

Para Onde Vai o SUS?

Seminário CONASS
Setembro 2013

José Gomes Temporão

Ex-Ministro da Saúde (2007-2010)

APRESENTAÇÃO

1 – ANTECEDENTES / O CONTEXTO

2 – AS TRANSIÇÕES

3 – OS DESAFIOS

4 – PROPOSIÇÕES

De Onde Veio o SUS?

A Reforma Sanitária Brasileira e o SUS

- Luta política, mobilização, ideário claro e objetivo: unificação, democratização, universalização, mudanças estruturais na sociedade
- DSS

O Desafio da Equidade

BRASIL: Um país desigual que escolheu construir um sistema universal de saúde.

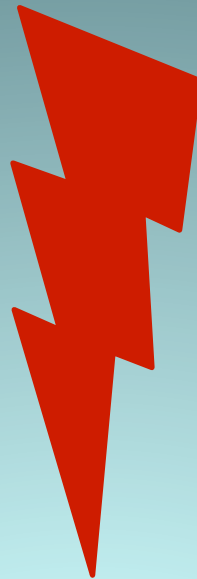


Década de 80: Após o fim da ditadura, uma nova constituição é proclamada.

Sistema Fragmentado

- ✓ Serviços privados para aqueles que podem custeá-los
- ✓ Seguro Social para setores formalmente empregados
- ✓ Saúde pública para riscos de endemias e epidemias

Constituição Democrática



Sistema Nacional e Unificado de Saúde

- ✓ Saúde como Direito Universal
- ✓ Saúde como dever do Estado
- ✓ Descentralizada para os Estados e Municípios
- ✓ Mix Público/ Privado
- ✓ Participação social em todos os níveis



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



- 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS (150 milhões de pessoas) para seus cuidados de saúde
- 30% possuem coberturas privadas, mas utilizam também o SUS: transplantes, medicação de alto custo, atendimentos de emergência, vacinas, tratamento Aids, entre outros

Da contramão das tendências mundiais à construção do sistema universal: percalços

- ❖ O sub-financiamento crônico que acompanhou o SUS desde o nascedouro a partir da retirada dos recursos da Previdência Social da base de financiamento setorial já no início dos anos 90. a EC29 e a participação federal. a perda da CPMF – hoje seriam cerca de 40-50 bi
- Um federalismo complexo exigindo grande esforço de construção de consenso demandando energia, tempo e dedicação, com uma importante lentificação do processo de tomada de decisão e implementação de políticas e programas
- A fragilidade estrutural dos municípios na organização do cuidado, a imensa maioria sem nenhuma condição de assumir a condução da política de saúde

Da contramão das tendências mundiais à construção do sistema universal: percalços

- O fato de que o setor dos trabalhadores mais organizados, apoiou as propostas de reforma na retórica, mas fortalecia o setor privado na prática ao inserir em seus acordos coletivos de trabalho a exigência de atenção privada à saúde dos empregados e seus familiares,
- A postura da quase totalidade dos partidos políticos que incorporam o discurso do sistema universal mas na prática por ação ou omissão fortalecem o mercado privado,

Da contramão das tendências mundiais à construção do sistema universal: percalços

- a opção de implementar o PSF como um modelo simplificado de atenção em municípios pequenos compromete a visão de **estratégia de reorientação do modelo**
- A própria dinâmica do capital no setor saúde introduz um vetor pró mercado fortalecido por medidas tomadas em vários governos (mais ou menos progressistas) que criam estímulos e subsídios para o setor privado.
- a consolidação da visão de que o SUS deve priorizar os mais pobres (cultura e ideologia)
- A falta de consenso em torno de uma proposta de reforma do estado que, sem abrir mão dos princípios péticos do SUS, pudesse implementar uma nova governança setorial

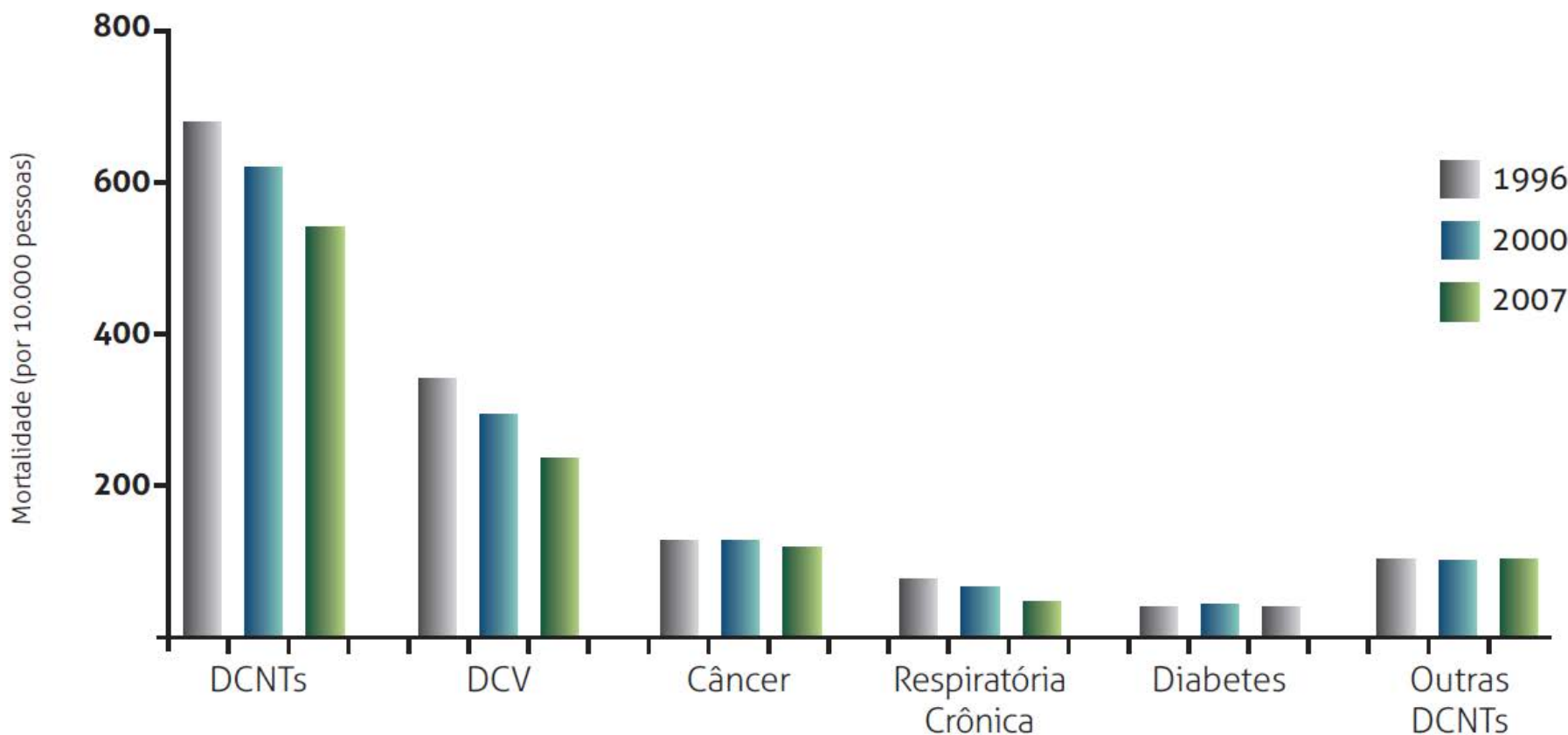
25 anos do SUS: Marcas

- **Expressiva ampliação do acesso e da cobertura**
- **Algumas Marcas:**
 - **PNI – base tecnológica para bio produtos**
 - **PSF- hoje cobre mais de 100 milhões de pessoas**
 - **Aids**
 - **Transplantes**
 - **Samu**
 - **Tabagismo**
 - **Reforma Psiquiátrica e Política de Humanização**
 - **Complexo Industrial da Saúde**

25 anos do SUS: Marcas

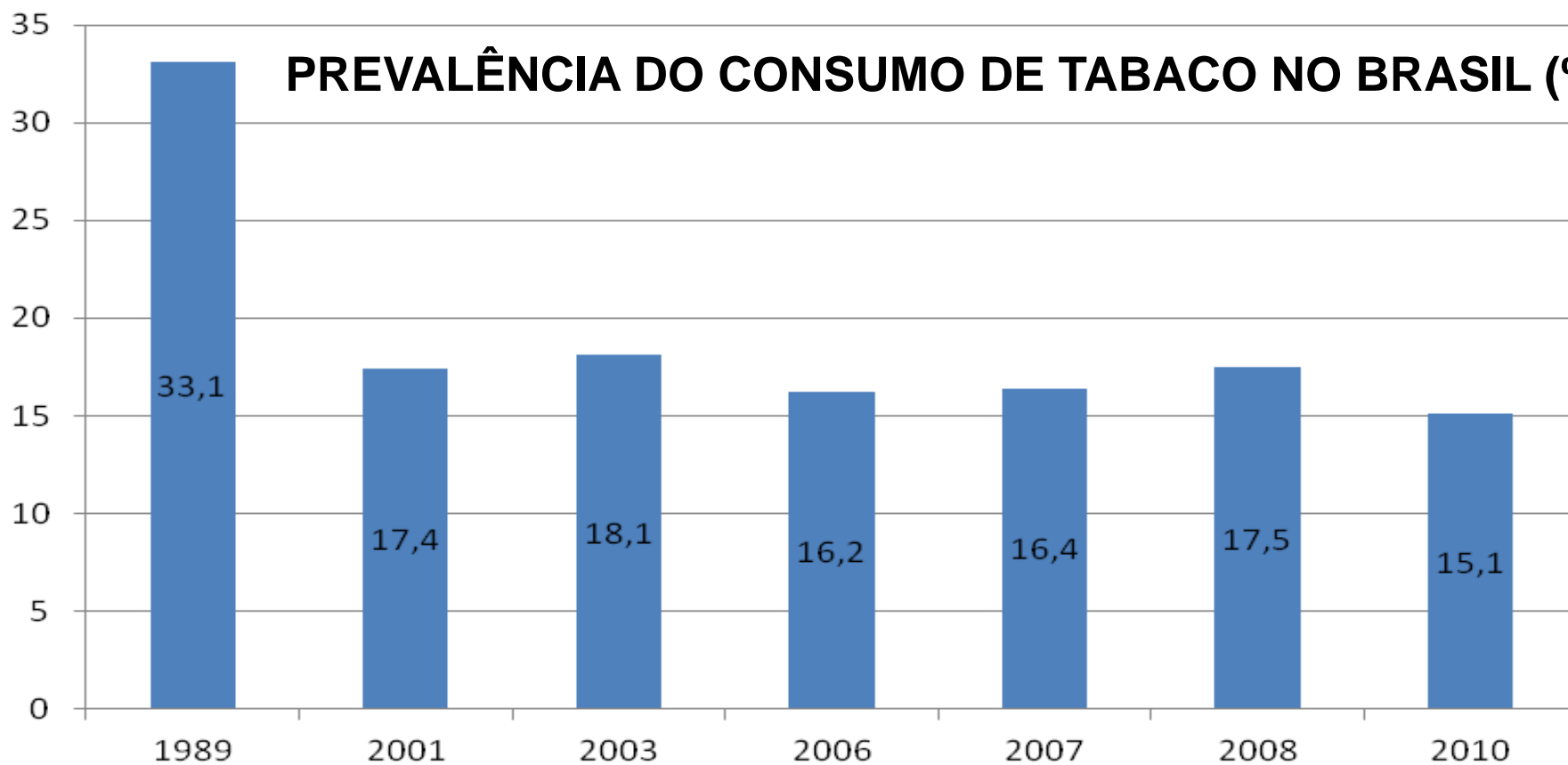
- Expectativa de vida (da garantia à qualificação da vida)
- Mortalidade infantil
- Mortalidade materna
- Mortalidade por doenças crônicas
- Erradicação de doenças imunopreveníveis e seu controle
- Importante contribuição para a melhoria das condições de vida

Tendências recentes de mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil 1996 - 2000 - 2007



Fonte: Schmidt MI *et al.* Health in Brazil. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 2011, n. 377

PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO NO BRASIL (%)



FONTES:

Ano 1989: Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - (PNSN), realizada pelo IBGE em 1989

Ano 2001: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – São Paulo (SP)

Ano 2003: Pesquisa Mundial de Saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Ano 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL

Ano 2007: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL

Ano 2008: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Tabagismo 2008

Ano 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL

Caminhamos céleres para a americanização do sistema de saúde ?

- SUS é um sucesso como macro estratégia para impactar os indicadores sanitários
- Mas apesar dos incontestes e importantes avanços, na atenção individual a avaliação da população só piora: acesso, qualidade, tempo de espera, desumanização, descoordenação.
- Em 10 anos a cobertura do setor suplementar aumentou de 20 para 33% da população

Sistemas de saúde são estruturas hipercomplexas em permanente transformação

- E fortemente baseadas em trabalho humano corporificado nas instituições.
- Para pensarmos o futuro temos que conhecer alguns fatores que estruturam essa dinâmica: as denominadas **transições**

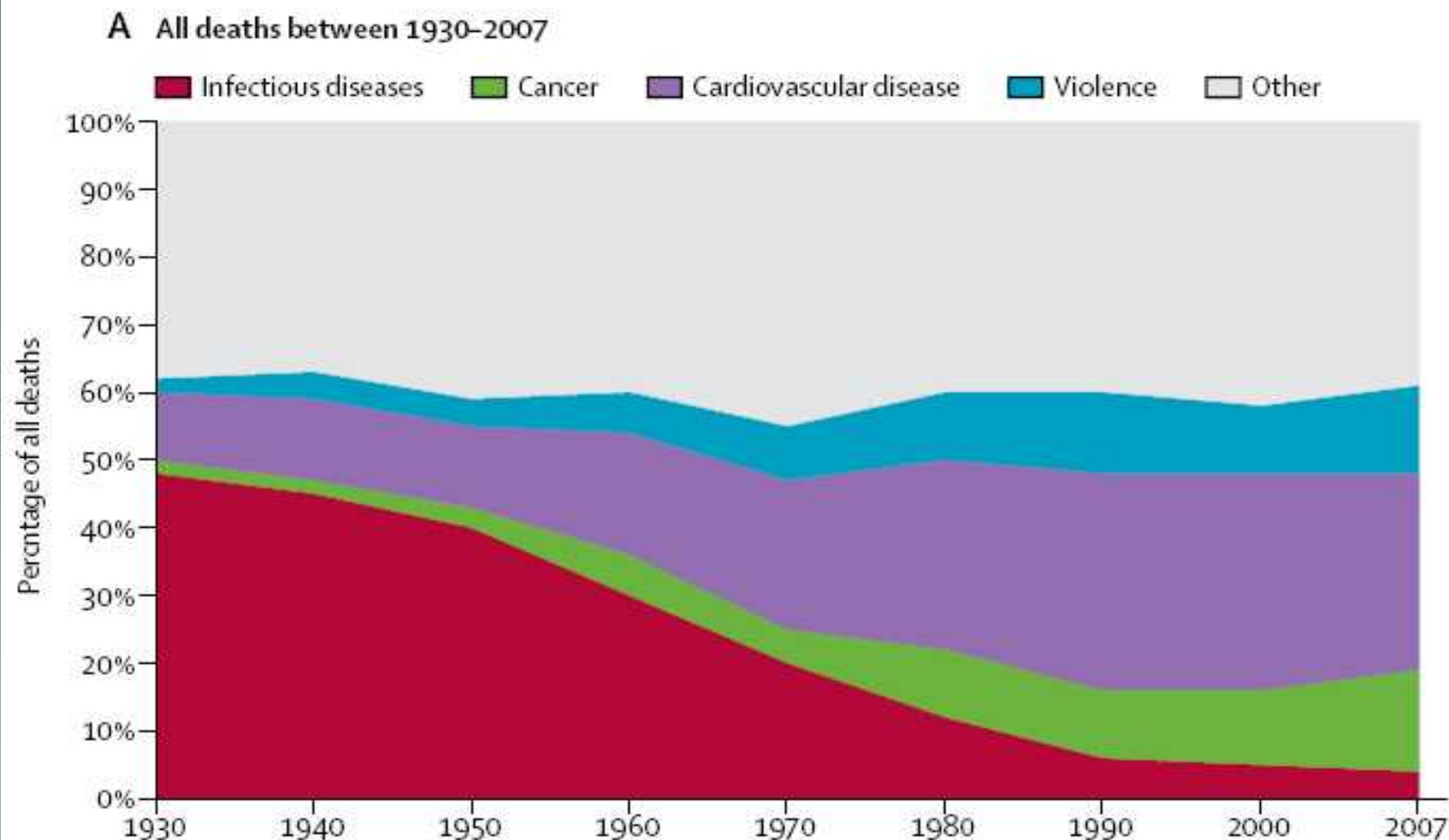
2 – AS TRANSIÇÕES

Transições

✓ **Epidemiológica** – redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e cardiovasculares.

- **Demográfica**
- **Alimentar**
- **Tecnológica**
- **Cultural**

Tendências nos padrões de óbitos segundo causas Brasil 1930-2007



Transições

- **Epidemiológicas** – redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e cardiovasculares.
- ✓ **Demográfica** – Aumento da população idosa
- **Alimentar**
- **Tecnológica**
- **Cultural**

**‘BOOM’ DO
ENVELHECIMENTO
no
BRASIL**

(Milhões de habitantes com 60 anos ou
mais)

2
1950

6.2
1975

13.9
2000

31.8
2025

Transições

- **Epidemiológicas** – redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e cardiovasculares.
- **Demográficas** – Aumento da população idosa
- ✓ **Alimentar**
 - ✓ Sobrepeso: de 12% (1975) para 50% (2010)
 - ✓ Obesidade: de 3% (1975) para 15% (2010).
- **Tecnológica**
- **Cultural**

Transições

- **Epidemiológicas** – redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e cardiovasculares.
- **Demográficas** – Aumento da população idosa
- **Alimentar** – Sobrepeso, obesidade
- ✓ **Tecnológica**
- **Cultural**

TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA



Gestão de Tecnologias em Saúde – CONITEC
Tecnologias Relacionais e a PNH

Transições

- **Epidemiológicas** – redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e cardiovasculares.
- **Demográficas** – Aumento da população idosa
- **Alimentar** – Sobrepeso, obesidade
- **Tecnológica**
- ✓ **Cultural**

Transição Cultural

Questão Central: Como determinada sociedade constroí uma visão singular do papel da saúde em sua vida? Não apenas no sentido da saúde como um bem em si mas, da saúde como um direito e de como esse direito deve ser garantido?

Construção de uma determinada visão e compreensão da saúde de um ponto de vista individual e coletivo por meio de um processo político-cultural

Esse processo é multidimensional, polifacetado e extremamente complexo.

Entre outras dimensões que participam destaque:

- **As publicidades de Medicamentos:**
 - **Propaganda Ética**
 - **Propaganda Popular**
 - **Novas Estratégias**
- **De Planos e Seguros Saúde**
- **Estratégias diversificadas de ampliação do consumo: revistas, jornais, TV, rádio etc.**
- **Processo de Medicalização. Incorporação de todos os espaços da vida às práticas institucionais do CMI**

Produção e Consumo

- Ideologia do consumo: internalizar nos indivíduos como necessidades individuais as necessidades da produção.
- A produção não produz somente um objeto para o sujeito, mas igualmente um sujeito para o objeto” (Marx, K)



- “as forças sindicais e políticas organizam, orientam e representam as grandes massas populares desenvolvendo por isso um papel relevante não só nas instituições mas também na formação cultural dos cidadãos...se assim não fosse senão existisse esta intervenção da democracia organizada a educação sanitária ficaria uma obra fragmentária, sem dúvida corajosa, mas dispersa fruto de educadores isolados. **Tornar-se-ia uma espécie de guerrilha provavelmente destinada ao fracasso, contra a tradicional deseducação...contra a maciça pressão mais ou menos oculta de grandes meios deseducativos...(Berlinguer,G)**

- “Por Consciência Sanitária entendo a tomada de consciência de que a saúde...é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como este direito é sufocado e este interesse descuidado, Consciência Sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”(Berlinguer, G)

Consciência sanitária e construção de hegemonia: Berlinguer, Gramsci e o movimento sanitarista.

- Dimensão individual
- Dimensão coletiva
- No Brasil, a saúde passou a ser considerada com a Constituição de 1988, um direito de todos e dever do estado. Projeto Civilizatório.
- Como se constroem os padrões de percepção, compreensão e avaliação da saúde pelos cidadãos? Bem público? Mercadoria? Status a ser alcançado através do consumo? Reificação da tecnologia?
- Gramsci e Hegemonia: O movimento sanitarista gradualmente perde hegemonia??

**Sustentabilidade e Cuidado
essencial: para além da
garantia, a qualificação da
vida**

Sustentabilidade e Cuidado essencial: para além da garantia, a qualificação da vida

- O conjunto de determinantes de saúde, genéticos, socio-econômico-culturais, afetivo-emocionais, além daqueles advindos do próprio sistema de saúde (acesso, equidade, acolhimento garantidos) impacta profundamente o sistema de saúde e exigirá um novo ordenamento da saúde e de suas interfaces com as políticas sociais e econômicas.
- O tema da sustentabilidade ocupará um papel central nesse novo paradigma de cuidado integral e **produção** de saúde.

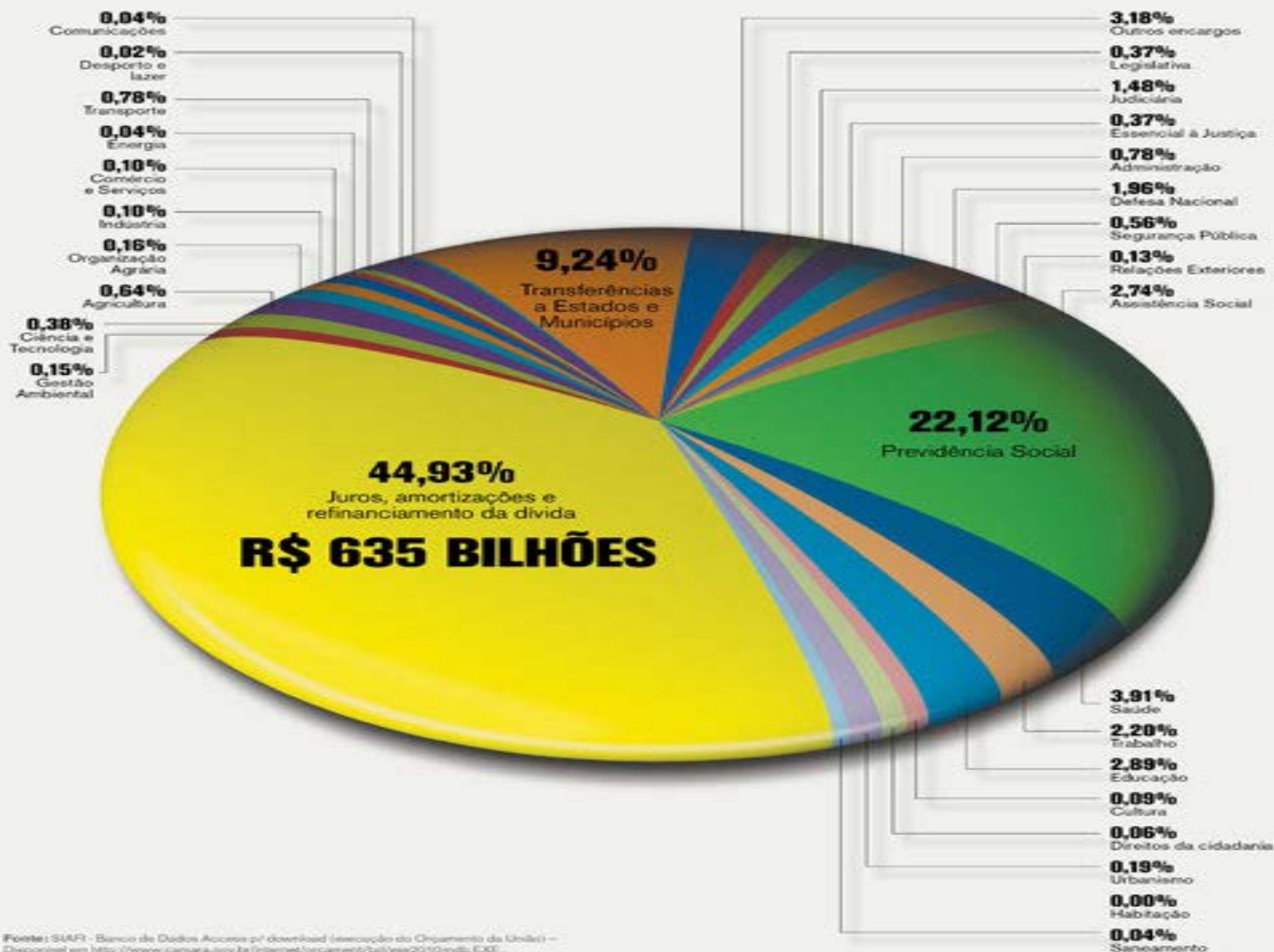
A SUSTENTABILIDADE DOS SISTEMAS DE SAÚDE

- Econômica
- Tecnológica
- Do Cuidado
- Política

Sustentabilidade Econômica

- Participação como % do PIB
- Comparação com países de grau próximo de desenvolvimento
- Participação do Estado e das famílias (40%-60%)
- Estímulo ao setor privado através de subsídios variados e renúncia fiscal expressiva (16 bi)
- Subsídio aos servidores dos três poderes para Planos Privados

ORÇAMENTO GERAL DA UNIÃO EM 2010 – TOTAL: R\$ 1.414 TRILHÃO



O QUE É GASTO TRIBUTÁRIO?

- As Pessoas Físicas podem deduzir da renda tributável – para fins do pagamento do IRPF – o que gastaram com saúde
- Essa renúncia se aplica igualmente ao empregador, quando assiste seus empregados: o gasto, considerado despesa operacional, pode ser abatido do lucro tributável

Gastos Tributários em Saúde

- ❖ Despesa Médica - IRPF
- ❖ Despesa com Assistência Médica - IRPJ
- ❖ Medicamentos - PIS/Cofins
- ❖ Hospital filantrópico - Isenção IRPJ/CSLL/Cofins

Tabela 2: Participação Percentual, Gasto Federal Saúde e Gasto Tributário Saúde - 2003-2011 (Em R\$ milhões)

Ano	Gasto Federal Saúde ⁽¹⁾	Gasto Tributário Saúde	%
2003	27.181	7.172	26,39%
2004	32.703	8.819	26,97%
2005	37.146	9.563	25,74%
2006	40.750	12.453	30,56%
2007	44.303	12.185	27,50%
2008	48.670	13.770	28,29%
2009	58.270	13.595	23,33%
2010	61.965	14.422	23,27%
2011	70.101 ⁽²⁾	15.807	22,55%

Fonte: Ministério da Saúde (MS); Receita Federal do Brasil (RFB)

Elaboração: DIEST-IPEA

(1) Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com recursos próprios

(2) Siga Brasil (Senado Federal)

(a) As despesas com ações e serviços públicos de saúde são aquelas definidas na quinta e sexta diretrizes da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde. No âmbito federal, além da exclusão da despesa com inativos e pensionistas, foram excluídas as despesas com o pagamento de juros e amortização da dívida e com o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza

GASTO TRIBUTÁRIO IRPF E PLANO DE SAÚDE

Tabela 6: Distribuição Percentual do Gasto Tributário em Saúde - 2003-2011

Ano	IRPF ¹	%	IRPJ ²	%	Medicamentos ³	%	Filantrópicos ⁴	%	TOTAL	%
2003	3.745	52,2	1.162	16,2	1.121	15,6	1.144	16,0	7.172	100
2004	4.559	51,7	1.309	14,8	1.477	16,7	1.474	16,7	8.819	100
2005	4.975	52,0	1.503	15,7	1.732	18,1	1.353	14,1	9.563	100
2006	5.776	46,4	1.721	13,8	3.433	27,6	1.523	12,2	12.453	100
2007	6.507	53,4	2.102	17,3	2.117	17,4	1.459	12,0	12.185	100
2008	7.521	54,6	2.181	15,8	2.304	16,7	1.763	12,8	13.770	100
2009	6.794	50,0	2.277	16,7	2.673	19,7	1.851	13,6	13.595	100
2010	6.813	47,2	2.657	18,4	2.844	19,7	2.109	14,6	14.422	100
2011	7.716	48,8	2.937	18,6	2.896	18,3	2.258	14,3	15.807	100

Fonte: RFB

Elaboração: DIEST/IPEA

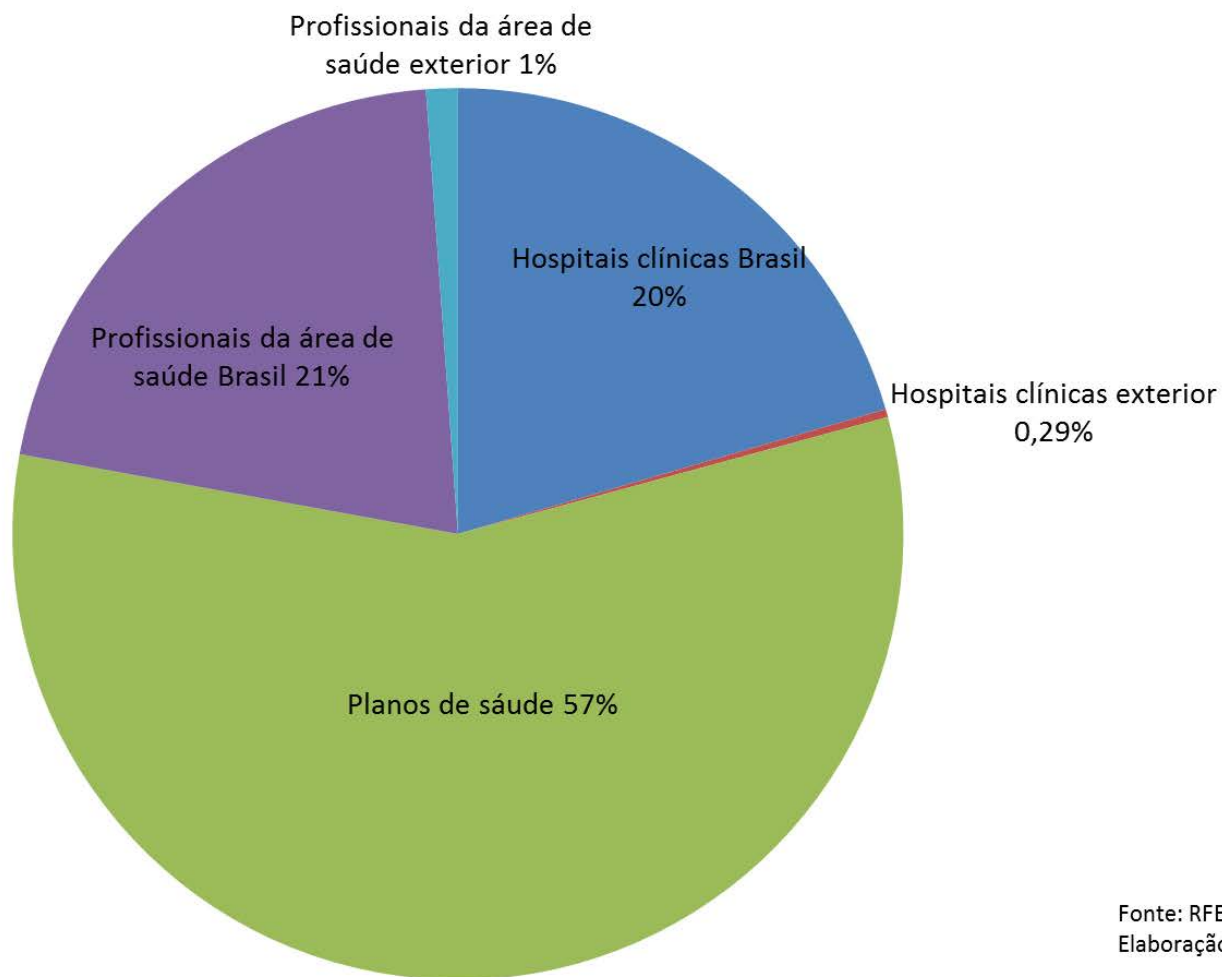
¹ Despesas médicas

² Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados

³ PIS/COFINS

⁴ IRPJ, CSLL, COFINS

Média do Gasto tributário, IRPF segundo tipo de gasto no período 2003-2011



Fonte: RFB
Elaboração: DIEST/IPEA.

Sustentabilidade Tecnológica

Saúde e Desenvolvimento

Saúde e desenvolvimento

(A dualidade do campo da saúde)

Saúde como uma condição de cidadania e
uma proeminente área de desenvolvimento

A dualidade do campo da saúde

✓ Articulação da lógica econômica com as necessidades de cuidado

- Articulação da base de produção com as necessidades da saúde
- Como garantir o acesso às tecnologias de modo equânime?

Uma proposta política para articular a lógica econômica com a lógica sanitária

- Saúde como um espaço de desenvolvimento e não apenas gasto e alocação de recursos escassos
- Forte interdependência entre os objetivos de cidadania (universalidade) e a base econômica e de inovação

Saúde como Área Estratégica para o Desenvolvimento Nacional

- Demanda nacional em Saúde: 8,8% do PIB em 2009 (IBGE)
- 10% dos trabalhadores qualificados do país
- 12 milhões de trabalhadores diretos e indiretos
- 25% do esforço nacional de P&D (área de maior crescimento do esforço de inovação do mundo)
- Plataforma das tecnologias críticas para o futuro do País: biotecnologia, química fina, equipamentos médicos, telemedicina, nanotecnologia, novos materiais, etc.

Sustentabilidade Tecnológica

- Não se trata apenas da dimensão da gestão de tecnologias no sentido de sua incorporação ao arsenal de diagnóstico e terapia
- Mas da sustentabilidade do funcionamento do modelo assistencial como um todo: generalista *versus* especialista; PSF resolutivo *versus* atenção hospitalar
- ***Qual equilíbrio buscar nesse contexto?***

- Não se trata mais de lidar com unidades isoladas mas com Redes Integradas
- Tecnologias duras mas também as relacionais dado que as redes são constituídas por pessoas que estabelecem vínculos
- Co-responsabilização, gestão participativa, clínica ampliada

Sustentabilidade do Cuidado

- BOFF – o início da vida e o cuidado essencial (infância) a intersetorialidade e a cooperação para um projeto comum (educação, sistema de garantia de direitos).

Sustentabilidade e Cuidado

- O termo ‘cuidado’, foi apropriado pelo senso comum e, mais propriamente, pela área de saúde como algo restrito a procedimentos técnicos, sendo sinônimo de assistência. Em verdade, quando nos referimos a cuidado como inerente à vida, trata-se de uma mudança de mentalidade que indica um modo específico de viver em coletividade.
- Aqui, o cuidado é entendido desde sua dimensão ontológica como ‘cuidado essencial’ até seu sentido mais comum como atitude, ato de cuidar.

Relação intrínseca entre produção de saúde coletiva e micropolítica

- Cuidado e sustentabilidade das relações intrínsecas à vida em sociedade despontam como uma temática essencial. Portanto, tecer um ‘ambiente facilitador ‘a vida’ centrado no referencial de ‘cuidado essencial’ como o orientador prévio de toda a ação pública ou privada deve ser o grande eixo em torno do qual circulam as diversas iniciativas em prol da sustentabilidade.

COMO? Uma sugestão Metodológica

- A sustentabilidade do cuidado inclui o cuidado com o cuidador: mudanças profundas exigidas na organização do trabalho médico e demais profissões da saúde – um novo processo de trabalho que valoriza os vínculos entre estes e deles com a pessoa que é cuidada.
- Uso das grupalidades: Uma articulação cuidadosa entre profissionais e gestores (Equipe), usuários e seus familiares, para desenho de um programa terapeutico singular.

REFLEXÕES DE BERLINGUER SOBRE SUSTENTABILIDADE E PRODUÇÃO DE SAÚDE

- “para subtrair o bem saúde às leis do mercado...não basta modificar os serviços sanitários, é imperioso incidir sobre as leis gerais que regem a economia e a sociedade...de fato, as soluções aos problemas atuais da saúde não são somente médicas, mas sim, sociais, políticas, culturais. Por exemplo: comportam uma condição humana diferente nas fábricas, a melhoria da vida na infância e do sistema escolar, uma nova política de transportes, condições alimentícias mais higienicas, uma politica ecológica sob medida do homem (Berlinguer, G)

Sustentabilidade Política

- Papel da “Nova Classe Média”- Pró mercado? Pró SUS?
- As elites e a saúde pública
- Construir hegemonia no novo cenário: O “grito das ruas” e o SUS
- A “transição cultural” ajuda ou não?
- A filosofia humanista e generosa do SUS ainda toca o coração das massas?

Racionalidades/Projetos em Confronto

- SUS universal, integral, equânime, financiado com recursos públicos, para todos
 - Dois Pontos Polêmicos:
 - A gestão das unidades e redes públicas
 - O papel do setor privado – estatização?
- Fortalecimento progressivo do setor privado de planos e seguros sustentado nos gastos tributários e no discurso da “inexistência da capacidade do Estado em financiar o SUS universal e integral”
 - Qual destes projetos prevalecerá?

RISCOS

Estamos caminhando para um sistema de “castas” disfarçado, dúvida, mas que claramente estabelece acesso e qualidade diferenciados entre:

- ricos/poderosos
 - classe média/funcionalismo público
 - Setores ascendentes que migraram para a classe C
 - Classes D/E
-
- Estrutura de atenção e cuidado que mescla situações heterogeneas e paradoxais entre níveis de cuidados e acesso às tecnologias

Há futuro para o SUS como o sistema universal que queremos?

- Oportunidade com a nova etapa que se apresenta para a democracia brasileira? Um retorno às raízes da RSB?
- A saúde que se exige nas ruas é a que compreendemos como a mais adequada?
- Transição cultural como processo de construção de uma cultura política que defenda de fato a saúde como direito e como responsabilidade do Estado para TODOS e sem distinção de qualquer tipo
- Pactuação de uma Nova Agenda Estratégica

A Publicação Saúde do Brasil em 2030- Fiocruz

- Usando as dimensões: desenvolvimento econômico e social, socio-demografia, morbimortalidade, Estado e capacidade de gestão, modelos assistenciais e redes, financiamento e gasto setorial, estrutura da oferta e Complexo Econômico-Industrial da Saúde
- Trabalha com 3 Cenários:
 - Inercial e Provável
 - Pessimista e Plausível
 - Otimista e Possível

Otimista e Possível

Mudanças Estruturais Essenciais

- **Financiamento:**
 - **Ampliação do gasto público com transparência na definição da alocação dos novos recursos**
 - **Revisão da política dos gastos tributários**
 - **Além do pré-sal, recursos oriundos das indústrias do fumo, bebidas, automobilística (60 mil óbitos/ano e 300 mil com sequelas)**

Mudanças Estruturais Essenciais

- **Do modelo assistencial-:**
 - Estabelecer o PSF universal como única porta de entrada ao sistema tanto para o setor público como para planos e seguros.
 - Co-responsabilidade na atenção e gestão. Foco na promoção
- **Do federalismo brasileiro- a gestão de redes integradas de características macroregionais**
- **Das pessoas - médicos e outros profissionais. Reforma do aparelho formador. A questão do trabalho médico e ato médico . Serviço Civil Obrigatório.**

Mudanças Estruturais Essenciais

- **da reforma do estado e gestão**
 - “competição administrada” **mas do SUS** competindo com o mercado na captura de clientela
 - Novos modelos de gestão para unidades complexas e redes integradas
 - integração entre SUS e sistema suplementar/papel do setor privado. Revisão da lei dos planos e ressarcimento
 - participação - conselhos e conferências

Mudanças Estruturais Essenciais

- cultural – o que seria uma política de educação /informação/comunicação para a produção de saúde?
- ciência, inovação e fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde.

- **A cidadania é sempre um projeto em construção, o que dá a cada geração a confiança de poder reconstruí-la.... todas as cidadanias são incompletas, todas tem seus paradoxos e disjunções. (James Holston)**

OBRIGADO!

jtemporao@uol.com.br