



FORTALECER O SUS, EM DEFESA DA DEMOCRACIA E DA VIDA



ABRASCO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

EXPEDIENTE

DIRETORIA E CONSELHO DA ABRASCO (2018-2021)

Presidente

Gulnar Azevedo e Silva, IMS/UERJ

Vice-presidentes

Antônio Boing, UFSC

Bernadete Perez Coelho, UFPE

Guilherme Werneck, IESC/UFRJ e IMS/UERJ

José Ivo Pedrosa, UFPI

Marcio Florentino Pereira, UFSB

Mario César Scheffer (licenciado), DMP/FMUSP

Naomar Almeida Filho, ISC/UFBA

Reinaldo Guimarães, UFRJ

Rosana Onocko Campos, DSC/UNICAMP

Tatiana Gerhardt, DSC/UFRGS

Conselho Deliberativo

Ana Paula Muraro, ISC/UFMT

Ana Claudia Fassa, DMS/UFPEL

Cristiani Machado, ENSP/FIOCRUZ

Deivisson Vianna, DSC/UFPR

Edna Araújo, PPGSC/UEFS

Eli Iola Andrade, PPGSP/UFMG

Luis Eduardo Batista, IS/SES-SP

Luis Eugenio de Souza, ISC/UFBA

Luiza Garnelo, ILMD/FIOCRUZ

Marilia Louvison, FSP/USP

Regina Flauzino, ISC/UFF

SECRETARIA EXECUTIVA

Thiago Barreto Bacellar Pereira, secretário executivo

Dayana Rosa Duarte Moraes, secretária executiva adjunta

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 4

RESUMO EXECUTIVO 5

COMO FORTALECER O SUS NA CONJUNTURA ATUAL? 9



APRESENTAÇÃO

Preocupada em fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, com a colaboração de vários pesquisadores da área de Políticas, Sistemas e Serviços de Saúde, elaborou uma análise sobre a situação atual do SUS e buscou indicar possíveis soluções e propostas para o seu aprimoramento.

As eleições municipais que se aproximam vão ocorrer em um momento em que o país está fortemente marcado pela Pandemia da Covid-19. Em meio a toda a crise sanitária que a população está vivendo, a relevância do SUS ficou clara para todas e todos.

No documento a seguir, apresentamos à sociedade em geral, aos parlamentares e aos candidatos a prefeito e a vereadores nas mais de 5000 cidades brasileiras um conjunto de propostas concretas, objetivas e viáveis para fortalecimento e aprimoramento do SUS nos próximos anos.

As propostas aqui elencadas reúnem princípios e evidências que regem outros bons sistemas de saúde no mundo e estão respaldadas por inúmeros estudos nacionais recentes e por experiências bem-sucedidas em diversos locais do país. Colocamos, assim, o nosso conhecimento científico e a nossa vivência acumulada ao longo de anos em defesa do direito universal à saúde, da vida e da democracia.

Gulnar Azevedo e Silva
Presidente da Abrasco

Rosana Onocko Campos
Coordenadora da Comissão de Política,
Planejamento e Gestão da Saúde da Abrasco

RESUMO EXECUTIVO

FORTALECER O SUS, EM DEFESA DA DEMOCRACIA E DA VIDA

Não há possibilidade de se desenharem estratégias para cumprimento do mandamento constitucional da Saúde com Direito de Todos e Dever do Estado sem partirmos dos impactos provocados pela pandemia da Covid-19. O SUS é fundamental para a saúde e o bem-estar da população brasileira. É evidente que a saúde depende também da eliminação das desigualdades, do saneamento, da preservação do meio ambiente, de controle da violência, do transporte e da educação pública, do combate ao racismo e à opressão de mulheres. A efetivação do direito universal à saúde depende, centralmente, da democracia. Os objetivos da saúde universal e de qualidade associada ao SUS se deparam com barreiras e contradições no interior do próprio modelo de Estado, sociedade e de desenvolvimento do país.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) reúne há 41 anos os principais pesquisadores do campo da Saúde Coletiva. Em março de 2021 realizará o 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde sob o tema SUS e o projeto civilizatório. Cenários, alternativas e propostas.

Como marco a esse evento técnico, científico e político a Comissão Científica elaborou um documento com propostas para o fortalecimento do SUS. Os 8 pontos ali elencados resumem e sistematizam grande parte do acervo de conhecimentos acumulados até o presente, com destaque para propostas concretas e acessíveis à gestão nas várias esferas de governo. Todas buscam fortalecer o SUS, público, universal e de qualidade para concretizar a garantia ao direito à Saúde consagrado na Constituição.

1. Assegurar o financiamento regular e suficiente para atender as necessidades de saúde de toda a população

Em um cenário sombrio de mais de 130 mil mortos pelo Covid-19 no país e de recrudescimento da crise social e política, é urgente somar forças na defesa da Seguridade Social que está na Constituição e que não pode ser substituída por qualquer medida de transferência emergencial de renda. A expansão da pobreza, da desigualdade e da insegurança laboral requer a ampliação da proteção social. Para o enfrentamento emergencial da pandemia propomos, em conjunto com o CNS e demais entidades do movimento sanitário: (i) a agregação da totalidade dos créditos extraordinários emitidos ao orçamento anual para 2021, adicionado da variação percentual de 3,8% relativa ao crescimento da população de 60 anos e mais em 2020; (ii) Imediata extinção da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que retira 30% dos recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social; (iii) Revogação da Emenda Constitucional n. 95/2016. Não há como enfrentar a crise sem eliminar as amarras que impedem o Estado de ampliar seus gastos. É urgente começar pelo aumento da tributação da renda e patrimônio, pondo fim às subvenções fiscais. O orçamento da Seguridade Social (OSS) mantido fundamentalmente por fontes de contribuições sociais (Contribuição sobre a Folha de Salários, COFINS, CSLL e PIS), vem sofrendo impacto direto com a queda dos vínculos formais de trabalho, desfiguração das ocupações e escalada do desemprego.

2. Adequar o modelo de atenção do SUS às necessidades de saúde

Aumento da cobertura das Unidades de ESF (até 80 %) em 4 anos. Credenciamento dos usuários (adscrição flexível) não mais exclusivamente por região de residência, mas também por escolha (podendo trocar 2 vezes por ano como no NHS inglês). Implementação da meta de demora máxima de 48 h para marcação de consulta médica e de enfermagem quando necessário. As relações entre hospitais, serviços especializados, urgência, vigilância à saúde e atenção primária estão fragmentadas. Diminuir os vazios assistenciais, organizando ações e serviços de saúde por meio da de redes de atenção, garantindo acesso qualificado e resolutivo com ênfase nas necessidades de saúde da população. Implementação de dispositivos de integração de rede: NASF, Prontuário único e função gatekeeper. Estabelecer o cuidado compartilhado entre APS e especialidades. Ampliação das ações de Saúde Coletiva: fortalecer ações de vigilância à saúde como busca ativa de casos de notificação, rastreamento de contatos e cuidado familiar, monitoramento de situações graves como sentinelas do coletivo (valorizando a prevenção para além da prontidão).

3. Fortalecer e consolidar o caráter público do SUS

Necessitamos debater e construir um modelo de gestão pública para o SUS. Reformular a administração direta assegurando agilidade, desburocratização, compromisso social e responsabilidade sanitária. Para isto, ao invés de se importar ferramentas típicas da concorrência de mercado para imaginar o aperfeiçoamento do SUS, seria conveniente adaptarmos experiências da dezena de outros sistemas públicos de saúde espalhados pelo mundo. Quase todos os demais sistemas públicos adotam modelos de gestão, para as regiões, redes e serviços, de perfil autárquico, isto é, combinando integração e responsabilidade pelos problemas de saúde com certo grau de autonomia operacional.

4. Ampliar a integração política, organizacional e operativa no SUS

Fortalecer e ampliar as estratégias e instrumentos de cooperação técnica e financeira entre os governos na saúde, em diferentes escalas regionais e em situações geográficas específicas (regiões metropolitanas, áreas fronteiriças, zonas limítrofes entre estados, áreas de proteção ambiental e reservas indígenas, entre outras). Institucionalizar práticas e processos de monitoramento e avaliação articulados ao planejamento regional integrado, objetivando qualificar as equipes gestores para a tomada de decisão. Para esse objetivo é prioritário ampliar e fortalecer a governança das Regiões de Saúde, responsabilizando-as pela construção, planejamento e regulação das redes integrais de saúde.

5. Aprimorar a gestão do SUS de maneira democrática e participativa

Fortalecer a tradição do SUS de gestão participativa, objetivando maior controle da sociedade sobre o sistema público. Fortalecer e ampliar a tradição da gestão tripartite (união, estados e municípios), estendendo-a para as Regiões de Saúde, para controle de epidemias e agravos coletivos e para o planejamento e gestão de política de pessoal. Dar transparência para as informações de saúde e organizar os sistemas de informação em saúde de maneira que a sociedade possa democraticamente acessar e controlar. Combate à burocratização.

6. Garantir a ocupação de cargos de gestão do SUS com base técnica

É importante assegurar que os cargos de gestão do SUS nas três esferas de governo sejam preferencialmente ocupados mediante critérios de pertencimento ao SUS e de mérito (concursos, carreira). A maneira de outras carreiras de Estado, em que há limites para a ocupação de cargos comissionados por pessoas que não são da carreira. Poderia haver esse tipo de requisito para os cargos de gestão do SUS nas 3 esferas.

7. Implantar política de Pessoal Integrada para o SUS

Uma carreira de pessoal organizada a partir das grandes áreas temáticas do SUS: atenção primária, hospitais e especialidades em saúde, urgência e emergência, Vigilância em Saúde, Saúde Mental, Reabilitação Física e apoio em gestão para o SUS é uma questão estratégica para o Sistema. Participação tripartite (união, estados e municípios) no financiamento, provimento, seleção, contratação e formação de profissionais de saúde e gestão descentralizada conforme ente federado ou organização onde se realize o trabalho, ao exemplo da maioria dos sistemas públicos de saúde. Ou seja, instituindo um mecanismo de cofinanciamento da carreira sanitária de maneira solidaria pelos 3 entes estatais. A ordenação e formação de recursos humanos na área da saúde também está inscrita na lei orgânica da saúde como uma atribuição do SUS e deveria ser efetivamente realizada.

8. Sustentar sólida política de ciência, tecnologia e inovação em saúde

A reivindicação de um lugar destacado e específico para a pesquisa em saúde no âmbito da política geral de ciência e tecnologia no Brasil decorre de três evidências: sua grande dimensão física em termos da massa crítica; a sua mais que centenária existência como prática estabelecida institucionalmente no Brasil, talvez o mais antigo componente setorial de pesquisa; e à sua relevância no âmbito de uma política pública – a política de saúde – na qual o SUS prevê o cumprimento de intersectorialidade como um de seus fundamentos. Uma política de pesquisa para a saúde deve abraçar todos os seus componentes, a saber a biomédica, a clínica, a epidemiológica, bem como as originárias no campo das ciências sociais, da história e da economia, aqui incluídos o planejamento e a gestão no campo da saúde, sem quaisquer reducionismos.

COMO FORTALECER O SUS NA CONJUNTURA ATUAL?

O enfrentamento da pandemia tem sido um desafio enorme em todo o mundo. No caso da América Latina, as respostas são ainda mais desafiadoras, seja pelas limitações de seus sistemas de proteção social, seja pelas características da inserção internacional de suas economias, seja ainda pelas imensas desigualdades sociais. O Brasil não foge à regra, embora, ao contrário da maioria dos países latino-americanos, disponha formalmente de um sistema universal de proteção social instituído pela Constituição Federal de 1988, que inclui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sem considerar os impactos provocados pela pandemia da Covid-19, não há possibilidade de se desenharem estratégias de fortalecimento desse sistema de proteção social de modo que venha a cumprir o mandamento constitucional da Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado.

Neste contexto, alguns agentes políticos tentaram criar um dilema entre saúde e economia no momento de definir as estratégias de enfrentamento da pandemia. Desde o início, houve fortes pressões de setores políticos e econômicos ligados ao capital para que as medidas de isolamento necessárias para o controle da transmissão da doença fossem mínimas sob o argumento de não prejudicar a geração de renda e os empregos.

Apesar dessas pressões, profissionais de saúde e gestores locais do SUS têm assumido, com dedicação, a linha de frente do combate à pandemia. Mais uma vez, o SUS prova ser fundamental para a saúde e o bem-estar da população brasileira.

Certamente, a saúde depende da eliminação das desigualdades, do saneamento, da preservação do meio ambiente, do controle da violência, da qualidade do transporte e da educação pública, do combate ao racismo e à opressão das mulheres. Por tudo isso e mais, a efetivação do direito universal à saúde depende, centralmente, da democracia. Mas não pode prescindir do SUS.

O SUS enfrentou, desde seus primórdios, crises de financiamento e de desenvolvimento, mesmo assim se tornou a mais importante instituição de cuidado à saúde da população brasileira. Com efeito, ao longo de três décadas, o SUS logrou importantes conquistas. Todavia, não conseguiu corrigir as iniquidades em saúde entre regiões, classes sociais, gêneros e etnias.

O SUS contribuiu para melhorar a situação de saúde da população - medida por indicadores como mortalidade infantil, expectativa de vida ao nascer ou controle de doenças imunopreveníveis -, mas não foi capaz de resolver problemas como as altas prevalências de tuberculose e hanseníase, hipertensão e diabetes.

Houve expansão de serviços e ampliação da cobertura de ações, em especial na atenção primária à saúde, mas persistem dificuldades de acesso a serviços especializados e falta coordenação entre os pontos de atenção. Acompanhando essa expansão da oferta, houve notável crescimento da força de trabalho e dos empregos em saúde, ainda que desacompanhado da implantação de uma política nacional de trabalho e educação em saúde.

O SUS implantou ou ampliou programas de excelência como o Programa Nacional de Imunização, o Programa de DST/Aids, o Sistema Nacional de Transplantes, entre outros, mas convive com frequentes problemas de qualidade do cuidado, exemplificados pelo crescimento da incidência de sífilis neonatal ou pela alta proporção de partos cesáreos (a última registrada de forma ainda mais acentuada no setor privado).

O SUS avançou bastante na descentralização dos serviços de saúde, levando os estados e municípios a ampliarem seus investimentos na saúde. No entanto, essa descentralização não foi acompanhada do fortalecimento de mecanismos de coordenação entre as esferas de governo, o que tem sido tentado, com pouco sucesso, por meio da conformação das regiões de saúde.

No que tange ao financiamento, houve, por um lado, significativa expansão dos gastos de municípios e estados, o que viabilizou, sobretudo, a expansão da atenção primária. Por outro lado, o gasto federal não cresceu em termos de proporção do PIB. A União reduziu sua participação de 63,8% dos gastos públicos em saúde em 1995 para cerca de 42% em 2017, enquanto os municípios aumentaram seu financiamento de 17,4% para 31,6%, e os estados passaram de 18,8% para 25,5% no mesmo período.

Vale lembrar que a criação do SUS se deu nos marcos do Sistema de Seguridade Social (Art. 194, CF/88), matriz dos direitos à saúde, à previdência e à assistência social conquistados pela primeira vez na história brasileira. O direito à proteção e ao bem-estar social de todos os cidadãos deveria a partir daí ser garantido não apenas pela contribuição dos trabalhadores à previdência, mas pela participação do conjunto da sociedade por meio das contribuições sobre o faturamento e o lucro de empresas e outras fontes constitutivas do Orçamento da Seguridade Social (OSS). Em 1993, o governo federal interrompeu a transferência de recursos da previdência para despesas em saúde, com objetivo de desvincular o OSS da finalidade constitucional de proteção social. Em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (depois substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal e pela Desvinculação das Receitas da União), permitiu-se a desvinculação de 20% do OSS para outros gastos do Tesouro Nacional, proporção que tingiu 30% em 2016.

Como se o desmonte da Seguridade Social fosse pouco, em dezembro de 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 95, congelando por 20 anos, todos os gastos federais, exceto o serviço da dívida. A EC-95 é o centro de medidas de ajuste fiscal adotadas a partir de 2015 que colocaram o país em um ciclo vicioso, em que o corte de gastos inibe a atividade econômica, diminuindo a arrecadação tributária e aumentando o endividamento que, pretensamente, teria motivado o corte de gastos.

Nesta conjuntura, não é surpresa que o gasto público em saúde no Brasil seja atualmente menor que o gasto privado (despendido por pessoas, famílias e empresas). Segundo o IBGE, em 2017, o país gastou 9,2% do PIB em saúde, sendo 3,9% (42%) gasto público e 5,4% (58%) gasto privado. Uma participação em torno de 75% de gasto público caracteriza os sistemas de saúde universais no mundo. Na América Latina e Caribe, os únicos países que superam essa proporção são Cuba com participação de 89,4% e Costa Rica com 75,1%.

Essa evolução de avanços e limites do SUS não pode ser compreendida sem levar em conta o papel do capital privado com interesses diretos no setor da saúde. Como se sabe, a Constituição assegurou a livre iniciativa ao setor privado, especificamente no capítulo da saúde (artigo 199). Desde então, a iniciativa privada na saúde se expandiu, se diversificou e ganhou forte dinamismo empresarial e financeiro, inclusive com a presença de empresas internacionais, ainda que não atenda a mais do que 25% da população brasileira.

É importante salientar que esse empresariamento da saúde tem sido incentivado pelo Estado, por meio de diferentes mecanismos, incluindo os subsídios públicos. Assim, a partir do final dos anos 90, houve um crescimento expressivo do setor privado assistencial e de empresas de planos privados de saúde bem como de farmácias e drogarias comerciais.

Vale notar que esse processo recente tem natureza e magnitude distintas daquele ocorrido nas décadas 70 e 80 do século XX, quando a Previdência Social estimulou o credenciamento de hospitais filantrópicos, a reforma de clínicas e hospitais e a remuneração mediante prestação de serviços, inclusive de médicos e laboratórios.

A partir dos anos 2000, dois circuitos privados se tornam relevantes no setor saúde, ambos com traços nítidos de inserção financeirizada na economia nacional e vinculações com fundos de investimentos estrangeiros. O primeiro compreende fundações, organizações sociais, faculdades de graduação da área da saúde e se alicerça em instituições filantrópicas e universidades públicas. O fluxo financeiro que nutre esse circuito provém de fontes de receitas públicas. Além de repasses diretos dos governos federal, estaduais e municipais, esse arranjo político-institucional vem ampliando acesso a créditos, empréstimos de bancos estatais, refinanciamentos e anistias de débitos fiscais e busca avançar sobre os recursos do Fundo de Apoio ao Trabalhador para ampliar a alavancagem de suas operações. O segundo circuito está integrado por hospitais, unidades de diagnóstico e terapia privadas e empresas de planos de saúde, que dobraram o número de clientes entre 2000 e 2015. Entre as estratégias de competição destes grupos econômicos, situam-se aquisições, fusões, abertura de capitais e a formulação de políticas de saúde para o país. Nesse âmbito, as fontes de receitas se originam de empresas empregadoras, que mantêm planos privados para empregados, indivíduos e famílias, e de recursos públicos diretos e indiretos (pagamento de planos de saúde para funcionários de estatais e dos poderes judiciário, legislativo e executivo e subsídios fiscais).

Esses circuitos expressam uma diversificação e uma concentração empresarial que fortaleceram economicamente as empresas atuantes no mercado de saúde, permitindo que passassem a deter parcela considerável de controle das agendas políticas de saúde por meio de estratégias diversas como: pressões para a compra de tecnologias de informação para atenção primária, proposições de comercialização de planos privados de saúde “populares” e amplificação de portas giratórias que permitem o intenso fluxo de pessoas, informações e recursos entre as empresas e os órgãos reguladores.

Não há dúvida de que o fortalecimento do SUS encontra um enorme obstáculo neste setor privado com suas conexões com a filantropia e os fundos públicos. Na verdade, tal padrão representa uma barreira à melhoria das condições de vida e saúde, uma vez que é, inerentemente, movido por negócios que intensificam desigualdades de exposição a riscos e de acesso e uso de serviços. São desigualdades que se expressam na forte presença nos processos formativos dos profissionais de saúde conduzidos por instituições privadas, na localização da capacidade instalada de serviços de saúde em áreas onde circulam os segmentos privilegiados da sociedade e na proporção crescente de despesas privadas no gasto total com saúde. A rigor, os embates entre a saúde pública e a saúde privada, ou melhor, entre a saúde como direito e a saúde como mercadoria estão inseridos em disputas muito mais profundas sobre os modelos de sociedade, Estado e desenvolvimento propostos para o Brasil e outros países do mundo.

As disputas em torno desses modelos ocorrem em um contexto de grave crise social, política, econômica e ambiental que a pandemia de covid-19 tem deixado ainda mais dramática. Aumento da pobreza e das desigualdades, recessão econômica, violência motivada politicamente com ataques ao Estado de direito, incêndios incontroláveis, derretimento das geleiras e aumento assustador do nível dos oceanos. Tudo isso revela a imprudência do capitalismo do consumo sem sentido que tem custado ao planeta e à humanidade uma enorme degradação civilizatória que, por sua vez, está na base da produção da atual crise sanitária com todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça.

Nesse contexto, surpreende que o povo brasileiro vote em políticos que não defendem o SUS, apesar da saúde estar sempre entre os primeiros pontos das preocupações populares nas pesquisas de opinião. A rigor, pareceria que o SUS entra no genérico descrédito que estigmatiza os serviços públicos no Brasil. Características estruturais do Estado brasileiro retroalimentam esta situação: autoritarismo, clientelismo, racismo e machismo estruturais e burocratização constituem um coquetel deletério que mina a legitimidade do sistema público perante a população.

A Constituição conferiu potência aos direitos humanos, particularmente no combate às desigualdades sociais. Entretanto, a retomada da centralidade dos direitos humanos na luta dos

excluídos, explorados e discriminados requer reflexão cuidadosa sobre as estratégias tradicionais que vem sendo utilizada para defendê-los e, para tanto, é importante reafirmar que, historicamente, os direitos sempre são fruto da conquista dos oprimidos. Em 1988, a sociedade brasileira inscreveu na Constituição Cidadã sua determinação rumo à construção de uma sociedade democrática e socialmente justa. O momento que vivemos hoje, cobra nossa responsabilidade para garantir essa conquista histórica.

Partindo dessa análise sócio-histórica e situacional, propõe-se as seguintes diretrizes técnico-políticas para o SUS:

1. FORTALECER E CONSOLIDAR O CARÁTER PÚBLICO DO SUS

A lógica da administração direta do Estado brasileiro não é adequada para o funcionamento complexo dos sistemas de saúde, de educação, da gestão das cidades, enfim, de quase todas as políticas públicas. Precisariamos de modelos de gestão específicos para cada um destes sistemas. Ao invés disto, vigora no país um discurso hegemônico de que a saída estaria na privatização ou na terceirização dos serviços do SUS, aproximando sua operação daquela do mercado, o que, na prática, implicaria na desconstrução do SUS, já que a medicina de mercado, em todo o mundo, não assegura o direito universal à saúde com qualidade. Os contrários a essa tendência privatizante não cuidaram de sugerir reformas administrativas radicais, permanecendo na defesa do status quo, isto é, da elitista administração pública brasileira.

Necessitamos debater e construir um modelo de gestão pública para o SUS. Reformular a administração, assegurando agilidade, desburocratização, compromisso social e responsabilidade sanitária. Para isto, ao invés de se importar ferramentas típicas da concorrência de mercado, inapropriadas a um sistema público, para imaginar o aperfeiçoamento do SUS, seria conveniente adaptarmos experiências da dezena de outros sistemas públicos de saúde espalhados pelo mundo. Quase todos os demais sistemas públicos adotam modelos de gestão, para as regiões, redes e serviços, que combinam integração e responsabilidade pelos problemas de saúde com elevado grau de autonomia.

A tradição jurídico-legal brasileira, e de muitos outros países, reduz a grande dicotomia público-privado à pequena dicotomia Estado-mercado. Na grande dicotomia, o público não se limita ao Estado e o privado não se limita ao mercado. Entre eles, situa-se a comunidade, ou seja, aquela sociedade de iguais cujas relações não se pautam pelas trocas entre particulares e, muito menos, pelos interesses mercantis.

Se a saúde é entendida como direito universal, seu espaço é o da comunidade ou do bem comum. Assim, os serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde não devem ser propriedade privada nem pertencer ao Estado a quem se delega decisões que devem ser tomadas diretamente pelos envolvidos. Diferentemente, os serviços de saúde deveriam ser autogeridos por iniciativas sociais responsáveis, com raízes em comunidades locais que se articulam em redes regionais, nacionais e até mesmo globais.

Com honrosas exceções, os serviços estatais do SUS não são reconhecidos como seus pelas comunidades que atendem, assim como os serviços privados. As relações entre o SUS e o setor privado de saúde, em particular, com organizações filantrópicas e do terceiro setor (cuja caracterização é bastante confusa) assumem a forma de contratos mercantis, claramente inadequados ao alcance da efetividade e da eficiência no cuidado.

É necessário, portanto, construir modelos de cogestão que assegurem remuneração justa a todos os envolvidos e integração em cada ponto de atenção das políticas e dos programas de saúde. Neste sentido, é preciso superar tanto o modelo estatal insensível às demandas sociais, quanto o modelo mercantil em suas múltiplas apresentações, incluindo Organizações Sociais (OS) e congêneres, substituindo-os pelo novo modelo de autogestão do SUS.

Por último, mas também importante, é reconhecer que, sem financiamento regular e suficiente, a crítica à ineficiência na gestão do SUS pode mal dissimular o combate ao seu caráter público.

2. ASSEGURAR O FINANCIAMENTO REGULAR E ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DE TODOS

No cenário sombrio de mais de 5 milhões de casos e 150 mil mortos pelo Covid-19 no país, a primeira necessidade é o enfrentamento da pandemia. Para isso, emergencialmente, propomos, em conjunto com o CNS e demais entidades do movimento sanitário: (i) a agregação da totalidade dos créditos extraordinários emitidos em 2020 ao orçamento de 2021, adicionado da variação de 3,8% relativa ao crescimento da população de 60 anos e mais em 2020; (ii) imediata extinção da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que retira 30% dos recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social. Além disso, é fundamental a revogação da Emenda Constitucional n. 95/2016, pois não há como enfrentar a crise sem eliminar as amarras que impedem o Estado de ampliar seus gastos.

De maneira estruturante, no entanto, o mais importante é fortalecer o sistema de Seguridade Social que não pode ser substituído por qualquer medida sanitária ou de transferência emergencial de renda. A expansão da pobreza, da desigualdade e da insegurança laboral requer a ampliação da proteção social.

Para fortalecer o sistema de Seguridade Social, é urgente começar pelo aumento da tributação da renda e do patrimônio. No Brasil, historicamente, o orçamento não tem sido um instrumento da promoção da democracia ou da mitigação da desigualdade social. O Orçamento da Seguridade Social (OSS) mantido fundamentalmente por fontes de contribuições sociais (Contribuição sobre a Folha de Salários, COFINS, CSLL e PIS), vem sofrendo o impacto direto de queda dos vínculos formais de trabalho, desfiguração das ocupações e escalada do desemprego. O recrudescimento da desigualdade e da insegurança social requer um Estado de Bem-estar fortalecido, e o Orçamento da Seguridade Social não pode ser desmontado sob a égide de reformas pretensamente simplificadoras.

É necessária uma verdadeira reforma tributária que supere o caráter regressivo do sistema atual, incluindo a revisão de medidas de desoneração fiscal que têm apenas representado mecanismos de transferência de renda para os setores ricos da sociedade. São montantes significativos – somente em 2020, a Receita Federal estima em R\$330 bilhões esse “gasto tributário” – que deixam de ser arrecadados, fazendo falta no financiamento das políticas de proteção social.

Para uma efetiva reestruturação das bases de arrecadação para a Seguridade Social, propomos tomar como ponto de partida as diretrizes sintetizadas no documento “Tributar os superricos para reconstruir o país” :

- Revogar a isenção de Imposto de Renda das Pessoas Físicas para lucros e dividendos;
- Implantar o Imposto sobre Grandes Fortunas;
- Ampliar a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido dos setores bancário e extrativo;
- Instituir a Contribuição Social sobre Altas Rendas;
- Desonerar o Simples;
- Combater a sonegação fiscal.

3. AMPLIAR A INTEGRAÇÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL E OPERATIVA DO SUS

O fortalecimento do SUS requer a ampliação da coordenação entre as três esferas de governo nas funções de planejamento, regulação, financiamento e prestação de serviços. Para isso, é necessário aprimorar as estruturas de comando e articulação federativa, com destaque para os espaços de negociação e gestão colegiada como a Comissão Intergestores Tripartite-CIT, as Comissões Intergestores Bipartite-CIB e as Comissões Intergestores Regionais-CIR.

A integração operacional do SUS pode ser favorecida pela elaboração ascendente de planos municipais, regionais, estaduais e nacional de saúde, como previsto nas normas legais, repartindo claramente as responsabilidades e competências com base na gestão solidária e cooperativa entre os entes federados. Esse processo de planejamento pode ser ainda mais produtivo se incluir a participação de representantes de organizações científicas e profissionais e de movimentos sociais.

De modo articulado ao planejamento regional, deve-se ainda buscar institucionalizar práticas e processos de monitoramento e avaliação, qualificando as equipes gestores para a tomada de decisão e responsabilizando-as pela organização e regulação das redes integrais de saúde.

Além de planejamento e avaliação, é possível fortalecer a cooperação técnica e financeira entre os governos na saúde, lançando mão de estratégias os instrumentos como os Consórcios Públicos, em diferentes escalas regionais e em situações geográficas específicas como regiões metropolitanas, áreas fronteiriças, zonas limítrofes entre estados, áreas de proteção ambiental e reservas indígenas, entre outras.

A integração político-organizacional do SUS tem uma potente estratégia na implementação das regiões de saúde, um processo complexo que exige ações que extrapolam o setor da saúde. No plano intersetorial, é preciso implantar projetos de desenvolvimento regional que articulem políticas econômicas, sociais, tecnológicas e de conhecimento em prol de regiões autossuficientes. Setorialmente, é preciso fortalecer as estruturas regionais dos entes estaduais e a governança regional, incorporando a participação do controle social do SUS.

4. IMPLEMENTAR AS REDES DE ATENÇÃO, ADEQUANDO O MODELO DE ATENÇÃO DO SUS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE

A implementação das redes de atenção à saúde é fundamental para suplantarmos a fragmentação da oferta de serviços e assegurar a integralidade do cuidado, criando condições para a superação do modelo biomédico e mercantilista que torna os usuários dependentes das tecnologias e do saber profissional ao invés de promover a sua autonomia.

As redes de atenção devem articular desde as ações de promoção da saúde, voltadas para os determinantes sociais, até os serviços de reabilitação, passando pelas ações de prevenção e tratamento das doenças e dos agravos. Dessa forma, as atividades de hospitais, serviços especializados, unidades de urgência, atenção primária, vigilância e promoção da saúde devem ser integradas em planos e programas de saúde dirigidos ao atendimento das necessidades das comunidades.

Para isso, sugerimos como estratégias fundamentais:

- 1) Ampliar programas de promoção da saúde, com ações na interface ecossocial, voltadas para a melhoria das condições de vida, incluindo trabalho e renda, habitação e saneamento, cultura e educação;
- 2) Ampliar e qualificar a Vigilância em Saúde, com ações de proteção contra riscos sanitários e de prevenção e controle de endemias e epidemias;
 - 2.1) Fortalecer as ações de educação e fiscalização sanitária, envolvendo a proteção de ambientes e pessoas em relação a bens e serviços de interesse da saúde, desde sua produção até seu descarte ou conclusão;
 - 2.2) Fortalecer ações de busca ativa de casos de notificação, rastreamento de contatos e cuidado familiar;
 - 2.3) Implementar o monitoramento de situações graves como eventos sentinelas (valorizando a prevenção para além da prontidão);
 - 2.4) Corresponsabilizar as equipes de vigilância epidemiológica com as equipes de atenção primária, valorizando as configurações territoriais
3. Priorizar investimentos na rede hospitalar, de especialidades, saúde mental, reabilitação, diagnósticos por imagem e laboratoriais de acordo com o princípio da equidade, identificando e combatendo as desigualdades de acesso regionais e dentro de cada cidade
4. Assegurar o atendimento no tempo certo com melhoria da longitudinalidade do cuidado:
 - 4.1) Aumentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família até 80 % da população em 4 anos;
 - 4.2) Fazer o credenciamento dos usuários (adscrição flexível) não mais exclusivamente por região de residência, mas também por escolha (podendo trocar 2 vezes por ano como no NHS inglês);
 - 4.3) Estender os dias e horários de funcionamento das unidades de atenção primária (noturno, finais de semana);

4.4) Estabelecer a meta de demora máxima de 48 h para marcação de consultas;

4.5) Valorizar as consultas de enfermagem como práticas avançadas de acolhimento técnica e humanamente qualificado;

4.6) Dar transparência aos sistemas de regulação e marcação de consultas e exames do SUS com publicação das agendas e dos tempos de espera por procedimento.

5. Implementar dispositivos de integração dos serviços assistenciais:

5.1) Implementar o prontuário único eletrônico, como instrumento de controle da qualidade clínica dos atendimentos e de organização do sistema de referência e contrarreferência;

5.2) Ampliar a cobertura dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família até 80% da população, incorporando os diversos usos da tele saúde;

5.3) Implantar sistemas de distribuição regional da oferta de consultas especializadas entre as equipes de ESF, com sistema único de marcação de consultas para o segundo nível de atenção, tornando a APS coordenadora da rede;

5.4) Assegurar o funcionamento referenciado e regionalizado de ambulatórios de especialidades, favorecendo a efetivação do diagnóstico e de tratamentos ambulatoriais no menor tempo e no número de sessões possíveis.

5. APRIMORAR A GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA DO SUS

A gestão participativa do SUS tem contribuído para seus avanços ao favorecer a transparência da gestão e permitir um maior controle da sociedade sobre o sistema público. Neste sentido, a tarefa continua sendo a de fortalecer a atuação dos Conselhos e o papel das Conferências de Saúde, qualificando a participação social por meio da ampliação da representação e da representatividade dessas instâncias.

Além disso, é importante aumentar o poder dos usuários no cotidiano do SUS, generalizando a adoção de práticas como o agendamento de cuidado à distância, o direito à acompanhante e à informação e o cumprimento integral da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Entre os gestores do SUS, a tradição da gestão tripartite (União, estados e municípios), estendendo-a para as Regiões de Saúde, deve ser renovada para controle de epidemias e agravos coletivos e para o planejamento e gestão de política de pessoal.

É importante ainda ampliar a transparência das informações de saúde e organizar os sistemas de informação em saúde de maneira que a sociedade possa democraticamente acessar e controlar.

O aprimoramento da gestão requer ainda o combate à burocratização que valoriza a obediência a regras mesmo em detrimento do atendimento às necessidades do

usuário do serviço, ao mesmo tempo, desumanizando o trabalhador. A burocratização, de fato, constitui doença institucional que se estabelece, em parte, como defesa das equipes frente a condições de trabalho e gerenciamento inadequadas. Assim, para o SUS poder propiciar um atendimento humanizado, de qualidade e oportuno, é imprescindível superar a burocratização, sem o que o incremento de recursos será agenciado para o modo de funcionamento burocratizado atual. Desburocratizar é, portanto, condição sine qua non para melhorar a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde, melhorando o ambiente e as condições de trabalho e, conseqüentemente, enfrentando mazelas como a violência e o uso excessivo de álcool e outras drogas.

6. POLÍTICA DE PESSOAL INTEGRADA PARA O SUS

A política de pessoal integrada do SUS se refere a todos os trabalhadores: manutenção, limpeza, segurança, incluindo os profissionais de saúde, com educação técnica ou superior, entre os quais quinze áreas têm formação específica na atenção à saúde. Os trabalhadores do SUS constituem um contingente de cinco milhões de pessoas que formam um grupo heterogêneo, com diferenças de gênero, raça/cor e classe social e desigualdades no acesso à educação e na inserção no mercado de trabalho.

Uma política integrada de pessoal deve estar centrada no respeito aos direitos aos trabalhadores de saúde, na responsabilidade sanitária e na humanização.

O SUS precisa estruturar de forma criativa, orientada pela busca do atendimento integral às necessidades de saúde de toda a população, as carreiras profissionais de seu pessoal. Considerando a complexidade do sistema de saúde e a diversidade dos processos de trabalho uma alternativa promissora é a organização de carreiras a partir das grandes áreas temáticas do SUS: atenção primária, hospitais e especialidades em saúde, urgência e emergência, Vigilância em Saúde, Saúde Mental, Reabilitação Física e apoio em gestão para o SUS.

Um aspecto central da condução da política integrada de pessoal é a participação compartilhada tripartite (União, estados e municípios) no financiamento, provimento, seleção, contratação e formação de profissionais de saúde, ainda que a gestão cotidiana da força de trabalho deva ser descentralizada conforme ente federado ou organização onde se realize o trabalho

A responsabilização compartilhada das três esferas de governo é fundamental para garantir condições de trabalho adequadas para a produção da assistência e do cuidado que requerem as necessidades de saúde da população. Verificou-se, tragicamente, a atual precariedade dessas condições no enfrentamento da pandemia Covid-19, com o Brasil, em meados de junho de 2020, respondendo por 30% das mortes de profissionais de enfermagem no mundo (COFEN, 2020). Essas condições decorrem de vários problemas como: quadro insuficiente de pessoal; falta de recursos como equipamentos de proteção individual, medicamentos e outros; impossibilidade de acesso aos serviços e a tecnologia adequadas às necessidades dos pacientes e ausência ou frágil adoção de medidas de proteção e de atenção à saúde do trabalhador.

A ordenação e a formação de pessoal na área da saúde também estão inscritas na Lei Orgânica da Saúde como uma atribuição do SUS, ponto este frequentemente esquecido. Fosse o SUS um agente articulador e influenciador das políticas de educação na área da saúde, inclusive para as universidades privadas, talvez o perfil dos profissionais formados fosse menos voltado para atender as expectativas do

setor privado e mais adequado às demandas do sistema público. No âmbito da formação profissional em saúde, propomos:

1) Adequar tanto as diretrizes curriculares como as ferramentas metodológicas nas Instituições de Ensino Superior e escolas técnicas à formação dos profissionais de saúde destinados a lidar com as necessidades dos usuários e população no âmbito do SUS, buscando:

1.1) Valorizar o desenvolvimento de competências relativas ao trabalho interprofissional em saúde;

1.2) Difundir a concepção ampliada de saúde e seus desdobramentos na organização do trabalho e no escopo de prática dos diversos profissionais em saúde;

1.3) Desenvolver o compromisso dos trabalhadores com o acesso universal e a segurança do paciente em todos os níveis de atenção.

2) Retomar políticas indutoras da formação de especialistas voltadas ao SUS como regulação e ampliação de vagas de residência médicas ou multiprofissionais, levando em conta a atual desequilíbrio regional com evidente prejuízo para as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.

3) Implementar a Educação Permanente em Saúde (EPS) com o foco no potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. A qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social das equipes de saúde devem ser objetos prioritários da EPS, assim como o estímulo à produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica. Neste sentido, é importante retomar e ampliar a Política Nacional de Humanização do SUS, há muito tempo enterrada enquanto estratégia governamental.

4) Priorizar o combate ao machismo e racismo estruturais nas práticas de Educação Permanente ao largo e ao longo do país.

7. GARANTIR A OCUPAÇÃO DE CARGOS DE GESTÃO DO SUS COM BASE TÉCNICA.

Com carreiras bem estabelecidas, condições de trabalho adequadas e práticas disseminadas de educação permanente, não faltarão ao SUS trabalhadores capacitados e motivados a assumir os cargos de direção do SUS nas três esferas de governo.

À maneira de outras carreiras de Estado, em que há limites para a ocupação de cargos comissionados por pessoas que não são da carreira, deveria haver esse requisito para o preenchimento dos cargos do SUS. Com efeito, os cargos de direção do SUS devem ser preferencialmente ocupados mediante critérios de pertencimento ao SUS e de mérito profissional.

Dessa forma, será possível fortalecer a base técnica da gestão do SUS e, simultaneamente, restringir a prática de distribuição de cargos da administração

pública para assegurar poder a grupos políticos. Essa prática tem comprometido a sustentabilidade institucional do SUS e a efetividade dos programas de saúde em benefício de interesses privados ilegítimos.

8. POLÍTICA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A reivindicação de um lugar destacado e específico para a pesquisa em saúde no âmbito da política geral de ciência e tecnologia no Brasil decorre de três evidências: sua grande dimensão em termos da massa crítica; a sua mais que centenária existência como prática estabelecida institucionalmente no Brasil, talvez o mais antigo componente setorial de pesquisa; e a sua relevância no âmbito de uma política pública – a política de saúde – na qual o SUS prevê o cumprimento de intersectorialidade como um de seus fundamentos.

Podemos considerar como marco inaugural de uma relação formalizada entre a saúde coletiva e a pesquisa em saúde a realização da 1ª Conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde e realizada em 1994 sob os auspícios dos Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação. Foi dessa conferência que saiu a consigna 'a política de ciência e tecnologia em saúde é um componente da política nacional de saúde'. Em 2004, houve a 2ª Conferência, também em Brasília e que agregou duas contribuições importantes ao tema. A primeira foi a de introduzir a questão da inovação tecnológica e da necessidade de uma política para o componente industrial da saúde no ambiente do gestor federal do SUS, praticamente ausente desde o declínio do programa da Central de Medicamentos. A segunda foi aprovar uma agenda de prioridades de pesquisa.

Uma das principais características das duas conferências foi a integração do gestor federal do SUS com as agências de fomento horizontais federais (FINEP, CNPq e CAPES) e estaduais na construção de uma pauta específica de pesquisa em saúde. Esses laços devem ser ainda mais fortalecidos pelo SUS numa perspectiva de futuro.

Uma política de pesquisa para a saúde deve abraçar todos os seus componentes, a saber a pesquisa biomédica, clínica e epidemiológica, bem como as originárias do campo das ciências sociais, da história e da economia, aqui incluídos o planejamento e a gestão da saúde, sem quaisquer reducionismos.

As instituições de pesquisa científica, de desenvolvimento tecnológico e de inovação produtiva, tais como as universidades, institutos de pesquisa, organizações não-governamentais e as empresas do complexo industrial ligadas à saúde devem participar desse esforço de construção de uma política de pesquisa, desenvolvimento e inovação no âmbito do SUS.

É consenso que o amadurecimento do sistema setorial de inovação em saúde no Brasil depende, entre outros aspectos, de uma presença bem maior de estímulos da demanda por produtos e serviços em relação à oferta de conhecimento e isso obriga a pensar em dois movimentos que, idealmente, deveriam ser simultâneos e complementares. No plano da criação científica e tecnológica, isso remete à necessidade de uma aproximação muito mais intensa do SUS por parte dos cientistas. Atualmente, o SUS é responsável pela demanda de cerca de 1/3 do mercado de medicamentos, de 90% do mercado de vacinas, de 50% do mercado de equipamentos de saúde e de 100% dos serviços prestados a todos os brasileiros por mandato constitucional.

Simetricamente, os formuladores e gestores da política pública de saúde deveriam compreender a importância de uma aproximação muito mais intensa com a comunidade científica e tecnológica no setor de saúde. Não como um elemento relativamente acessório e eventual, mas como um componente constitutivo essencial da política de saúde, tal como preconizou a conferência de 1994. Mais ainda, considerando o essencial papel da demanda na constituição de um sistema setorial de inovação em saúde, no qual o conhecimento científico tem grande participação nos dias de hoje, é aos formuladores e gestores da política que cabe induzir o movimento de aproximação do mundo da pesquisa em saúde.

ABRASCO, OUTUBRO 2020.



Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco
www.abrasco.org.br | (21) 2560-8699 | abrasco@abrasco.org.br
Av. Brasil, 4.365, Campus da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Prédio do CEPI - DSS - Manguinhos - CEP 21040-900 - Rio de Janeiro - RJ