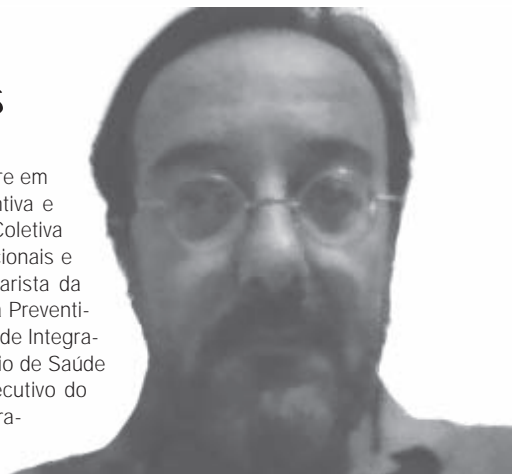




entrevista

Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, Médico graduado pela Universidade de Brasília; Mestre em Medicina Preventiva e Social pela FMUSP, em 1986; Doutor na área de Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP), 1991; Livre-docente em Saúde Coletiva pela UNICAMP, em 2000. Possui vários artigos publicados em revistas nacionais e internacionais e ainda livros publicados na área de Saúde Coletiva. Atividades Profissionais: Médico-sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde entre 1977 e 1982; Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP desde 1983; Diretor do projeto de Integração Docente Assistencial da FCM/UNICAMP em Paulínia/SP entre 1984 e 1988; Secretário de Saúde do Município de Campinas/SP entre 1989 e 1991; e entre 2001 e 2002; Secretário-executivo do Ministério da Saúde do Governo do Brasil entre 2003 e 2004; Analista Institucional dos Programas: DST/AIDS, de Saúde Mental, Humanização da Saúde; e Saúde da Família, do SUS desde 1992.



RAS – Como o Sr. avalia o atual estágio de implantação do sus, 18 anos após sua inserção como política pública na Constituição Federal de 1988?

Gastão Wagner de Sousa Campos
– Atualmente o sus apresenta sintomas tanto de crescimento quanto de degradação. O financiamento é insuficiente; atenção primária crescendo, porém com velocidade e qualidade insuficientes; regionalização e integração são quase virtuais; e a eficácia e eficiência dos serviços e hospitais estão abaixo do esperado.

Mais grave que tudo isso, contudo, é a impressão de que começa a surgir um certo desencantamento com o sus, um descrédito quanto à viabilidade de uma política pública tão generosa e racional. Esses sinais de crise, segundo minha opinião e meu imenso desejo, não depõem necessariamente contra as diretrizes centrais do sistema. Isso porque o sus ainda é uma reforma social incompleta e com implantação heterogênea conforme a região.

A recuperação de prestígio para o sus – se é que algum dia de fato ele

o teve – depende de um conjunto complexo de iniciativas, entre elas:

Em primeiro lugar – Estimular a constituição de um movimento social e de opinião em defesa da vida, do bem-estar e de políticas de proteção social. A luta pelo sistema de saúde depende da distribuição de renda, de uma nova política de moradia e de recuperação de espaços urbanos degradados, de educação e segurança públicas.

Rejeitar e criticar com veemência o mau funcionamento das organizações públicas: recusar a continuidade indefinida da escola que não ensina, do hospital que não cura, da polícia que não aumenta a segurança.

Enfim, uma estratégia seria articular a defesa do sus com as reformas da ordem social e política que se fazem urgentes. Distribuição de renda já e saúde para todos.

Em segundo lugar e não menos importante é a questão do gerenciamento. Além da insuficiência de recursos para o sus, há também problemas em sua utilização e gerenciamento. Além de ampliar o finan-

ciamento, haveria também que reformular o modelo de repasse dos recursos aos Estados, municípios e serviços.

RAS – O sus é uma experiência bem-sucedida, defendida pela maioria dos partidos políticos, do PFL ao PSOL, passando pelo PCdoB, PSDB, PMDB, PT, PDT, PSB, entre outros. A única proposta contrária e desmontadora relevante que surgiu foi o PAS no município de São Paulo, no tempo de Maluf, e que foi abortada. Fale um pouco da montagem do sus.

GWSC – O sus organiza-se segundo a tradição dos sistemas públicos de saúde, a maior parte de suas diretrizes foi desenvolvida em países europeus que entenderam a saúde como direito público e organizaram sistema para assegurá-lo. Ao longo da segunda metade do século xx vários países adotaram sistemas que buscavam atendimento universal e atenção integral, assegurando financiamento público para tal. A organização desses sistemas era hierarquizada e regionalizada, dando-se

grande ênfase à atenção primária e à constituição de uma rede hospitalar, de urgência e de serviços especializados de apoio. Essa estrutura buscava uma racionalidade que garantisse sustentabilidade e eficácia a esses sistemas. O sus adotou todas essas diretrizes; contudo, como já existia um modelo distinto no Brasil – ao estilo norte-americano, centrado em hospitais e especialistas –, o processo de mudança desse modelo de atenção vem ocorrendo de maneira muito lenta e desigual.

O SUS organiza-se segundo a tradição dos sistemas públicos de saúde, a maior parte de suas diretrizes foi desenvolvida em países europeus que entenderam a saúde como direito público e organizaram sistema para assegurá-lo.

O sus inovou ao incluir entre essas diretrizes tradicionais outra relativa à descentralização – papel fundamental do município na gestão do sistema local – e outra ainda sobre a gestão participativa e controle social do Estado pela sociedade civil.

A insuficiência de recursos, a baixa capacidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado de coordenarem essa mudança, conflitos de interesse em torno de modelos de atenção, entre outros fatores, dão ao sus o caráter de uma reforma social incompleta, ainda em andamento, sem prazo definido para completar-se.

RAS – Como o Sr. vê o atual cenário de atenção à saúde e como avalia as turbulências do ambiente externo atualmente – planos de saúde, AMB, ANSS – em fase de grande ebulição e de poucos consensos? E quanto aos PLANOS DE SAÚDE? Área onde todos reclamam. Os usuários, as operadoras, os médicos, os hospitais e até a Agência Reguladora. Parece que ninguém está satisfeito com a situação atual; entretanto, não se desamarra o setor. Qual sua opinião sobre essa situação que afeta esse importante segmento de assistência à saúde?

GWSC – A atenção primária adotou o modelo de saúde da família como alternativa nacional a partir de 1994. No entanto, esse programa também vem se implantando de modo lento e desigual, além de haver ocorrido uma desvalorização do atendimento clínico e médico em particular em sua implantação. Isso tem mantido a atenção médica muito centrada em especialistas e hospitais. Para a grande maioria de bra-

sileiros – os 70% sem convênios – a grande porta de entrada ao sistema de saúde continua sendo o pronto-socorro.

Pouco avançamos na adoção de instrumentos para a melhoria da gestão da clínica, protocolos, equipes interprofissionais e interespecialistas, avaliação de resultados, etc. A gestão hospitalar ainda é primitiva, comandada por interesses corporativos e não conseguimos construir ainda uma rede integrada e regionalizada de fato.

No Brasil convivem dois “sistemas”, o sus e a saúde suplementar. A saúde suplementar foi regulamentada, mas a Agência Nacional de Saúde (ANS) não tem sido capaz de realizar esse papel, sempre presa à lógica político-partidária e aos interesses dos grandes grupos econômicos.

RAS – Ninguém está contente com o velho modelo gerencial público, burocrático, cartorial e corporativo que se formou ao longo do tempo no Brasil. Tentam-se fundações de apoio junto aos hospitais públicos. O PT no Governo MARTHA em São Paulo tentou agilizar o gestão pública com as Autarquias. Na sua opinião, a crise dos hospitais públicos do Rio de Janeiro não serve para demonstrar a falência desse modelo gerencial? E as oss? Qual sua opinião a respeito?

GWSC – A revisão do modelo de gestão ainda empregado no sus é essencial, tanto aquele utilizado para administrar os serviços próprios, quanto o vigente na relação com prestadores privados ou filantrópicos. A rigidez exigida na execução orçamentária, o emperramento na administração de pessoal, a excessiva interfe-

rência político-partidária, tudo isso tem levado grande número de serviços públicos a uma excessiva burocratização e mesmo à degradação organizacional.

Essa discussão sobre o modelo de gestão para o sus tem sido marcada por posições polares, com fundamentação bastante ideológica. Seria conveniente inverter-se essa lógica, construindo-se um modelo indutivo, isto é, compor um desenho organizacional a partir de um conjunto de características consideradas importantes para o bom desempenho de hospitais e dos centros especializados.

A revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS é essencial, tanto aquele utilizado para administrar os serviços próprios, quanto o vigente na relação com prestadores privados ou filantrópicos.

Não creio que a terceirização da gestão das organizações do sus seja a melhor saída, como sugerem a lei de OSS e OSCIP. Defendo a criação das organizações do sus. Organizações (do sus) sob gestão municipal, estadual ou federal com maior autonomia; financiamento misto; conselho gestor; direção executiva composta mediante critérios técnicos e seleção pública, com mandato e não como cargos de confiança. Com uma nova política de pessoal com a possibilidade de alguma modalidade de contratação do tipo emprego público, com carreiras e avaliação de desempenho (remuneração mista). Políticas de recrutamento e de educação continuada estaduais e nacional.

E, finalmente, diminuição do peso do governo (Poder Executivo) na gestão do sus, com valorização e ampliação dos espaços de gestão compartilhada.

RAS – Muito se tem discutido sobre o terceiro setor e as OCIPs. Alguns rotulam de “privatização”, outros de “publicização”, como quer o Prof. Bresser Pereira. Qual sua opinião sobre o papel das entidades do terceiro setor, principalmente as filantrópicas ligadas ao sus? Desde as SANTAS CASAS, as APAES, e outras entidades comunitárias.

GWSC – Sou contra a terceirização da gestão dos serviços públicos de saúde para entidades ditas do terceiro setor, mas sou a favor da realização de contratos de gestão entre Secretarias de Estado e de Município com Santas Casas, ONG(s), estabelecendo-se formas mais avançadas de co-gestão.

Defendo modelos de gestão alternativos para o sus conforme já apon-

tei na pergunta anterior. Não existem soluções simples ou prontas, sendo necessário construir novos modelos.

RAS – No Brasil temos menos médicos por mil habitantes que Israel, Itália, Cuba e Chile, por exemplo; entretanto, temos grande concentração profissional nos grandes centros e má distribuição geográfica. Uma escolha precoce por especialidades. Como superar essa situação? Por que existem tantas vagas não preenchidas no PSF? E os planos de carreira, cargos e salários reivindicados pelos funcionários, qual sua opinião a respeito?

GWSC – É necessária uma série de mudanças, é importante a construção de uma nova política de formação e de gestão de pessoal para o sus. O papel do Ministério da Saúde e dos Estados é fundamental e, dada a complexidade do problema, isso não pode recair somente sobre os ombros dos municípios. Seria necessário uma nova lei para o pessoal do sus, algo específico e distinto da tradição do funcionalismo. Algumas diretrizes estratégicas: criar carreiras para a atenção primária, hospitais e serviços especializados com características nacionais, variações estaduais e regionais e gestão municipal. Integrar os vários cursos de graduação da área da saúde ao sus, através dos estágios, especializações, reciclagens, e ainda alterar as prioridades da residência médica e formação de especialistas segundo as necessidades do sus.

RAS – As Universidades (Hospitais e Centros de Saúde Escola) sempre foram a principal retaguarda do

antigo INAMPS e agora do sus. Entretanto, a formação de pessoal na área da saúde nunca foi articulada com as demandas do sus. Com base na sua experiência como Professor de Medicina Preventiva na UNICAMP, como avalia a atual formação dos médicos, dos profissionais de enfermagem e os demais profissionais da área da saúde? Estão sendo formados em sintonia com as atuais necessidades do país?

GWSC – Várias escolas médicas, de enfermagem, nutrição, etc., têm realizado um processo de reforma curricular, objetivando alterações no modelo pedagógico e no conteúdo. Há ampliação de estágios práticos passando a dar mais ênfase no que se chama de atenção primária, maior integração dos Hospitais Universitários (HUs) com o sus, entre outras mudanças. Trata-se de um projeto interessante, mas ainda insuficiente frente às nossas necessidades.

RAS – Com base na sua experiência como Professor de Medicina Preventiva na UNICAMP, como Secretário Municipal e tendo exercido cargos importantes no Ministério da Saúde, onde o Sr. entende que residam os maiores obstáculos para a construção de um sistema público de saúde de razoável nível de qualidade e equidade no Brasil? Qual o principal gargalo? Financeiro, legislativo, cultural ou gerencial?

GWSC – Todos os citados. No Brasil, as políticas públicas não vêm sendo priorizadas, o predomínio da lógi-

ca financeira orçamentária (responsabilidade fiscal e cumprimento prioritário dos pagamentos e repasses de interesse do setor financeiro) sobre a responsabilidade social tem enfraquecido todas as políticas públicas, inclusive a do sus. Há um gargalo legislativo: ainda não temos organizações e um modelo de gestão para o sus, tampouco temos uma legislação para o pessoal, algo como um plano de carreiras, cargos e salários, razoável. Há um impasse cultural, a mentalidade predominante é a dos sistemas públicos, mas segundo o modelo norte-americano; e há problema gerencial: interferência político-partidária, avaliação quase inexistente, não existem ou são poucos os contratos de gestão e a definição de responsabilidade entre os vários entes federados e dos serviços é imprecisa.

RAS – Como administrar as pressões políticas na gestão de sistemas públicos de saúde? Como contornar o inevitável clientelismo, o compadrismo e os esquemas políticos como as “caixas de campanha”, por exemplo?

GWSC – O sus precisa ganhar mais autonomia em relação ao governo de plantão e acredito que isso é possível sem privatização. Por exemplo: os cargos de direção executiva dos hospitais e serviços do sus não deveriam ser de confiança do Poder Executivo, mas preenchidos segundo critérios técnicos sanitários, bancas de exame, etc., e acompanhados pelos gestores e conselhos. O atual sistema de *emenda parlamentar* ao orçamento (da União e dos Estados)

para distribuir os investimentos para o sus é uma desgraça, uma vergonha. Está repleto de distorções, não contribui para a consolidação do sus segundo seus princípios e deveria ser eliminado imediatamente. As discussões e decisões técnicas das Comissões Bipartites e Tripartite acabam atropeladas pelas emendas parlamentares.

RAS – Fale um pouco de sua experiência no Ministério da Saúde e de suas planos futuros.

GWSC – Minha experiência no Ministério da Saúde teve aspectos gratificantes. Pude participar da construção de alguns projetos importantes para o sus – reorganização da atenção hospitalar e primária; humanização; construção de uma nova política para a pesquisa científica financiada pelo sus; elaboração das diretrizes do pacto de gestão entre os entes federados –, além de ganhar em experiência e conhecimento ao lidar com problemas e soluções de todos os cantos do país. Ao mesmo tempo, foi um dos piores períodos de minha vida, já que fui obrigado a conviver com dirigentes políticos com uma noção de ética e de compromisso público muito distante do que eu considerava como mínimo tolerável. Por isso, permaneci no cargo por apenas um ano e 10 meses.

Sou professor universitário, adoro meu trabalho. Meus planos se ligam a essa tarefa, tratando de também contribuir – a partir de movimentos da sociedade civil – para a construção de um país justo e democrático. 