

O SUS, um produto inovador

Renilson Rehem

Na dúvida sobre qual dos muitos novos produtos da Saúde escolher para esta apresentação, optei por aquele que é uma inovação em termos de política pública e no modo de organização do Estado. Esse produto novo é o próprio SUS. Pretendo também mostrar, de forma muito resumida, um caso específico dessa inovação acontecendo na prática, com benefícios reais para a população.

Uma coisa que vale para todos nós – pouco importando se tratamos de SUS ou de operadoras de planos de seguros de Saúde – é o contexto de uma incorporação tecnológica em uma velocidade alucinante. Não temos tempo nem mesmo de nos familiarizarmos com uma tecnologia e já surge outra nova. Uma velocidade também crescente do envelhecimento da população e, conseqüentemente, temos pessoas vivendo mais tempo e que, ao viverem por uma maior período, ficam mais tempo a demandar os serviços do sistema. Com o tempo, demandam de forma mais intensa e mais complexa os serviços desse sistema. Há uma enorme difusão da informação da Sociedade, o que apresenta aspectos positivos e negativos. Hoje, se um médico atende alguém no consultório e faz uma suspeita diagnóstica ou estabelece um diagnóstico, na próxima consulta ele tem que estar muito bem preparado, porque essa pessoa –

ou algum familiar – pode perfeitamente acessar a Internet e ter acesso ao que há de mais recente a respeito daquela doença.

O profissional, como conseqüência, fica em uma situação aflitiva. Desse modo, essa difusão da informação é um fenômeno extremamente significativo do ponto de vista de alteração da qualidade da demanda, da alteração da noção de necessidade da Saúde ou de serviços da Saúde e, muitas vezes, induzindo a um consumo ou uma demanda com graves distorções. Isso leva a novos padrões de consumo e existem, em meio a tudo isso, os interesses corporativos que não são pouco significativos. Existem aí, muito mais em relação ao sistema público do que ao privado, necessidades crescentes com recursos limitados. Necessidades crescentes, com recursos sempre limitados. Infelizmente, essa não é uma situação transitória.

Por que no Brasil resolvemos inventar essa história de ter um Sistema Único de Saúde? O que nós tínhamos antes, de restrição de acesso não era uma coisa muito dramática, porque os recursos, do ponto de vista de atenção à Saúde, ou de conhecimento, era muito menos do que o que se tem hoje.

Mas, o que se discutia nas décadas de 1960 e 1970 era a necessidade de acabar com essa situação

de que quem podia pagar tinha acesso e quem não podia não tinha acesso – quem tinha direito ao INAMPS tinha acesso e quem não tinha direito não tinha acesso. Esse drama era muito menor, porque, por exemplo, não existia a Terapia Intensiva. Assim, se não existia a UTI, não havia nenhum drama em alguém morrer porque não tinha acesso a ela. Não existia a necessidade de Terapia Intensiva desde quando não existia o recurso Terapia Intensiva. Não era dramático não poder fazer uma ressonância magnética, de joelho ou tornozelo, porque isso não existia; não era dramático ficar em uma fila de transplante e morrer, porque não se faziam transplantes. Mas, se essa situação persistisse hoje, seria um grande drama, porque existem todos esses recursos. Porém, com o SUS, se persiste a dificuldade de acesso, não resta nenhuma dúvida quanto ao direito que está constitucionalmente assegurado.

Por outro lado, é do ponto de vista da organização do Estado que temos uma inovação significativa, um novo produto. Porque o que tínhamos era um *salve-se quem puder*. Muitas vezes, no mesmo município, a Secretaria Estadual de Saúde tinha um hospital, o INAMPS tinha um grande Posto de Assistência Médica (PAM), o Ministério da Saúde tinha alguma unidade e por aí afora. Muitas vezes, onde havia a ação de um desses entes, freqüentemente havia a dos outros, porque onde havia disputa política havia maior interesse político. As pequenas cidades e as regiões mais pobres não tinham nem a presença da Secretaria de Saúde do Estado, muito menos a do município, pois a Secretaria Municipal de Saúde era uma raridade. Até cerca de vinte anos atrás, praticamente não existia Secretaria Municipal de Saúde. O que havia era esse conjunto de entes atuando sobre a situação, a atenção à Saúde da população, muitas vezes ou quase sempre de forma competitiva, principalmente pelas motivações político-partidárias.

Não tínhamos um sistema de Saúde e nem um gestor para esse sistema. Do ponto de vista do financiamento, o que existia, na verdade? O seguro, que era o INAMPS, financiado por contribuições dos empregados, empregadores e, com esse gerenciamento da união. É importante dizer que, na verdade, com a união gerenciando recursos privados – porque é das empresas e dos trabalhadores – o acesso era restrito àqueles contribuintes. Os seus dependentes tinham problemas sérios de desequilíbrio financeiro. Quem não lembra do tempo de tantas confusões de crise da Previdência. Depois, o mais grave é que se retirou toda a despesa com a Saúde e a crise da Previdência continua existindo da mesma forma. Mas esta é uma outra questão.

Antes do período mais crítico, houve uma grande expansão de cobertura da Previdência, do ponto de vista de parcelas da população. Além do já mencionado envelhecimento da população, eclodia naquela época a crise do petróleo, com o agravamento de dificuldades da economia com queda de arrecadação.

É nesse contexto de crise que surge o SUS e – destaque – também a *universalidade* e a *integralidade*. Seria mais fácil: *Para todo mundo, vamos garantir vacina e vigilância epidemiológica* ou se, ao inverso, fosse: *É tudo, mas para uma parcela da população*. Ou seja: *Para quem não tem renda ou tem renda familiar inferior a meio salário mínimo, nós vamos fazer alguma coisa*. Isso também seria mais fácil. Mas não é, a nossa ousadia é muito maior: é tudo para todos. Inclusive, essa questão da integralidade é o principal problema que enfrentamos no SUS hoje, inclusive colocando em risco sua sobrevivência – qual é o limite da integralidade?

Com isto, um juiz manda fornecer um medicamento que não tem registro no Brasil e o secretário tem que dar um jeito de importar para fornecer, pois senão vai preso. O que aconteceu foi que se trouxe um pouco da universalidade para a integralidade: a integralidade não tem fim, como o Universo – ficou uma conjugação de conceitos. Mas, além disso, o SUS tem como princípios: a *igualdade* e a *participação da comunidade*,

descentralização com direção única em cada esfera e aí começam os nossos desafios. Temos, então, o que está constitucionalmente definido de que os governos Federal, Estadual e Municipal são responsáveis pela gestão e financiamento de forma articulada e solidária. Quer dizer, isso é maravilhoso; agora, colocar isso para funcionar, é extremamente complicado e aí vem o nosso novo produto.

Essas são as nossas dificuldades. Assim, os recursos são insuficientes e sempre serão. E as transferências... aí é um dilema, porque não estão de acordo com a capacidade de gasto dos municípios e fica aquela coisa: *Quem tem mais capacidade você transfere mais dinheiro e aí o pobre fica cada vez mais pobre? Não, mas você transfere igualmente tendo uma base per capita. Então, o mais pobre ter menos capacidade de gasto aumenta o desperdício?* Há, sem dúvida, um gerenciamento inadequado, aqui relacionado intencionalmente em terceiro lugar; nunca em primeiro, pois o principal problema é falta de dinheiro, que é pouco. Há dificuldade de gerenciamento? Claro que há, mas, antes de tudo, o dinheiro é muito pouco. Acho que no SUS, são feitos pequenos milagres com o pouco dinheiro de que se dispõe.

Existe uma iniquidade na distribuição de recursos porque estamos implantando o SUS; estamos desde sempre implantando o SUS tendo, por base, a distribuição de recursos que o INAMPS nos deixou. Essa distribuição de recursos do INAMPS era coerente com a lógica de um sistema contributivo. O INAMPS gastava mais dinheiro nos estados que tinham mais beneficiários e assim tinha que ser. Conseqüentemente, nos locais em que havia mais atividade econômica formal, mais gente contribuindo com carteira assinada. Quando se pega essa base de um sistema que é contributivo e se faz a aplicação a um sistema universal, leva-se uma distorção absurda. Ocorre que, na vida real, infelizmente faz-se mais o que é possível do que o que é desejável. Desse modo, o ajuste disso tudo caminha bem devagar. Comenta-se muito essa diferença entre os Estados, mas a diferença entre os municípios é muito mais grave.

Em relação ao nosso produto, à nossa inovação, por que essa coisa é tão complicada? Primeiro: existe uma necessidade de pactuação permanente, na qual tudo deve ser negociado e conversado. Isto porque esse grande empreendimento do SUS tem três sócios. Já não é pouco problema ter três sócios, mas é um pouco mais complicado, porque os três têm a mesma quantidade de ações e do mesmo tipo de ações do empreendimento. Desse modo, um não manda mais do que outro e é mais complicado ainda, porque um desses sócios é um só – o Ministério da Saúde – e o outro tem que ter um esquema de representação, porque são 27 sócios. Existe uma outra parte, que é muito mais complicada, que são 5 050 sócios que têm que dar um jeito de se conseguir representar. Aí, existe entre esses, desde município com mais de 10 milhões de habitantes até municípios com menos de 1 000 – um município do interior da selva amazônica e o Município de São Paulo.

Existe ainda um complicador adicional, que é como fazer essa representação. Independentemente da determinação constitucional, da definição legal de que a gestão é compartilhada e solidária é que na Saúde não tem jeito, há uma interdependência absoluta. Não é possível aos municípios terem, como divisa: *Nós estamos vivendo uma situação transitória de que o município não pode resolver todos os problemas da população. Vamos estabelecer uma meta que em dois anos ou em dez anos nós vamos resolver*. É impossível, ou seja, sempre haverá necessidade de uma integração e de uma articulação entre os municípios para constituir um sistema regional e, por sua vez, um sistema estadual; depois, então, um sistema nacional.

Isso torna esse processo extremamente complexo. Normalmente, não se comenta sobre esse aspecto, por isso preferi adotar essa linha de apresentação. Existe a questão do controle social. É uma grande vantagem,

mas se compararmos como os planos e seguros de Saúde, o controle social com que temos que lidar no SUS é extremamente mais complexo. Na verdade, em um determinado momento, pretendemos que a Saúde redemocratizasse o país. Quando, na verdade, a Saúde pode e deve contribuir, mas não é a Saúde que vai redemocratizar o país, não é a Saúde que vai fazer com que cada cidadão seja efetivamente cidadão.

No controle social, fico profundamente angustiado quando se fala em formação de conselheiros, porque o conselheiro de Saúde deve ser um cidadão e se você começa a profissionalizar o conselheiro, este deixa de ser uma representação do cidadão e passa a ser uma ocupação, uma profissão. Essa é uma questão complicada e isso leva, por um lado, à insuficiência, por outro lado, ao excesso: em alguns lugares o conselho diz *amém* para tudo que o executivo faz e, por outro lado, o Conselho quer assumir o papel de executivo e assinar cheques, contratar, demitir, comprar, pagar, não pagar e isso cria uma grande dificuldade. Fazer a gestão desse sistema dessa forma, sempre compactuada para fazer a universalidade, a integralidade com três sócios e com esse estagio do controle social é um grande desafio.

Em certa ocasião, a convite da Organização Pan-americana de Saúde – ainda estava no Ministério nessa época – fui a uma reunião em Santiago do Chile para representar o SUS. À medida que ia apresentando esse sistema falando de comissão gestora tripartite, bipartite, conselhos e planos, a platéia me fitava, um tanto incrédula. Comecei a ficar inseguro do meu Espanhol. Comecei a ficar preocupado e vi que na verdade eles estavam era incrédulos que uma coisa dessas pudesse funcionar, porque é um arranjo muito complicado. Eu disse: *Funciona, mas não assim uma Brastemp, mas funciona.*

Usei como um exemplo, a questão da assistência farmacêutica, de modo especial os chamados medicamentos excepcionais que é, talvez, o principal problema que se tem hoje no SUS; o Estado de São Paulo, somando recursos do tesouro e recursos federais, nesse ano de 2007 deve gastar mais de 1 bilhão de reais. Alguma coisa em torno de 500 milhões de dólares com medicamentos excepcionais, dos quais um pouco mais da metade são recursos federais e a outra metade é recurso do tesouro do Estado. Os medicamentos excepcionais é uma relação basicamente, do ponto de vista do gestor, entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde. Já a assistência farmacêutica básica tem uma participação importante do Ministério, inclusive, no financiamento, mas tem uma questão de negociação logística, inclusive no caso de São Paulo, de produção muito importante com o Programa Dose Certa.

No sentido de procurar cada vez mais ampliar o conceito de prevenção, vejo que os planos e seguros de Saúde também começam a fazer trabalhos específicos com populações específicas e isso é uma coisa

extremamente significativa. Viu-se que o trabalho que se fazia com a população de diabéticos ainda tinha uma fragilidade muito grande, mesmo com a atenção ambulatorial com fornecimento de hipoglicemiantes orais e outros recursos. Observou-se que muitos pacientes não conseguiam utilizar adequadamente, porque não conseguiam ter esses insumos, que é uma coisa absolutamente simples. Assim, chegou-se à conclusão da necessidade de se fazer um programa de dispensação de insumos para o controle da glicemia. Para quem tem o dinheiro e pode ir ali comprar é a coisa mais fácil do mundo, que é seringa; lanceta, tira de dosagem e o glicosímetro. Então, a idéia foi como fazer isso chegar a todos os pacientes no Estado.

A Secretaria de Saúde elaborou um projeto e, resumindo bastante a ópera, apresentou na Comissão Intergestores Bipartite, o exemplo concreto de uma pactuação – Secretaria Estadual de Saúde e representação dos Municípios – a idéia de fornecer esse *kit* para todos os pacientes diabéticos cadastrados, insulínodpendentes. A Secretaria fazia uma proposta que era: *Eu entro com 75% e vocês entram com 25%. Mas, por que entra com 75? Porque não integral? Não, vamos compartilhar para que haja uma maior responsabilidade em relação a isso, o município deve cadastrar todos os pacientes no sistema e a Secretaria de Saúde se encarrega de fazer uma ata de registro de preços e transferir para o município, tendo por base esse cadastro de pacientes o valor correspondente a 75% desse *kit* multiplicado pelo número de pacientes cadastrados por determinado período; o município adquire os *kit*, acrescentando os 25% e faz a entrega ao paciente.*

Desse modo, a Secretaria faz a ata de registro de preços, os municípios adquirem os insumos, cadastram os pacientes, entregam os insumos e a Secretaria transfere o valor correspondente dos 75% do valor da ata de registro de preços que a Secretaria Estadual de Saúde fez e acompanha, avalia e controla, por um sistema de informações que tem dados inclusive por paciente. É possível, inclusive, identificar se o paciente não recebeu, não procurou, não teve acesso ao *kit* em tempo real. Isso faz com que hoje no Estado de São Paulo tenham 171 041 pacientes, recebendo regularmente em seu município, sem se deslocar para outro município. Hoje, temos 100% de adesão; todos os municípios do Estado estão integrados nesse programa. 2007 é o terceiro ano; em 2005, quando começou, 30 municípios não aderiram.

Em 2006, foram apenas três municípios que continuaram fora do programa. Hoje, todos os municípios aderiram e temos 171 041 pacientes que recebem regularmente em seus municípios, esses insumos para o controle da glicemia e o uso da insulina. Entendo ser este um produto novo e interessante, mas queria usar mais como exemplo da operacionalização desse sistema, que é extremamente motivador, mas extremamente complexo. Fazer tudo isso com muito dinheiro já seria difícil mas, com pouco dinheiro, é um dos nossos pequenos milagres.