

## PERSPECTIVAS 2006 | SAÚDE

# Feliz 2006?

*Sendo um ano de eleições presidenciais e estaduais, a previsão é de um 2006 sem alterações significativas na condução de políticas e programas de saúde. Contudo, mesmo sem mudanças maiores, há espaço para ajustes. Um desses ajustes seria a redução das formas de repasse de recursos federais para estados e municípios. Atualmente, existe mais de uma centena de modalidades*

Sérgio Francisco Piola

Divulgação



Quais são as perspectivas da saúde para 2006? A resposta poderia ser simples não fosse este um ano atípico. É o último ano de governo e de escolha de outro, inclusive nos estados. Há prazo para desincompatibilização. Ministros políticos saem para tentar um novo mandato, e a condução das pastas fica, geralmente, nas mãos de burocratas mais ou menos fiéis.

Diante desse quadro, a previsão é de um ano sem mudanças significativas na condução de políticas e programas. Contudo, mesmo sem mudanças maiores, há espaço para ajustes. Um desses ajustes diz respeito ao relacionamento da União com estados e municípios no financiamento compartilhado do Sistema Único de Saúde (SUS). Existe mais de uma centena de formas de repasse de recursos federais para estados e municípios. São os famosos recursos “carimbados”, que só podem ser utilizados para determinado programa. Tal restrição sem dúvida facilita a indução de políticas pelo Ministério da Saúde (MS). Em contrapartida, diminui a flexibilidade de gestão no âmbito subnacional. Reduzir as formas de repasse a uma de-

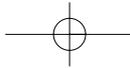
zena, como pretende o MS, já estaria de bom tamanho. Mudar a ênfase do acompanhamento contábil e financeiro para o alcance de metas seria outro passo igualmente importante.

Mais difícil será aprovar a Lei Complementar que regulamenta a Emenda Constitucional 29 (EC 29) e que propõe aumento de recursos federais para o SUS. Tudo indica que a EC 29 continuará como está, pelo menos até o primeiro ano do novo governo. Para o MS, no entanto, a questão do financiamento é mais emergencial e comezinha: como evitar que as despesas do Bolsa Alimentação deixem de comprometer seu limite orçamentário, como ocorreu em 2005?

Muito provavelmente, boa parte do esforço de gestão do MS em 2006 estará concentrado nos programas que, além de serem “as jóias da coroa” do atual governo, são os de maior visibilidade. Obviamente, estou me referindo ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), à Farmácia Popular e ao Brasil Sorridente.

Mas o ano de 2006 pode ser, sobretudo, um ano para pensar o futuro. Problemas não faltam. Para alguns já existem boas propostas de solução. Para outros, nem tanto. Como aproximar a cobertura teórica (legal) dos serviços de saúde da cobertura real? Como melhorar a qualidade e garantir a provisão de serviços universais e integrais? De certa forma, o tratamento a ser dado às necessidades de financiamento do SUS pode definir a resolução dessa questão. É possível, por meio de aumento de eficiência do sistema, fazer mais com os recursos atualmente destinados ao SUS, mas certamente não se resolverá os maiores desafios: melhorar a qualidade da atenção básica e assegurar a integralidade da atenção.

A reconhecida insuficiência dos recursos do SUS para cumprir as responsabilidades constitucionalmente definidas tem incentivado a idéia de que se deveria tirar da porta do SUS a população de renda média e alta por meio de maiores incentivos à compra de planos e seguros privados de saúde. Dessa forma, afirmam que “poderia sobrar mais recursos públicos



para a assistência da população mais pobre”. Para outros, o que vem garantindo e garantirá mais recursos ao SUS é justamente o seu caráter universal.

Com relação à atuação do setor privado não vinculado ao SUS também cabe algumas reflexões. Esse segmento não pode ser considerado mera solução de mercado frente aos crônicos problemas do sistema público. Na verdade, como ele é financiado, ao menos em parte, com recursos públicos, por meio de renúncia fiscal, adquire caráter de política pública subsidiada às classes de maior renda e/ou com inserção laboral mais qualificada. Disso decorre a necessidade de uma regulação mais efetiva e mais inteligente desses serviços, como já começa a ser feito. O mesmo raciocínio se aplica aos planos de servidores públicos.

Por último, uma questão que ultrapassa, e muito, os limites do modelo assistencial: a questão da promoção da saúde. É certo que muitos dos determinantes da situação de saúde, tanto dos indivíduos como das coletividades, não podem ser afetados somente pela ação dos serviços de saúde. Na Oitava Conferência Global

sobre Promoção da Saúde, realizada em Bangcoc, em agosto de 2005, declarou-se que a promoção da saúde busca “aumentar o controle da população sobre sua saúde e seus determinantes ao desenvolver capacidades pessoais, abrangendo a ação comunitária e fortalecendo políticas públicas específicas e adequados serviços de saúde e ambientes propícios”.

As políticas de promoção da saúde, sobretudo aquelas que estão sob responsabilidade mais direta do setor, contemplam dois tipos de objetivo. O primeiro diz respeito a mudanças no modo de vida da população, dependentes das decisões de cada cidadão, e para o que se faz necessário disseminar as informações pertinentes mediante iniciativas do Estado e da sociedade organizada. Incluem mudanças nos hábitos de alimentação, de atividade física, de uso de tabaco e álcool, de comportamento sexual etc., que trazem impactos consideráveis sobre a incidência de problemas como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e Aids. Outro objetivo importante dessas políticas é dependente de ações reguladoras do Estado em relação à indústria, à comercialização e à propaganda de certos

produtos (a exemplo do tabaco), confundindo-se, às vezes, com o objetivo tradicional da vigilância sanitária.

A operacionalização das políticas de promoção da saúde pode ocorrer alternativamente pela inclusão desse novo componente dentro de cada programa já existente ou ser organizada como um programa em separado. O Ministério da Saúde, em anos recentes, experimentou os dois modelos de estruturação dessas ações. É fácil imaginar que o uso eficiente do conhecimento especializado favoreça a primeira opção; assim, a promoção da saúde para doenças crônicas e degenerativas deveria estar a cargo do programa que tem por objetivo essas doenças. Mas as evidências indicam que se obtêm melhores resultados quando, além disso, há um setor institucional encarregado de definir prioridades e de desenvolver métodos inovadores de intervenção para a promoção da saúde. Espera-se que em 2006 comece a ser lançado o fundamento institucional de uma política de promoção da saúde mais agressiva e mais bem articulada.

**Sérgio Francisco Piola** é pesquisador do Ipea

Morguefile

