



ano V, número 17
outubro, novembro e dezembro de 2015
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

INSTITUCIONAL

**Agenda de Prioridades para
a Saúde do Brasil**

SAÚDE EM FOCO

**Aumento de casos de microcefalia coloca
em alerta a saúde pública brasileira**

Crise

Ameaça

A crise econômica, política e fiscal que acomete o país afeta o sistema de saúde brasileiro e ameaça até mesmo a sua existência

Oportunidade

Encontrar alternativas para evitar o colapso do sistema de saúde brasileiro pode ser um belo exercício de inovação, ousadia e coragem daqueles que defendem e lutam pelo SUS

ARTIGOS

Cláudia Collucci

SUS: o futuro que não chega

Carlos Octávio Ocké-Reis e Francisco R. Funcia

O esgotamento do modelo de financiamento do SUS

INSTITUCIONAL
Agenda de Prioridades para
a Saúde do Brasil

SAÚDE EM FOCO
Aumento de casos de microcefalia coloca
em alerta a saúde pública brasileira

Crise

Ameaça

A crise econômica, política e fiscal que acomete o país afeta o sistema de saúde brasileiro e ameaça até mesmo a sua existência

Oportunidade

Encontrar alternativas para evitar o colapso do sistema de saúde brasileiro pode ser um belo exercício de inovação, ousadia e coragem daqueles que defendem e lutam pelo SUS

ARTIGOS

Cláudia Colluci
SUS: o futuro que não chega

Carlos Octávio Ocké-Reis e Francisco R. Funcia
O esgotamento do modelo de financiamento do SUS

6

consensus entrevista

O ministro da Saúde, Marcelo Castro, concedeu uma entrevista exclusiva à Revista Consensus e apresentou as prioridades da sua gestão. Confira!

14

matéria de capa

Crise! Ameaça ou oportunidade? Conheça a opinião de parlamentares, profissionais da área da saúde e pensadores sobre o momento atual e o futuro do sistema de saúde brasileiro diante da crise econômica e fiscal que o país atravessa

institucional

- 26** *Agenda de Prioridades para a Saúde do Brasil: saiba quais são as propostas do CONASS para o fortalecimento do SUS*
- 29** *Brasília recebe a 15ª Conferência Nacional de Saúde*
- 30** *Parlamentares se unem a CONASS e Conasems na luta por mais recursos para o SUS*

saúde em foco

- 34** *Aumento dos casos de microcefalia preocupa gestores de saúde e coloca em alerta a saúde pública brasileira*

opinião

- 38** *SUS, o futuro que não chega, por Cláudia Collucci*
- 42** *O esgotamento do modelo de financiamento do SUS, por Carlos Otávio Ocké Reis e Francisco R. Funcia*

- 46** *curtas*

Estamos diante de uma conjuntura de crise política, fiscal e econômica que atinge fortemente o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em decorrência da crise fiscal que afeta a União, os estados e os municípios também padecem com as inúmeras dificuldades impostas pela crise do setor saúde – no SUS e na saúde suplementar.

Diante desse cenário, é consenso entre os gestores estaduais do SUS que deve-se colocar em prática, imediatamente, uma agenda de fortalecimento do SUS que deve incluir **financiamento sustentável** referenciado por uma **revisão do pacto federativo**, acompanhados do compromisso com uma agenda de **melhoria da gestão** do SUS. A 15^a Conferência Nacional de Saúde é uma das oportunidades para enfrentarmos a crise e definirmos os rumos que a sociedade brasileira almeja para fazer valer sua temática em 2015: **“Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”**.

Nesse contexto, trazemos na matéria de capa as ameaças e as oportunidades que a crise apresenta para o SUS; como evitar o colapso do sistema de saúde brasileiro; e de que maneira a população é atingida, além da real ameaça à sua maior conquista que é o próprio Sistema Único de Saúde. Inevitável abordamos o subfinanciamento do SUS, que se tornou ainda maior diante do corte orçamentário sofrido pelo Ministério da Saúde.

E já que falamos de crise, de ameaças e de oportunidades, apresentamos a **Agenda de Prioridades para a Saúde do Brasil**, definida a partir do Seminário do CONASS para Construção de Consensos, realizado em julho deste ano.

Ainda na temática de discussão das dificuldades, dos desafios e do futuro do SUS, trazemos os artigos da jornalista Cláudia Collucci, que faz a reflexão “SUS: o futuro que não chega”, e dos especialistas Carlos Ocké e Francisco Funcia, que tratam do “O esgotamento do modelo de financiamento do SUS”.

Na sessão Saúde em Foco, como não poderia deixar de ser, tratamos do aumento de casos de microcefalia que colocam em alerta a saúde pública brasileira.

Desejamos a todos uma excelente leitura. ■



ENTREVISTA

Marcelo Castro

No dia 6 de outubro, o Ministério da Saúde ganhou novo dirigente. Assumia a pasta o então deputado federal (PMDB/PI) Marcelo Castro com o desafio de comandar uma das principais pastas da Esplanada dos Ministérios.

Formado em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Castro comprometeu-se, já em seu discurso de posse, a dar continuidade ao trabalho de todos aqueles que não mediram esforços para tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) uma realidade para a população brasileira.

Também afirmou que sua gestão será transparente e democrática com a participação de estados e municípios, a fim de agregar as experiências positivas e, assim, melhorar o nível de saúde da população brasileira.

Aberto ao diálogo conforme ele mesmo declarou, concedeu uma entrevista exclusiva à Revista Consensus. Nela, Marcelo Castro fala sobre como o momento econômico que o país atravessa afeta o SUS e também sobre os desafios e as prioridades da sua gestão.

Confira, nas próximas páginas, a opinião do ministro da Saúde a respeito de temas como financiamento, judicialização, recursos humanos do SUS, gestão tripartite, controle social, entre outros, e saiba quais são os planos do gestor para melhorar o nível de saúde da população brasileira.



Consensus Ministro, tendo em vista o momento econômico que o país atravessa, quais serão, em sua opinião, os maiores desafios da sua gestão à frente do Ministério da Saúde?

Marcelo Castro – Os desafios são diversos, mas, certamente, o financiamento da saúde é o principal deles. Precisamos discutir o orçamento, a modernização da máquina administrativa, fortalecer e aperfeiçoar as relações interfederativas e enfrentar a judicialização que tanto desorganiza nosso sistema de saúde. Todas essas respostas devem ser construídas de forma conjunta: governo e sociedade representada nos conselhos de saúde. É um esforço contínuo, permanente, que visa à garantia da efetividade do direito à saúde, nossa meta.

O aprimoramento do funcionamento do SUS e sua defesa são prioridades para o governo federal. Garantir atendimento qualitativo e no tempo adequado às necessidades das pessoas é meta prioritária da minha gestão. Temos de buscar quantidade e qualidade; o humanismo nas relações entre o serviço e as pessoas deve ser objeto prioritário, porque a dignidade é bem maior e princípio da nossa República. Nesse aspecto, o Programa Mais Médicos continua estratégico, porque fortalece a atenção básica essencial para o SUS, principal porta de entrada do sistema. Também estamos trabalhando para implementar oportunamente o Mais Especialidades, com o objetivo de dar efetividade à continuidade do itinerário terapêutico de acordo com as necessidades de saúde das pessoas que adentram o SUS, em tempo oportuno. É preciso avançar no aprimoramento do SUS, que ainda tem muitos gargalos a ser superados. Para fazer saúde, é preciso convidar todos os participantes – profissionais de saúde, técnicos, especialistas, servidores, usuários, gestores – para estar conosco na construção permanente dessa política pública de elevação da vida.

Consensus O SUS vive um momento crítico em relação ao seu financiamento. Com a situação econômica atual, o orçamento do Ministério da Saúde, já aquém do necessário, sofreu cortes consideráveis que ameaçam ainda mais a sustentabilidade do sistema. Tendo em vista a sua experiência na articulação política dentro do Congresso Nacional, como o senhor pretende atuar na busca por mais financiamento para a Saúde?

Marcelo Castro – É preciso superar o subfinanciamento da saúde. Este é um caminho difícil em razão da crise econômica conjuntural por que passa o país, mas isso não pode ser motivo para se abandonar a melhoria do orçamento público na saúde. O subfinanciamento está agravado com a queda das Receitas Correntes Líquidas (RCL) do governo federal, que serve de base para o cálculo dos gastos da União com o setor.

O Ministério defende o debate junto com a sociedade para viabilizar novas fontes de financiamento para a saúde. Nesse momento, uma das principais propostas em andamento é a CPMF, que fortalece o financiamento da União na Saúde e, em especial, reforça os orçamentos dos municípios e estados.

Atualmente, o orçamento dos municípios é o mais comprometido. A Constituição estabelece 15% de suas receitas para ser aplicada na saúde. Na média, no entanto, esse investimento já supera os 20%. A dificuldade é seguida pelos estados e, finalmente, pela União. O que buscamos é aumentar os recursos da saúde em um trabalho de convencimento dos parlamentares e da população para que compreendam o momento pelo qual passa o país. A crise não pode prejudicar políticas de relevância social e tão necessária às pessoas, em especial em época de dificuldades. Entendo que temos esse dever e compromisso de convencer a todos para as necessidades conjunturais da saúde que

precisa continuar viva, forte e atendendo sempre e melhor as pessoas. Estou comprometido com essa causa.

Consensus Outra questão importante a ser considerada como ameaça ao SUS diz respeito à judicialização da Saúde, que muito tem onerado o já comprometido orçamento do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. Que estratégias o senhor pretende adotar para enfrentar esse problema?

Marcelo Castro – A judicialização tem sido um dos problemas que a saúde enfrenta e que causa muitas dificuldades aos seus gestores. Ela tem consumido parte significativa do orçamento do SUS. Desde 2010, houve aumento de 500% nos gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. Não há dúvida de que essa é uma discussão necessária e que deve envolver o Executivo, o Legislativo, o Judiciário e o Ministério Público. Se há vácuo legislativo, vamos conversar com o Legislativo; se há falhas no Executivo, vamos suprimi-las; se há incompreensão no Judiciário, vamos dialogar. A questão primordial é que a judicialização desorganiza o planejamento, fere o princípio da igualdade de atendimento e compromete ainda a segurança do paciente, ao permitir compra de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que valida a sua segurança; incorpora insumos, procedimentos que não poderão ser garantidos a todos, ferindo a competência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tal atividade; permite *lobbies* e demais ações deletérias para a gestão pública.

Para que a população possa ter o seu direito à saúde garantido, temos assegurado o aumento da relação de medicamentos gratuitos; os

O aprimoramento do funcionamento do SUS e sua defesa são prioridades para o governo federal. Garantir atendimento qualitativo e no tempo adequado às necessidades das pessoas é meta prioritária da minha gestão

gastos cresceram 81% em cinco anos, passando de R\$ 6,9 bilhões, em 2010, para R\$ 12,55 bilhões, em 2014. A lista de medicamentos oferecidos pelo SUS inseridos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) passou de 550 itens, em 2010, para os atuais 844. A incorporação de novas tecnologias no SUS é pactuada por regras claras quanto às formas de uso, análise fundamentada de eficácia, efetividade e custo-benefício.

Consensus Em relação à gestão tripartite do SUS, como o senhor irá atuar junto a estados e municípios?

Marcelo Castro – Existe uma necessidade de modernizar e aprimorar a administração pública para dar conta de executar seus serviços de maneira ágil e com qualidade e a de aprofundar as estruturas do SUS. A gestão da saúde nos remete à divisão de responsabilidades entre os entes federativos no tocante à execução de serviços, financiamento e avaliação, que devem ser pactuadas e firmadas. É preciso regras claras quanto às

É preciso superar o subfinanciamento da saúde. Este é um caminho difícil em razão da crise econômica conjuntural por que passa o país, mas isso não pode ser motivo para se abandonar a melhoria do orçamento público na saúde. O subfinanciamento está agravado com a queda das Receitas Correntes Líquidas do governo federal, que serve de base para o cálculo dos gastos da União com o setor.

responsabilidades dos entes federativos na gestão compartilhada do SUS e isso deverá estar consignado no contrato organizativo de ação pública conforme determina o Decreto n. 7.508, de 2011. Além do mais, a gestão compartilhada – tripartite – essência do SUS ante suas interdependências em relação à complexidade de serviços – necessita que a região de saúde se fortaleça e seja capaz de ser resolutiva em grande parte das demandas que lhe chegam.

As redes de atenção à saúde são essenciais para o atendimento das pessoas; elas precisam estar organizadas, precisam ser efetivas e o contrato precisa ser o documento que dá garantia jurídica às relações comparti-

lhadas, interfederativas da saúde. No SUS, o compartilhamento, a interdependência não é uma sugestão; é uma determinação constitucional e, para tanto, o papel relevante das comissões Intergestores, em especial a Tripartite, que pactua as diretrizes nacionais do SUS. Vou trabalhar para o fortalecimento cada vez maior da Comissão Intergestores Tripartite por ser o espaço de discussão conjunta do SUS.

Consensus Sabemos que a Atenção Primária à Saúde é responsável pela solução de até 80% dos problemas de saúde, no entanto o acesso da população e até mesmo o desconhecimento por parte dos usuários do seu funcionamento, acabam por enfraquecê-la. Como o senhor pretende fortalecer e qualificar a Atenção Primária à Saúde?

Marcelo Castro – A Atenção Primária de qualidade e em quantidade suficiente é fundamental para a qualidade e a sustentabilidade do sistema público de saúde. Afinal, o serviço é capaz de resolver 85% dos agravos. Além do mais, ela é ordenadora do sistema. É por meio da atenção primária ou básica que se ordenam os serviços. É um orgulho para qualquer país com sistema de saúde universal ter um serviço de Atenção Primária de qualidade. Algumas medidas que foram tomadas, como o Programa Mais Médicos, que permitiu reforçar a Atenção Primária e o Saúde da Família, sendo hoje 18.240 médicos, presentes em mais de 4 mil municípios e em todos os distritos indígenas, que garantem a cobertura de 63 milhões brasileiros. Isso mostra a prioridade que o governo federal está dando a esse nível de atenção à saúde. A ideia é avançar nas estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica, na sua estrutura, qualificação e oferta de serviços. Além do mais, é necessário somar medidas estruturais às medidas conjunturais atuando

do de modo intenso na formação de profissionais de saúde para a Atenção Primária. Não se pode ter um modelo de sistema e um outro modelo de formação de profissionais. Se o SUS tem como estrutura básica a atenção primária é indiscutível que tenha pessoas com essa formação. Por isso temos de atuar em duas frentes: as emergenciais, conjunturais, e as permanentes, estruturais. O Ministério está buscando atuar nessas duas frentes conjuntamente. Temos ainda de fazer uma revisão dos conteúdos da média complexidade para reformular os conteúdos da Atenção Básica.

Consensus Em relação aos recursos humanos, como fazer que o SUS seja de fato o ordenador dessa formação, exercendo de forma plena o seu papel de formar profissionais com o perfil voltado às necessidades do sistema e como enfrentar as dificuldades para o adequado provimento e fixação de profissionais, em especial de médicos no SUS?

Marcelo Castro – É o tema que comecei a abordar na pergunta anterior. O Programa Mais Médicos contribuiu para esse processo. No campo da formação, está sendo promovi-

da uma ampliação criteriosa e direcionada do ensino médico – a meta do governo federal é criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil novas vagas de residência até 2017. Dessas, já foram autorizadas 5.306 vagas de graduação (3.616 em escolas privadas e 1.690 em universidades públicas) e 7.742 vagas de residência. Essa expansão vem acompanhada de mudanças qualitativas no curso de medicina: pelas novas diretrizes curriculares, os estudantes devem cursar 30% do internato (atividades práticas) na Atenção Básica. Além disso, médicos que desejem cursar uma residência médica deverão realizar, obrigatoriamente, um a dois anos de prática em unidades básicas de saúde. Agora, estamos consolidando o Cadastro Nacional de Especialistas, pelo qual poderemos conhecer onde estão e quantos são os médicos especialistas do país. Isso nos dará subsídios para estimular a formação de profissionais dentro das necessidades do SUS.

Consensus Na cerimônia de posse no Palácio do Planalto, a presidente Dilma Rousseff mencionou que o senhor dará continuidade às ações do Programa Mais Médicos, bem como trabalhará para tornar realidade



.....
Presidente do CONASS, João Gabbardo dos Reis, e o ministro da Saúde, Marcelo Castro, na Assembleia do CONASS, em novembro

o Programa Mais Especialidades que já está em fase de construção. Como o senhor e sua equipe darão seguimento a essas ações?

Marcelo Castro – Meu empenho será dar continuidade ao trabalho de implantação do Programa, que já é uma realidade para 63 milhões de brasileiros. Pretendo dar continuidade às ações que estão em andamento, além de aprimorar o Programa para sua expansão, conforme mencionei nas perguntas anteriores.

Consensus No seu discurso de posse, o senhor também mencionou a questão da mudança do perfil epidemiológico como fator importante a ser considerado. Como o SUS pode se preparar para dar conta dessas mudanças e das implicações causadas por ela?

Marcelo Castro – Para lidar com essa situação, precisamos avançar na política de promoção da saúde e prevenção de doenças. Não basta viver; é preciso viver bem, ter qualidade de vida. Viver com dignidade. Por isso, todos os fatores que possam influenciar a saúde – o envelhecimento, a violência urbana, a obesidade, a dependência de drogas, a saúde mental – são elementos essenciais que devem ser considerados no planejamento da saúde. Será necessário um planejamento capaz de olhar para o futuro e prever as mudanças de médio e longo prazo.

O Ministério da Saúde atua em frentes que visam diminuir os impactos negativos que a mudança social acarreta. Um exemplo são as políticas que estimulam a alimentação saudável, a manutenção do peso, a prática de exercícios físicos, a redução do tabagismo, o controle da pressão arterial e das taxas de glicemia e colesterolemia. Com práticas de vida mais saudáveis, evitamos o adoecimento ou reduzimos o impacto das doenças crônicas não transmissíveis. Aliás,

a Constituição determina a integralidade da atenção à saúde impondo que se deve dar prioridade às ações preventivas, sem descuidar das curativas. Isso demonstra a prioridade traçada na questão da prevenção que garante vida saudável porque a doença deve ser evitada a todo custo mediante políticas sociais e econômicas que evitem o risco de adoecer.

Consensus O senhor mencionou em seu discurso de posse que é preciso despertar na sociedade o sentimento de pertencimento ao SUS. Este ano teremos a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Como o senhor pretende atuar em relação ao controle social do SUS?

Marcelo Castro – O controle social é um dos princípios do SUS e a democracia participativa é um grande ganho para a saúde pública brasileira. Temos de aproveitar o momento em que todos os gestores, trabalhadores de saúde, profissionais, parlamentares, população estarão reunidos na 15ª Conferência Nacional de Saúde para debater assuntos estratégicos para a saúde brasileira. Esse será o momento em que poderemos debater como superar dificuldades e como aprimorar o SUS. Não podemos perder os avanços já conquistados, mas também não podemos ignorar os problemas existentes. É necessário fazer um diagnóstico sobre a saúde brasileira e apontar suas diretrizes para os quatro anos futuros. A saúde há 27 anos vem avançando e talvez hoje esteja enfrentando o seu maior desafio. Sem que todos se somem nessa luta pelos direitos sociais, e aí surge a questão do sentimento de pertencimento a determinados valores sociais que precisam ser constantemente despertados, firmados, encorpados na população, porque sem ela,

sem a sua reivindicação, sem a sua participação, enfrentar desafios e superá-los será mais difícil. Nesse sentido, o Ministério da Saúde e todos os demais entes e gestores públicos precisam se unir à população na discussão de suas políticas e isso tem sido feito nos conselhos, nas conferências e precisa ser sempre reforçado.

Lembro que o SUS foi criado a partir da participação social, em especial na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, cujo relatório balizou a construção do texto do artigo 196 da Constituição Federal. Essa é comprovação cabal de que a participação social é imprescindível para que haja mais avanços na saúde pública. E considerando o tamanho do Brasil, a participação social deve ser cada vez mais efetiva e intensiva para que alcancemos a universalidade, a integralidade e a equidade no nosso sistema público de saúde.

Consensus Como resgatar na sociedade brasileira o sentimento de que o SUS um direito que precisa ser defendido?

Marcelo Castro – O SUS é um direito de todos e o nosso dever é garantir atendimento de qualidade e humanizado para a população. O aprimoramento e a defesa do SUS são prioridades para o governo federal. O brasileiro precisa ter renovado o sentimento de pertencimento, a sensação de que o SUS é de cada um e de todos. Manter a saúde pública de portas abertas, gratuita, integral e disponível a todos é o melhor modo de mostrarmos aos brasileiros que o SUS é uma conquista de direito que deve ser abraçada e defendida. Levar cada vez mais ao conhecimento público todos os serviços realizados pelo SUS em prol dos brasileiros, desde a vacina até o transplante, é uma forma de mostrar que o

Temos que aproveitar o momento em que todos os gestores, trabalhadores de saúde, profissionais, parlamentares, população estarão reunidos na 15ª Conferência Nacional de Saúde para debater assuntos estratégicos para a saúde brasileira. Esse será o momento em que poderemos debater como superar dificuldades e como aprimorar o SUS

SUS está presente na vida de todos. Promover a aproximação dos cidadãos e dos servidores públicos da saúde por meio da humanização do atendimento também contribui para que os brasileiros sintam-se plenamente contemplados pelo SUS.

Como Ministro da Saúde assumo o desafio de, junto com todos, melhorar o nível de saúde da população brasileira, com isso conto com a participação dos gestores, parlamentares e da sociedade civil. A 15ª Conferência Nacional de Saúde é um meio para instigarmos as pessoas a lutarem por um SUS melhor, equânime. ■

especial

Crise

Ameaça

Oportunidade

A crise econômica, política e fiscal que o país vive afeta o SUS e ameaça a sua existência. O que pode ser feito para evitar um colapso do sistema de saúde brasileiro?

TATIANA ROSA

A crise vivida pelo país atinge a população não só nos aspectos financeiros e políticos, mas também ameaça a maior conquista por ela já adquirida: o Sistema Único de Saúde (SUS) que, mais uma vez, vive um momento perigoso. Talvez até mesmo o mais difícil no alto dos seus 27 anos. O subfinanciamento, sempre presente ao longo de sua existência, tornou-se ainda pior diante do corte orçamentário sofrido pelo Ministério da Saúde.

Não bastasse o financiamento cada vez mais escasso, há ainda uma série de medidas procedentes do próprio Congresso Nacional que colocam o SUS em risco, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 451/2014 que altera o artigo 7º da Constituição Federal ao incluir, como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica, e a Emenda Constitucional (EC) n. 86 com as emendas individuais destinadas a ações e serviços públicos de saúde.



Leia a íntegra
da PEC n.
451/2014
goo.gl/pwhtj9



Leia a íntegra
da EC n. 86
goo.gl/yvygzu



Diante da gravidade do quadro, a **Revista Consensus** foi atrás de respostas sobre o que significa essa crise fiscal, econômica e política para o SUS. Será possível reverter essa situação? A quem compete resolvê-la? Por que a sociedade não toma para si a defesa do SUS?

Ao longo desta matéria, a opinião de parlamentares, profissionais da área da saúde e pensadores sobre o momento atual e o futuro do sistema de saúde brasileiro, como a do professor Eugênio Vilaça Mendes. Ele acredita que o SUS vive hoje a maior crise de sua história, porque existe profundo desajuste nacional decorrente de uma crise econômica que gera crescimento negativo do produto interno bruto (PIB), determinando uma crise fiscal que atinge, ao mesmo tempo, a União, os estados e os municípios e que leva ao aumento do desemprego e à queda da renda média do trabalho.

Quanto à crise política, na opinião do professor, ela expressa de forma aguda o esfacelamento dos processos de representação política. “Isso dificulta a formulação e aplicação de uma agenda mínima sobre o futuro de nossa nação”, esclareceu.

Vilaça disse ainda que a queda da arrecadação dos entes federativos repercute no SUS por meio do aguçamento do seu subfinanciamento. O professor observou, no entanto, que é necessário reconhecer que o Brasil não gasta pouco em saúde, mas que os gastos públicos em saúde são indecentemente baixos para um país com o nível de desenvolvimento como o Brasil e com o estágio de maturidade que alcançou o sistema público de saúde brasileiro.

Para a diretora executiva do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (Cebes), conselheira do Conselho Nacional de Saúde e coordenadora geral da Associação Latino Americana de Medicina Social y Salud Colectiva (Alames), Ana Maria Costa, é importante ressaltar que “a crise maior por que o Brasil

está passando e que se agravará muito mais é a crise social decorrente da política econômica atual que gera desemprego, acirra desigualdades e resulta em piores condições de saúde e de assistência médico sanitária”.

Segundo ela, as políticas econômicas e sociais que vinham sendo praticadas desagradavam setores da sociedade que nunca se interessaram ou se comprometeram com o bem-estar da população. “Em parte foi por isso que amplificaram a crise econômica, fazendo alarde de que o país precisava de política econômica austera que rifa a população nos moldes e interesses clássicos liberais”, afirmou.

Costa comparou o crescimento de outros países com o Brasil, afirmou que o país não estava mal no cenário mundial em termos de crescimento de PIB e citou dados (Brasil -0,6%; EUA -3,2%; Japão -7,1%; Chile -1,4% e Reino Unido -3,8%) que, segundo ela, revelam também que a crise foi, em grande medida, ideologicamente construída pela grande mídia e pelos setores conservadores. “Para a população, a verdadeira crise é a social que está sendo provocada pelos cortes nas políticas sociais e no gasto social em todos os níveis de governo: União, estados e municípios”, observou.

Ela acredita que o SUS deve estar preparado para novos desafios como o aumento de demanda pela saída expressiva da população dos seguros privados e deve buscar alternativas simultaneamente para superar a fragilidade imposta pelo maior baque no crônico subfinanciamento por que está passando.

Em conversa com o deputado federal Marcus Pestana (PSBD/MG), que já foi secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais e presidente do CONASS, o parlamentar afirmou à **Revista Consensus** que o SUS vive a sua crise da maturidade. “As bases do SUS foram lançadas em 1988; portanto, são 27 anos em que houve a consolidação e a efetiva implantação do sistema, mas hoje vivemos uma equação explosiva com direitos amplos quase



ilimitados, mas com recursos escassos e custos crescentes tanto pela revolução científica e incorporação tecnológica, que sempre encarece o sistema, tanto pela transição demográfica, já que felizmente as pessoas estão vivendo mais”, argumentou.

Pestana mencionou, ainda, o artigo escrito por ele no qual faz uma projeção dos gastos com saúde no Brasil. De acordo com o deputado, dados recentes mostram que os planos de saúde, que cobrem 25% da população, têm 50% mais recursos que o SUS, que assiste 100% dessa população. “Hoje, Portugal, que não é um país tão rico, investe em um sistema como o SUS US\$1.500 por habitante/ano, enquanto nós investimos US\$300, ou seja, precisaríamos quintuplicar esse valor para alcançarmos um mínimo de qualidade”, disse.

Já para Eugênio Vilaça, a situação fiscal vigente consagra a falência definitiva do modelo de federalismo sanitário que vem sendo praticado desde a instituição do SUS e que deve ser repensado radicalmente no contexto dessa crise. “O Brasil real pouco tem a ver com normativa federal produzida de forma exagerada nos gabinetes do Ministério da Saúde.

O novo federalismo há de redistribuir competências e receitas fiscais da União, estados e municípios e há de focar seu esforço de governança em entes interfederativos situados nas regiões de saúde em que se implantarão as redes de atenção à saúde”, afirmou.

Ainda sobre a questão fiscal, Vilaça explicou que ela tem duas implicações no SUS, ao reforçar um movimento de ampliação do subfinanciamento que já vinha acontecendo (a não aprovação do Projeto de Lei de iniciativa popular Saúde + 10, a EC n. 86 e os cortes orçamentários devidos ao processo de ajuste do setor público), tornando inviável, no curto prazo, o incremento dos recursos federais e tendo impacto negativo nos gastos estaduais e municipais.

Cauteloso, o professor Vilaça, assim como Ana Maria Costa, alertou. “O aumento do desemprego e a queda da renda média do trabalhador tendem a aumentar o número de pessoas que utilizam exclusivamente o SUS para as ações de assistência médica, ou seja, enquanto perdurar a crise, haverá mais pessoas dependendo exclusivamente do SUS e, ao mesmo tempo, nosso sistema público terá



Confira no portal do CONASS, o artigo na íntegra
goo.gl/i0dRCK



ainda menos recursos para atendê-las, aprofundando o seu subfinanciamento”.

Outro parlamentar ouvido pela **Revista Consensus** foi o deputado federal Osmar Terra (PMDB/RS). Ex-presidente do CONASS entre os anos de 2007 e 2009, o ex-secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, afirmou que o Brasil vive por causa dos desmandos do governo a sua pior situação, em todos os níveis, dos últimos 50 anos.

Para ele, decisões arbitrárias, tomadas sem embasamento no mundo real e com objetivos unicamente de vésperas de eleição, levaram o país a uma crise sem precedentes. “Essa é uma crise em que há redução do orçamento do Ministério da Saúde, que é para nós é uma peça-chave no processo social do país, mas onde há também redução em todos os níveis de governo. Há um emagrecimento das finanças não só do governo federal, como dos governos estaduais e dos governos municipais”, alertou.

Terra destacou o fato de que a situação obriga os municípios a demitirem, a para-

rem obras, a não ativarem serviços como as Unidade de Pronto Atendimento (Upas) etc. “Essa crise coloca em xeque o SUS e mostra que com o corte de R\$ 15 bilhões que o Governo fez no orçamento da saúde, com a incorporação das emendas individuais dos deputados como parte do orçamento e que servem apenas para diminuir o valor que o Governo tem colocado no orçamento da saúde, o sistema está entrando em colapso”.

O deputado afirma que a solução consiste na priorização da saúde pelo governo federal com a aplicação de mais recursos. Em relação à possibilidade da volta da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), Terra foi categórico. “Discutir CPMF como forma de cobrir rombo da previdência não tem sentido, mas se for para colocá-la como um recurso a mais em valores significativos na saúde, pode-se pensar em discutir”.

Pestana vai de encontro ao pensamento de Terra e reitera a necessidade de que o governo priorize o setor. “Sempre falei que ha-



Foto: Thyago Marcel/Câmara dos Deputados

via um paradoxo, pois todas as pesquisas de opinião, inclusive a última pesquisa Datafolha, encomendada pelo Conselho Federal de Medicina em agosto, confirmam que a saúde é a prioridade número 1 para a maioria dos brasileiros, mas, na hora que esse assunto é pautado nos centros de decisão, a opinião da sociedade não é observada. Esse é o desafio”, assegurou ele para em seguida advertir: “a crise no SUS não é um apagão como existe em alguns setores. É uma morte lenta e gradual”.

Waldemir Moka, senador pelo PMDB/MS, advertiu que a situação tende a piorar, pois o governo federal terá de fazer cortes no orçamento de 2016 que certamente atingirão a saúde. De acordo com o senador, o setor já é subfinanciado, já que apenas estados e municípios têm obrigação constitucional de investir o mínimo na área, de 12% e 15%, respectivamente, sendo a União livre dessa obrigação, o que, segundo ele, faz que a saúde sofra mais ainda.

Moka lembrou que o Senado teve duas grandes chances para exigir que a União investisse ao menos 10% de sua Receita Corrente Bruta na saúde, com o Projeto de Lei de Iniciativa Popular Saúde +10, mas não o fez porque a maioria dos senadores foi contra. “O projeto teve meu voto a favor, porque sempre lutei para que todas as esferas de governo tivessem essa obrigação constitucional, mas, infelizmente, as propostas não passaram”, lamentou.

Odorico Monteiro, deputado federal pelo PT/CE, afirmou que o impacto da crise está de forma sistêmica no SUS, porque o bolo de recursos do financiamento federal da saúde a partir da EC n. 86 é calculado a partir da Receita Corrente Líquida da União e, ao cair a receita da União, quando na crise econômica, automaticamente o valor de arrecadação do bolo geral de recursos para a saúde também cai. Por outro lado o conjunto de serviços que estavam credenciados a receber os recursos não podem fechar. “Uma coisa é você ter uma

crise e deixar de construir uma estrada, por exemplo. Mas quando há 500 pessoas fazendo um tratamento de câncer, não é possível interromper o tratamento e fazê-las esperar. Nós estamos trabalhando com vidas, com aquilo que é mais sagrado para as pessoas que é a possibilidade de adoecer e não morrer porque a cura pode ser dada a partir de um tratamento”, enfatizou.

Segundo o parlamentar, a crise vivida pelo país institui o desafio de se criar proteção à vida das pessoas. Ele também chamou a atenção para os investimentos em saúde feitos pelos estados, pelos municípios e pela União nos últimos anos. “A União sempre trabalha com o piso constitucional do financiamento da saúde como teto, mas os estados e os municípios já ultrapassaram o seu piso. O piso dos estados é de 12%, e a maior parte já está gastando mais de 15%. O piso dos municípios é 15%, e eles estão gastando entre 20% e 25%, então há um estrangulamento de financiamento na base do sistema”, observou o deputado.

A relatora da Comissão Especial destinada a proferir parecer à PEC 01-A/2015, que dispõe sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, a deputada federal Carmem Zanotto (PPS/SC), enfatizou a gravidade do momento que o SUS vive. “Estamos em uma situação muito grave e todos nós defensores do sistema e atores que durante todos esses 27 anos e antes da Constituição já defendíamos esse sistema público de saúde precisamos estar unidos para garantir os recursos necessários para a manutenção do SUS conforme ele foi desenhado na nossa Constituição Federal de 1988.”

Para a deputada, neste momento, a solução mais viável é a aprovação da PEC, uma vez que a EC n. 86 deu nova base de cálculo para as ações e os serviços de saúde e prejudicou muito o SUS no que diz respeito ao seu orçamento.

Zanotto ressaltou que é preciso unidade de todos para aprovação. “Hoje nós só estamos





em espaços diferentes, mas todos esses atores do SUS entendem e defendem que a gente precisa avançar e, para isso, é preciso sim, melhorar a gestão, mas não é possível fazer gestão sem os recursos financeiros adequados”, disse a parlamentar que já foi secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina.

A relatora disse ainda que, apesar da preocupação com a crise econômica que o país atravessa e a necessidade do ajuste fiscal, ainda assim a população entende que a saúde não pode esperar. Segundo ela, há um conjunto grande de parlamentares empenhados com a causa da saúde, que entendem ser preciso assegurar o mínimo de recursos necessários para a saúde e que estão cientes de que o caminho para isso é a aprovação da PEC n. 01/2015.

Com a visão de quem é gestor municipal, o secretário municipal de Saúde de São Lourenço/MG e presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Mauro Junqueira, destacou que a situação do país tem trazido inquietação a todos gestores públicos de saúde ante as suas responsabilidades para com a população.

De acordo com ele, o subfinanciamento histórico do SUS foi agravado nos últimos

tempos e o cenário não se atenua com as projeções de recursos previstos para o ano de 2016, e, com a gravidade da crise econômica, fica evidente o esgotamento da capacidade de alocação de mais recursos municipais da saúde. “A estimativa de insuficiência desses recursos para 2016 é na ordem de R\$ 16,8 bilhões. Fatalmente essa retração de investimentos reduzirá ou interromperá serviços significando sempre a desassistência com reflexos desastrosos sobre a saúde das pessoas”, protestou.

Ana Maria Costa também fez um alerta e afirmou que o que está em risco é a acumulação de bem-estar adquirido dos últimos anos. “São vidas humanas que estão em jogo diante da ganância por lucro do capital rentista. O pior de tudo é ver o poder público e os governos eleitos, para preservar os interesses coletivos e públicos, retroceder e ajoelhar-se diante destes grupos, aceitando ser parceiros nos retrocessos em relação as políticas sociais”.

Para a presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza, a piora no quadro do subfinanciamento histórico do SUS está no fato de que os baixos valores alocados no orçamento federal, para atender a aplicação mínima constitucional, não são mais suficientes para cobrir as despesas compromissadas com estados e municípios. “Isso para manter padrões que já não garantiam plenamente o direito constitucional à saúde. Uma parte das despesas de 2014 (R\$ 3,8 bilhões) foram garantidas com recursos do orçamento de 2015 e esta mesma situação se repetirá de 2015 para 2016 (R\$ 5,9 bilhões) e de 2016 para 2017 (R\$ 16,6 bilhões). A consequência será a deterioração da qualidade do atendimento”, advertiu.

Socorro falou sobre as possibilidades que o SUS tem de superar a crise citou exemplos como a definição de fontes crescentes de financiamento para superar o subfinanciamento do SUS, a melhoria no planejamento das ações e serviços e maior controle e trans-

parência do gasto público. “Reconhecemos as mudanças demográficas, ambientais, epidemiológicas porque passam a população brasileira e o país. Estamos envelhecendo mais e estamos mais expostos a riscos e agravos decorrentes desta nova ordem social da vida moderna. Novas epidemias, doenças raras, violência social, desequilíbrios ambientais, tudo isto exige da saúde maior acesso e melhor qualidade no atendimento”, disse.

Ameaça ao SUS

Diante do quadro de crise, não se coloca em risco o princípio de universalidade do SUS?

“Eu não acredito que devamos mexer na universalidade, isso é retroceder. Há uma frase do líder da reforma sanitária inglesa, na década de 1920, que diz que um sistema segmentado só para pobres vai ser sempre um sistema pobre, então não é questão de quebrar a universalidade, mas uma possibilidade que vejo é avançar na discussão do padrão de integralidade para

coibir a judicialização e colocar certos limites”, afirmou o deputado Marcus Pestana.

Ele citou também o exemplo da Espanha que, a cada dois anos, tem um decreto real dizendo o que o sistema irá oferecer. Para Pestana, é necessário amadurecer essa discussão para fugir do impasse. Ele observou, no entanto, que este é um desafio não só do gestor de saúde, mas também de todos os líderes políticos e das lideranças da sociedade e acredita que só há três saídas. “Ou revemos os marcos constitucionais, ou discutimos com a sociedade um financiamento adequado e decente – o que é muito difícil em um momento de crise –, ou, por fim, a pior alternativa que é a que está em curso: fingir que o problema não existe e que vai se resolver por geração espontânea. E isso não vai acontecer”, alertou.

O professor Eugênio Vilaça Mendes observou que, no calor de uma crise como a que estamos vivenciando, é perigoso formular diagnósticos equivocados e afirmou ser necessário entender que a proposta dos sistemas públicos



universais não implica oferecer tudo a todos. “Ao contrário, o universalismo propõe-se a oferecer uma carteira de serviços necessários, dos pontos de vista médico e sanitário, e baseados em evidências científicas, como direitos de todos e como dever do Estado. Mas há que se reconhecer que isso se distancia de propostas que pretendem ofertar uma carteira básica de serviços, mais ou menos essenciais, focalizados nas populações mais pobres.”

Segundo Vilaça essas propostas tendem a aprofundar a segmentação dos sistemas de saúde que está associada, em evidências produzidas internacionalmente, com resultados que levam a menor efetividade, eficiência e equidade.

Outra questão essencial mencionada por ele diz respeito à indefinição no formato da organização macroeconômica de sistema de saúde brasileiro. “Nossos constituintes optaram, em uma constituição que reconheceu a saúde como direito, por um sistema público universal de tipo Beveridgeano. Falta-lhes criar a uma base material que sustentasse, no plano econômico, essa proposta generosa”, ressaltou.

A saída para a crise vivida pelo sistema de saúde brasileiro, na opinião do professor, não deve questionar a sua natureza pública tal como está constitucionalmente estabelecido. “Que sistema de saúde os brasileiros desejam e quanto estão dispostos a pagar por ele? É preciso ter claro que cada pessoa que deixa o SUS implica um gasto de 2,5 vezes maior no sistema de saúde suplementar. Como não há almoço de graça quem paga essa conta?”, provocou para em seguida completar que não existe saída dessa crise fazendo somente mais do mesmo. “É preciso inovar para construir um sistema público de saúde que seja efetivo, eficiente, de qualidade, equitativo e sustentável. Inovar é a oportunidade que a crise nos oferece.”

Ana Maria Costa, diretora executiva do Cebes, disse estar alerta a discursos que questionam a universalidade.

Costa afirma não achar pertinente esse debate no meio da crise infligida. Segundo ela essa iniciativa serve aos que querem destruir o SUS e as conquistas consolidadas da municipalização. “Hoje temos um sistema imperfeito, porém com resultados efetivos e com um longo caminho percorrido. É um pouco tarde para desmontar a rede municipal que se consolidou na saúde. Agora é urgente estabelecer a regionalização cooperativa e solidária. Esse é um debate pertinente incluindo a institucionalidade requerida para estas instâncias pendentes da gestão do SUS”.

Assim como os demais, o deputado federal Osmar Terra (PMDB/RS), acredita que a solução não é mudar o modelo daquela que ele considera como a maior conquista que a sociedade brasileira teve na história recente do país. “Essa é uma conquista única maior que qualquer Bolsa Família ou que qualquer outro benefício que a população possa ter recebido nos últimos cem anos, eu diria.”



Já para o deputado Odorico Monteiro, é preciso esclarecer que o princípio da universalidade, criado pelo artigo 196 da Constituição Federal, é um dos mais avançados das constituições do mundo e do ponto de vista da saúde configura-se como avanço importante, pois está inserido no capítulo da seguridade social em que os determinantes e os condicionantes da saúde estão claramente colocados como aquilo que o Estado tem de garantir de políticas sociais e econômicas.

De acordo com ele, o caminho não é alterar o princípio da universalidade. “Nós criamos a universalidade, mas não regulamentamos a integralidade e a equidade. A universalidade diz que todos têm direito ao acesso ao sistema, a integralidade vai definir o que todos têm direito e a equidade vai dizer a forma de tratar os desiguais, ou seja, como é que se faz dentro do sistema a justiça social. Então essa é a dívida que temos”, assumiu.

Outro ponto importante a ser debatido, ainda na opinião do parlamentar, diz respeito ao desenho Interfederativo, uma vez que o Brasil é o único sistema universal do mundo que tem a descentralização política administrativa financeira para os municípios, comprometendo a integralidade.

Na tentativa de resolver essa questão, Monteiro apresentou o Projeto de Lei (PL) n. 1645 que cria, por lei, as regiões de saúde, o contrato organizativo de ação pública e a gestão solidária do SUS por meio de um contrato que deve ser assinado pela União, pelos estados e pelos municípios, bem como o PL n. 1646/2015, que cria um plano decenal da saúde. “Essas duas alternativas são importantes para o aprimoramento da gestão do SUS de forma sistêmica e solidária na relação interferativa”, concluiu.

Para o senador Waldemir Moka, o modelo universal de atendimento à população escolhido pelo Brasil é o melhor para um país em que grande parte das pessoas não tem



condições de pagar por planos particulares. O senador afirmou ter dúvidas se a mudança do modelo melhoraria a situação. “Além do mais, saúde é preceito constitucional e o Estado deve prover o cidadão com esse serviço. O que tenho defendido há década são mais recursos para financiar o setor”.

Moka disse que há que se considerar sim que há problemas de gestão, mas afirmou que o principal problema é o aporte insuficiente de recursos, e comparou o Brasil a alguns países da América do Sul. Segundo o senador, em relação à aplicação *per capita* em saúde, o Brasil está atrás do Uruguai e do Chile. “No mundo, estamos em 42º lugar, o que revela desproporção em relação ao papel que o país ocupa na economia mundial. É preciso ter mais dinheiro para construção de hospitais, abertura de novos leitos, criação de uma carreira forte da área médica e, sobretudo, investimento em áreas vitais para a saúde das pessoas, como saneamento”, finalizou.

O presidente do Conasems, Mauro Junqueira, declarou que a adoção do princípio da universalidade representou grande conquista democrática que transformou a saúde em di-



Saiba mais
sobre o PL
n. 1.645
goo.gl/zUDz50





reito de todos e dever do Estado e apesar de todos os problemas e da insuficiência de recursos seria um retrocesso pensar em não mais atender a esse princípio. “Os gestores municipais de saúde defendem a sobrevivência desse sistema que atende toda a população brasileira em um total de mais de 200 milhões de pessoas. O SUS promove uma profunda inclusão social. É um direito social consagrado na Constituição.”

Na opinião da presidente do Conselho Nacional de Saúde, mudar o modelo do SUS, que oferece tudo a todos, não está na pauta da sociedade brasileira. Ela cita o documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde em que está explícita a defesa da saúde pública e de qualidade como direito universal, política pública, mas também como setor que propicia o desenvolvimento social e econômico. “Saúde se faz com ciência e recursos tecnológicos, e este é importante para o fortalecimento do SUS e para o desenvolvimento do setor pro-

ductivo nacional. Entretanto, o que o Brasil necessita fazer não é reduzir ou negar direitos conquistados, mas investir mais em saúde pública”, declarou.

A presidente alegou no entanto ser necessário a disposição política para debater a mudança quanto ao modelo de atenção à saúde no país, ainda focado na assistência médico hospitalar. Lógica a qual classificou como perversa e que demanda altos custos para o SUS.

De acordo com Socorro muitos gastos na saúde pública são feitos sob a ótica de que saúde de qualidade se assemelha à lógica do acesso e consumo de serviços e insumos inovadores. “A oferta de serviços baseada neste modelo retroalimenta os interesses econômicos e políticos do setor. A valorização das práticas integrativas e complementares deve ser ampliada e reconhecida como potencial de mudança do modelo médico hospitalar”, finalizou.

A importância da sociedade para o SUS

E o que dizer quando, mesmo diante de uma ameaça tão real ao sistema, ainda assim a sociedade não se mobiliza em sua defesa? Para a psicóloga Mariana Uchôa, o comportamento da população de não defender o SUS parte do princípio de que essa população, principalmente a mais carente e que está mais às margens da sociedade, não tem o conhecimento do que de fato é o sistema.

Há três anos atuando como Coordenadora de Educação no Afroreggae, uma Organização não Governamental que atua em áreas pobres, violentas e muitas vezes comandadas pelo tráfico de drogas, no Rio de Janeiro, a psicóloga acredita que por não ter entendimento sobre o sistema de saúde, a tendência da população é normalmente agredir. “Estamos falando de uma população que, em grande maioria, vivencia situações de muita violência. Logo, existe essa tendência em imediatamente agredir e ser violentos com tudo aquilo que não os agrada”, disse.

Para ela quando algum serviço de saúde oferece um serviço que não é totalmente satisfatório o primeiro movimento das pessoas é reclamar, depredar, querer que feche, quando o correto seria defendê-lo para que ele melhore.

Uchôa citou o exemplo de algumas unidades de saúde que, por vezes, ficam desativadas por serem depredadas pela população por conta dos serviços de qualidade ruim que algumas vezes são prestados, mas ressaltou que esta não é uma característica relacionada apenas ao SUS. “Vale destacar que esta não é uma característica apenas do SUS, mas das políticas públicas como um todo. Nós vemos esse movimento também em relação às escolas, aos Centros de Referência de Assistência Social (CRA) etc.”

Além disso, a psicóloga também mencionou que está no imaginário da sociedade

que os serviços prestados pelo SUS são um tipo de favor por parte do Governo e, por isso, são para pobres e não há problema se são serviços ruins por vezes mais precarizados, com estrutura deficiente. “A população pensa ser um favor individual e não uma garantia de direito por parte do Estado. A consciência política do brasileiro é baixa e isso é uma característica da nossa cultura, de não reivindicar pelos seus direitos e pela melhoria das políticas públicas”, completou.

Pensamento parecido tem a diretora executiva do Cebes, Ana Maria Costa. Para ela, conquistamos o direito à saúde na Constituição, mas não conquistamos consciência de cidadania na população. “O povo sai dos planos de saúde para o SUS com a cabeça baixa, como se estivesse perdendo. Um grande desafio que se impõe aos que defendem o sistema universal e a saúde como direito é contribuir na construção de outro valor para a saúde junto à população, principalmente nesse momento de crise”, observou.

Costa disse estar certa de que os cortes orçamentários nas políticas sociais ocorrem porque a reação popular esperada hoje é muito pequena. “Não há revolta nem indignação, pois estas políticas não se configuram como direito conquistado para a população. Prevalece sempre o sentimento que é coisa para pobre”, lamentou a diretora executiva do Cebes.

O CONASS entende ser fundamental fortalecer a consciência cidadã de que o SUS é um direito social adquirido, capaz de reduzir as desigualdades sociais do país, construindo uma sociedade mais justa. Daí a importância da participação política da sociedade na defesa permanente desse sistema que atende a todos de forma universal, equânime e integral. ■

Agenda de Prioridades para a Saúde do Brasil

O SUS está vivendo a maior crise de sua história. Isto se deve a um profundo desajuste nacional, decorrente de uma crise econômica que, por sua vez, gera crescimento negativo do PIB, determinando uma crise fiscal que atinge, ao mesmo tempo, a União, os estados e os municípios, levando ao aumento do desemprego e à queda da renda média do trabalho.

O subfinanciamento do SUS é crônico e perdura por vários anos, mas tende a piorar em função dessa crise fiscal. A questão fiscal tem duas implicações no SUS: de um lado, reforça um movimento de ampliação do subfinanciamento que já vinha acontecendo (não aprovação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular Saúde + 10, Emenda Constitucional n. 86 e cortes orçamentários devidos ao processo de ajuste do setor público) tornando inviável, no curto prazo, o incremento dos recursos federais e tendo impacto negativo nos gastos estaduais e municipais.

Diante desse cenário de crise, o presidente do CONASS, João Gabbardo dos Reis entende que “é preciso definir uma agenda de fortalecimento do SUS que deve incluir um financiamento sustentável referenciado por uma revisão do pacto federativo. Para que essa estratégia de financiamento tenha êxito deve ser acompanhada do compromisso com uma agenda de melhoria da gestão do SUS”.

Há que se compreender que as crises também são momentos de oportunidades.

Em julho deste ano, o CONASS realizou **Seminário para Construção de Consensos**, com o objetivo de definir, a partir de quatro eixos prioritários, seu posicionamento político e técnico nas instâncias do SUS e nas Conferências de Saúde.

Uma parte das propostas contidas no **relatório final** do seminário configura-se como fundamentais para a **Agenda Prioritária para a Saúde do Brasil e para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde**. As propostas foram organizadas por eixos temáticos e traduzem a posição técnico-política do CONASS e visam a construção de uma resposta efetiva para questões como modelo de gestão,

modelo de atenção à saúde, financiamento e garantia à saúde.

O conjunto de propostas tem como premissa fundamental a reafirmação do compromisso com os princípios e as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde: **descentralização das ações e serviços de saúde, atendimento integral, universalidade e participação social. E que a crise seja a oportunidade de construir uma AGENDA PARA A SAÚDE DO BRASIL.**

Eixo I – A Gestão do SUS

Segundo os secretários estaduais de saúde, é imprescindível gestionar, junto ao Congresso Nacional, uma reforma tributária profunda e suficiente, para restabelecer a linha de equilíbrio inerente ao regime federativo posto, a fim de permitir novo pacto mais justo na distribuição da arrecadação e de atribuições, capaz de fortalecer a descentralização, garantindo-lhe condições para a execução das políticas estabelecidas na pactuação entre os entes federados. Além disso, é preciso vincular os recursos da União de acordo com a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 01-A/2015, que altera o art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios, sendo: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% das receitas correntes líquidas. A PEC busca resgatar o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde +10 no anseio em ter um sistema de saúde público e universal, sustentável e adequadamente financiado, com fonte estável e segura, que permita à população viver mais e melhor.

Os gestores também defendem a definição da metodologia de alocação dos recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, e dos estados destinados aos seus respectivos municípios, conforme previsto na Lei n. 141/2012 e observados os princípios constitucionais do SUS.

Outro consenso entre os secretários é a necessidade de fortalecer os Conselhos de Saúde para

que desempenhem plenamente sua competência legal, visando a um trabalho cada vez mais efetivo de participação na governança do SUS. E também de aprimorar a organização e o funcionamento das conferências de saúde, com o objetivo de dar mais visibilidade às demandas da sociedade expressas nas suas resoluções e de construir modos de acompanhamento da implementação das propostas aprovadas. Neste aspecto, faz-se necessário o estímulo à organização de ouvidorias em serviços próprios e em âmbito municipal, para auxiliar o cidadão na sua relação com os serviços prestados pelo SUS e reforçar os diversos mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários como o Disque-Saúde, pesquisas de satisfação, cartas, caixas de sugestão, endereço eletrônico para contato, entre outros.

Em relação à gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o CONASS entende que é preciso promover o planejamento regional considerando as peculiaridades locais e as necessidades em saúde, a fim de implantar as RAS, a partir do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e tendo como objetivo principal a integralidade do cuidado. E revisar a Política Nacional de Regulação, para reordenamento da demanda assistencial e a promoção da equidade, por meio de um modelo de regulação baseado nas Redes de Atenção à Saúde, e gestionar, junto ao Ministério da Saúde, que sua normatização leve em consideração as diversidades e as desigualdades regionais do país, visando à promoção da equidade na gestão do SUS.

Para o CONASS, é preciso garantir financiamento prioritário de custeio pelo ente federal (Ministério da Educação – MEC) para as universidades estaduais públicas, visando ao aumento da oferta de cursos da área de saúde e de bolsas de Residência Médica e Multiprofissional, garantindo, assim, a qualidade da formação de médicos e das demais profissões da saúde, cujo orçamento deve integrar a área de educação.

Também defende o fortalecimento das Escolas de Saúde Pública, escolas técnicas estaduais e afins, com ênfase na transferência de recursos financeiros, assegurando autonomia para atender às realidades locais, a partir dos problemas identificados regionalmente, por meio da educação permanente, visando à melhoria da qualidade e à

equidade no cuidado e no acesso aos serviços; e a garantia do reconhecimento das Escolas de Saúde Pública como instituições de ensino superior.

Ainda no contexto da educação em saúde, segundo o CONASS, é preciso expandir a oferta de mestrados profissionais para todas as categorias, visando ao fortalecimento da capacidade crítica, à abordagem científica das questões dos serviços e às propostas de intervenção e inovação tecnológica, aproximando os serviços das universidades e dos centros de pesquisa, sem perda da qualidade dos mestrados acadêmicos.

É preciso ainda, manter o financiamento, pelo Ente federal, dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (Agentes Comunitários de Saúde e Mais Médicos) com mecanismos de incentivo que visam à fixação profissional; colocar, na pauta de discussão da Gestão do Trabalho na Saúde, a proposta de carreira para o SUS; e utilizar o telessaúde como suporte assistencial, com caráter de educação permanente, para os profissionais de APS.

No que concerne à saúde suplementar, para os secretários, é fundamental estabelecer mecanismo legal para promover o ressarcimento dos recursos estaduais utilizados para atendimento de beneficiários de planos de saúde e que o ressarcimento dos recursos federais efetuado por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o Fundo Nacional de Saúde, seja acompanhado de posterior repasse ao respectivo Fundo Estadual/Municipal que executou a despesa de atendimento ao beneficiário de plano de saúde. Os gestores também defendem a necessidade de ampliação dos mecanismos de ressarcimento ao SUS para os atendimentos de urgência e emergência, inclusive o pré-hospitalar móvel, assim como todo e qualquer procedimento cujo paciente possa ser identificável nos Sistemas de Informações do SUS.

No campo da informação, os gestores enfatizam que é preciso efetivar o Cartão Nacional de Saúde (CNS) e integrar seu cadastro (Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS – CAD-SUS) com os diversos sistemas de informação, implantando o Registro Eletrônico em Saúde (RES), além de apoiar e fortalecer as instâncias responsáveis pela avaliação de tecnologias em

saúde e em especial a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no âmbito do SUS.

Eixo II – Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde

Segundo os secretários, é preciso implantar e fortalecer, a partir da estruturação das RAS, práticas mais coletivas, contínuas e interdisciplinares, como o autocuidado apoiado e o cuidado compartilhado – promovidos, incentivados e qualificados por equipes formadas por diversos profissionais de saúde. É preciso garantir, de forma tripartite, recursos financeiros para implantação das RAS em todas as regiões de saúde do Brasil, pactuados na instância de discussão tripartite, observando a disponibilidade orçamentária e os planos de ação regional pactuados nas CIR e CIB, que contemplem todos os pontos de atenção à saúde e a redução das desigualdades regionais. O CONASS também entende como primordial o apoio a iniciativas de indução da organização da APS no âmbito dos estados, por meio da estruturação e do custeio da rede e das ações, disponibilizando ferramentas e apoiando estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes e da integração entre os diversos pontos e níveis de atenção.

Na atenção especializada, os secretários reivindicam a instituição de política para Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) com diretrizes baseadas na perspectiva das RAS, coordenada pela APS, utilizando como referencial o Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

A implantação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) com a priorização imediata da ampliação de leitos de cuidados de tratamento intensivo, a fim de garantir a relação de cobertura de, no mínimo, 10% dos leitos de CTI/UTI em todas as regiões do país, buscando a desconcentração do acesso e a operacionalização das RAS; a implantação de novas modalidades de financiamento da Atenção Hospitalar por orçamentação global, preferencialmente, que garanta a sustentabilidade dos serviços prestados com qualidade e custo social compatível; e a implantação da Política para os Hospitais de Pequeno Porte, em consonância com a PNHOSP em conformidade com o seu novo papel nas RAS.

Para os secretários estaduais de saúde, é preciso integrar as ações de vigilância, prevenção, proteção e promoção à saúde com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, estando presentes no cotidiano de todos os pontos de atenção e, em especial, na APS, com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Também é preciso priorizar as ações de educação permanente na área de Vigilância em Saúde, em especial aquelas voltadas ao cotidiano das equipes municipais (tanto da Vigilância em Saúde como da APS) e implementar a Política Nacional de Vigilância em Saúde, assim como colocar em prática a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Eixo III – Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde

Os gestores estaduais do SUS entendem que é preciso gestionar junto ao Congresso Nacional a regulamentação de um dispositivo de excepcionalidade para a educação e a saúde no cômputo dos limites estipulados pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para despesas com pessoal, enquanto não houver a reforma tributária. Também são necessárias modificações na Lei n. 8.666/1993, de forma a se adequar aos aspectos referentes à área da saúde, entre os quais os valores financeiros de cada modalidade de licitação e a necessária agilidade à execução de despesas por meio de um regime diferenciado de contratações públicas.

É preciso considerar, de acordo com cada realidade, a implantação de alternativas de gerência nas unidades públicas de saúde, tendo em vista a necessidade de se obterem a autonomia e a flexibilidade necessárias à eficiência/eficácia dos serviços públicos de saúde.

Eixo IV – Direito à Saúde

O CONASS reafirma o compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS: descentralização das ações e dos serviços de saúde, atendimento integral à população, universalidade de acesso aos serviços de saúde e participação social, respeitada a legislação disciplinadora do sistema de saúde, para avançar na organização e na implantação de novo modelo de atenção, com financiamento suficiente e sustentável. ■

15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DEBATE A SAÚDE PÚBLICA COMO UM DIREITO DE CIDADANIA

TATIANA ROSA

O mais importante evento sobre saúde pública espera um público de aproximadamente cinco mil pessoas

Com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que acontece em Brasília, entre os dias 1º e 4 de dezembro deste ano, promete ser um marco na história das conferências nacionais de saúde, tendo em vista o momento delicado vivido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), diante da crise econômica, política e fiscal que o país atravessa e que coloca em risco a sustentabilidade do SUS.

Para tanto, a organização do evento programou um ato político na Esplanada dos Ministérios, no primeiro dia da Conferência, em defesa da democracia, da participação e das políticas públicas.

Ao apresentar o balanço das etapas municipais e estaduais realizadas ao longo do ano, ao ministro da Saúde, Marcelo Castro, durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite de outubro, a presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Maria do Socorro de Souza, garantiu que esta conferência é uma das que mais mobilizaram pessoas em todo o país com as etapas municipais e estaduais. Socorro chamou a atenção para o apoio da gestão em seus diferentes níveis como fator fundamental para o resultado político consistente da conferência. “Onde houve a gestão permanente na construção da conferência e na sua condução política, houve diferença no resultado”, afirmou.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tem como objetivos a mobilização da sociedade em defesa do direito universal à saúde e do SUS; a ampliação do diálogo com a sociedade e a representação de sujeitos e atores sociais políticos nas esferas públicas de participação da saúde; a avaliação da situação de saúde da população brasileira; a participação do processo de formulação do Plano Plurianual (PPA) e do Plano Nacional de Saúde (PNS) e o debate das reformas democráticas e populares do Estado.

Este ano, a preparação para a 15ª CNS contou ainda com uma novidade no que diz respeito à mobilização. Foram realizadas Plenárias Populares Regionais nas cinco regiões do país, além de Conferências Livres por movimentos de estudantes, negros, mulheres, trabalhadores da saúde, camponeses etc., além de um Simpósio Nacional na Câmara Federal. “Sabemos que não é fácil fazer a defesa do SUS e politizar essa agenda, mas essas novas metodologias foram muito bem aceitas. Levamos também o debate dos principais temas da conferência, porque entendemos que o Congresso Nacional tem papel relevante na definição das políticas de saúde”, disse a presidente do CNS.

Ao todo, entre julho e setembro deste ano, dos 5.570 municípios, 4.706 realizaram a conferência municipal de saúde, em um total de 84,49%. Já na etapa estadual, todos os estados e o Distrito Federal realizam as suas conferências estaduais.

A 15ª CNS conta com oito eixos temáticos, sendo eles direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; participação e controle social; valorização do trabalho e da educação em saúde; financiamento do SUS e relação público-privado; gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; informação, educação e política de comunicação do SUS, e Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS. ■

PARLAMENTARES SE UNEM AO CONASS E AO CONASEMS NA LUTA POR MAIS RECURSOS PARA O SUS

TATIANA ROSA

Em encontro com gestores estaduais e municipais de saúde, parlamentares se comprometeram a lutar, dentro do Congresso Nacional, por financiamento adequado para a saúde pública brasileira

Preocupados diante da crítica situação do subfinanciamento da saúde, principalmente após o contingenciamento de R\$ 11,774 bilhões no orçamento da pasta, CONASS e Conasems realizaram, no dia 23 de setembro, reunião entre gestores estaduais e municipais, parlamentares de diversos partidos políticos e também com integrantes da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), da Frente Parlamentar da Saúde e da Subcomissão de Financiamento da Saúde, com o objetivo de discutir a proposta contida na Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 01-A/2015 e encontrar propostas e soluções para o subfinanciamento da saúde.

Estudos preliminares do CONASS apontam para uma falta de recursos orçamentários de R\$ 16,6 bilhões para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde em 2016, isso se calculado com base na Emenda Constitucional (EC) n. 86/2015.

Como solução diante da realidade iminente de subfinanciamento para o próximo ano, os gestores de saúde veem, na PEC

n. 01-A/2015, alternativa para minimizar os efeitos devastadores que o déficit orçamentário poderá causar no SUS em 2016.

De autoria do deputado federal Vanderlei Macris (PSDB/SP), a PEC altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%. (Percentual alterado conforme parecer aprovado. Confira na página 32.)

A medida busca resgatar o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde+10 que, em 2013, após recolher dois milhões de assinaturas, apresentou na Câmara dos Deputados a proposta de Projeto de Lei de Iniciativa Popular que exigia da União a aplicação de 10% da sua Receita Corrente Bruta (RCB) para a saúde. O projeto no entanto, após a aprovação da EC n. 86/2015, foi engavetado.

No encontro, Macris mencionou a participação ativa que teve em todo o Movimento Saúde + 10 e afirmou que essa luta pelo au-



Accesse aqui o texto da EC n. 86/15
goo.gl/EzMzyX





Parlamentares reunidos aos gestores estaduais e municipais debatem a PEC n. 01-A/15 como solução para minimizar os efeitos do subfinanciamento no SUS

mento do financiamento da saúde vai na contramão ao ajuste fiscal que o governo federal tem feito, daí a importância de se resgatar, por meio da PEC da qual é o autor, a essência do Saúde + 10.

O deputado fez questão de ressaltar que a apresentação da PEC se deu em função da necessidade de haver instrumento de luta a ser levado à mesa de negociações. “Quando sentarmos à mesa para decidir que tipo de ajuste vamos fazer, quais ações vamos atender com os poucos recursos que temos no orçamento federal, essa proposta será um instrumento importante. Sem ela muito provavelmente em vez de aumentarmos os recursos, teremos a perda de um bom percentual nesses investimentos em saúde”, alertou.

A mobilização do CONASS e do Conasems também foi citada pelo parlamentar como importante avanço. “Fico feliz quando vejo a mobilização dessas duas entidades respeitadas que se juntam a nós nessa luta pela aprovação dessa emenda. Essa é uma luta importante na vida do país”, disse.

Macris alertou ainda para forças que atuam na direção do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo ele, o SUS está agonizando e é importante detectar a quem interessa o desmonte do grande programa de saúde pública brasileira que é o SUS.

O parlamentar concluiu ao afirmar que é preciso dar continuidade e força à mobilização, no sentido de mostrar ao Congresso Nacional que existe grande movimento para preservar e fortalecer o SUS.

A relatora da proposta, deputada federal Carmem Zanotto (PPS/SC), observou que, com o financiamento atual do SUS, é impossível que gestores ofereçam tudo aquilo foi estabelecido na Constituição Federal. Para ela, o deputado Macris agiu de maneira prudente ao apresentar a PEC n. 01-A/2015, principalmente após a aprovação da Emenda Constitucional n. 86/2015. “Nós sabemos que a aprovação desta EC trouxe também a nova base de cálculo para a saúde que, em hipótese alguma, atende às nossas demandas para fazermos frente às ações de serviços de saúde”, destacou.

Zanotto reiterou a importância da reunião com os gestores estaduais e municipais de saúde, pois são eles que respaldam os parlamentares na busca pela melhor solução para o problema do subfinanciamento. “É a partir do debate com vocês que iremos construir o caminho para chegarmos aos 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União – o que equivale aos 10% do Saúde + 10”, disse.

Ela também falou sobre a possibilidade de taxação de grandes fortunas, segundo a qual disse ser consenso na CSSF.

O autor da PEC, Vanderlei Macris, entrega aos presidentes do CONASS e do Conasems o parecer sobre a proposta, durante reunião da CIT em outubro



“Temos de ser hábeis e buscar fontes para financiar a saúde, o que não é tarefa fácil. Por isso, precisamos do respaldo dos gestores”, concluiu.

Já o presidente da Frente Parlamentar da Saúde (FPS), deputado federal Osmar Terra (PMDB/RS), é preciso garantir que o sistema continue existindo e dando assistência de boa qualidade para a população.

Terra destacou que, nesse quesito, a gestão é muito importante, mas alertou que o financiamento é decisivo: “Não podemos ter um *per capita* que é metade da Argentina e do Chile, que não têm sistema universal. Essa luta não pode arrefecer, é preciso sintonia fina e engajada para ajudar a saúde”.

João Gabbardo dos Reis, secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e presidente do CONASS, falou sobre a importância do apoio à PEC n. 01/2015, bem como a busca por novas fontes de recursos para o SUS. Ele manifestou também a apreensão dos gestores estaduais do SUS que, diante do cenário de subfinanciamento, ficarão impossibilitados de garantir o mínimo das ações e dos serviços de saúde à população.

O presidente do Conasems, Mauro Junqueira Filho, enfatizou a importância da reunião a qual classificou como histórica. “Essa é a primeira vez que vejo uma reunião conjunta como essa para além dos muros da saúde, em prol do SUS. Isso demonstra o quanto estamos preocupados com a atual situação

da saúde do país, principalmente com os últimos acontecimentos”.

Parecer aprovado

A Comissão destinada a discutir a PEC n. 01-A/2015 aprovou, no dia 21 de outubro, o parecer da proposta com um substitutivo que eleva o valor mínimo da União, ao final de seis anos, para 19,4%. Segundo a relatora, esse substitutivo se deu para que a atualização do percentual dos gastos com a RCL atinja os 10% da RCB que o Movimento Saúde + 10 reivindica.

O parecer foi entregue aos presidentes do CONASS e do Conasems, João Gabbardo dos Reis e Mauro Junqueira, respectivamente, no dia 29 de outubro durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Na ocasião, Macris esteve acompanhado da relatora, a deputada federal Carmem Zanotto (PPS/SC). Eles informaram que já conseguiram a assinatura de todos os líderes partidários para colocar em pauta a votação da PEC, que altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços de saúde.

CONASS manifesta apoio à PEC

Os secretários estaduais de saúde reuniram-se para se aprofundar nas discussões realizadas no debate com os deputados e unânimes na decisão de que era necessário manifestar apoio, os gestores estaduais redigiram a Carta de Apoio à PEC n. 01-A/2015, em conjunto com o Conasems, na qual apresentaram os argumentos para a sua aprovação.

Nela, solicitam aos parlamentares que aprovem a PEC e incitam governadores, prefeitos e a sociedade brasileira a apoiar a causa com o objetivo de garantir recursos mínimos para a continuidade do SUS. ■

Carta de Apoio a PEC n. 01-A/2015

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, entidades representativas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, por decisão em Assembleia conjunta, vem a público manifestar apoio a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 01-A/2015 que altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% das receitas correntes líquidas, e que busca resgatar o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde+10 no anseio em ter um sistema de saúde público e universal, sustentável e adequadamente financiado, com fonte estável e segura, que permita à população viver mais e melhor.

A União, em 1993, foi responsável por 72% dos gastos com ações e serviços públicos de saúde, em 2014 respondeu apenas por 42,52% (R\$ 92,24 bilhões), enquanto estados e municípios responderam por 57,49% (R\$ 114,71 bilhões), apesar de disporem de receitas consideravelmente menores.

A PEC n. 359/2013 – promulgada como Emenda Constitucional n. 86/2015 destina para o orçamento do Ministério da Saúde de 2016 13,2% das receitas correntes líquidas, o que representa menos recursos do que anteriormente exigido pela regra estabelecida na Lei n.141/2012. Para agravar esse cenário o PLOA 2016 aponta para uma redução de 9,68% nos recursos destinados as ações serviços públicos de saúde quando comparado aos valores da dotação atualizada do ano de 2015.

Diante desse quadro de desfinanciamento e que expõe a dificuldade de sobrevivência do SUS, ameaçando a saúde do povo brasileiro, o Conass e o Conasems solicitam aos Parlamentares do Congresso Nacional que votem a favor da PEC n. 01-A/2015 que reivindica valores equivalentes aos 18,7% das RCL escalonado até 2020.

Conclamam-se Governadores, Prefeitos e a Sociedade Brasileira a apoiar a PEC n. 01-A/2015 para garantir recursos mínimos para a continuidade do SUS.

Brasília, 23 de setembro de 2015.

JOÃO GABBARDO DOS REIS (Presidente do CONASS)
MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA (Presidente do Conasems)



AUMENTO DE CASOS DE MICROCEFALIA COLOCA EM ALERTA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

TATIANA ROSA

Possível relação da doença com o zica vírus preocupa gestores

Desde que começaram a surgir as primeiras notificações indicando o aumento do número de casos de microcefalia em estados da Região Nordeste, a saúde pública brasileira entrou em alerta.

O estado de Pernambuco foi o primeiro a identificar a mudança do padrão da doença no país e é hoje o que concentra o maior número de casos da doença totalizando, até o dia 21 de novembro, 487 casos, seguido por Paraíba com 96, Sergipe com 54, Rio Grande do Norte com 47, Piauí com 27, Alagoas com 10, Ceará com 9, Bahia com 8 e Goiás com um caso, sendo o único estado fora da região Nordeste a notificar.

Em uma ação rápida, o secretário de Estado da Saúde de Pernambuco (SES/PE), Iran Costa Júnior, ao ser comunicado da situação, reuniu-se com os diretores das duas maternidades que registraram o aumento de casos, neuropediatras e obstetras e também com

gerentes regionais de Saúde de Pernambuco para discutir e alinhar as ações de apoio.

Como resposta à situação, a SES/PE elaborou, em parceria com o Ministério da Saúde e com as instituições envolvidas na resposta a esse evento, o Protocolo com orientações para apoio a investigação clínica e epidemiológica dos casos de microcefalia, com o objetivo de estabelecer critérios para detecção de microcefalia em recém-nascidos do estado de Pernambuco e definir fluxo de atendimento, diagnóstico, vigilância e acompanhamento dos doentes.

Iran Costa Jr. parabenizou a resposta imediata do Ministério da Saúde que acionou o Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes) e enviou para Recife uma Equipe de Resposta Rápida às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde, composta seis profissionais epidemiologistas com o objetivo de apoiar a Secretaria de Saúde do Estado e dos municípios nas investigações de campo, além de ter declarado Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional para dar maior agilidade às investigações.



Acesse aqui o
Protocolo
goo.gl/4ZXfBJ



Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes)

Um mecanismo de gestão de crise, que reúne as diversas áreas que podem concorrer para resposta a esse evento de forma que o assunto seja tratado como prioridade.

“Nós temos agido com muita responsabilidade. Hoje já existem 800 profissionais treinados e especializados para o atendimento dessas famílias e crianças. É uma situação muito grave porque se comprovada a sua relação com o zica vírus, essa epidemia não será restrita apenas ao Nordeste brasileiro, por isso uma ação decisiva precisa ser feita”, alertou o secretário.

Cientes da gravidade do caso, os gestores estaduais de saúde, reunidos em Salvador no Encontro dos Secretários Estaduais de Saúde do Nordeste, no dia 20 de novembro, elaboraram um documento com as necessidades conjuntas dos estados e, entre os destaques, o pleito de que o ministério reconheça que o mosquito *Aedes aegypti* é, hoje, a principal ameaça à saúde pública do país. (Confira na página 37 o documento na íntegra)

O documento entregue ao ministro da Saúde, Marcelo Castro, conclama ainda maior envolvimento do Estado Brasileiro no enfrentamento desta emergência nacional, com a integração das três esferas governamentais e com a participação efetiva da sociedade civil, propondo a criação de um Plano de Ação Nacional para Enfrentamento das Arboviroses e de suas complicações que contemple ações integradas e intersetoriais de controle do vetor e a vigilância e organização da linha de cuidado para atenção qualificada aos casos suspeitos.

Também indica, diante da necessidade novos recursos e investimentos, a instituição de um fundo nacional emergencial para ações de combate às arboviroses e controle de suas complicações.

Para o presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis, mesmo sem a certeza da correlação entre o vírus zica e a microcefalia, os gestores não podem perder tempo. “Vamos partir do princípio de que essa relação seja verdadeira e vamos tomar a iniciativa e as medidas necessárias, até porque o combate ao mosquito já deveria ser feito para combatermos a dengue e agora nós temos mais um motivo relevante para intensificar essas ações”.



Ministro da Saúde fala sobre o problema na Assembleia do CONASS

No dia 25 de novembro, o ministro da Saúde, acompanhado do secretário de Vigilância em Saúde (SVS), Antonio Carlos Nardi e do diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cláudio Maierovitch, participou da Assembleia do CONASS.

Marcelo Castro manifestou total apoio às medidas propostas no documento do CONASS e garantiu que elas vão de encontro ao pensamento do Ministério da Saúde.

O ministro fez questão de esclarecer que o país vive uma situação inusitada em que não existe na literatura mundial nenhuma referência que relacione a doença ao zica vírus. “Temos de ter prudência na nossa posição. Apesar de os estudos estarem apontando para a existência dessa correlação a nossa responsabilidade é grande, por isso está na hora de compartilharmos as nossas decisões”.

Mesmo sem o diagnóstico preciso, ele afirmou que as ações serão executadas com a hipótese positiva da relação entre o zica vírus e a microcefalia. “Temos discutido com nosso corpo de cientistas e pesquisadores e vamos tomar decisões que não permitam o aumento da população do *Aedes aegypti* no verão, como ocorre todos os anos”, disse.

Secretários Estaduais de Saúde consideram o mosquito *Aedes Aegypti* como o principal problema de saúde pública do país

Apesar de citar algumas tecnologias que estão em desenvolvimento como as vacinas contra dengue, o uso de mosquitos transgênicos ou bactérias que infectem os mosquitos impedindo a transmissão da dengue, o ministro disse que elas ainda levarão tempo para serem colocadas em uso e que, portanto, a estratégia a ser usada pelo Ministério da Saúde será aquela já utilizada ao longo do tempo: o combate ao mosquito da dengue por meio da mobilização social. “O que estamos planejando e precisamos pactuar é uma ação mais potente com o envolvimento dos três entes federados e principalmente de todos os meios de comunicação que estiverem à nossa disposição. A população precisa estar mobilizada diante da gravidade desse problema que estamos enfrentando. Só teremos sucesso se a sociedade se mobilizar”, destacou o ministro.

Além da campanha de mobilização social maciça no combate à dengue, Marcelo Castro afirmou que os Agentes de Endemia e os Agentes Comunitários de Saúde irão para as ruas mobilizar as pessoas para eliminar os criadouros.

Outra possibilidade levantada pelo ministro e pactuada com os gestores estaduais foi o uso do Exército Brasileiro no apoio às ações, o que, segundo ele, transmitirá à população a magnitude e a seriedade do caso. Castro comprometeu-se a levar a proposta à presidente Dilma Rousseff, bem como apresentar a ela as novas tecnologias que futuramente poderão ser utilizadas.

Em meio à apreensão e ao estado de alerta que a saúde pública brasileira vive em relação ao aumento dos casos de microcefalia, o ministro da Saúde chamou a atenção para a importância de não se perder o foco no

combate ao mosquito *Aedes aegypti*. “Sabemos que a situação é preocupante, mas nós não podemos perder o foco do combate ao mosquito, pois combatendo-o seremos capazes de diminuir todas essas doenças por ele causadas”, disse.

Antonio Carlos Nardi, secretário de Vigilância em Saúde, garantiu que o Ministério da Saúde e o Governo Federal estão empenhados em chegar a um diagnóstico conclusivo, a fim de dar uma resposta para a sociedade sem gerar pânico na população.

O secretário informou que dois especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e um pesquisador do Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta/USA, estão a caminho do Brasil para auxiliar com as pesquisas na busca por um diagnóstico final. “Conhecendo a etiologia e com o diagnóstico daremos, de forma interfederativa, a resposta para a população tanto do ponto de vista do diagnóstico, como do ponto de vista assistencial”, assegurou.

O vice-presidente do CONASS na região Nordeste, Fábio Vilas Boas, parabenizou a maneira como o Ministério está conduzindo as ações em relação à situação. Ações que, segundo ele, também que deveriam ter sido tomadas em relação à dengue, doença a qual disse ter sido sempre negligenciada. “Não basta apenas ações comuns de prevenção, como não deixar água parada etc. Chega de fazer só as mesmas coisas sempre. Temos de pensar diferente e, para isso, é preciso investir muito dinheiro para que os pesquisadores se interessem financeiramente e se dediquem a pesquisar estratégias de combate a esse problema que é a principal ameaça para o país”, alertou. ■



Microcefalia – O que é? A microcefalia é uma doença causada por uma má formação no cérebro que não se desenvolve de forma adequada e pode causar a diminuição da circunferência da cabeça do recém-nascido. Além disso, outros problemas também podem ser diagnosticados, como, por exemplo, o retardo mental e complicações no desenvolvimento da fala. Para mais informações, acesse a página do Ministério da Saúde no endereço eletrônico: www.saude.gov.br

Propostas do CONASS para o combate às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no país e em especial na Região Nordeste

Salvador, 20 de novembro de 2015.

Senhor Ministro:

Os secretários estaduais de Saúde do Nordeste, reunidos em Salvador em 20 de novembro de 2015, com representantes do Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS), preocupados com a evolução das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no país e em especial na Região Nordeste, e considerando:

- O aumento significativo de casos de Dengue em 2015;
 - A introdução no território brasileiro em 2014 e 2015 dos vírus Chikungunya e Zika, também transmitidos pelo *Aedes aegypti*, com concentração na Região Nordeste do País;
 - O aumento das complicações neurológicas associadas ao Zika vírus, a exemplo da Síndrome de Guillain Barré;
 - A Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, declarada pela Portaria n. 1.813, de 11 de novembro de 2015, devido à alteração do padrão de ocorrência de microcefalia no Brasil, malformação congênita grave, com sequelas irreversíveis que demandarão cuidados permanentes, com consequente impacto econômico, social e na organização de todo o Sistema de Saúde; vêm:
1. Conclamar maior envolvimento do Estado Brasileiro no enfrentamento desta emergência nacional, com a integração das 3 esferas de governo e participação efetiva da sociedade civil;
 2. Estabelecer Plano de Ação Nacional para Enfrentamento das Arboviroses e de suas complicações que contemple ações integradas e intersetoriais de controle do vetor; a vigilância e organização da linha de cuidado para atenção qualificada aos casos suspeitos;
 3. Estimular e apoiar financeiramente as instituições científicas para o desenvolvimento sustentado de pesquisas, estudos e desenvolvimento de novos métodos e tecnologias para o controle do vetor e enfrentamento das complicações associadas às arboviroses.
 4. Responsabilizar de forma efetiva e oportuna os diversos setores governamentais envolvidos no combate às arboviroses, incluindo além da Saúde as áreas de Meio Ambiente, Infra-estrutura, Desenvolvimento Urbano, Fazenda, Educação, Comunicação, Assistência Social, Forças Armadas, dentre outras.
 5. Criar, diante da necessidade imperiosa de novos recursos e investimentos para o enfrentamento deste grave problema, fundo nacional emergencial para aplicação exclusiva nas ações emergenciais de combate às arboviroses e controle de suas complicações.

Atenciosamente,

Fábio Vilas-Boas Pinto
Vice-presidente do CONASS

João Gabbardo dos Reis
Presidente do CONASS

SUS: o futuro que não chega

CLÁUDIA COLLUCCI

Repórter e colunista de saúde do jornal Folha de S. Paulo, mestre em História da Ciência pela PUC-SP e pós-graduada em gestão em saúde pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). Foi *fellow* nas universidades de Michigan e de Georgetown (EUA), onde pesquisou conflitos de interesses entre médicos e a indústria farmacêutica

Dezembro de 2000, 11^a Conferência Nacional de Saúde (CNS). Conselheiros de todo o país debatem sobre temas como os altos índices de mortalidade materno-infantil, o subfinanciamento, a proposta de emenda constitucional que vincula recursos dos orçamentos aos gastos com a saúde pública e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Quinze anos se passaram, o sistema público de saúde vem contabilizando inegáveis conquistas, como a diminuição das taxas de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida da população, mas a questão central, a falta de recursos, continua mais urgente do que nunca.

Desde que o SUS foi instituído na Constituição de 1988, o Brasil passou a ser um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever, na legislação, o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Mas, na prática, nenhum governo garantiu o financiamento necessário para que fosse cumprido o artigo 196 da Constituição: que esse direito universal seja garantido “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O dia a dia dos serviços mostra uma realidade muito diferente do conceito original do SUS. Perversas desigualdades no acesso e no uso dos serviços, longas filas de espera para consultas, mau atendimento, superlotação das emergências, escassez de recursos nas unidades de saúde, falta de leitos hospitalares e demora para a marcação de exames são alguns dos problemas.

O sistema também traz como princípio a integralidade da atenção, mas, na verdade, o que as pessoas veem na prática é um tratamento muitas vezes “desumanizado”, fragmentado e com pouca ênfase na promoção da saúde.

¹ 11^a Conferência Nacional de Saúde: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2015.

É um paradoxo porque esse mesmo SUS possui ilhas de excelência que são referência internacional, como os programas de transplantes, de dispensação gratuita de medicamentos contra a Aids e outras doenças e mesmo o Estratégia Saúde da Família.

Grande parte dos problemas na assistência resulta do crônico subfinanciamento do SUS. Embora os gastos públicos tenham crescido nos últimos anos – entre 2000 e 2010 – de 40% para 47% do gasto total em saúde, esse aumento não foi suficiente para cumprir o que está prometido na Constituição de 1988. Como vimos, mais da metade dos gastos em saúde no Brasil ainda são privados, sendo pagos por famílias ou por empresas para seus trabalhadores. É o único país com sistema público de saúde universal onde os gastos privados são superiores aos gastos públicos em saúde. Outros países com sistemas universais, como Canadá e Inglaterra, a proporção do gasto público é superior a 70%.

E o que está ruim vai piorar, já adiantou o ministro da Saúde, Marcelo Castro (PMDB-PI). Segundo ele, o novo modelo de cálculo de financiamento da Saúde, aprovado neste ano pelo Congresso, deve trazer um déficit de ao menos R\$ 7,5 bilhões em recursos para 2016.²

O Conselho Nacional de Saúde também tem alertado para o risco de mais cortes no orçamento, que devem triplicar em três anos, passando de R\$ 3,8 bilhões em 2014 para R\$ 16,6 bilhões em 2016. Como alterna-

tiva, o conselho defende a taxação de grandes fortunas e a criação de imposto sobre movimentações financeiras nos moldes da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Mas a discussão sobre o futuro do SUS não pode se resumir ao subfinanciamento crônico, que é uma realidade, não há dúvida. Problemas de gestão são uma questão tão central quanto a falta de recursos. Não há esforços para a formação de gestores públicos, muito menos uma carreira nessa área. Assim, a administração de muitos serviços públicos de saúde é feita de forma improvisada, não raras vezes por amadores.

Isso tem impacto direto na eficiência do uso do gasto em saúde, que é considerada muito baixa, conforme demonstra pesquisa recente da Bloomberg, que mediu a relação entre gastos e resultados em saúde em 48 países. O Brasil foi um dos menos eficientes.

Casos de corrupção no sistema também são frequentes. Um exemplo é uma auditoria feita pelo Ministério da Saúde em 20 hospitais públicos ou que prestam serviços ao SUS e que encontrou fraudes em dez deles. Entre os casos, estão a cobrança de próteses e outros materiais que não foram utilizados em cirurgias de coluna, de quadril e de joelho.³

No relatório, o departamento de auditoria do SUS propôs que os hospitais devolvessem R\$ 520 milhões aos cofres públicos. A auditoria foi realizada em 2013 e já aponta-

² CANCIAN, Natália. *Repasses para hospitais e farmácia popular atrasarão, diz ministro da Saúde*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2015/10/1699916-repasses-para-hospitais-e-farmacia-popular-atrasarao-diz-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 1º nov. 2015.

³ COLLUCCI, Cláudia. *Metade dos hospitais auditados pelo Ministério da Saúde tem fraudes*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2015/02/1584300-metade-dos-hospitais-auditados-pelo-ministerio-da-saude-tem-fraudes.shtml>>. Acesso em: 1º nov. 2015.

va indícios da existência de uma “máfia das próteses” agindo nos hospitais públicos. Mais casos vieram à tona no início de 2015, quando foi criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigá-los.

É uma pequena amostra da quantidade de dinheiro que está indo para o ralo com a corrupção dentro do sistema. Isso denota a urgente e necessária implementação de métodos de gestão mais modernos, por meio do uso das tecnologias de informação. Ao mesmo tempo, é desejável que se premie a eficiência e se remunerem os serviços de saúde e o pessoal de acordo com os resultados alcançados.

No campo da atenção à saúde, o sistema é tido como ineficaz por adotar um modelo de assistência inadequado, focado nas condições agudas quando as que já predominam são as crônicas. É ainda muito centrado nos hospitais (hospitalocêntrico), nas emergências, com falhas na coordenação e no planejamento da assistência.

Em diversos fóruns, especialistas vêm defendendo uma mudança no atual modelo de atenção à saúde, que passa por repensar o papel do hospital e o trabalho em rede. Mas por onde começar? No seminário do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), ocorrido em setembro último em Brasília, os participantes apontaram que o caminho passa pela universalização da cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Para o ex-ministro da Saúde e diretor-executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, José Gomes Temporão, por exemplo, o programa deve ser a única porta de entrada ao sistema, tanto para o setor público quanto para planos e seguros privados.

Inúmeros estudos apontam que a atenção primária tem o potencial de resolver até 85% das necessidades de saúde, assim como

tem o papel de ordenar a demanda por serviços de maior complexidade e, depois, organizar a continuidade da atenção e do cuidado.

Ainda que se faça a ressalva de que esse índice de resolutividade possa estar obsoleto, já que se refere mais às condições agudas e não às crônicas (que predominam hoje no país), a visão da atenção primária como um filtro resolutivo e ordenador do fluxo do usuário para os demais serviços de maior complexidade é uma proposta muito defendida pelos sanitaristas.

Os desafios que o país tem pela frente são muitos levando em conta as transições que já atravessa. Entre elas, a demográfica (em 2021, o país terá 220 milhões de pessoas, com 25 milhões de idosos) e a epidemiológica (com uma sociedade mais obesa, sedentária e envelhecida, aumentará muito a carga de doenças como diabetes tipo 2, hipertensão e demências senis e o custo dos tratamentos).

Recuperar o controle social do sistema é outro enorme desafio. É preciso ampliar a capacidade de diálogo do SUS com a sociedade, reconhecendo as falhas e apresentando propostas reais de mudanças. Mas isso não pode ser feito apenas como peça de marketing. A construção dessa legitimidade leva tempo e depende de uma reação efetiva do sistema em busca de mais qualidade e transparência.

As pesquisas mostram que, ao longo dessas quase três décadas, persiste o descrédito dos brasileiros quanto à capacidade de o sistema público atender às suas necessidades de saúde. Segundo pesquisa Datafolha de 2015, 54% da população brasileira avalia o SUS como ruim ou péssimo. É praticamente a mesma taxa de rejeição encontrada em pesquisas feitas em anos anteriores. Os que têm plano de saúde tendem a ser mais críticos tanto em relação ao sistema de saúde em geral como em relação ao SUS. A população

sem planos de saúde e que vive no interior é a mais favorável ao sistema público de saúde.

O atendimento nos postos de saúde e a distribuição de remédios foram os serviços aos quais os usuários têm mais facilidade de acesso. Já o tempo de espera é o que mais contribui para o mau atendimento (36%), seguido da falta de médicos (19%).⁴

Discutir o futuro do SUS também passa, necessariamente, pelo debate sobre qual modelo de saúde a sociedade brasileira realmente deseja. A saúde como um bem público e fator de redução de iniquidades, com foco na prevenção e promoção de saúde, ou o modelo de racionalidade econômica, onde saúde é um bem de consumo, algo que se compra no mercado e que expressa diferenças de renda e de inserção social?

O que vemos hoje é a ampliação cada vez maior do setor privado, com participação do governo federal no financiamento indireto dos planos e seguros de saúde, o não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, as isenções tributárias (dedução do Imposto de Renda) e outros.

Para a população em geral, o plano privado continua sendo o “sonho de consumo” e a perspectiva de segurança quando adocece. Assim, será preciso um trabalho árduo para derrubar a crença de que o SUS é um sistema só para os pobres. As barreiras são inúmeras, a começar pelo fato de que nossos políticos, governantes, juízes, e boa parte da sociedade civil formadora de opinião busca o atendimento privado para resolver seus problemas de saúde.

Não basta defender o SUS na teoria. Para desmontar a lógica do SUS para pobres, é im-

portante que cada vez mais pessoas da classe média passem a optar pelo sistema público e a cobrar por melhorias, por mais recursos. Mas como fazer com que os mais ricos busquem o SUS se eles parecem alimentar uma verdadeira “repulsa” pelo sistema?

Heitor Werneck aponta razões históricas para entender essa ojeriza e buscar caminhos para enfrentá-la. Afirma que as raízes estão na aristocracia e na hierárquica sociedade brasileira, frontalmente avessas a políticas igualitárias.

Na sua opinião, isso foi um passo para aprendermos a olhar para o SUS como um sistema para os pobres. “Usá-lo é um estigma da pobreza e faz com que a classe média nutra por este sistema a mesma repulsa que tem de se imaginar pobre. Ter plano de saúde torna-se, antes de tudo, um sinal de status e uma ilusão de ascensão social.”⁵

Para Werneck, há um caminho que pode tornar o SUS atraente à classe média: mostrar que estamos fazendo papel de idiotas, perdendo dinheiro comprando um serviço de que não precisamos, que já pagamos por meio dos nossos impostos. Então, propõe ele, por que não mostrar o caminho da porta de entrada do sistema para essas pessoas e convidá-las a terem a carteirinha do “plano SUS”?

É uma ideia um tanto quanto inusitada nos debates sobre o futuro do SUS, mas que vale a pena considerá-la levando em conta que as estratégias usadas até o momento, fincadas nos ideais do igualitarismo do sistema, parecem não encontrar muito eco na sociedade atual. ■

⁴ Para seis em cada 10 brasileiros, a saúde no país é péssima. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/10/1693244-para-6-em-cada-10-brasileiros-saude-no-pais-e-pessima.shtml>>. Acesso em: 1º nov. 2015.

⁵ WERNECK, Heitor. *SUS para a classe média*. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniao/sus-para-classe-media-14982407#ixzz3qGXMtY00>>. Acesso em: 1º nov. 2015.

O ESGOTAMENTO DO MODELO DE FINANCIAMENTO DO SUS

CARLOS OCTÁVIO OCKÉ-REIS E FRANCISCO R. FUNCIA

Carlos O. Ocké-Reis é doutor em Saúde Coletiva e economista do Ipea; e Francisco R. Funcia é mestre em Economia Política e assessor técnico da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS). Os autores agradecem pelos comentários dos participantes da Assembleia do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) em 23 de setembro de 2015 e da reunião da Cofin/CNS em Brasília nos dias 1º e 2 de outubro de 2015.

1. Fatos estilizados: cenário macroeconômico para 2015 e 2016

O governo federal revisou as projeções para 2015 e 2016 após o encaminhamento da peça orçamentária de 2016 ao Congresso Nacional,¹ prevendo para:

a) 2015: uma queda real do Produto Interno Bruto (PIB) de 2,44% (recessão) e uma taxa de inflação (medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) de 9,3%; e

b) 2016: um aumento real do PIB de 0,2% e uma taxa de inflação (medida pelo IPCA/IBGE) de 5,4%.

Contudo, o mercado está mais pessimista tanto em relação à inflação, como em relação à recessão, especialmente para 2016, não acreditando na expectativa de retomada do crescimento econômico que tem sido anunciada pelo governo federal: o “Relatório Focus”² de 25/9/2015 projeta uma variação negativa do PIB real na ordem de 1,0%. A taxa de inflação poderá ficar em torno de 9,5% em 2015 e de 5,5% em 2016.

O Brasil corre, assim, o risco de mergulhar na mesma espiral da Europa, em que o ajuste fiscal aprofunda o baixo crescimento, que, por sua vez, gera menos receita. A arrecada-

¹ Entretanto, o governo federal está preparando um novo Projeto de Lei Orçamentária 2016 (PLOA 2016) para encaminhar ao Congresso Nacional no início de novembro, que substituirá o encaminhado em agosto passado, o que deverá apresentar alterações nos valores e referências para as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Além disto, foi encaminhada um projeto de lei que altera a própria Lei de Diretrizes Orçamentárias 2015 (LDO 2015), que será votada em breve, considerando a nova projeção de déficit primário para este ano.

² Banco Central do Brasil. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/R20150925.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

dação é mais volátil que o comportamento da economia, caindo mais que o PIB em anos de contração econômica: se o PIB cair 1,0% em 2016, a arrecadação cairá, por exemplo, mais que 1,0%, dificultando a retomada do crescimento econômico.

Desse modo, a magnitude da Receita Corrente Líquida (estimada para 2016 em R\$ 759,4 bilhões pelo governo federal) dependerá da aprovação das medidas no contexto do ajuste fiscal e do desempenho da economia brasileira em 2016 (que, por sua vez, depende das expectativas dos agentes econômicos no bojo da crise política).

Nesse cenário, o SUS está ameaçado diante do processo de subfinanciamento a que está submetido desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, especialmente após a vigência da Emenda Constitucional n. 86/2015, cujas mudanças do critério de cálculo para a apuração da aplicação mínima combinada com a execução obrigatória das emendas parlamentares individuais representarão, a partir de 2016, uma redução de valores em comparação ao que seria apurado pela regra anterior da Emenda Constitucional n. 29/2000 e da Lei Complementar n. 141/2012. Em outros termos, esse é mais um componente para agravar as situações de insuficiências orçamentária e financeira em 2016, muito piores do que as verificadas em 2014 e estimadas para 2015.

2. Insuficiência orçamentária e financeira para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS): 2014 e projeção 2015

A metodologia adotada ad hoc para elaborar este trabalho foi considerar o padrão de gasto com ASPS em 2014 para as projeções de despesas, isto é, a soma dos valores empenhados em ASPS no exercício com os valores dos compromissos de 2014 empenhados em 2015, evidenciando que o processo de subfinanciamento histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) teve

continuidade em 2014 e será ainda mais grave segundo as projeções de recursos alocados no orçamento federal para 2015 e 2016.

A deterioração desse processo pode ser caracterizada pelo fato de que, até 2013, era possível empenhar todas as despesas comprometidas para determinado exercício onerando os recursos orçamentários do mesmo exercício; porém, não havia disponibilidade financeira para realizar os respectivos pagamentos, situação que estamos denominando como insuficiência financeira. Como decorrência, foi possível observar o crescimento dos restos a pagar inscritos e reinscritos nos últimos anos.

Entretanto, em 2014, o governo federal não empenhou todas as despesas comprometidas para o exercício, talvez para tentar cumprir as exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal para o último ano de mandato, especialmente que as despesas assumidas nesse ano devem ter a correspondente disponibilidade financeira. Como consequência, houve atraso nas transferências fundo a fundo para estados e municípios referentes ao mês de dezembro, principalmente para os seguintes grupos de despesas:³ Média e Alta Complexidade (MAC, R\$ 2,3 bilhões); Programa Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família (PACS/PSF, R\$ 651 milhões); Farmácia Básica/Programa de Atenção Básica (PAB, R\$ 76 milhões); e Farmácia Popular (R\$ 129 milhões).

Não se trata aqui de avaliar qual seria o valor para atender às necessidades de saúde para cumprir com o SUS constitucional, uma das referências da reivindicação histórica por mais recursos e fontes estáveis, vinculadas e suficientes para o financiamento do SUS: a gravidade da situação está no fato de que os baixos valores alocados no orçamento federal para atender à aplicação mínima constitucional não são mais suficientes para cumprir com as despesas pactuadas com estados e municípios.

É isso que denominamos como insuficiência orçamentária, algo mais grave que o

³ Conforme informado pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde na reunião da COFIN/CNS em 1º/10/2015.

contingenciamento: de um lado, porque este último torna indisponível o recurso existente, enquanto, no caso da insuficiência orçamentária, os recursos não existem no orçamento; de outro lado, porque a insuficiência verificada em 2014 foi equacionada com a utilização parcial de recursos orçamentários do montante mínimo alocado para aplicação no exercício de 2015 – o que na prática exigiria uma ampliação do valor necessário para o cumprimento da aplicação mínima constitucional em 2015⁴ (correspondente ao valor dessas despesas não empenhadas em 2014).

Para projetar a despesa para 2015 (Tabela 1), decidimos adotar o ano de 2014 como padrão de gasto para a aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A escolha de 2014 como ponto de partida da projeção não significa que o valor dessas despesas representava um volume de recursos suficientes

para cumprir com os princípios constitucionais e legais do SUS em termos do atendimento à população, pelo contrário: diante da insuficiência de recursos verificada em 2014, esta escolha evidenciará o aprofundamento do quadro de asfixia orçamentária e financeira do SUS em 2015.

À guisa de ilustração, levantamos os principais problemas que poderão ocorrer como decorrência da insuficiência orçamentária de 2015 e que, na prática, representa não manter o padrão de gasto de 2014: haverá atraso⁵ nas transferências fundo a fundo para estados e municípios para MAC, PAB Variável e Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC); e, além disso, considerando o critério anteriormente adotado para a projeção de despesas, foram detectadas insuficiências orçamentárias em várias ações, como, por exemplo, PAB FIXO, PACS/PSF, Farmácia Básica-PAB e Farmácia Popular.

Tabela 1: Insuficiência orçamentária para ASPS em 2014 e 2015

ASPS	R\$ 1,00 (A PREÇOS CORRENTES)
A. Empenhado ¹ 2014	92.243.191.171
B. Insuficiência Orçamentária ²	3.800.000.000
C. Valor das Despesas – Competência 2014 (A+B)	96.043.191.171
D. Valor Projetado das Despesas ³ 2015	107.667.294.332
E. Valor da Disponibilidade Orçamentária ⁴ 2015	101.800.000.000
F. Insuficiência Orçamentária 2015 (D-E)	5.867.294.332

Notas:

(1) Conforme Relatório Anual de Gestão 2014 do MS.

(2) As dotações orçamentárias de 2015 estão sendo oneradas para cobrir estas despesas de 2014, considerando a análise da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin/CNS) a respeito do Relatório de Prestação de Contas do 1º Quadrimestre/2015 do MS e as informações prestadas pela SPO/MS na reunião da Cofin/CNS de 1º de outubro de 2015.

(3) Variação de 9,5% sobre o valor da linha C somada aos incrementos do valor das emendas impositivas estabelecidas pela Emenda Constitucional 86/2015 em relação à média histórica de 2008-2013 e da necessidade de compensação dos restos a pagar cancelados em 2014 nos termos da Lei Complementar n. 141/2012.

(4) Piso 2015 de R\$ 98,3 acrescidos de R\$ 3,5 bilhões declarados pelo MPOG em 22/5/2015.

⁴ Neste caso, para efeito da apuração do valor da aplicação mínima em ASPS no ano “x”, a fórmula de cálculo para assegurar que expressa a exigência constitucional seria: [“piso” do ano “x” definido pela EC 29 ou pela EC 86] + [restos a pagar cancelados no ano “x-1”] + [despesas do ano “x-1” empenhadas no ano “x”].

⁵ Conforme consta do “Informe sobre a Reunião do CONASEMS com a Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde e a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde”. Disponível em: <http://portal.conasems.org.br/images/Nota_repasses_Federais.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

3. INSUFICIÊNCIA ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA PARA ASPS: PROJEÇÃO 2016

As despesas com ASPS projetadas para 2016 totalizam R\$ 117,0 bilhões,⁶ considerando a soma de:

a) R\$ 113,6 bilhões: valor referente à variação de 5,5% (estimativa da taxa da inflação) sobre R\$ 107,7 bilhões correspondente à projeção das despesas de 2015 (que incorpora o valor das emendas impositivas estabelecidas pela Emenda Constitucional n. 86/2015); com

b) R\$ 3,4 bilhões: referente à soma da estimativa da compensação dos restos a pagar cancelados em 2015 (R\$ 0,7 bilhão) com a estimativa do saldo de valores a compensar correspondentes aos cancelamentos dos exercícios de 2012, 2013 e 2014 (R\$ 2,7 bilhões) nos termos da Lei Complementar n. 141/2012.

Com isso, o valor projetado da insuficiência orçamentária será de R\$ 16,7 bilhões, considerando o valor alocado para ASPS (R\$ 100,3 bilhões) no Projeto de Lei Orçamentária 2016 da União. Em outros termos: (i) não será possível manter o padrão de gasto de 2014, tampouco assumir a insuficiência orçamentária de 2015; (ii) poderá ocorrer atraso nas transferências fundo a fundo para estados e municípios, ou seja, repetição do ocorrido em 2014 e do que ocorrerá em 2015; (iii) descumprirá da aplicação do valor integral das emendas parlamentares impositivas nos termos da Emenda Constitucional n. 86/2015; (iv) fragilizará a manutenção do programa “Farmácia Popular” (modalidade subsídio); (v) redução de recursos

para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa); e (vi) haverá estagnação dos recursos para a Atenção Básica, depois de um processo de crescimento moderado verificado nos últimos anos. A situação é ainda mais grave se considerarmos que foi prevista no Projeto de Lei Orçamentária da União (PLOA) 2016 a utilização de recursos oriundos de operação de crédito (fonte 144/ Emissão de Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional) para o financiamento parcial dos R\$100,3 bilhões destinados para ASPS.⁷

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se o crescimento acelerado do valor da insuficiência orçamentária, passando de R\$ 3,8 bilhões em 2014 para R\$ 5,9 bilhões em 2015 e para R\$ 16,6 bilhões em 2016, bem como o impacto negativo sobre as despesas que representam cerca de 2/3 dos valores da aplicação em ASPS, especialmente as transferidas para estados e municípios na modalidade fundo a fundo, que refletirão na qualidade do atendimento de saúde no Brasil.⁸

Na atual conjuntura histórica, esse quadro se aprofunda com a crise política e econômica, provocando a redução do orçamento da saúde no contexto do ajuste fiscal. Considerando as incertezas do cenário macroeconômico e da própria estimativa da Receita Corrente Líquida em 2016, e ainda às vésperas da 15ª Conferência Nacional de Saúde, precisamos construir expressiva base de apoio social e parlamentar em defesa do SUS e da qualidade de vida da população brasileira, que passa não somente pela necessidade de aprimoramento da gestão, mas principalmente pela incorporação de novas fontes de financiamento do SUS, no contexto da Seguridade Social. À guisa de ilustração, em 2014, o SUS destinou para todos R\$ 1.063,00 *per capita*/ano; comparativamente, os planos privados de saúde, beneficiados por isenções fiscais e empréstimos a juros subsidiados, gastaram o equivalente a R\$ 2.818,00 *per capita*/ano para sua clientela quatro vezes menor. ■

⁶ Este valor deverá ser acrescido de R\$ 5,9 bilhões se for confirmada a insuficiência orçamentária estimada para 2015 (conforme linha F da Tabela 1).

⁷ Conforme página 70 da Nota Técnica Conjunta n. 9, de 2015 – Subsídios à apreciação do Projeto de Lei Orçamentária para 2016 (PL nº 7/2015-CN, encaminhado por intermédio da Mensagem nº 325/2015), de autoria das Consultorias da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

⁸ Esse quadro de deterioração do atendimento de saúde é agravado anualmente pelos Restos a Pagar inscritos e reinscritos, que totalizam aproximadamente R\$ 15 bilhões (desde o ano de 2003), que representavam no início de 2015 valores empenhados em exercícios anteriores, mas não pagos, situação observada há anos e também em outros ministérios, bem como compatível com a necessidade de cumprimento das metas de superávit primário.

⁹ Uma das medidas do ajuste fiscal em tramitação no Congresso Nacional pela PEC (Proposta de Emenda Constitucional) n. 87/2015 estabelece o aumento da alíquota da DRU (Desvinculações das Receitas da União) de 20% para 30% e a prorrogação da vigência até 2023, o que agrava ainda mais o quadro de dificuldades para o financiamento das políticas sociais tanto no curto prazo, no contexto da recessão econômica, como no longo prazo, especialmente em relação às necessidades orçamentárias e financeiras adicionais ao valor mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional n. 86/2015 para a aplicação em ASPS.

⁷ Conforme consta no Manifesto do CONASEMS em Defesa do SUS. Disponível em: <http://portal.conasems.org.br/images/MANIFESTO_CONASEMS_.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

O Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para apoiar os estudos clínicos e a produção da **fosfoetanolamina**. O grupo contará com o apoio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do Instituto Nacional do Câncer (Inca). A previsão é de que o grupo tenha um prazo máximo de 60 dias para apresentar o plano de trabalho das fases de desenvolvimento do projeto. A Câmara dos Deputados também aprovou criação de um grupo de trabalho parlamentar para acompanhar os processos relacionados ao estudo da substância e também acompanhar inclusive as ações do grupo criado pelo Ministério da Saúde.

No dia 10 de novembro foi lançada no Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a **Frente em Defesa do SUS**, a AbraSUS. A ação foi promovida pelo Conselho Nacional de Saúde em parceria com demais entidades que atuam na defesa do Sistema Único de Saúde. A Frente será publicizada oficialmente durante o ato político na Esplanada dos Ministérios, no dia 1º de dezembro, na abertura da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A manifestação será em defesa da democracia, da participação e das políticas públicas.

Centro e trinta países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) reunidos na 2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito, realizada em novembro, em Brasília, se comprometeram a dar prioridade à segurança de pedestres, ciclistas e motociclistas – usuários mais vulneráveis do trânsito. Na ocasião foi aprovada Declaração de Brasília, que contribuirá para mudar o paradigma do debate sobre trânsito em todo o planeta. O documento foi apresentado pelo ministro da Saúde, Marcelo Castro, e tem como prioridade a segurança de transeuntes mais vulneráveis no trânsito. A íntegra do documento está disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/Final_Draft_Brasilia_declaration_POR.pdf?ua=1

O Ministério da Saúde lançou, no dia 11 de novembro, o Plano de Eliminação da **Malária** no Brasil, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em substituição aos Objetivos do Milênio. A meta é a redução de pelo menos 90% dos casos até 2030 e da eliminação de malária em pelo menos 35 países.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2015/2016

PRESIDENTE

João Gabbardo dos Reis (RS)

VICE-PRESIDENTES

Região Nordeste: Fábio Vilas Boas (BA); **Região Norte:** Francisco Armando Melo (AC); **Região Sudeste:** Fausto Pereira (MG); **Região Sul:** João Paulo Kleinubing (SC)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Leonardo Vilela (GO); José Macedo Sobral (SE); Marcos Pacheco (MA); **Suplentes:** Roberta Abath (PB); Ricardo Oliveira (ES); Samuel Braga Bonilha (TO)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: José Iran Costa Júnior (PE)

ANS: Felipe Peixoto (RJ)

Anvisa: Francisco Costa (PI), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

CNS: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

David Everson Uip (SP); Eduardo Bermudez (MT); Fábio Gondim (DF); Fábio Vilas Boas (BA); Fausto Pereira dos Santos (MG); Felipe Peixoto (RJ); Francisco Armando Melo (AC); Francisco Costa (PI); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); José Iran Costa Júnior (PE); José Ricardo Lagreca (RN); João Gabbardo (RS); João Paulo Kleinubing (SC); José Macêdo Sobral (SE); Kalil Gibran Linhares Coelho (RR); Leonardo Vilela (GO); Marcos Pacheco (MA); Michele Caputo Neto (PR); Nelson Barbosa Tavares (MS); Pedro Elias de Souza (AM); Renilda Costa (AP); Ricardo Oliveira (ES); Roberta Abath (PB); Rozangela Wyszomirska (AL); Samuel Braga Bonilha (TO); Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); William Pimentel (RO)

A revista **Consensus** é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

TIRAGEM

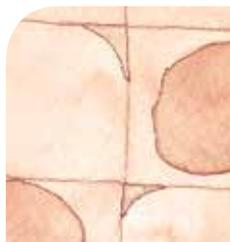
8.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.

Opiniões, sugestões e pautas

Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9
Ed. Parque Cidade Corporate
Torre "C" – Sala 1105
CEP: 70308-200 – Brasília-DF



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

15^a

CONFERÊNCIA NACIONAL DE



SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE PARA CUIDAR BEM DAS PESSOAS.
DIREITO DO POVO BRASILEIRO.

Saiba mais em
www.conferenciasaude15.org.br