

OS EQUÍVOCOS DA NOB 96: UMA PROPOSTA EM SINTONIA COM OS PROJETOS NEOLIBERALIZANTES ?

Wanderlei Silva Bueno*
Emerson Elias Merhy**

I - INTRODUÇÃO¹

O Movimento Sanitário Brasileiro, após anos de muita batalha, imprime importantes avanços na Política Nacional da Saúde, quando há 10 anos atrás, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde consegue consagrar os princípios da Reforma Sanitária como diretrizes hegemônicas para o Sistema Nacional de Saúde.

A efervescência do movimento social brasileiro da época - a reorganização do movimento sindical e a formação das Centrais Sindicais, o movimento popular com o movimento das mulheres contra a carestia, o movimento dos sem terra, e sem dúvida os mais importantes deles - a Campanha das Diretas Já e o Processo Constituinte, enquanto estratégias para a redemocratização do País - sem dúvida nenhuma teve um importante papel nas conquistas do movimento de saúde.

A VIII Conferência consegue pela primeira vez na história brasileira hegemonizar a idéia de um sistema único de saúde, público e sob o controle do Estado, além de estabelecer a saúde como direito de cidadania; e, apoiada no movimento social leva para dentro do processo constituinte, do final dos anos 80, a discussão destes princípios da Reforma Sanitária brasileira.

Em 1988, com a promulgação da Constituição, passa a vigorar o Sistema Único de Saúde - SUS, que estabelece como diretrizes de organização o acesso

* Médico Sanitarista, mestrando em Saúde Coletiva, do Dep. de Med. Preventiva e Social da Fac. de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

** Médico Sanitarista. Professor do DMPS/FCM/UNICAMP.

¹ Quando este texto estava pronto foi realizado um pronunciamento no dia 20 de março pelo presidente da república falando sobre o documento "1997 o ano da saúde no Brasil. Ações e metas prioritárias", que na devida medida, do nosso ponto de vista, vem confirmar muitas das análises e conclusões feitas neste material.

universal, a equidade, o controle social, a gestão única em cada nível de governo e a responsabilidade do Estado, enquanto dever, pela saúde do cidadão.

A efetivação do SUS só se dá 3 anos após, mas com profundas alterações porém com importante respaldo do movimento social. Quando da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, desfigurada pelos vetos presidenciais do então Presidente Collor, consegue-se mesmo assim estabelecer alguns princípios básicos do controle social e das regras de financiamento do sistema.

A partir de então, com um significativo refluxo do movimento social brasileiro, que tem início por mais paradoxal que possa parecer após o impeachment do Presidente Collor, as distintas forças sociais interessadas no SUS vêm tendo dificuldades no seu processo de implementação.

A instituição das Normas Operacionais Básicas como instrumentos reguladores desse processo, já na sua primeira versão - a NOB 91 - apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica quando não consegue regulamentar o seu artigo 35, construindo as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convenial, e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

A NOB 93, respaldada pelo movimento em torno do documento “A Ousadia de Cumprir a Lei” tenta recuperar esta prerrogativa adotando como questão central a municipalização dos serviços e estabelecendo situações transitórias de gestão incipiente, parcial e semiplena, que apontassem para uma situação mais definitiva onde o município pudesse assumir o papel de gestor pleno do sistema, que se consolidaria a nível estadual e nacional na relação inter gestora das Comissões Bipartides e Tripartides, sob o controle social dos Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo e paritário em cada nível de

governo.

Durante os últimos três anos (1993 a 1996), apenas 124 municípios assumiram a condição de gestão semiplena, o que corresponde a 15,57% da população brasileira, onde os municípios começam a ensaiar o seu papel mais abrangente de gestor, estabelecendo importantes avanços na reorganização do sistema com conseqüente melhoria nos níveis de saúde desta população. O demais municípios brasileiros, em torno de 5000, que representam quase 85% da população continuaram, na melhor das hipóteses, como meros prestadores do sistema gerenciado a nível central, sem modificações importantes em sua organização.

Apenas para apontar uma das conseqüências da gestão semiplena, os municípios nesta condição, passaram a gerenciar 22,24% do teto financeiro do sistema que hoje gira em torno de 8,5 bilhões de reais por ano. Claro que este aporte de recursos financeiros sob a gestão autônoma dos municípios e com seu respectivo controle social pode desencadear importantes avanços na consolidação do SUS, o que infelizmente só tem a perspectiva de beneficiar pouco mais de 15% da população brasileira², entretanto, há que se apontar, que mais do que controlar cada vez mais recursos, estes municípios conseguiram se defender melhor que os outros diante das evidentes retrações dos gastos globais no sistema.

Por outro lado, estes dispositivos reguladores não têm o mesmo nível de preocupação com as propostas de tecnologias de intervenção no processo saúde - doença, para a produção de saúde de acordo com as necessidades dos usuários e com a necessária qualidade da assistência para alcançar resultados efetivos, produzindo projetos competentes de modificações do atual modelo tecno-assistencial, muito desenhado pelas estratégias neo-liberais, junto aos equipamentos organizacionais do SUS.

É necessário que o processo de trabalho em todas unidades do sistema

²Documento do Ministério da Saúde - "População e Teto Financeiro dos Municípios em Condição Semiplena, nos anos de 1994, 1995 e 1996.

SUS seja reorganizado tomando como substrato as necessidades de saúde da população, seu sofrimento e doença, pautado pela efetiva eficácia das ações de saúde na defesa da vida dos usuários individuais e coletivos, sob pena de permitir que os sistemas, paralelos e privados, dos seguros saúde e cooperativas assistenciais, se consolidem definitivamente como perspectiva para a população em geral, pelo menos no plano imaginário.

O acesso não pode ser limitado por parâmetros de planejamento de capacidade instalada, programação da assistência ou níveis de hierarquização do sistema; todas as ações e serviços de saúde deverão estar disponíveis durante todo período na rede de serviços, com as unidades funcionando o tempo mais longo possível e de acordo com as necessidades da população. Deve-se gerar formas variadas de produção de serviços, que em ato, permitam redesenhar o campo tecnológico de intervenção em saúde e abram novas linhas de produção de necessidades. Deve-se buscar novas formas de relação trabalhadores de saúde e usuários.

O acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, vai além da “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”, do conceito do Aurélio. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para um re-inventar a qualidade da assistência.

O acolhimento na saúde é a construção de uma nova ótica no modo de ver a doença e o sofrimento, como responsabilidade social, novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. Construção de uma nova ética: da diversidade e da tolerância à diferença, da inclusão social, com uma “escuta clínica” solidária, com responsabilização e compromisso. O trabalho com a doença ou com o doente ultrapassa o ato médico pela própria natureza

de seu objeto que ao mesmo tempo é sujeito do seu processo de cura.³

A resolubilidade do sistema tem que ser garantida através de incorporação tecnológica e principalmente pela responsabilização dos profissionais e serviços para com a saúde de sua população. A hierarquização e regionalização dos serviços não pode ser instrumento de transferência de responsabilidades entre as unidades do sistema.

O vínculo que se pretende entre quem presta e quem recebe o serviço só se materializa na prática, quando o serviço garantir acesso a todas ações de saúde, na medida das necessidades dos usuários, com bom acolhimento, resolubilidade e responsabilidade para com a saúde da população, com conseqüente satisfação do usuário, e produção de ganhos de autonomia deste no seu caminhar na vida.

A garantia deste vínculo está na qualidade dos serviços ofertados e esta na dependência da adesão do conjunto dos trabalhadores de saúde, inclusive os médicos, entenderem que a organização de seu processo de trabalho não deve privilegiar apenas seus interesses corporativos ou ideológicos, morais e éticos; mas ser a de um modelo centrado nos interesses e necessidades de saúde da população, fato que para se realizar deverá atingir o modo privado como se faz a gestão do processo de trabalho em saúde, apontando para sua publicização.

Os municípios devem ser estimulados a estabelecerem um processo de planejamento local, onde estas questões sejam privilegiadas em relação às planilhas de programação; um processo de planejamento local que reorganize seus processos de trabalho centrado na ótica do usuário, que atenda as necessidades e demandas de saúde do seu povo com responsabilidade e compromisso.

A NOB 96, apesar de ser um importante instrumento na operacionalização do sistema, e nesta versão apresentar aparentemente grandes avanços na relação inter gestores e na política de financiamento do

³Conceito de Acolhimento construído no processo de reorganização dos processos de trabalho das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Betim-M.G.

SUS, como por exemplo a definição dos papéis de cada nível de governo no processo de gestão, o aumento das transferências diretas fundo a fundo, entre outros, o que inegavelmente representa avanços importantes na consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, apresenta alguns equívocos no seu processo de construção que poderão retardar efetivos avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegie a vida e a construção da cidadania.

Haja visto, que no corpo de seu texto aparece propostas contraditórias como por exemplo, ao mesmo tempo que aponta as relações de independência do município como gestor pleno, coloca projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região. Além disso, dá poderes efetivos para organismos como a Secretaria de Assistência à Saúde (SÃS) do Ministério da Saúde, sobre os Conselhos Gestores na definição sobre os programas que serão incentivados.

Desta forma nos parece que a NOB 96 fere o princípio da autonomia do município enquanto gestor único do sistema a nível local, impedindo ou pelo menos induzindo os programas prioritários, não definidos nos fóruns deliberativos locais de controle social.

II - A NOB 96, O MUNICÍPIO E A GESTÃO DO SISTEMA

Se tomarmos o princípio da Reforma Sanitária da gestão única em cada nível de governo e da municipalização radical, com o município como gestor pleno do sistema; a NOB 96 não é instrumento da construção desse gestor, não aumenta a governabilidade dos gestores na sua relação com os prestadores.

Como consequência da Política de Saúde no Brasil, que optou pelo investimento no setor privado para desenvolver a Assistência Hospitalar, o país vive hoje uma situação de extrema dependência dos leitos privados para garantir

a assistência integral como direito de cidadania.

O dinheiro público compra hoje serviços hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade de um setor privado que foi estruturado na grande maioria das vezes com financiamento a fundo perdido pelo próprio dinheiro público; situação perversa e de difícil reversão no cenário atual e de solução com investimentos no setor público a médio e longo prazo.

Os municípios ao assumirem o seu direito de gestão do SUS, são obrigados, ao administrarem esta situação, a estabelecer relação de parceria com este setor, licitando a compra de suas necessidades complementares, controlando e avaliando a execução dos serviços e sua qualidade. Nada mais justo e lógico na organização do sistema, inegável avanço em relação à situação anterior onde a burocracia da União é quem tinha este papel, possibilitando fraudes, corrupção e principalmente uma péssima qualidade da assistência.

Porém, uma questão meramente tributária vem cerceando a prerrogativa do município enquanto gestor do sistema, que sequer é tangenciada pela NOB. Os prestadores privados, para se habilitarem a esta nova relação no SUS, têm que estarem em dia com seus tributos à União. Do ponto de vista moral e ético, exigência extremamente acertada, pois o mínimo que o setor deve fazer é honrar seus compromissos fiscais, em troca dos benefícios que tomou do dinheiro público, mas do ponto de vista da gestão do sistema, um desastre, pois a grande maioria dos hospitais privados estão inadimplentes com a União, inviabilizando sua nova relação com o SUS e, o que é ainda pior, mantendo a situação dos contratos antigos com o extinto INAMPS, tolhendo os municípios no estabelecimento de padrões de qualidade e conseqüentemente no seu direito de gerir de forma plena o sistema.

Tal situação faz lembrar uma sentença judicial recente, que muito nos chamou a atenção pela justiça que demonstrou. O caso se referia à um cidadão que ao vender seu carro, foi impedido pelo Estado de fazer a transferência de propriedade ao comprador, por estar em dívida com multas de trânsito. O

cidadão recorreu à justiça que na sentença autorizou a transação, alegando que o Estado não poderia interferir no direito de propriedade do cidadão e que deveria lançar mão de outros meios para cobrar a dívida.

É óbvio que a União tem que cobrar as obrigações fiscais dessas empresas, como de todas as outras que não têm honrado seus compromissos fiscais, mas também é evidente que deve-se usar de outros mecanismos que não firam a autonomia dos municípios enquanto gestores do sistema de saúde.

Muito mais grave é o paradoxo da NOB 96 que propõe a gestão plena do sistema pelo município ao mesmo tempo que cria armadilhas para este objetivo.

Primeiro, ao admitir duas tipologias de gestão - gestão plena do sistema e gestão plena da atenção básica - cria dois subsistemas de saúde, retrocedendo no princípio do sistema único, e o que é pior, se submete ao projeto de cunho neoliberal proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado em seu documento - “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS” que prevê que “os hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. Esta “publicização” dos hospitais estatais, entretanto, não íntegra a reforma administrativa ora proposta. O essencial é a clara separação dos hospitais estatais - que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar de cada município - do Subsistema de Distritos de Saúde desse mesmo município. Caberá ao Subsistema de Distritos de Saúde credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais, os quais, competirão, em termos de qualidade e custo dos serviços, com os hospitais públicos não estatais e mesmo com os hospitais privados”.

Tal atitude, aliada à fragmentação do financiamento, fragmenta a integralidade da atenção criando uma “cesta básica”, financiada com recursos do Piso Assistencial Básico - PAB, Incentivo aos Programas de Saúde da

Família -PSF - e de Agentes Comunitários de Saúde - PACS -, para os cidadãos mínimos e dá liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e especializada.

A lógica do financiamento por procedimentos produzidos, presente neste subsistema, induzirá em sua organização e distribuição de serviços, a lógica de mercado, induzindo procedimentos de maior lucratividade aos prestadores.

Dentro da própria “cesta básica” a indução pelo financiamento do PSF e PACS pode determinar, por dificuldades operacionais como a diferenciação salarial, a terceirização da própria assistência básica através das cooperativas tipo PAS do Prefeito Paulo Maluf.

Portanto, apostar na NOB 96, em termos de modelo de atenção e gestão do sistema, é apostar no projeto neoliberal de Reforma do Estado do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado.

III - A NOB 96, O MUNICÍPIO E O MODELO ASSISTENCIAL

Nos últimos anos temos assistido uma disputa pela hegemonia no modelo de organização e distribuição de serviços de saúde no Brasil. De um lado o modelo neoliberal que utiliza como critério para organizar e distribuir serviços, a lógica de mercado, objetivando o lucro, e de outro, alguns modelos a partir do movimento sanitário, dentre os quais o modelo “Em Defesa da Vida”, que preconizam como critério para organizar e distribuir serviços algumas das lógicas que conformam as necessidades de saúde do cidadão.⁴

Aqui novamente assistimos outra disputa, no que se refere ao entendimento das necessidades.

O modelo da ação programática constrói o campo das necessidades coletivamente expressas pela dinâmica de determinação estruturada do processo saúde - doença, subordinando as ações individuais e coletivas à um

⁴Campos, G. W.S. - *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*- 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1992.

projeto programático, em estreita aliança com a epidemiologia como saber tecnológico em saúde, fundamental para a construção de uma linha crítica de intervenção, desenhando uma abordagem prescritiva para o campo da gestão e do planejamento de políticas.⁵

A vigilância à saúde que tenta modificar o atual modelo tomando a epidemiologia como mola mestra para a conformação do campo de necessidades de saúde, por meio do desenho de um verdadeiro mapa de risco, micro localizado e territorializado, que indicaria a singularidade de cada processo de intervenção na organização de distritos sanitários, território e lugar de encontro do conjunto de serviços de saúde e dos (mapas de) risco (das necessidades fins).⁶

Nestes dois modelos os sujeitos efetivos das políticas de saúde são os saberes tecnológicos, estruturados, e definidos no interior de uma dinâmica social, que conforma o campo das necessidades e que coloca a abordagem clínica como a maneira de médico - centrar o universo da saúde.

O planejamento estratégico comunicativo que advoga a potencialização do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, pela sua contaminação pela lógica da Ação Comunicativa, tratando da relação dos sujeitos em ação do ponto de vista do desenvolvimento de estratégias de consenso entre pares, tanto no âmbito governamental quanto na ação organizacional. Apesar de propor que a racionalidade comunicativa comande a instrumental e a estratégica, deve-se notar o peso que se dá ao método em si, e com isso, transformá-lo no próprio sujeito da conformação das necessidades.⁷

A gestão estratégica que parte da constatação de que no campo do processo de trabalho em saúde se está diante de um feixe de intencionalidades que vão desde as colocadas pelos determinantes econômicos e político-

⁵Gallo, E (org.)-Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade, HUCITEC, 1995- Parte III-Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil- Merhy, E. E.

⁶Idem, Ibidem.

⁷Idem, Ibidem.

ideológicos, até os marcados pelas organizações corporativas e pelos distintos tipos de usuários. Procura desenhar estratégias de intervenção de modificação da política de saúde, tendo em vista a contemporaneidade da constituição dos atores transformadores e das arenas institucionais, pelas quais correm a direção do campo da saúde. Procura no desenho do processo de gestão da política, uma articulação com o processo de constituição das arenas decisórias, das formulações de políticas e dos métodos de ação. O que mostra como fundamental, ter que desenvolver uma compreensão sobre a necessidade de saúde que se está disputando e sua natureza pública.⁸

A gestão estratégica, considera que o uso das metodologias constituídas no campo da tecnologia de gestão servem como opções tecnológicas para os sujeitos institucionais lançarem mão, como ajuda para as suas ações em busca da construção de determinado poder instituído, que seja permanentemente instituinte segundo uma dinâmica de gestão baseada na publicização das organizações e da própria formatação da construção de políticas no interior da relação entre o Estado e a sociedade.⁹

A NOB 96 fere a autonomia de gestão dos municípios ao assumir claramente posição pelos modelos da ação programática e vigilância à saúde, privilegiando no financiamento os municípios que desenvolverem os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

A NOB 96 assume em seu item 9- “Bases para um novo modelo de atenção à saúde”, que se pretende “um importante mecanismo indutor na conformação de um novo modelo de atenção à saúde”. Assume também que “o enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais”, sendo portanto o método de escolha “para a realização da intervenção necessária...”, tornando-se, portanto, enquanto saber

⁸Idem, Ibidem.

⁹Idem, Ibidem.+

estruturado em sujeito do processo de mudança do modelo.

Propõe que “o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual... pela incorporação ao modelo clínico dominante (centrado na doença) do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes”.

Critica o modelo clínico pela sua “relação individualizada entre o profissional e o paciente, pela intervenção terapêutica armada específica”, e propõe “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com seus núcleos sociais primários - as famílias”. Critica ainda o modelo clínico pelo fato do mesmo se “basear, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção” e propõe “a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual... e a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde”.

A contraposição do modelo clínico ao modelo epidemiológico é uma falsa questão, maniqueísta; como se o modelo clínico fosse do mal, sem possibilidade de uma nova ética com acolhimento, vínculo, responsabilidade e compromisso, o que só é possível no modelo epidemiológico que é o do bem.

É necessário compreender que a clínica e a epidemiologia são, sempre foram, e sempre serão, instrumentos complementares da assistência. A clínica se utiliza da epidemiologia para construção de sua abordagem e a epidemiologia se utiliza da clínica no mesmo sentido.

Ignorar tais fatos é de novo apostar no modelo da “cesta básica” para os cidadãos mínimos, reservando o instrumental da clínica para a lógica de mercado.

Aqui nos parece que dois equívocos da NOB 96 estão impedindo um

maior avanço na consolidação do SUS.

O primeiro é inegavelmente a indução do modelo epidemiológico (programação ou vigilância à saúde) através de distorções no processo de financiamento. Tal atitude fere a autonomia dos municípios na opção por seu modelo, ou no mínimo, penaliza os municípios que não adotarem o programa de saúde da família e o de agentes comunitários de saúde.

Sem aqui querer polemizar sobre a importância e o impacto destes programas nos níveis de saúde da população, que no nosso entender são extremamente funcionais e operativos em condições de pequenos bairros de periferia, pequenos municípios ou zona rural; mas não o são em regiões de extrema urbanização e incorporação tecnológica própria dos grandes centros urbanos.

A organização da assistência na lógica desses programas, seguramente tem impacto na diminuição da mortalidade infantil, principalmente naquelas por doenças infecciosas e parasitárias e no controle de doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes, etc., mas não impactam a lógica de determinação nos processos saúde doença, como por exemplo o programa de controle da AIDS em Santos, onde se mudou radicalmente a história da doença.

Por exemplo, o que fazer com uma cidade como Brasília que tem mais de 10 hospitais, mais de 40 Centros de Saúde e mais ou menos 15.000 trabalhadores de saúde, extremamente urbanizada e com complexidade tecnológica avançada? Que impacto tem um PSF ali?

O que desejamos salientar é que o município é quem deve decidir em seus próprios fóruns gestores, com seu controle social, se tais instrumentos são ou não adequados à sua realidade, sem serem penalizados no financiamento. Se o recurso existe, deve ser agregado ao teto financeiro do município, que à sua moda, deverá apresentar resultados concretos na melhoria dos níveis de saúde e condições de vida da sua população.

O segundo, está na própria conceituação dos modelos, como por exemplo

quando propõe a materialização do vínculo através da instituição do cartão SUS-MUNICIPAL. Cremos que esta estratégia pensada como forma de favorecer o processo de gestão poderá e seguramente será utilizada como forma de barrar o acesso do cidadão aos serviços de sua escolha e onde este tem verdadeiro vínculo pela qualidade dos serviços prestados.

Não podemos aceitar, como já vimos ser proposto em alguns municípios, a instalação de “porteiras”, só prestando assistência aos seus munícipes como se o direito de cidadania fosse restrito a este território.

No momento em que no mundo inteiro se aponta para a cidadania global, com a criação dos mercados comuns e das múltiplas cidadanias, o SUS pode estar retrocedendo na restrição territorial municipal da cidadania.

Por todas estas questões é que reafirmamos que a NOB 96 contém importantes equívocos e que apostar nela, é apostar no projeto neoliberal de Reforma do Estado.

IV- A RADICALIDADE DA AÇÃO NA QUESTÃO DO MODELO

Parece-nos estar bastante claro que o Estado brasileiro vem impedindo a efetiva implantação do SUS. Primeiro, pela demora na sua regulamentação - três anos para promulgar as Leis Orgânicas, os vetos à Lei 8080 - , segundo porque não o financia de modo conveniente - não aprova no Congresso Nacional o Projeto de Emenda Constitucional que regula o financiamento (PEC 169/93, de autoria dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, que prevê 30% do orçamento da Seguridade Social e 10% dos orçamentos da União, Estados e Municípios para o SUS) apesar de lá contar com imensa maioria - , terceiro porque não promove reformas da máquina administrativa que garantam agilidade e eficiência da gestão - pelo contrário, criam-se amarras que engessam a gestão pública para justificar as vantagens da gestão privada - , e quarto porque na sua operacionalização não tem buscado a qualidade e a eficácia da atenção. E são os mesmos atores que praticam as ações de

impedimento, que com seu ideário neoliberal sugerem a privatização, ignorando o fato de que no Brasil a atenção individual sempre esteve privatizada e nunca funcionou.

Apesar disto, inúmeras experiências municipais têm demonstrado que o SUS pode funcionar, e que com criatividade e coragem política explicita-se a potencialidade dos modelos de atenção em defesa da vida, conforme constatação da X Conferência Nacional de Saúde em seu temário “o SUS que deu certo”, onde se demonstrou que o modelo tem tudo para dar certo, desde que as bases originais do SUS, alicerçadas no controle social, sejam implementadas garantindo aos municípios a autonomia de gestão.

Todos concordamos com a deficiência do modelo atual de organização das práticas e serviços de saúde, pouco resolutivo e excludente. A lógica médica tradicional tem desvalorizado a clínica e a saúde pública, induzindo a especialização crescente e a incorporação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e dos modelos hospitalocêntricos de forma mercantilista e descompromissada. Mas a privatização é instrumento da perpetuação dessa lógica, uma receita neoliberal que gera a mercantilização da saúde.

Em vários municípios espalhados pelo país -mas ainda minoria -, programas específicos como os de imunização ou de controle da mortalidade infantil demonstraram sua eficácia em enfoques pontuais dos eventos ligados à diarreia, desnutrição ou doenças preveníveis por vacina. Integrando-se as ações dos agentes de saúde, médicos de família, com as de intervenção na comunidade, atenção domiciliar, saneamento básico, etc, os índices têm caído a níveis semelhantes aos de regiões mais desenvolvidas do país.

O sucesso destes programas têm orientado o discurso do modelo ideal que se contraporia à lógica médica tradicional como receita para todos processos de saúde-doença e não mais alternativas para se combater alguns problemas de saúde.

Todavia, muitos fatores de risco ou doenças como a AIDS, acidentes de

trabalho, problemas de saúde mental, etc, sofrem pouco impacto desses programas e exigem criatividade para se inventar um modelo que articule as necessidades epidemiologicamente definidas com aquelas afloradas pela demanda. E aqui é necessário se contrapor ao saber médico tradicional, reconstruindo o pensamento médico, superando as limitações da prática clínica mercantilista.

Não devemos abandonar um investimento de mais de vinte anos na rede básica, sem uma análise profunda do seu relativo insucesso, substituindo-a pelos programas de médicos de família e agentes de saúde.

Garantir o acesso de toda demanda às ações e serviços de saúde, na medida de suas necessidades é diretriz fundamental na integralidade do sistema, e a rede básica não o garantiu. Falhamos quando não conseguimos responsabilizar aos médicos pela atenção clínica de qualidade na rede básica e compactuamos com o acordo sujo entre médicos e serviços pelas quatro consultas por hora, num atendimento impessoal e descompromissado. Temos que elaborar um novo contrato de trabalho entre as equipes de saúde da rede básica e usuários, onde se estabeleça vínculo entre a equipe e um determinado número de usuários, com responsabilização da equipe pela integralidade da atenção.

Por que este modelo só se aplicaria aos programas de médico de família e agentes de saúde? Por que a rede básica não pode ser organizada na lógica desses princípios? Por que a clínica não pode ser instrumento da garantia do acesso, do vínculo, da responsabilização e da qualidade da atenção?

A legitimação social do SUS passa pela organização de uma rede básica que garanta amplo acesso e acolhimento aos problemas de saúde da população, atenção personalizada com projetos terapêuticos singulares que garantam a equidade e a resolubilidade, com responsabilização e compromissos da equipe para com a saúde e a vida de seus usuários.

A garantia do acesso, vínculo e responsabilização são diretrizes

fundamentais para que o modelo garanta a universalidade, a integralidade e a equidade das ações.

Os programas de médicos de família e agentes de saúde devem ser instrumentos da rede básica e das próprias equipes de saúde, de forma integrada em seus planos de ação, para o enfrentamento de agravos e situações específicas de saúde em determinados grupos populacionais. A inversão de papéis destes instrumentos, além de não produzir impacto nos níveis de saúde da população em geral, se configura em uma “cesta básica” de ações mínimas de saúde para os cidadãos mínimos, o que certamente aprofundará a crise do sistema, resultado que será creditado à inoperância da gestão pública, em defesa da privatização e do projeto neoliberal de Reforma do Estado.

Só o compromisso das equipes locais para com a saúde e a vida de seus usuários, enquanto direito de cidadania, garantirá a efetiva implantação do SUS como instrumento da organização e distribuição de serviços com a lógica da atenção às suas necessidades; e esta é uma meta a ser alcançada pelo gestor local que, para tanto, tem que estar compromissado ética, moral e politicamente, e não ser chantageado com manobras do financiamento.