer: Universal, Humanizado e de Qualidade [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2006. [acessado 2006 Jul 07]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712143044.pdf>
3. Barros ME, Piola SF, Vianna SM. Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA; 1996. [Texto para discussão, n. 401].
4. Brasil. *Comissão Intergestores Tripartite do SUS: pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão*. Brasília: MS; 2006. [Série A, Manuais e Normas Técnicas].
5. Brasil. Ministério da Saúde. *CNS: O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes*. Brasília: MS; 2002. [Série B, Textos Básicos de Saúde MS].
6. Brasil. Ministério da saúde - SIOPS - Despesas com ações e Serviços Públicos de Saúde Financiados com Recursos Próprios, 2000 a 2002. Nota técnica. [Mimeo].
7. Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.
8. Vianna SM, Piola SF. Reavaliando o gasto público em saúde. In: OPAS/OMS, organizadores. *O financiamento da saúde no Brasil*. São Paulo: OPAS/OMS; 1994. p.30-36.
9. Vianna SM, Piola SF. Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil. In: Brasil: Radiografia da Saúde. São Paulo: CEPAL/IPEA; 1999. p.105-140.
10. World Health Report. Gastos de saúde nos países, em 1995 e 2003. [S.l.]: [s.n.]; 2006.

Artigo apresentado em 26/07/2006

Aprovado em 02/10/2006

Versão final apresentada em 21/10/2006