

Futuros do Brasil *Ideias para ação*

O SUS sem dívida e sem mercado: abrindo o debate *

Eleonor Minho Conill

Pesquisadora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e do Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde (Oiapss).
eleonorconill@gmail.com

* Artigo relacionado à participação no seminário *Saúde sem dívida e sem mercado*, realizado pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE-Fiocruz) em parceria com o Centro de Estudos Miguel Murat de Vasconcelos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ceensp/Ensp/Fiocruz), nos dias 21 e 28 de junho de 2017, na Ensp, mesa *Correlação de forças e o SUS sem dívida e sem mercado* (28/6).

Introdução

Quais as possibilidades de se contar com um orçamento generoso para o setor Saúde, de modo que o SUS cumpra seus objetivos constitucionais? Que fontes alternativas de financiamento de políticas públicas podem ser utilizadas? Que estratégias podem ser adotadas para que esses recursos se viabilizem? E que *cara* deveria ter esse SUS mais bem financiado?

Estas são as perguntas centrais que orientaram o seminário *Saúde sem Dívida e sem Mercado*, na construção de uma plataforma de ação diante da grave conjuntura política brasileira. A proposta é, ao mesmo tempo, empolgante e desafiadora. Empolgante porque, ao estabelecer uma ligação estreita com o Movimento pela Auditoria Cidadã da Dívida Pública, encerra uma perspectiva concreta de busca por recursos para as políticas sociais. Mas desafiadora porque exige priorizar e dar concretude financeira e orçamentária para bandeiras, às vezes muito gerais, no âmbito das políticas de saúde. Pretende-se com este texto abrir esse debate, circunscrevendo campos estratégicos de trabalho que devem ser foco de aprofundamento.

A conjuntura do pós-guerra com a criação da ONU e a Declaração Universal dos Direitos Humanos impulsionou os estados de bem estar social nas economias industrializadas europeias e o reconhecimento da importância das políticas redistributivas para a coesão social. O surgimento do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, é um marco nesse sentido, mas gradativamente a cobertura dos seguros públicos se expandiu, com maior inclusão e homogeneidade no rol de serviços, nos países que integram a *Organization for Economic Co-Operation and Development* (OECD). O *Sistema Nacional de Salud* (SNS) espanhol, o mais próximo da imagem-objetivo que temos para o SUS, foi implementado no âmbito do processo de redemocratização da Espanha, no início da década de 1980.

Mas há uma grande diferença entre lei e direito, pois este implica um processo mais amplo com criação de valores, normas e uma dinâmica política e social que garanta sua execução. A expressão operacional do direito à saúde envolve extensa gama de possibilidades que vão desde um entendimento mais restrito de saúde até os diversos modos para organizar e prestar serviços para garantir a universalidade de serviços integrais.

Sabemos que, na conquista de direitos, há um embate de concepções e projetos que emergem de diferentes atores ou forças sociais e influenciam na abrangência e características das políticas públicas. A internacionalização das relações sociais e de produção com as sucessivas crises e ajustes determinados pela hegemonia do capital financeiro vem ameaçando as conquistas sociais nos países centrais e incide de modo muito mais nefasto nos países periféricos.

A queda nos gastos sociais durante ajustes fiscais tem sido bem documentada em nosso continente¹. O financiamento público foi particularmente vulnerável durante os períodos 1994-1998 e 2001-2003, com uma variação anual negativa superior à queda do Produto Interno Bruto (PIB) na região. Durante a primeira década do século XXI, o gasto público em saúde apresentou tendência de crescimento, mas associado a um elevado gasto direto das famílias.

Tendo como pano de fundo esse contexto, já abordado de modo consistente no seminário que antecedeu este debate, o trabalho se estrutura em quatro partes complementares: a primeira sintetiza cinco observações necessárias para fundamentar os campos estratégicos de ação; a segunda relembra os pontos principais das diversas análises sobre dificuldades, problemas e avanços na construção do SUS; a terceira assinala posicionamentos de atores sociais para que possamos, em quarto lugar, circunscrever esses campos de ação e suas implicações. É necessário lembrar que o aprofundamento desses temas requer

¹ SOJO, A. *Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas*. Cien Saude Colet, 2011, 16: 2673-85. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/02.pdf

uma construção conjunta e a contribuição técnica e política daqueles que desejam que o SUS possa ser, de fato, único e para todos.

I. Observações necessárias para desenvolver campos estratégicos de ação

1- A diferença entre sistema de saúde e sistema de serviços de saúde

A noção de sistema de saúde é muito mais ampla e se relaciona com o modelo de desenvolvimento econômico e social e mais estreitamente com outras políticas sociais, tais como, renda, educação, habitação etc. Mas, se o conceito de determinação social e o direito de acesso aos serviços são cada vez mais aceitos (e também de interesse de grandes segmentos do capital), a pergunta que se segue é: qual modo de organizar e prestar serviços permite incorporar e interagir com um conceito ampliado de saúde, além de conferir qualidade e sustentabilidade para esses serviços?

2- A trajetória dos sistemas contemporâneos tem se caracterizado por sucessivos ajustes e reformas, com convergência de problemas comuns

Essas reformas revelam um movimento aparentemente pendular em que muitos discursos se repetem. De um lado propostas que, coincidindo com crises cíclicas e ajustes macroeconômicos, fazem o pêndulo oscilar para a contenção de gastos, supressão de direitos com abertura ao mercado privado sob argumento de que competição melhora qualidade. De outro, em conjunturas econômicas favoráveis ou aberturas políticas, o reconhecimento da saúde como direito e condição para o desenvolvimento e coesão social, ênfase na construção de redes coordenadas pela atenção primária para garantir a racionalidade necessária à diminuição de desigualdades de modo sustentável.

Apesar de particularidades de cada formação social, vem ocorrendo uma convergência nos desafios enfrentados por esses sistemas: questões macroestruturais que se referem ao desenvolvimento econômico, as opções políticas e financeiras frente à proteção social, o complexo produtivo da saúde, a articulação público-privado no financiamento, na prestação e na utilização dos serviços, e a transição demográfica e epidemiológica das populações. No âmbito da meso e da microgestão, tornaram-se centrais a constituição de redes integradas, o uso racional de tecnologias e medicamentos, novas formas de gestão com maior autonomia, corresponsabilização, modalidades de pagamento por desempenho, mudanças nos processos de trabalho, incluindo aqueles que se referem à atenção primária (equipe, interação entre generalistas e especialistas, o cuidado de doenças crônicas)².

3- A análise da dinâmica de acumulação setorial é imprescindível, pois o processo saúde-doenças se transformou em mercadoria altamente geradora de valor

Ao complexo médico-industrial (tecnologia e indústria farmacêutica) soma-se hoje um complexo médico-financeiro (seguros privados), com hipertrofia do setor de serviços (assessorias, informação, exportação de hospitais, turismo médico). Existem ganhos complementares entre esses segmentos com inflação crônica e crescimento dos gastos. A capacidade de regulação pública torna-se reduzida diante de uma complexa pluralidade de agentes relacionando-se com a política industrial, financeira e de serviços pessoais, todas permeadas por valores e normas éticas referentes à intervenção sobre a vida humana³. Esse aspecto é ainda mais complexo no caso de países periféricos.

As estimativas de crescimento do mercado de serviços de saúde para 2014 apontam *oportunidades* na Ásia, nas economias em transição, África e na

² CONILL, E.M., FREIRE, J.M., GIOVANELLA, L. *Desafios para a consolidação dos sistemas de saúde ibero-americanos: temáticas que a análise comparada permite circunscrever*. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issueoc&pid=1413-812320110006&lng=pt&nrm=iso

³ ANDREAZZI, M.F.S.; KORNIS, G.E.M. *Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008, 13:5, p. 1409-20.

América Latina⁴. Isso significa que a disputa de interesses pode se tornar ainda mais acirrada e, sem mudanças no modelo assistencial, a universalização dos cuidados pode representar um aumento desregulado de consumo sem correspondência com as necessidades de saúde da população. Dados da matriz analítica desenvolvida pelo Observatório Ibero-americano de Políticas e Saúde (Oiapss) mostram um déficit da balança comercial na área de produtos farmacêuticos no período 2008-2012⁵, em todos os países estudados, sendo esse déficit mais acentuado e crescente no Brasil.

4- Diversos estudos têm demonstrado que sistemas nacionais de saúde com prestação integrada de serviços de base territorial apresentam bons indicadores e são sustentáveis do ponto de vista macroeconômico

Foi encontrada uma correlação negativa entre a orientação do sistema de saúde para atenção primária com a mortalidade geral, com anos potenciais de vida perdida (para todas as causas e gênero) e para causas específicas sensíveis a este tipo de prática. Essa relação permaneceu significativa após o controle das demais variáveis demográficas e comportamentais⁶. No entanto, o caráter público que favorece virtudes, também encerra fragilidades (listas de espera, burocratização). A existência de listas de espera aparece como um dos problemas mais importantes dos sistemas nacionais. E sabemos que a forma como a qualidade é percebida pelos usuários influencia no crescimento de seguros privados, podendo ameaçar sua sustentação política e social, ao longo do tempo. Qualidade e equidade são atributos que estão juntos e se retroalimentam, a evasão das classes médias é prejudicial ao afastar do sistema segmentos com maior poder de pressão e influência. Mas formas de privatização não têm mostrado um desempenho melhor. No caso da América Latina, os modelos que

apostaram na prestação privada dos serviços e numa dinâmica de mercado, como foi o caso do Chile e da Colômbia, não demonstraram ser uma alternativa superior ao modelo de sistemas nacionais.

5- É importante considerar a diferença do conceito de qualidade em nível individual e coletivo

No primeiro caso, o que se busca é uma resposta oportuna e eficiente para o problema de saúde que nos aflige; no segundo, a qualidade implica garantir acesso e diminuir desigualdades com gastos sustentáveis. Na organização de sistemas universais ocorre um *trade off* ou uma *negociação* entre essas duas noções, processo ainda complexo na sociedade brasileira marcada por formas de particularismo no âmbito da esfera pública. Num país com intensa concentração de renda, a radicalização das diferenças entre grupos sociais impede o desenvolvimento de laços de solidariedade. Quanto mais as diferenças reforçam desigualdades horizontais, mais difícil se torna a formação de uma consciência de interdependência social e a institucionalização de um universalismo na esfera pública⁷.

II. A (des)construção do SUS: uma síntese das análises e interpretações sobre dificuldades, problemas e conquistas

Ao longo de quase trinta anos de embates na tentativa de construir o SUS, uma enorme produção acadêmica, institucional ou advinda de movimentos sociais se foi acumulando. Seria impossível abrangê-la neste trabalho, que destaca pontos que pensamos terem sido recorrentes.

⁴ Deloitte. *Global health care outlook Shared challenges, shared opportunities 2014* [document na internet]. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/dttl-lshc-2014-global-health-care-sector-report.pdf>

⁵ Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde (Oiapss), Matriz de indicadores [documento na Internet]. Disponível em: <http://oiapss.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2>

⁶ MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 2003; 38(3): 831-65.

⁷ CORDEIRO, H. A.; CONILL, E. M.; SANTOS, I.S.; BRESSAN, A. I. Por uma redução de desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual in: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C (Org). *Gestão pública e relação público e privado na Saúde*, Rio de Janeiro: Cebes, 2011, p. 129-151.

O primeiro deles é, sem dúvida, a questão do financiamento. Segundo dados do Observatório Global de Saúde, mantido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁸, o gasto com saúde no Brasil correspondia a 8,3% do PIB, em 2014, percentual um pouco abaixo do gasto de países que possuem sistemas nacionais como Espanha, Portugal, Reino Unido e Canadá (9% a 10% do PIB). O problema central é que nosso gasto advém majoritariamente de fontes privadas (aproximadamente 54%), ao contrário do que ocorre naqueles países e em oposição aos objetivos constitucionais de construir um sistema universal. Estudo feito pelo Conselho Federal de Medicina e pela ONG Contas Abertas⁹ mostra que o gasto público por pessoa foi da ordem de R\$ 1,419, ou seja, menos de quatro reais ao dia nesse mesmo ano. De 1995 a 2014, a participação do gasto com saúde nas despesas governamentais diminuiu, passando de 8,36% para 6,78%, valores muito abaixo daqueles dos países mencionados. Paralelamente a isso, expandiu-se o mercado de planos de saúde, que correspondem a quase 50% dos gastos privados, conferindo caráter particular à Reforma Sanitária Brasileira e explicitando uma de suas principais contradições de base. Ao longo dos anos, também houve retração dos gastos federais com aumento da participação dos municípios.

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é um sistema universal com cobertura duplicada e desigual: enquanto a população de renda mais baixa utiliza o SUS, os usuários do segmento suplementar podem constitucionalmente recorrer aos dois, com direito a renúncia fiscal. E isso se dá para alguns exames, procedimentos mais sofisticados e medicamentos, criando-se uma situação em que o SUS é que se torna suplementar para os que possuem planos privados, cuja cobertura se aproxima dos 50% em algumas capitais das regiões Sul e Sudeste.

Alguns elementos na análise da trajetória do sistema de saúde no Brasil ajudam a compreender esse

processo: uma *reforma tardia* em uma conjuntura já marcada por políticas neoliberais, a ênfase na arquitetura jurídica e institucional sem mudanças positivas no modo de atender as pessoas nos dez primeiros anos de sua implantação, até aqueles que se referem às características de nossa formação histórica, econômica, política e social (capitalismo periférico com grande heterogeneidade estrutural, fragilidade de forças sociais e de sua representatividade, raízes escravocratas com uma cidadania segmentada).

Outro conjunto importante de problemas acerca do funcionamento do SUS refere-se ao modelo de descentralização adotado, que determina uma grande complexidade ao processo de gestão que é compartilhada, *espalhada*, entre os entes federados. Existem mais de 5,5 mil operadores, que são os municípios, onde as pessoas ingressam no sistema. A maior parte desses municípios é de pequeno porte e, além disso, o modelo é marcado por alta influência e rotatividade político-partidária, com calendários eleitorais que, para complicar o cenário, não são coincidentes.

Em um organograma formal, a arquitetura do processo de gestão pode sugerir uma proposta bastante avançada, democrática e participativa. São gestores o governo federal, estadual, municipal; as fontes de financiamento estão organizadas em fundos em cada uma dessas instâncias; os processos decisórios ocorrem por consenso na Comissão Tripartite em nível nacional e nas Comissões Bipartites nas Unidades Federadas (Estado e representante dos municípios); de um modo geral, os serviços de alta complexidade são de responsabilidade da União, os de média complexidade são garantidos por estados e a atenção básica, pelos municípios que, em princípio, estão mais próximos da população; o controle social está previsto em todos esses níveis por meio de conselhos de Saúde, nacional, estaduais e municipais, além de conferências de Saúde realizadas a cada quatro anos.

⁸ Para dados de financiamento consultar: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOBRA?lang=en> e www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

⁹ Conselho Federal de Medicina. Governo gasta R\$ 3,89 ao dia na saúde de cada brasileiro. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25985:2016-02-18-12-31-38&catid=3

Na prática, a experiência tem mostrado um processo de gestão fragmentado que esbarra em amarras legais e administrativas, em decorrência de tantas instâncias e instituições. Isso se expressa na dificuldade de melhorar e manter estabelecimentos, contratar serviços e construir uma rede integrada, apesar de um conjunto de medidas e propostas que se sucederam ao longo dos anos – normas operacionais, pactos, Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), entre outras.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) tem desenvolvido formas de apoiar os gestores por meio de publicações (*Manual do Gestor*), congressos anuais, encontros de acolhimento no início de novos mandatos, entre outros. Para dar uma ideia dessa complexidade, o presidente da entidade refere:

O nosso controle de gastos atual é totalmente limitado porque referenciado em portarias pactuadas ao longo dos 24 anos, que somam cinco vezes o Código Civil brasileiro em artigos que se aplicam a todos os entes sobre como fazer as ações e serviços de saúde, o que pode e não pode¹⁰.

Também aponta a existência de contradições entre essas portarias e leis vigentes, com mais de 10 mil artigos que serão sistematizados por um projeto específico (Projeto Saúde Legis), em interação com instituições formadoras de auditores dos Tribunais de Conta.

Diante dessa situação, o argumento de maior agilidade (além da Lei de Responsabilidade Fiscal) vem sendo usado para justificar a crescente transferência da gestão para a iniciativa privada. Dados da pesquisa *Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros (2014)*¹¹ mostram que dos 2.316 estabelecimentos sob responsabilidade municipal administrados por terceiros, 43% eram por Organizações Sociais (OSs),

seguidas de empresas privadas, consórcios públicos, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), cooperativas e consórcios de sociedade. A maior proporção de OSs foi encontrada na região Sudeste (67 %).

Os fatores apontados levaram a um gradativo sucateamento da oferta de serviços públicos próprios, conveniados ou contratados. Atualmente, a maior parte dos médicos brasileiros atua no setor privado e, após mais de vinte anos de uma política de expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas 1,2% são especialistas em Medicina de Família e Comunidade¹². Referem que, além do salário, as condições de trabalho interferem em sua decisão de trabalhar no setor público.

Há uma grande desigualdade na oferta de serviços entre o SUS e o segmento de saúde suplementar (os *planos de saúde*) que possui disponibilidade bem maior de leitos e de exames para apoio diagnóstico e terapia, tais como, aparelhos de ressonância, mamógrafos, tomógrafos, raios X para hemodinâmica, aparelhos para radioterapia e medicina nuclear (respectivamente sete, cinco, quatro, três e duas vezes mais). Além disso, é importante assinalar a existência de uma sobreoferta de aparelhos de ressonância e tomografia nesse segmento quando comparada à de países da OCDE, mostrando um modelo assistencial que se caracteriza por uma alta e preocupante incorporação tecnológica em suas práticas¹³.

No entanto, seria incorreto não destacar algumas conquistas relevantes que decorreram da implementação do SUS ao longo desses anos. Se considerarmos o patamar de gastos já referido, é provável que estejamos falando de um sistema altamente custo-efetivo apesar dos problemas de acesso e qualidade já apontados. Um verdadeiro *milagre* de desempenho na escassez, que se explica em parte pela dedicação

¹⁰ JUNQUEIRA, M. *Diálogos no Cotidiano da Gestão Municipal do SUS*. XXXIII Congresso Conasems, p. 6. Disponível em: www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/07/revista_conasems_edicao69_web-1.pdf

¹¹ IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC. p.54. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94541.pdf>

¹² SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2015*. Disponível em: www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica-30nov2015.pdf

¹³ SANTOS, I. S. et al. *O mix público privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*. Cien Saude Colet, 2008; 13: 144-145. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500009&script=sci_abstract&tlng=pt

e esforços continuados de um grande número de pessoas. Nas palavras de Nelson Rodrigues dos Santos, em texto recente sobre a atual conjuntura da saúde:

A militância de milhares de trabalhadores de saúde, gestores e conselheiros de saúde, acadêmicos (docentes, alunos e pesquisadores) etc. estruturou e implementou com consistência muitas *ilhas* ou *nichos* de excelência, ao nível dos melhores sistemas de saúde do mundo, pelo menos em nove áreas: vigilância em saúde, atenção básica ou primária/saúde da família, saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – Caps), saúde do trabalhador (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest), urgência/emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu), DST/Aids (doenças sexualmente transmissíveis / síndrome da imunodeficiência adquirida), sangue e hemoderivados (Centro de Hematologia e Hemoterapia – Hemocentro), transplante de órgãos e tecidos¹⁴.

Acrescentaria que a política de atenção básica com a implantação de quase 50 mil equipes levou a inquestionáveis mudanças positivas em indicadores de mortalidade evitável, diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária (APS), além de demonstrar a possibilidade da incorporação de práticas mais abrangentes em nível local¹⁵. Afora isso, a existência de equipes de saúde bucal na atenção básica constitui-se em ação provavelmente ímpar em termos de acesso e sem equivalente em qualquer outro sistema de saúde. Houve, também, uma enorme expansão e desenvolvimento da saúde coletiva

em termos de formação e pesquisa. Por essa razão, a retomada para reconstruir o SUS deverá necessariamente levar em conta o importante acúmulo de experiências, práticas e conhecimento adquirido ao longo desses anos.

No entanto, uma política de saúde é acima de tudo uma construção social, uma escolha da sociedade. Portanto, diante desse cenário e antes de circunscrevermos alguns campos estratégicos para ação, três perguntas se fazem necessárias: O SUS é visto como o sistema de saúde brasileiro? Como seria se fosse para todos? O que levar em conta para legitimar uma (re)construção? Para contribuir nessa reflexão, o item a seguir sintetiza posicionamentos de alguns atores sociais envolvidos nessa luta.

III. O que opinam alguns atores sociais acerca do SUS e a importância de construir alianças para avançar em um novo projeto

De modo recorrente, a saúde é o tema que mais preocupa os brasileiros conforme inquéritos realizados por diferentes órgãos e em diferentes anos (2015, 2014, 2013)¹⁶. Na pesquisa *Retratos da Sociedade Brasileira – Problemas e Prioridades para 2014*¹⁷, 49% da população consideraram que a melhoria nos serviços de saúde deveria ser a prioridade do Governo Federal. Na mesma pesquisa, 58% dos entrevistados apontaram a saúde como principal problema do país. Uma síntese dos resultados desses inquéritos¹⁸ mostra que:

¹⁴ SANTOS, N. R. *Conjuntura atual: instigando a busca de rumos*. Saúde em Debate, abr-jun, 2017, p. 364. Disponível em: www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD113-web.pdf

¹⁵ São inúmeros os trabalhos acerca do tema, os mais atuais podem ser encontrados em número especial da revista *Saúde em Debate*, intitulado *Avaliação da Atenção Básica a Saúde no Brasil* (vol. 38, out., 2014). Disponível em: http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/11/RSD_AB_WEB_031114.pdf

¹⁶ São inúmeros trabalhos informações sobre o tema, com destaque para a Pesquisa CNI- IBOPE - Qualidade dos Serviços públicos, disponível em: http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Documents/CNI_IBOPE_edicao%20especial_jul2013_web.pdf e para a notícia das Nações Unidas “ONU consulta brasileiros para identificar prioridades para o mundo pós-2015”, disponível em <https://nacoesunidas.org/onu-consulta-brasileiros-para-identificar-prioridades-para-o-mundo-pos-2015/>

¹⁷ IBOPE. *Retratos da Sociedade Brasileira: Problemas e prioridade do Brasil para 2014*. Disponível em http://sinaval.org.br/wp-content/uploads/Retratos_da_Sociedade_Brasileira-CNI-IBOPE-Fev-2014.pdf

¹⁸ Instituto Datafolha. *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde*. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf>

o SUS é constantemente acionado – 86% (diretamente ou por proximidade com alguém da família) declarou ter procurado a rede pública;

postos e consultas são os serviços de maior procura;

mais da metade considerava difícil ou muito difícil conseguir o procedimento pretendido, especialmente cirurgias (63%);

entre dez serviços estudados, atendimento nos postos e distribuição de remédios tinham a menor reprovação (43%);

30% declararam estar aguardando ou ter alguém na família aguardando marcação ou realização de algum procedimento;

consideravam que “havia falha na gestão” (77%) e que “o SUS não tem recursos suficientes para atender bem a todos” (53%);

também mencionavam que “médicos precisam de estrutura para trabalhar (93%) e merecem ser valorizados” (86%);

No contexto de criação do SUS, um conjunto de forças sociais lideradas por profissionais e militantes da saúde passou a constituir o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) está na origem desse movimento e continua atuante. Em 2008, publicou manifesto intitulado *Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável*¹⁹, no qual foram listados 28 pontos que precisavam ser enfrentados. Entre eles, o financiamento, as condições precárias de um atendimento fragmentado, as filas, a ausência de um cartão SUS, a não valorização e a precarização do trabalho dos profissionais, entre outros.

Muitos desses pontos foram retomados em novo documento, *Por um SUS de todos os brasileiros! Propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira para Debate Nacional*²⁰, divulgado em 2014. Com teor mais amplo e apontando para a necessidade da construção coletiva de um projeto nacional e de outras reformas (política, tributária), o documento foi assinado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco),

Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), Associação Brasileira Rede Unida e Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

Os seguintes conteúdos são abordados no documento: construção de um projeto nacional (inclusão social, direito à saúde, importância do papel do Estado, sistema universal) e reformas inadiáveis (política, tributária, revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal com relação aos limites das despesas com pessoal na saúde); seguridade, financiamento (fim dos subsídios), regionalização e redes, APS resolutiva (diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, integração dos serviços, tempos de espera); caráter público da gestão (rever terceirizações e lógicas privatistas); formação, carreiras públicas de base municipal, regional ou estadual; incorporação de tecnologias segundo necessidades de saúde e desenvolvimento de uma política industrial nacional.

Por serem a porta de entrada e a base do sistema, as secretarias municipais de Saúde foram constituindo-se em outro ator importante na defesa do SUS. Esta foi uma *externalidade* positiva da complicada arquitetura da gestão do SUS. Embora oriundos de partidos políticos diversos, muitos secretários e secretárias municipais constroem acordos e plataformas comuns na defesa do SUS, o que pode exercer influência positiva no cenário político local e nacional.

As propostas do Conasems referentes ao SUS coincidem, em linhas gerais, com os aspectos apontados no documento do MRSB. Dois aspectos merecem destaque, por serem demandas específicas desse ator social: propostas de reformulação da Política de Atenção Básica (PNAB) e mudança do modelo de repasse dos recursos da União com unificação dos blocos de financiamento. Para trabalhar na reformulação da PNAB, foi criado, em 2016, um grupo de

¹⁹ Cebes. *Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável*. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/20%20ANOS%20DO%20SUS_CEBES.pdf

²⁰ Cebes. *Por um SUS de todos os brasileiros! Propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira para Debate Nacional*. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Por-um-SUS-de-todos-os-brasileiros2.pdf>

trabalho com representantes de todas as regiões, e um dos pontos centrais é conferir maior flexibilidade aos modelos de atendimento de modo que possam refletir necessidades locais. Atualmente, mudanças na composição definida para as equipes implicam perda do repasse financeiro²¹.

A unificação das transferências dos recursos do ministério, organizada por custeio e capital é antiga reivindicação da entidade, com o argumento de que o atual modelo de financiamento em seis blocos (mais de 880 formas de repasses, sem possibilidades de remanejamento) engessa a adequação dos serviços à realidade local. Já aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite, a medida entrará em vigor em 2018 e vem sendo alvo de debates.

Para o presidente do Conasems, essa decisão potencializa a Lei complementar 141/2012²², que regulamenta a EC 29²³. Essa Lei dispõe sobre os valores a serem aplicados por União, estados e municípios, estabelece critérios de rateio para diminuir desigualdades regionais, além de normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas. Também reforçaria o planejamento ascendente e a importância do Plano Municipal de Saúde (PMS), que passa a ser central nesse novo cenário²⁴.

Para outros, o novo mecanismo implica riscos de diminuição de recursos para ações antes definidas nos blocos existentes, além de outras formas de desvios. Portanto, a aprovação e o acompanhamento do PMS pelo Conselho Municipal ou por outras formas de controle social tornam-se, de fato, cruciais, embora a experiência venha demonstrando fragilidades nesse processo.

Finalmente, é interessante resumir algumas das propostas feitas por Gastão Wagner De Souza Campos²⁵, atual presidente da Abrasco e conhecido pensador na área da Saúde. Não se trata de um posicionamento da entidade, mas de ideias que o autor traz para o debate e a constituição de um bloco político capaz de renovar e dar continuidade aos movimentos sociais em defesa da vida. Além do financiamento, considera que a fragmentação dos serviços e da gestão são problemas centrais a serem superados. Para isso, sugere que se possa pensar caminhos progressivos de uma verdadeira integração por meio de uma nova estrutura jurídica para a gestão do SUS, além da implementação de uma política de pessoal unificada. Retomaremos essas propostas no item a seguir, ao discutir alguns campos estratégicos de ação.

Corporações profissionais, parlamentares, empresariado nacional e centrais sindicais são atores que precisam ser considerados na formulação de estratégias para reconstruir o sistema de saúde. No caso dos profissionais, incluindo os médicos, sabe-se que seus posicionamentos não diferem muito do que já foi pontuado pelos atores citados neste tópico. Mas a aproximação do que pensam e pretendem os demais atores mencionados é certamente um desafio.

IV. Campos estratégicos de ação para a reconstrução do SUS: continuando o debate

1. Complexo produtivo da saúde/CPS

A doença tornou-se uma mercadoria altamente geradora de valor e um importante setor econômico composto por três grandes segmentos: o da indústria

²¹ RODRIGUES, K. *A voz que vem dos municípios*. GT Atenção Básica. Proposições Conasems. Alteração da PNAB. Revista Conasems, 2016, 67: 11-18.

²² BRASIL. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

²³ BRASIL. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituiçao/emendas/emc/emc29.htm

²⁴ Congresso do Conasems. Debate unificação dos blocos de financiamento. Revista Conasems, 2016, 69: 19-26.

²⁵ CAMPOS, G. W. S. *Estratégias para consolidação do SUS e do direito a saúde. Ensaios & Diálogos*, nov, 2016. Disponível em: www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo_GASTAO_REVISTA_3_marco_2017.pdf

de base química e biotecnológica; o de base mecânica, eletrônica e de materiais; e o de serviços de saúde. Embora sejam segmentos com dinâmicas distintas, esses agentes econômicos estão imersos em um mesmo ambiente político-institucional, em articulação direta com o modo de organizar e prestar serviços.

O enfrentamento de questões referentes ao complexo produtivo da saúde está diretamente relacionado à sustentabilidade dos sistemas universais. Autores²⁶ que tratam o tema têm assinalado a fragilidade da base produtiva brasileira, apesar de ocuparmos a sétima posição no *ranking* mundial de vendas globais com crescente dependência de importações.

Mostram a importância de inserir a saúde na agenda do desenvolvimento econômico nacional com políticas para transformar a estrutura produtiva e de inovação cada vez mais frágil no país. Há necessidade de aumentar de modo expressivo o investimento em ciência e tecnologia, mas sobretudo articular o desenvolvimento tecnológico e os sistemas de inovação às necessidades do sistema de saúde. Referem que:

Em diversos países, como na França e nos países nórdicos, é possível observar uma articulação virtuosa entre política de saúde e a política industrial e tecnológica voltada ao subsistema de equipamentos e materiais de saúde, aliando sistemas universais e competitividade nacional (p. 227).

Um dos principais desafios se situa nas possibilidades de o Estado brasileiro exercer efetivo papel como regulador, acentuar seu poder como comprador, qualificar o modelo de gestão e diminuir o grau de perversidade das relações público-privadas em seu interior. Sem uma mudança dessa ordem, será difícil impor limites aos interesses mercantis e de acumulação privada que irão se sobrepôr aos interesses coletivos, numa arena onde esses aspectos se explicitam de forma crítica.

A análise da problemática a ser enfrentada em cada um dos segmentos ou subsistema produtivo

pode auxiliar na identificação de ações prioritárias em áreas específicas. No subsistema de base química e biotecnológica, a indústria farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnósticos; no de base mecânica, eletrônica e de materiais, a indústria de equipamentos e materiais médicos, e, no sistema de serviços, a racionalização do modelo de atenção com contenção e regulação da saúde suplementar. Portanto, ações e políticas nesse campo deverão ser necessariamente multissetoriais e transversais às diversas esferas de governo. A Fiocruz é uma das principais instituições brasileiras a poder exercer um protagonismo legítimo nesse sentido, por sua histórica acumulação de conhecimentos e práticas, além do fato de que os principais pensadores dessa área fazem parte de seus quadros.

2- Profissionalização da gestão com menor rotatividade político-partidária

É possível estabelecer uma nova estrutura jurídico-institucional para o SUS? Em trabalho já referenciado anteriormente, Gastão Wagner de Souza Campos traz para o debate a proposta da criação de um organismo tripartite, uma autarquia interfederativa que denomina hipoteticamente de *SUS Brasil*, a título de exemplo. Seu estatuto incorporaria o arcabouço legal do SUS revisado à luz da experiência de seu funcionamento tendo como principal célula as regiões de saúde.

O SUS Brasil seria uma organização com gestão compartilhada e participativa, incorporando as instâncias de deliberação previstas já existentes. Em cada região, um secretário regional de Saúde, indicado pelos municípios em consenso com o estado, exerceria atividades de gestão com objetivo de efetivar a integração dos serviços. O âmbito e a extensão dos cargos de livre provimento ou de confiança seriam limitados e os servidores da saúde ingressariam por concurso em carreiras do SUS Brasil. Para o autor, a política de pessoal poderia se constituir em um primeiro exercício de unificação do SUS.

²⁶ GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S.; COSTA, L. S. *O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde*. In: GIOVANELLA et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012, p. 209-237

Mas, em função dos inúmeros atores e interesses que foram se consolidando com a atual arquitetura institucional, a implementação da proposta deve enfrentar barreiras. O que não retira a validade do debate proposto, nem diminui a importância de enfrentar os problemas do atual modelo de gestão. Outra possibilidade na linha desenvolvida por autores²⁷ que discutem a organização de redes seria dar continuidade e reforçar a dinâmica de governança regional. Nesse sentido, todos os serviços precisariam incorporar o sentimento de pertencerem a uma *rede interfederativa de saúde*, juntamente com a implantação de sistemas de informação comuns e mecanismos de gestão da clínica.

As iniciativas que vêm sendo desenvolvidas – Colegiados de Gestão Regional, Comissões Intergestores Regionais (CIRs), Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) – mostram que a integração ocorre lentamente²⁸. Estão previstas reuniões deliberativas com participação de todos os secretários municipais e representantes da Secretaria de Estado para viabilizar um planejamento regional integrado. Embora com alguns avanços (reuniões relativamente regulares, criação de grupos de trabalhos, entre outros) as CIRs tendem a funcionar como mais uma instância burocrática.

Seria possível estimar um reforço técnico e administrativo para as 438 regiões atualmente existentes, por meio de uma secretaria executiva e/ou um programa de apoiadores conforme experiência que vem sendo realizada pelos municípios (Projeto Rede Colaborativa Conasems-Cosems para Fortalecimento da Gestão Municipal). Mas isso teria que ser feito de modo sinérgico com mais recursos financeiros e investimentos na assistência à saúde. Caso contrário, corre-se o risco de criar mais uma estrutura sem

enfrentar um dos maiores entraves para o funcionamento adequado do SUS: a insuficiência concreta da oferta de serviços especializados de atenção secundária, sem os quais é impossível avançar na construção de redes para um cuidado integral. Esse fato pressiona ações de *sobrevivência imediata* por parte dos municípios, uma vez que faltam profissionais nos serviços públicos de referência e muitos prestadores privados também não aceitam trabalhar pela Tabela SUS, sem atualização há muito tempo.

3- Carreira para o SUS e qualificação dos recursos humanos

A importância dos recursos humanos para o desempenho do SUS foi gradativamente diluída no conjunto de questões que se acumularam ao longo do tempo. Reapareceu de modo agudo, ensejando uma resposta com forte conteúdo de legitimação política, representada pelo Programa Mais Médicos (PMM). O programa, instituído pela Lei 12.871²⁹, de 22 de outubro de 2013, tem três componentes principais: provisão emergencial, ampliação da oferta de cursos, vagas e residências, novas diretrizes e parâmetros para a formação com ênfase na atenção primária.

Alguns trabalhos têm discutido a iniciativa, apontando para resultados positivos do provimento emergencial feito, inicialmente, através de um acordo com o governo cubano intermediado pela Organização Panamericana de Saúde (Opas). Mostram diminuição de desigualdades e melhoria do acesso em locais com dificuldades para fixar médicos, satisfação dos usuários, melhores indicadores de produção e práticas com maior responsabilização comunitária. Algumas preocupações dizem respeito à expansão

²⁷ FERNANDES, S. *Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf

²⁸ SILVEIRA FILHO et al. *Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde*, Physis. 26 (3):853-878, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00853.pdf. BRETAS JÚNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. *Planejamento Regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios*. Saúde em Debate, 39 (107): 962-971, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00962.pdf

²⁹ BRASIL. Lei 12.871 de outubro de 2013. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112871.htm

do ensino médico em escolas privadas, ao não enfrentamento de entraves estruturais do sistema de saúde como um todo (financiamento, novas formas de gestão, coordenação entre atenção básica e demais serviços) e, justamente, a ausência de uma carreira para profissionais do SUS³⁰.

Conforme já mencionamos, Gastão Wagner de Souza Campos sugere que a política de pessoal, a ser financiada por um fundo tripartite, pode representar um primeiro exercício de integração de uma nova estrutura jurídica do SUS. Propõe a criação das seguintes carreiras temáticas: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, apoio administrativo/ financeiro e urgência. Os concursos poderiam ter âmbito estadual, com possibilidade de mobilidade dentro da rede e com progressão funcional. Aos atuais servidores (de todas os entes federados) seria dada a escolha entre migrar para as novas carreiras ou permanecerem com seus vínculos como carreiras em extinção. Todo ingresso novo se daria por concursos nessas áreas.

Segundo dados do Governo Federal³¹, o PMM garantiu a presença de 18.240 médicos em 4.058 municípios e em 34 distritos indígenas, afirmando-se a intenção de colocar 4 mil médicos brasileiros em vagas ocupadas pelos profissionais da cooperação com a Opas, nos próximos três anos.

Um relatório da Auditoria Anual de Contas do Programa³² refere um incremento de apenas 42% dos médicos nos municípios participantes, ou seja, a cada cem profissionais alocados há

dispensa de 58 médicos contratados pelos municípios. Se, por um lado, esse fato aponta importante distorção do PMM, por outro, reforça a necessidade do aumento quantitativo desses profissionais de modo mais estável.

O documento também refere a existência de importante déficit de força trabalho no próprio Ministério da Saúde, incluindo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que administra o Programa. Na proposta orçamentária de 2016 (Ploa 2106), houve solicitação do preenchimento de 8.980 cargos vagos no ministério, o que não foi atendido. Um projeto para o dimensionamento da força de trabalho para o MS e suas unidades estaria em andamento na SGTES.

Estimativas mais gerais podem usar alguns dos dados acima referidos mas, o dimensionamento quantitativo e sobretudo qualitativo dos recursos humanos é trabalho complexo que requer sistematização dos diversos instrumentos de planejamento existentes – planos municipais e estaduais, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Programação Regional Integrada/PRI, entre outros.

Desde 2006, existem diretrizes para apoiar a construção de Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) nos âmbitos regionais, estaduais e municipais. Trabalhos mais recentes de profissionais do campo³³ trazem contribuições interessantes para o desenvolvimento de PCCS. Em 2012, o Ministério da Saúde lançou edital com esse tema (InovaSUS-Carreira) premiando 12 projetos. O resgate dessas

³⁰ Consultar *Ciência & Saúde Coletiva* 21(9), 2016, número temático dedicado ao resultado de pesquisas sobre o Programa Mais Médicos. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160009&lng=pt&nrm=iso

³¹ Dados do Portal do Programa Mais Médicos. Disponíveis em <http://maismedicos.gov.br/>

³² Portal da Transparência. *Relatório de Auditoria Anual de Contas de 2015*. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/mais-medicos/Relatorio-de-Auditoria-Anual-de-Contas-n201600675-SGTES-Exercicio-2015.pdf>

³³ PAULA VIEIRA, S. de et al. *Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades*. *Saúde em Debate*, 41(112):110-121, 2017. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf

ObservaRH/ Nesp/Ceam/UNB/Fiocruz. *Gestão do trabalho em saúde: experiências*

selecionadas do prêmio InovaSUS –Laboratório de Inovação. Estudos e Análises, 2016. Disponível em: http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/05/01_InovaGestao.pdf

experiências e uma interação com o Observatório de Recursos Humanos, entre outros grupos de pesquisa da área, serão imprescindíveis no desdobramento de uma proposta dessa ordem.

4- Informatização e uso efetivo do Cartão Nacional de Saúde

Se uma política de pessoal pode ser um primeiro exercício para uma verdadeira unificação do SUS, a integração dos sistemas de informação constitui outra ação igualmente prioritária. Ponto central da logística para controle do acesso e do fluxo dos usuários na rede, representam uma ferramenta fundamental para o planejamento e avaliação dos serviços.

Esses sistemas devem ser repensados e sistematizados para tornar mais ágil e conferir transparência aos inúmeros instrumentos de gestão atualmente existentes. Além disso, têm implicações para o financiamento pois se relacionam com questões referentes ao ressarcimento do SUS. No período de 2011-2014, os valores obtidos com ressarcimento foram da ordem de R\$ 673,66 milhões, com predomínio de atendimentos de urgência e emergência (quase 70%). O maior volume de atendimentos ocorre na região sudeste onde é maior a cobertura da saúde suplementar³⁴. É possível que a importância dessa questão se torne ainda maior com a difusão de planos mais baratos com coberturas inferiores às exigidas hoje pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Conforme referido no Portal de Saúde do Cidadão³⁵, página do DataSUS, na qual os usuários podem realizar o cadastramento para obtenção do Cartão Nacional de Saúde:

Com este Portal de Saúde do Cidadão, o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter acesso ao seu histórico de registros das ações e serviços de saúde no SUS. Ele poderá conferir as informações de suas internações hospitalares, com dados sobre atendimento ambulatorial de média e alta complexidade e aquisição de medicamentos no programa Farmácia Popular. Saber os nomes dos profissionais de saúde que o atenderam, o período, o nome do hospital e os procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados dão ao cidadão a possibilidade de participar da fiscalização e do aprimoramento do SUS.

Embora também haja um campo para uso dos profissionais de saúde, esta é uma imagem objetivo que ainda parece estar longe de ser alcançada apesar do lançamento recente do aplicativo e-saúde³⁶. O que precisa ser gradativamente conquistado junto à população é o sentimento de que faz diferença possuir o CNS, porque este facilita seu acesso a serviços resolutivos.

É necessário prever um investimento importante na informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e do conjunto de serviços públicos. Dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) mostraram que apenas 30% das UBSs tinham um consultório ou mais com computador conectado à internet³⁷. Em 2012, somente 11% das equipes participantes desse programa (50% do total no país) possuíam prontuário eletrônico integrado a rede³⁸.

Segundo informações mais recentes divulgadas pelo MS, o prontuário eletrônico estaria sendo usado por aproximadamente um terço das unidades

³⁴ Portal da Saúde. Levantamento aponta serviços do SUS mais procurados por usuários de planos. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2014/12/levantamento-aponta-servicos-do-sus-mais-procurados-por-usuarios-de-planos

³⁵ Ministério da Saúde. Portal do cidadão. Disponível em: <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao>

³⁶ Portal da Saúde. *Aplicativo vai ampliar o acesso da população às informações de saúde*. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2017/06/aplicativo-vai-ampliar-o-acesso-da-populacao-as-informacoes-de-saude

³⁷ Portal da Saúde. Resultados da avaliação do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?

³⁸ FAUSTO, M. C. R. et al. *A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB*. Saúde em Debate, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014. Disponível em www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf

(em torno de 15 mil), havendo intenção de estendê-lo ao conjunto das UBSs até o final de 2018. Para isso, foi lançada uma consulta pública para reunir propostas de empresas interessadas em promover a digitalização³⁹.

Esse processo terá que ser acompanhado pelo grupo que assumir o aprofundamento deste campo. A tarefa requer importante expertise técnica no campo das tecnologias de informação e comunicação, mas é fundamental que se realize em integração com gestores, profissionais e conselheiros para que possa responder, de fato, as necessidades.

Portanto, um grande investimento se faz necessário neste campo, inclusive para imprimir maior uso a projetos como o Telessaúde, com grande potencial para a melhorar a qualidade dos cuidados e diminuir filas de espera para especialistas. A experiência do Telessaúde no estado de Santa Catarina, em 2016, mostrou ser possível agilizar a fila de encaminhamento para atendimentos especializados⁴⁰.

Esse exemplo relaciona-se de modo direto com o item a seguir, que trata da atenção especializada, apontando para o potencial de sinergia entre todos os campos de ação até aqui referidos.

5- Atenção especializada

Os tempos de espera para atenção especializada e para cirurgias constituem o principal motivo de insatisfação da população com o SUS. Além das medidas já referidas para aumentar e qualificar os recursos humanos através de um PCCS, é necessário modificar o padrão atual de investimento em infraestrutura dos serviços próprios. Uma análise da evolução dos investimentos federais em saúde⁴¹ mostrou que, de 1997 a 2004, a maior parte dos recursos foi destinada a manutenção da rede já existente por meio de

pagamentos por serviços prestados ou transferências intergovernamentais. A participação dos investimentos nas despesas federais esteve sempre abaixo de 5% (com exceção de 2001). Ainda que seja imprescindível levar em conta e sistematizar as necessidades já expressas nos instrumentos de planejamento, uma estimativa mais rápida poderá prever elevação substancial deste porcentual.

Outro importante ponto crítico a ser enfrentado de modo urgente é a revisão e atualização da Tabela SUS. A composição público-privada que caracteriza o sistema de saúde torna suas distorções ainda mais drásticas com redução cada vez mais importante da oferta de serviços, além de favorecer arranjos perversos entre prestadores, profissionais e pacientes. O valor médio pago por internação pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores é cinco vezes superior ao do SUS sendo que, para os planos de renda maior este valor chega a representar dezoito vezes mais (provavelmente para hospitais filantrópicos de ponta subsidiados por recursos públicos)⁴². Ao contrário de um sistema universal, tais distorções alimentam um sistema altamente estratificado.

6- Atenção básica

Ao contrário da atenção especializada, a atenção básica é uma área que tem sido objeto de grande número de pesquisas e estudos de avaliação há quase duas décadas. De modo geral, esses estudos coincidem quanto aos principais nós críticos: dificuldades na estrutura, na obtenção e fixação de recursos humanos e na integração com a rede para garantir a continuidade do cuidado.

Duas ações podem ser priorizadas nesse campo e estão inter-relacionadas: um aumento quantitativo da oferta através de um redimensionamento do atual parâmetro equipe de saúde da família/população,

³⁹ Portal da Saúde. *Unidades Básicas de Saúde serão informatizadas*. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2017/07/unidades-basicas-de-saude-serao-informatizadas

⁴⁰ Dados disponíveis no livreto do Telessaúde SC. Para mais informações, acessar: <http://telessaude.ufsc.br/>

⁴¹ GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):3003-3016, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038

⁴² Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. *A revolta contra os pobres*. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/02/a-revolta-contra-os-pobres/>

com melhoria da estrutura, condições de trabalho e de apoio diagnóstico e terapêutico; e dar continuidade ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), após sua revisão e ajustes.

A normatização da Política de Atenção Básica estabelece o parâmetro de aproximadamente 3,5 mil habitantes por equipe. Seria importante diminuir essa relação, de modo a atenuar a carga de trabalho dos profissionais em nível local, uma vez que as condições de trabalho têm sido apontadas como uma das principais causas da rotatividade dos profissionais. Atualmente existem 48.605 equipes de saúde da família (ESF) e 29.593 equipes de saúde bucal (ESB) credenciadas pelo MS. A estratégia da saúde da família está presente na quase totalidade dos municípios brasileiros (5.428)⁴³.

Para fins de uma estimativa rápida dos gastos com uma expansão, podem ser utilizados (e atualizados) os resultados de um estudo feito pelo Instituto de Pesquisas Aplicadas (Ipea)⁴⁴, em 2013. O valor médio nacional das equipes de saúde da família para 40 horas semanais ficou em R\$ 18 mil, sem encargos, variando de R\$ 16,2 mil no Nordeste a R\$ 25,6 mil no Centro-Oeste. Adicionando-se encargos trabalhistas, o custo subia para, aproximadamente R\$ 24,4 mil para a ESF e R\$ 7,9 mil e R\$ 9,2 mil para a ESB, modalidades I e II, respectivamente.

Os resultados indicam que o gasto com pessoal representa entre 50% e 90% do total da atenção básica. Ao aplicar esses percentuais para simular o custo total da atenção básica, considerando uma ESF mais uma ESB modalidade I, as autoras do estudo chegaram aos valores de R\$ 35,8 mil (90%), R\$ 53,8 mil (60%) e R\$ 64,6 mil (50%).

Em 2011, o MS deu início ao PMAQ-AB visando

incentivar gestores e equipes a melhorar a prestação dos serviços em função de um pagamento condicionado a melhoria do desempenho (metas contratualizadas por adesão voluntária). As equipes passaram por um processo de autoavaliação complementado por uma avaliação externa feita por instituições de ensino e pesquisa de várias regiões brasileiras (Rede de Pesquisa em Atenção Primária).

O programa gerou um enorme banco com informações sobre os processos de trabalho, as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos, além da opinião dos usuários. Os resultados estão disponíveis na página do Departamento de Atenção Básica, e um número temático da revista *Saúde em Debate*⁴⁵ que traz análises sob diversos ângulos e regiões. Revisar e adequar esse programa para garantir sua continuidade é um caminho nesse campo. A discussão dessa proposta poderá contar com a contribuição dos principais pesquisadores sobre o tema, uma vez que atuam na Fiocruz.

V. Considerações finais

A Organização Mundial da Saúde tem insistido na importância de seis pilares para a construção e sustentabilidade de um sistema de serviços, que denomina *building blocks*: prestação dos cuidados, força de trabalho, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento e governança. Embora com enfoque um pouco distinto, os campos estratégicos mencionados coincidem com esses pilares. É importante reiterar a necessidade de sinergia entre essas ações, mas sobretudo o fato de que decisões políticas em nível macrosocial precisam se traduzir em medidas operacionais de gestão que, acima de tudo, facilitem a interação de profissionais e usuários. É na prática cotidiana dos serviços que os contornos de uma nova face para o SUS poderão se construir. ■

⁴³ Dados disponíveis para pesquisa no Portal do Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura de Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

⁴⁴ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Pesquisa analisa custos da atenção básica*. Disponível em: www.mestradoprofissional.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20842

⁴⁵ *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, 2014, p. 13-33. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0103-110420140006&lng=pt&nrm=is

Referências bibliográficas

- ANDREAZZI, M.F.S.; KORNIS, G.E.M. *Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 2008, 13:5, p. 1409-20.
- BRASIL. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
- BRASIL. Lei 12.871 de outubro de 2013. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112871.htm
- BRASIL. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
- BRETAS JÚNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento Regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, 39 (107): 962-971, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00962.pdf
- CAMPOS, G. W. S. *Estratégias para consolidação do SUS e do direito a saúde. Ensaios & Diálogos*, nov, 2016. Disponível em: www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo_GASTAO_REVISTA_3_marco_2017.pdf
- CEBES. *Por um SUS de todos os brasileiros! Propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira para Debate Nacional*. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Portum-SUS-de-todos-os-brasileiros2.pdf>
- CEBES. *Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável*. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/20%20ANOS%20DO%20SUS_CEBES.pdf
- CEBES. *A revolta contra os pobres*. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/02/a-revolta-contra-os-pobres/>
- CONASEMS. Debate unificação dos blocos de financiamento. *Revista Conasems*, 2016, 69: 19-26.
- CONILL, Eleonor Minho; FREIRE, José-Manuel e GIOVANELLA, Lígia. Desafios para a consolidação dos sistemas de saúde ibero-americanos: temáticas que a análise comparada permite circunscrever. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2011, vol.16, n.6, pp.2670-2670. ISSN 1413-8123. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320110006&lng=pt&nrm=iso
- CORDEIRO, H. A.; CONILL, E. M.; SANTOS, I.S.; BRESAN, A. I. Por uma redução de desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual in: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C (Org). *Gestão pública e relação público e privado na Saúde*, Rio de Janeiro: Cebes, 2011, p. 129-151.
- DELLOITTE. *Global health care outlook Shared challenges, shared opportunities 2014*. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/dttl-lshc-2014-global-health-care-sector-report.pdf>
- FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014. Disponível em www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf
- FERNANDES, S. *Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf
- GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):3003-3016, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038
- GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S.; COSTA, L. S. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: GIOVANELLA et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012, p. 209-237.
- IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC. p.54. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94541.pdf>
- IBOPE. *Retratos da Sociedade Brasileira: Problemas e prioridades do Brasil para 2014*. Disponível em http://sinaval.org.br/wp-content/uploads/Retratos_da_Sociedade_Brasileira-CNI-IBOPE-Fev-2014.pdf
- DATAFOLHA. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Pesquisa analisa custos da atenção básica*. Disponível em: www.mestradoprofissional.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20842
- JUNQUEIRA, M. *Diálogos no Cotidiano da Gestão Municipal do SUS*. Anais do XXXIII Congresso Conasems, p. 6. Disponível em: www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/07/revista_conasems_edicao69_web-1.pdf
- MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 2003; 38(3): 831-65.
- Ministério da Saúde. Portal do cidadão. Disponível em: <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao>
- PAULA VIEIRA, S. de et al. *Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades*. *Saúde em Debate*, 41(112):110-121, 2017. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf
- PORTAL DA SAÚDE. *Aplicativo vai ampliar o acesso da população às informações de saúde*. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2017/06/aplicativo-vai-ampliar-o-acesso-da-populacao-as-informacoes-de-saude
- PORTAL DA SAÚDE. Levantamento aponta serviços do SUS mais procurados por usuários de planos. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2014/12/levantamento-aponta-servicos-do-sus-mais-procurados-por-usuarios-de-planos

RODRIGUES, K. *A voz que vem dos municípios*. GT Atenção Básica. Proposições Conasems. Alteração da PNAB. Revista Conasems, 2016, 67: 11-18.

SANTOS, I. S. et al. *O mix público privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*. Cien Saude Colet, 2008; 13: 144-145. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500009&script=sci_abstract&tlng=pt

SANTOS, N. R. *Conjuntura atual: instigando a busca de rumos*. Saúde em Debate, abr-jun, 2017, p. 364. Disponível em: www.saude-emdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/RSD113-web.pdf

SAÚDE EM DEBATE, v. 38, n. especial, 2014, p. 13-33. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0103-110420140006&lng=pt&nrm=is

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2015*. Disponível em: www.usp.br/agen/wp-content/uploads/Demografia-Medica30nov2015.pdf

SILVEIRA FILHO et al. *Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde*, *Physis*, 26 (3):853-878, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00853.pdf.

SOJO, A. *Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas*. Cien Saude Colet, 2011, 16: 2673-85. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/02.pdf